

# MESTRADO EM EDUCAÇÃO

Área de especialização

## EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### Envelhecimento Activo e Educação para a Saúde

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Maria de Fátima Sousa Batinas**

Nº. 6080

Orientadora:

Professora Doutora Felismina Rosa Parreira Mendes

Évora

Janeiro, 2012

## **MESTRADO EM EDUCAÇÃO**

Área de especialização

### **EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

#### **Envelhecimento Activo e Educação para a Saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada por:

**Maria de Fátima Sousa Batinas**

Nº. 6080

Orientadora:

Professora Doutora Felismina Rosa Parreira Mendes

**Évora**

**Janeiro, 2012**

## **AGRADECIMENTOS**

À orientadora desta dissertação, professora doutora Felismina Mendes,  
pela sua imprescindível e prestável orientação, pela transmissão de  
conhecimentos, pela disponibilidade, apoio e compreensão com que  
acompanhou este trabalho desde o seu início;

À Universidade de Évora pela oportunidade de formação;

À Administração da Universidade Sénior de Évora pela forma disponível e  
cordial com que recebeu o estudo desenvolvido;

A todos os idosos pela generosidade com que aceitaram participar no  
estudo;

À minha mana mais velha, pelas palavras de apoio e incentivo nos  
momentos de maior tensão;

Aos meus amigos pelo apoio, companhia e amizade.

A todos remeto os meus mais sinceros agradecimentos.

## ENVELHECIMENTO ACTIVO E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

### RESUMO:

**Objectivo:** estudar o envelhecimento activo num grupo de idosos do concelho de Évora, contribuindo para a promoção do mesmo. **Metodologia:** trata-se de um estudo descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa. A amostra em estudo integra idosos com pelo menos 65 anos de idade, frequentadores da universidade sénior de Évora, seleccionada por método não probabilístico de conveniência. **Resultados:** o estudo demonstra que estes idosos consideram como importantes a procura de novos conhecimentos, a ocupação dos tempos livres e o convívio. A maioria pratica actividade física, e, no geral, sentem-se satisfeitos com as possibilidades que têm para desenvolverem actividades que lhes agradam. **Considerações finais:** sendo a educação para a saúde uma estratégia da promoção da saúde, torna-se importante a sua aplicação para a promoção de um envelhecimento activo. Verificando-se que o grupo estudado mantém actividades físicas e intelectuais frequentes aposta-se na continuidade de actividades que possam manter e preservar o envelhecimento activo.

**Palavras – chave:** envelhecimento; actividades de vida diárias; envelhecimento activo; educação para a saúde.

## ACTIVE AGEING AND HEALTH EDUCATION

### ABSTRACT

**Objective:** Study the active ageing in a group of elderly people in the county of Évora, contributing to the promotion of the same. **Method:** It is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach. The study sample includes elderly people with at least 65 years of age, patrons of the university senior of Évora, selected by method not probabilistic of convenience. **Results:** The study shows that these elderly people consider being important to search for new knowledge, the leisure and recreation. The majority practice physical activity, and, in general, are you satisfied with the possibilities that have to develop activities that they like. **Final considerations:** It is the education for health a health promotion strategy, it becomes important to its application for the promotion of active aging. Noting that the studied group maintains physical activities and intellectuals frequent bet on continuity of activities that are able to maintain and preserve the active aging.

**Key-words:** aging; activities of daily living; active ageing; health education.

### **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE – Organization for Economic co-operation and development

WHO – World Health Organization

USE – Universidade Sénior de Évora

888 – Ausência de resposta quando a 2.<sup>a</sup> questão está dependente da 1.<sup>a</sup> (questionário aplicado)

999 – Ausência de resposta a questões (do questionário aplicado)

## INDICE

|  | Págs. |
|--|-------|
| 1 – INTRODUÇÃO   | 13    |
| 2 – CONTEXTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO   | 17    |
| 2.1 – Envelhecimento   | 17    |
| 2.2 – Actividades de vida diárias  | 19    |
| 2.2.1 - Actividade de vida respiração (ou respirar)  | 20    |
| 2.2.2 - Actividade de vida alimentação (ou comer e beber)                                      | 20    |
| 2.2.3 - Actividade de vida eliminação (ou eliminar)  | 20    |
| 2.2.4 - Actividade de vida mobilidade (ou mover-se)  | 21    |
| 2.2.5 - Actividade de vida trabalho e lazer (ou trabalhar e divertir-se)                       | 21    |
| 2.2.6 - Actividade de vida sono (ou dormir)  | 21    |
| 2.2.7 - Actividade de vida higiene pessoal e vestuário (ou higiene pessoal e vestir-se)        | 21    |
| 2.2.8 - Actividade de vida controlo da temperatura do corpo (ou manter a temperatura corporal) | 22    |
| 2.2.9 - Actividade de vida expressão da sexualidade (ou expressar-se sexualmente)              | 22    |
| 2.2.10 - Actividade de vida comunicação (ou comunicar)   | 23    |
| 2.2.11 - Actividade de vida manutenção de um ambiente seguro (ou manter um ambiente seguro)    | 23    |
| 2.2.12 - Actividade de vida morte (ou morrer)  | 23    |

|  |    |
|--|----|
| 2.3 – Envelhecimento activo                          | 23 |
| 2.4 – Envelhecimento activo e educação para a saúde  | 26 |
| 3 – METODOLOGIA                                      | 31 |
| 3.1 – Tipo de estudo                                 | 31 |
| 3.2 – População e amostra                            | 32 |
| 3.3 – Instrumento de Pesquisa                        | 34 |
| 3.4 – Pré-teste                                      | 36 |
| 3.5 – Colheita de dados                              | 37 |
| 3.6 – Análise dos dados                              | 37 |
| 3.7 – Limitações do estudo                           | 37 |
| 4 – APRESENTAÇÃO DOS DADOS                           | 38 |
| 4.1 - Caracterização sociocultural da população      | 38 |
| 4.2 – Prática de sociabilidade                       | 43 |
| 4.3 – Actividades de vida diárias                    | 47 |
| 4.4 – Universidade sénior                            | 54 |
| 4.5 – Envelhecimento activo                          | 56 |
| 4.6 - Cidadania                                      | 63 |
| 5- DISCUSSÃO DOS RESULTADOS                          | 66 |
| 6 - PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE | 80 |
| 7 – CONCLUSÕES                                       | 88 |
| 8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS                       | 91 |
| ANEXOS   | 96 |

## Envelhecimento activo e educação para a saúde

|  |     |
|--|-----|
| Anexo I - Pedido de autorização de aplicação de questionário | 97  |
| Anexo II – Questionário                                      | 99  |
| Anexo III – Pré-teste  | 113 |
| Anexo IV - Formulário de consentimento                       | 128 |

**INDICE DE QUADROS**

|               | Págs.  |    |
|---------------|--|----|
| Quadro n.º 1  | Distribuição dos inquiridos segundo a idade  | 38 |
| Quadro n.º 2  | Distribuição dos inquiridos segundo o género   | 49 |
| Quadro n.º 3  | Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil   | 39 |
| Quadro n.º 4  | Distribuição dos inquiridos segundo as habilitações literárias   | 39 |
| Quadro n.º 5  | Distribuição dos inquiridos segundo a situação profissional  | 40 |
| Quadro n.º 6  | Distribuição dos inquiridos segundo a profissão  | 41 |
| Quadro n.º 7  | Distribuição dos inquiridos segundo com quem vive  | 41 |
| Quadro n.º 8  | Distribuição dos inquiridos segundo o n.º de familiares com quem habita  | 42 |
| Quadro n.º 9  | Distribuição dos inquiridos segundo o local onde reside  | 42 |
| Quadro n.º 10 | Distribuição dos inquiridos segundo a prática de actividades de grupo  | 43 |
| Quadro n.º 11 | Distribuição dos inquiridos segundo a prática de actividades de grupo: universidade sénior                           | 43 |
| Quadro n.º 12 | Distribuição dos inquiridos por actividades de grupo: desporto   | 44 |
| Quadro n.º 13 | Distribuição dos inquiridos por actividade de grupo: jogar às cartas   | 44 |
| Quadro n.º 14 | Distribuição dos inquiridos por actividades de grupo: voluntariado   | 45 |
| Quadro n.º 15 | Distribuição dos inquiridos por actividades de grupo: igreja   | 45 |
| Quadro n.º 16 | Distribuição dos inquiridos pela questão de não praticarem actividades de grupo                                      | 46 |
| Quadro n.º 17 | Distribuição dos inquiridos pela frequência da realização das actividades de grupo                                   | 46 |
| Quadro n.º 18 | Distribuição dos inquiridos pelo número de horas diárias que despende para a prática de actividades de sociabilidade | 47 |

|               |   |    |
|---------------|---|----|
| Quadro n.º 19 | Distribuição dos inquiridos por alterações relativas à respiração   | 48 |
| Quadro n.º 20 | Distribuição dos inquiridos pelo tipo de alterações relativas à respiração  | 48 |
| Quadro n.º 21 | Distribuição dos inquiridos por alterações relativas à circulação   | 49 |
| Quadro n.º 22 | Distribuição dos inquiridos pelo tipo de alterações que existem na circulação                                     | 49 |
| Quadro n.º 23 | Distribuição dos inquiridos pelo risco de quedas  | 50 |
| Quadro n.º 24 | Distribuição dos inquiridos por alterações na actividade de vida dormir   | 50 |
| Quadro n.º 25 | Distribuição dos inquiridos por actividades de lazer: Ler   | 51 |
| Quadro n.º 26 | Distribuição dos inquiridos por actividades de lazer: Desporto  | 51 |
| Quadro n.º 27 | Distribuição dos inquiridos por actividades de lazer: jogar às cartas   | 52 |
| Quadro n.º 28 | Distribuição dos inquiridos por actividades de lazer: ver televisão   | 52 |
| Quadro n.º 29 | Distribuição dos inquiridos por actividades de lazer: ouvir rádio   | 53 |
| Quadro n.º 30 | Distribuição dos inquiridos por actividades de lazer: aulas na universidade sénior                                | 53 |
| Quadro n.º 31 | Distribuição dos inquiridos por problemas sexuais   | 54 |
| Quadro n.º 32 | Distribuição dos inquiridos por dias (por semana) disponibilizados para frequentar a universidade sénior          | 55 |
| Quadro n.º 33 | Distribuição dos inquiridos pelo número de horas (por dia) disponibilizadas para frequentar a universidade sénior | 55 |
| Quadro n.º 34 | Distribuição dos inquiridos por problemas de saúde actuais  | 57 |
| Quadro n.º 35 | Distribuição dos inquiridos pelo número de refeições diárias  | 58 |
| Quadro n.º 36 | Distribuição dos inquiridos pela frequência da prática de actividade física                                       | 58 |
| Quadro n.º 37 | Distribuição dos inquiridos pela satisfação com as oportunidades que tem para aprender coisas novas               | 59 |
| Quadro n.º 38 | Distribuição dos inquiridos pela satisfação com a maneira   | 60 |

## Envelhecimento activo e educação para a saúde

|               |  |    |
|---------------|--|----|
|               | como passa o tempo livre   |    |
| Quadro n.º 39 | Distribuição dos inquiridos pela satisfação com as suas relações pessoais                                    | 60 |
| Quadro n.º 40 | Distribuição dos inquiridos pela satisfação com a sua saúde  | 61 |
| Quadro n.º 41 | Distribuição dos inquiridos pela possibilidade de obter as informações/conhecimentos que precisa             | 61 |
| Quadro n.º 42 | Distribuição dos inquiridos pelo grau de oportunidades para realizar actividades de lazer que lhe interessam | 62 |
| Quadro n.º 43 | Distribuição dos inquiridos pelas actividades desempenhadas no meio familiar                                 | 64 |
| Quadro n.º 44 | Distribuição dos inquiridos por cuidarem de questões relacionadas com o dinheiro no seu meio familiar        | 64 |
| Quadro n.º 45 | Distribuição dos inquiridos pelo conhecimento ou não dos seus direitos enquanto pessoa idosa                 | 65 |

## 1 - INTRODUÇÃO

O aumento da esperança média de vida foi um dos triunfos adquiridos na humanidade, pelo avanço da medicina e novas tecnologias. No entanto, embora se considere um triunfo, devemos ainda pensar que, dia após dia se torna num grande desafio. Este desafio traduz-se num aumento da população idosa, que devido às baixas taxas de natalidade e aumento da esperança média de vida, está a provocar uma inversão na pirâmide demográfica a nível mundial, com mais impacto nos países desenvolvidos. Deste modo, tal como refere Fernandes (2001), citado por Torres e Marques (2008), as cidades da Europa enfrentam fenómenos como o aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população, que se desenvolvem rapidamente, enquadrando-se tendencialmente nas populações dos países desenvolvidos.

Estas alterações sócio-demográficas, leva a que os actuais governos façam um esforço para reformular e criar novas políticas, sobretudo de saúde, sendo esta uma das áreas mais afectadas pelo aumento acelerado da população idosa. Este grupo etário deverá ser e estar activamente presente, como elemento da sociedade, e não apenas como elemento passivo, sem vontade própria e a quem não são tão reconhecidas necessidades psicológicas, afectivas, de lazer...como a qualquer outro grupo etário, que se faz valer da sua independência e poder de voz para conquistar e garantir o seu “lugar ao sol”, no que diz respeito à realização das suas necessidades de auto-realização e satisfação.

Tal como defende Paúl (2005), citado por Torres e Marques (2008), esta forma de envelhecimento tão acelerada tem levado à procura de estratégias de resolução dos problemas, a nível da saúde, pois o envelhecimento acarreta doenças próprias, aumentando a procura dos serviços de saúde, bem como a diversidade de níveis de prestação de cuidados. É então importante, apostar na prevenção da doença e promoção da saúde, para que de futuro, se consiga preservar a capacidade funcional, independência e autonomia individual, o mais tempo possível, de forma a determinar um envelhecimento saudável.

A promoção da saúde, ao longo dos anos, tem sido objecto de destaque em diversas conferências nacionais e internacionais, enfatizando um conceito ampliado de saúde, que valoriza, especialmente, a interferência das questões ambientais para a manutenção de uma vida saudável.

Segundo Laverack (2008: p.8),

“A promoção da saúde descreve uma relação entre o Estado (que regula as oportunidades da saúde), as economias de mercado (que criam as oportunidades e os riscos da saúde) e os grupos comunitários (que, através das escolhas individuais ou da acção colectiva, influenciam o Estado e as economias de mercado, bem como a sua própria saúde)”.

É um conceito ainda contestado, por não ter ainda uma definição clara. Segundo a Organização Mundial de Saúde, promoção da saúde é “...um processo de capacitar as pessoas para aumentar o controlo sobre, e para melhorar a sua saúde. Ela se move para além de um foco no comportamento individual para uma ampla gama de intervenções sociais e ambientais.” (WHO, s.d.).

A promoção da saúde inclui a educação para a saúde, sendo que esta, segundo Laverack (2008), promove o aumento da consciência crítica pelos programas de promoção da saúde. Segundo Tones *et al* (1990), citado por Squire (2005) “a educação para a saúde é qualquer actividade intencional concebida com vista a conseguir aprendizagem de saúde ou relacionada com a doença, i.e. alguma mudança relativamente permanente na capacidade ou disposição de um individuo”.

A promoção da saúde e os cuidados de saúde preventivos ao longo do ciclo de vida, e principalmente dirigidos à população idosa, aumentam a sua longevidade, melhoram a qualidade de vida, autonomia e mantêm a independência, rentabilizando os recursos da sociedade.

Envelhecer com saúde, autonomia e independência faz-nos pensar o envelhecimento ao longo da vida, de uma forma mais abrangente, com atitudes mais preventivas e promotoras da saúde. Aspectos como promoção de estilos de vida são igualmente importantes, tais como exercício físico regular, uma alimentação saudável, factores de segurança, não fumar, devendo estar incluídos num projecto de envelhecer com dignidade e autonomia, sendo para tal

necessário, a colaboração de toda a comunidade, visto se tratar de uma questão colectiva e não apenas individual.

Segundo as directrizes emanadas pelo Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, incluído no Plano Nacional de Saúde 2004-2010, da Direcção Geral de Saúde,

“A promoção de um envelhecimento saudável diz respeito a múltiplos sectores, que envolvem nomeadamente a saúde, a educação, a segurança social e o trabalho, os aspectos económicos, a justiça, o planeamento e desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, turismo, as novas tecnologias, a cultura e os valores que cada sociedade defende e que cada cidadão tem como seus”.

O envelhecimento activo implica autonomia, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável. Encarar o envelhecimento activo como uma meta a atingir, é reconhecer os direitos humanos das pessoas mais velhas, bem como a igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida, conforme se envelhece. Para além disso, a nível económico, as pessoas idosas que gozam de boa saúde têm menos gastos com esta e podem continuar a trabalhar até mais tarde, podendo influenciar os crescentes custos com as reformas, que actualmente se verificam. Deverá manter-se, alvo de políticas de promoção da saúde, para que se possa prevenir e/ou minimizar o impacto das doenças relacionadas com estilos de vida inadequados, sendo que um dos objectivos será uma mudança no desenvolvimento social. Esta é uma das grandes prioridades dos dias de hoje!

O envelhecimento activo deve ser enquadrado não apenas a indivíduos, mas também a grupos populacionais (e à comunidade), que demonstrem o potencial de cada um para atingir bem-estar próprio, quer físico, social, ou mental, ao longo do seu ciclo de vida e que assim se mantenha até à 3.<sup>a</sup> idade.

Segundo WHO (2002) a questão do envelhecimento activo, traz benefícios quer à pessoa quer à sociedade. Promove a participação dos indivíduos na sociedade, de acordo com as suas necessidades, e mantém a capacidade do indivíduo de manter fisicamente activo, o máximo tempo possível, e fazer parte da força de trabalho.

O actual estudo teve como objectivos:

- Estudar o envelhecimento activo num grupo de idosos do concelho de Évora;

- Contribuir para a promoção do envelhecimento activo deste grupo de idosos.

O envelhecimento não é um problema, embora seja encarado como tal para a restante população, trazendo mitos e receios quer para a família, quer para a população adulta de hoje, que amanhã se tornará idosa.

Os idosos não são propriamente um grupo de risco, mas devemos considerar que existe um grau crescente de vulnerabilidade que pode ser compensada através de medidas que promovam uma estabilidade entre o idoso e o ambiente, promovendo uma adaptação mais equilibrada.

É possível envelhecer de uma forma saudável e autónoma, mas, tal implica acções de mudança de comportamentos e atitudes da população em geral, bem como a formação de profissionais de variadas áreas, adequação e apoio dos serviços de saúde e sociais de forma a permitir um ajustamento da família e sociedade, a um envelhecimento individual e colectivo (Portugal, 2004).

Fernandéz-Ballesteros (2002) citado por Paúl e Fonseca (2005), afirma que, para que seja possível envelhecer saudavelmente, há que promover a saúde, o funcionamento físico e mental, e o compromisso com a vida tentando manter a autonomia e a independência pessoal.

## **2 – CONTEXTO TEÓRICO DA INVESTIGAÇÃO**

### **2.1. Envelhecimento**

O envelhecimento é um processo no qual nos vemos envolvidos durante toda a vida, e de certa forma uma preocupação que nos invade a todos nós, por ser considerada a etapa final do ciclo de vida. Traz inquietações quer pelo aspecto do rápido aumento da população idosa, quer pela marginalização de que os idosos são alvo. A saúde está incluída como um dos maiores motivos de preocupação, sabendo-se que com o avançar da idade, há uma redução da capacidade funcional e processos biológicos e maior intolerância ao esforço físico, podendo traduzir-se, em muitos casos, em motivos de gradual dependência de terceiros.

Determinados factores como realização pessoal e satisfação adquirida ao longo da vida, em vários níveis, questões familiares e relações intergeracionais podem influenciar o modo como a pessoa envelhece e aceita o envelhecimento como processo natural do seu ciclo de vida. Desta forma, Lima (2006: p.18) defende que “o envelhecimento humano é fruto da história de cada pessoa, e a maneira como ela percorreu o longo caminho da vida”.

As projecções elaboradas pelo INE prevêem que em 2040 as populações com 65 e mais anos e 85 e mais anos serão, respectivamente de 28,8% e 3,8% do total de residentes. Em 2006, a esperança de vida aos 65 anos é cerca de 15% superior à de 1991. Ainda perante dados apresentados pelo INE (2004), o índice de envelhecimento aumentará em todas as regiões do país, sendo a região Alentejo a mais afectada, sendo que em 2050, o índice de envelhecimento poderá atingir os 584 idosos por cada 100 jovens, mantendo-se esta a região mais envelhecida de todo o país. Outras projecções do INE (2009) para o período de 2008 – 2060 indicam que, embora Portugal mantenha 10 milhões de residentes, manter-se-á a tendência para o envelhecimento da população, calculando-se que em 2060 irão existir três idosos por cada jovem.

Ferreira (2002) salienta que

“(...) Portugal é um país historicamente rotulado como o mais velho da Europa, sendo o seu pergaminho de honra confrontado com a constatação de também ser o mais envelhecido na sua população e, fatalmente, condenado às concepções negativas e funestas que tal situação acarretará (...).”

e ressalta para além disso, buscando as projecções da II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, realizada em Madrid, em 2002, que

“(...) até 2050, o número de idosos em todo o mundo avultará o número de jovens, pela primeira vez na história da humanidade, em 1950, as pessoas idosas representavam 8% da população; em 2000, representavam 10% e, segundo as projecções, até 2050, deverão corresponder a 21% (...)” (Moura, 2006: p. 28-29).

O envelhecimento trata-se de um processo multifacetado, complexo e que envolve a acção interdependente de diversos factores, nomeadamente factores biológicos, fisiológicos, sociais e psicológicos, inerentes às experiências de vida de cada pessoa. Existem várias hipóteses ou teorias que tentam explicar o processo de envelhecimento, nas suas diversas vertentes. Poirier (1995) apresenta algumas teorias do envelhecimento, divididas em biológicas e psicossociais, de acordo com diversos autores.

As teorias gerais do envelhecimento biológico são seis:

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| Teoria imunitária                  | O sistema imunitário apresenta um défice no reconhecimento das células. Ou seja, apresenta uma disfunção gradual em que o organismo não consegue distinguir as suas células das células estranhas. |
| Teoria genética                    | Cronologicamente, o envelhecimento segue um curso de diversas etapas, sendo que este é a última delas.   |
| Teoria do erro na síntese proteica | Existem alterações nas moléculas de ADN que podem apresentar informação genética falsa, levando à produção de proteínas inaptas.   |
| Teoria do desgaste                 | O organismo deteriora-se conforme o uso.   |
| Teoria dos radicais livres         | Os radicais livres peroxidam os lípidos não saturados, transformando-os em substâncias que envelhecem as células.  |

|                        |  |
|------------------------|--|
| Teoria neuro-endócrina | O envelhecimento celular e fisiológico está relacionado com mudanças das funções neuro-endócrinas. |
|------------------------|--|

As teorias do envelhecimento psicossocial são três:

|                        |   |
|------------------------|---|
| Teoria da actividade   | Uma pessoa idosa deverá manter-se, fisicamente activa, de forma a obter satisfação e auto-estima. |
| Teoria da desinserção  | O envelhecimento faz-se acompanhar de uma desinserção da sociedade.                               |
| Teoria da continuidade | O idoso mantém as suas actividades habituais continuamente.                                       |

Embora haja um forte componente biológico no processo de envelhecimento, é inevitável que aliado a este surjam outros não menos importantes, tais como os psicológicos e os sociais.

Segundo Schroots e Birren (1980) citados por Paúl (s.d.; p. 275)

“O envelhecimento tem três componentes: o processo de envelhecimento biológico que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência; um envelhecimento social, relativo aos papéis sociais, apropriado às expectativas da sociedade para este nível etário; o envelhecimento psicológico, definido pela auto-regulação do indivíduo no campo de forças, pelo tomar decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento”.

## 2.2. Actividades de vida diárias

À medida que se envelhece, as alterações que ocorrem não são apenas de índole cognitiva, elas acontecem em todo o organismo, de forma gradual e constante.

Todos os indivíduos para satisfazerem as suas necessidades desempenham ao longo do dia tarefas que se designam por actividades de vida diárias.

Dependendo do autor estas podem ser classificadas de formas diferentes O modelo de enfermagem de Roper, Logan e Tierney (1995) descreve 12 actividades de vida diárias, que serão apresentadas de seguida.

Existem diversos factores que podem influenciar o desempenho das actividades de vida diárias, nomeadamente biofisiológicos, psicológicos, sociológicos e culturais/espirituais. O grau de dependência/independência para a realização das mesmas varia.

#### 2.2.1 Actividade de vida respiração (ou respirar)

O envelhecimento pode acarretar diversas modificações no organismo, entre as quais a perda/redução da elasticidade dos tecidos alveolares comprometendo a reserva funcional do ar (Phaneuf, 2010).

A actividade de vida respirar, é a única que a maioria das pessoas desempenha de forma autónoma logo desde o nascimento e mantém-se durante toda a vida, exceptuando-se casos em que possa existir uma patologia que o impeça.

#### 2.2.2 Actividade de vida alimentação (ou comer e beber)

A actividade de vida alimentação (ou comer e beber) é uma actividade essencial à vida, sem a qual o indivíduo não sobrevive, sendo uma actividade fundamental para a aquisição de hábitos de vida saudáveis.

O envelhecimento provoca alterações que influenciam o desempenho desta actividade de vida, entre as quais a alteração do gosto e do olfacto, e a perda de apetite e da sensação de sede (Phaneuf, 2010).

As calorias necessárias para uma pessoa idosa são em regra, menores pois, em consequência de outras alterações, há uma redução do exercício praticado. No entanto, há que manter uma ingestão suficiente de modo a impedir o aparecimento de deficiências nutricionais e seus consequentes efeitos.

#### 2.2.3 Actividade de vida eliminação (ou eliminar)

A particularidade desta actividade de vida é que, enquanto a maioria das actividades de vida são realizadas na companhia de outras pessoas, esta é uma actividade que todos os indivíduos a consideram como privada, e pretendem realizá-la sozinhos (Roper, Logan e Tierney, 1995). À medida que se envelhece surgem alterações biológicas e fisiológicas por modificações nos órgãos que exercem esta função, podendo ocorrer distúrbios dos sistemas urinário e gastrointestinal.

#### 2.2.4 Actividade de vida mobilidade (ou mover-se)

Esta actividade de vida está presente em todas as outras actividades de vida, pois todas elas incluem movimento. A mobilidade é de extrema importância para uma circulação sanguínea eficaz, ajudando a aumentar a contractilidade e tonicidade dos músculos. O envelhecimento acarreta uma constante atrofia do sistema músculo-esquelético havendo uma diminuição da força, tonicidade, resistência e destreza (Roper, Logan e Tierney, 1995).

Manter-se em movimento ajuda a promover uma vida activa e uma independência que a todos nós importa manter, pela nossa dignidade enquanto pessoas.

#### 2.2.5 Actividade de vida trabalho e lazer (ou trabalhar e divertir-se)

Ter trabalho e tempo disponível para se divertir é fundamental para a satisfação pessoal de cada indivíduo. Trabalhar não significa apenas receber um valor remuneratório no final do mês pela prestação de serviços. É também uma forma da pessoa se sentir realizada, por exercer funções profissionais, contribuindo para a obtenção de um estatuto, quer no seio da sua família, quer na sociedade da qual faz parte (Roper, Logan e Tierney, 1995). Por outro lado o lazer favorece a saúde mental e física de todos nós, ajudando a ultrapassar situações de crise e stress provocados por vários motivos, que ocorrem na vida de todas as pessoas.

#### 2.2.6 Actividade de vida sono (ou dormir)

À medida que a pessoa envelhece, vão ocorrendo transformações que impedem os indivíduos de manter um sono constante e mais duradouro. Ocorre um maior número de despertar durante o sono e várias situações podem estar na base deste acontecimento: dificuldades respiratórias, cardíacas, digestivas, a diabetes, a ansiedade e problemas neurológicos (Phaneuf, 2010).

#### 2.2.7 Actividade de vida higiene pessoal e vestuário (ou higiene pessoal e vestir-se)

Desde criança que o indivíduo é incentivado a preservar a sua higiene corporal. Sendo os resultados desta observáveis por outros torna-se uma preocupação

pessoal e também cultural, em manter um aspecto limpo e agradável que permita um relacionamento com os outros.

Manter a integridade cutânea constitui-se também como uma preocupação para que esta actividade de vida seja atingida em pleno.

O envelhecimento propicia mudanças no que diz respeito à pele e tegumentos, como por exemplo: perda de elastina e colagénio, perda e adelgaçamento dos cabelos, espessamento das unhas, etc. Algumas doenças podem constituir-se como fontes de risco, impedindo que se mantenha uma integridade cutânea, como por exemplo infecções, diabetes ou até mesmo a imobilidade (Phaneuf, 2010).

#### 2.2.8 Actividade de vida controlo da temperatura do corpo (ou manter a temperatura corporal)

O centro de regulação da temperatura promove um equilíbrio entre o calor que se produz e o calor que se perde, para manter uma temperatura corporal constante e confortável. No caso das pessoas idosas esta regulação não é feita de forma tão eficaz, devido à diminuição do metabolismo e perda de massa gorda que impede que se faça um isolamento calórico. A hipotermia pode acontecer devido à redução de actividade física e também a uma alimentação pobre. Já as infecções podem provocar quadros febris (Phaneuf, 2010; Roper, Logan e Tierney, 1995).

#### 2.2.9 Actividade de vida expressão da sexualidade (ou expressar-se sexualmente)

Segundo Roper, Logan e Tierney (1995) ao longo do ciclo de vida, vai ocorrendo um ajustamento contínuo, no que concerne à forma como a sexualidade é expressa.

Os preconceitos sobre sexualidade e envelhecimento têm afectado de forma negativa a forma como as pessoas vivenciam esta actividade de vida numa nova etapa da vida. Segundo Vasconcellos *et al* (2004) quer por falta de interesse dos profissionais de saúde quer pela inibição dos idosos abordarem este tema, o facto é que esta área tem sido alvo de negligência, quando é uma actividade de vida diária como todas as outras, integrada no processo de envelhecimento.

#### 2.2.10 Actividade de vida comunicação (ou comunicar)

Comunicar implica muito mais que falar. Pode fazer-se verbalmente ou através de técnicas de comunicação não verbal. Existem diversas doenças que podem perturbar a satisfação desta actividade de vida, tais como: problemas neurológicos que podem provocar afasia, a diabetes, glaucoma que podem provocar a cegueira, a surdez, a depressão...todas elas podem impedir ou reduzir a capacidade das pessoas comunicarem.

#### 2.2.11 Actividade de vida manutenção de um ambiente seguro (ou manter um ambiente seguro)

Esta actividade de vida comporta elementos como protecção contra infecções, quedas, traumatismos, violência....com o envelhecimento e todas as alterações biológicas, fisiológicas e psicológicas que lhe estão inerentes.

As principais mudanças físicas que podem estar na base de acidentes e consequentes traumatismos são as que afectam os órgãos dos sentidos e enfraquecimento físico que limita a mobilidade (Roper, Logan e Tierney, 1995).

#### 2.2.12 Actividade de vida morte (ou morrer)

A morte é a última etapa de todo o ciclo de vida e também o mais temido, quer por a pessoa deixar de existir quer pelo medo de sofrimento a que os indivíduos associam.

Para além da nossa própria morte assusta-nos pensar e/ou falar sobre a morte de alguém que nos é querido. No caso dos idosos, muitas vezes a sua companhia mais presente é o esposo ou esposa há muito tempo. Segundo Roper, Logan e Tierney (1995) e Phaneuf (2010) quando um elemento parte, deixando o outro só, pode provocar um enorme desalento, desinteresse pela vida e entregar-se a uma profunda depressão. O luto pode não feito eficazmente o que deixa a pessoa ainda mais triste e inactiva.

### **2.3. Envelhecimento activo**

Apenas há pouco tempo se começou a dar mais relevo a questões relacionadas com o envelhecimento da população. Segundo Costa (1998: p.87-89) citado por Rocha (s.d) a maior parte dos idosos não tem "lugar nem papel na vida social".

Desta forma para Paúl (1997) citado por Rocha (s.d: p. 4) considerar o envelhecimento como factor de exclusão faz com que “a situação de solidão/isolamento, como de inexistência ou não funcionamento das redes sociais de apoio tenham consequências em termos de saúde física e psicológica dos sujeitos”. Estas novas preocupações fizeram emergir o conceito de envelhecimento activo ou envelhecimento produtivo.

O conceito de cidadania está associado aos direitos e deveres dos cidadãos, enquanto elementos da sociedade onde vivem. O termo cidadania pressupõe que todos nós cidadãos vivamos sob regras de convivência, de pertença e de envolvimento para com os outros. Este conceito surge na Grécia e está associado aos direitos e deveres dos cidadãos, no qual está incluído o direito da participação (Ramos e Gonçalves, 2010).

Seja qual for o nosso papel (ou papéis) na sociedade todos nós temos direitos e deveres a cumprir, que segundo Ramos (2010) estão classificados como os “5 r’s”. São estes o reconhecimento, o respeito, as respostas adequadas, o rigor e a responsabilidade. Todas estas referências, para além de direitos individuais constituem-se também como deveres, reconhecendo todos eles reciprocamente nos outros (Ramos e Gonçalves, 2010).

Segundo um documento designado por Citizens as Partners, da OCDE (2001) existem três níveis de envolvimento do cidadão, nomeadamente os níveis de informação, consulta e participação. Este último nível caracteriza-se pela relação na qual os cidadãos estão verdadeiramente envolvidos nos processos de decisão e gestão (Ramos e Gonçalves, 2010).

O actual desafio em cidadania passa por criar dinâmicas que permitam a mudança de situações como a redução de informação, a passividade e a dependência pelas decisões apenas dos outros, para situações em que haja produção e partilha de conhecimentos, bem como a promoção da autonomia e independência, individual e colectiva. Esta mudança implicará também que cada um de nós seja, em parte, responsabilizado pelo nosso estado de saúde e, conseqüentemente, pelo estado de saúde da comunidade em que estamos inseridos (Ramos e Gonçalves, 2010).

Os idosos, sendo cidadãos presentes nas nossas sociedades, têm, como todos nós mais jovens, o poder de usufruir dos direitos respeitando também os deveres

que nos são impostos. Este quadro referencial de direitos e deveres permite exercer o direito de cidadania e, como tal, permite a participação dos idosos em questões sociais, mantendo-se como elementos activos da comunidade.

Segundo Paúl e Fonseca (2005: p.77) referem que o envelhecimento activo

“(...) integra ainda a consideração do processo de envelhecimento no âmbito da cultura e do género, sublinhando a importância dos seguintes determinantes: serviços sociais e de saúde, características comportamentais e pessoais, meio físico, características sociais e económicas. Espera-se que estes aspectos variem e contribuam com pesos diferentes para a satisfação e qualidade de vida dos idosos, em diferentes contextos.”

“É o processo de optimização de oportunidades de saúde, participação e segurança a fim de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas. Aplica-se a indivíduos e grupos da população. Envelhecimento activo permite que as pessoas atinjam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental durante todo o curso de vida e de participar na sociedade, fornecendo-lhes protecção adequada, segurança e cuidados quando eles precisam (WHO, 2002).

Para outros autores, a questão do envelhecimento activo pressupõe algo mais que manter o corpo activo. Para Assis et al (2007: p. 440)

“O envelhecimento activo é desejável como condição de desfrute da longevidade e trata-se de meta complexa pela reconhecida influência de um conjunto de determinantes económicos, comportamentais, pessoais, relacionados ao meio ambiente físico e social e aos serviços sociais e de saúde que interagem continuamente”.

Como tal, a promoção do envelhecimento activo

“(...) deve estar articulada ao processo de construção da cidadania e de viabilização prática dos direitos sociais dos idosos”. A oportunidade de condições e práticas favoráveis à saúde e ao bem-estar é base para se pensar a busca de um “bom envelhecimento” e inclui, além da garantia de direitos humanos básicos, aspectos como: inserção social e ocupação dotadas de significado; alimentação equilibrada e actividade física; uso prazeroso do corpo e lazer gratificante; apoio e satisfação nas relações familiares e sociais; acesso a acções preventivas e a acompanhamento assistencial (Assis et al, 2007: p. 441).

Pela lógica economicista, o envelhecimento activo pode ainda servir problemas relacionados com o estado e o mercado, ou seja, “quantas mais pessoas idosas

trabalharem, quantas menos estiverem institucionalizadas, quantas mais se encontrarem nas suas casas a cuidarem dos seus netos, quanto mais as comunidades se envolverem em formas de solidariedade social” e assim “menores serão os dispêndios do estado, maior será a produtividade do mercado” (Rocha, s.d: p. 6).

Mas apesar desta linha economicista, existem muitos outros determinantes que podem influenciar a vivência do envelhecimento e a conquista ou não de um envelhecimento activo. Assis (2005) citado por Almeida, Batinas e Leão (2011) reconhece a influência de variados determinantes, tais como económicos, comportamentais, pessoais, meio ambiente físico, serviços sociais e de saúde. Todos estes influenciados pelo género e cultura.

As estratégias promotoras de um envelhecimento activo podem ser estruturadas em torno de vários aspectos, nomeadamente: meio familiar, onde os papéis são desempenhados através da transferência de tempo, da translação de dinheiro e da função educativa dos netos; promoção social, sobretudo nos programas de voluntariado sénior e nos programas intergeracionais; trabalho sénior, no âmbito rural e dos serviços; meio político (Gonçalves, Martin, Guedes, Cabral-Pinto e Fonseca, 2005).

A participação em grupos constitui-se como uma estratégia para um envelhecimento activo pois promove a autodeterminação, a independência e a autonomia. Os grupos com frequência promovem a autoestima e o senso de humor, permitindo diminuir a vulnerabilidade a que estão sujeitos (Souza e Lautert, 2008).

O envelhecimento activo constitui-se assim como uma estratégia que visa potencializar o viver dependendo de condições sociais e políticas públicas que garantam direitos básicos de cidadania e possibilitem práticas tendencialmente saudáveis, como alimentação equilibrada, actividade física, uso prazeroso do corpo, inserção social e ocupacional dotadas de significado, lazer gratificante, além do acesso a serviços assistenciais e preventivos (Assis, 2009).

#### **2.4. Envelhecimento activo e educação para a saúde**

O interesse pelo grupo dos idosos surgiu apenas em 1982, quando a Organização das Nações Unidas (ONU) realizou a I Assembleia mundial sobre o

envelhecimento, em Viena, sendo o tema mais reforçado em 2002 aquando da realização da II Assembleia mundial sobre o envelhecimento (Rocha, s.d).

Envelhecer com qualidade de vida é uma preocupação da área gerontológica, originando formulações teóricas sobre velhice bem-sucedida, a partir do qual emergiu o conceito de envelhecimento activo da OMS, apresentado na II Assembleia mundial das Nações Unidas sobre o envelhecimento, em Madrid no ano de 2002 (Hessel, 2008). O conceito de envelhecimento activo, criado por esta organização visa ser mais inclusivo que o envelhecimento saudável, pois inclui como característica a participação de cada um, mesmo que exista alguma limitação, não se restringido apenas à capacidade de se manter fisicamente activo (Assis et al, 2007). Como tal, Hessel (2008) reforça a concepção de envelhecimento activo defendida pela comissão europeia, em que esta privilegia a participação de todos os cidadãos para que estes organizem a sua própria actividade, deixando de se centrar apenas nos mais velhos, pois todos estão a envelhecer continuamente.

Envelhecer saudável é um grande objectivo que deverá fazer parte das actuais políticas de saúde. Se por um lado reduz os custos com a saúde, na área curativa, pode contribuir para um aumento do produto interno do país, uma vez que uma pessoa saudável pode ainda exercer uma actividade profissional de acordo com as suas capacidades físicas e cognitivas decorrentes da idade. O mito de que o indivíduo passa a inactivo passando a usufruir de uma reforma mensal porque atingiu determinada idade ou anos de trabalho há que ser desmistificado. A nossa sociedade atribui a conotação de idoso, a quem passa a ser reformado, porque de facto, essa pessoa, deixa de dar o seu contributo económico à sociedade, passando de activo para inactivo. No entanto, essa pessoa de quem falamos pode ainda ter a capacidade de, com a sua autonomia e independência, estar presente de uma forma activa e ter ainda algo para dar.

Para Hessel (2008) a aprendizagem contínua ao longo da vida assume uma importância cada vez maior devido ao envelhecimento da população activa. Para este autor a formação mantém vivo o espírito das pessoas.

O envelhecimento activo coloca-se então, de uma forma central e deve ser instituído a título quer individual, quer colectivo. Há que ter em conta dois aspectos fundamentais: o físico e o psíquico. A nível físico, por muito que custe

aceitar, o envelhecimento é condicionado por vários factores, que podem variar de indivíduo para indivíduo e, no geral, dizem respeito às graduais perdas de capacidades funcional e motora. Aqui o envelhecimento activo deverá funcionar como estratégia de adiar essas alterações, e como não se pode deixar de frisar, é importante uma alimentação e hidratação adequada, exercício físico regular e adaptado às necessidades de cada um, e por fim mas não menos importante uma vigilância de saúde também regular. Estas medidas irão também contribuir para um equilíbrio psíquico do indivíduo, mas existem outras medidas que podem facilitar e ajudar o idoso a manter as suas funções cognitivas durante o máximo tempo possível, tais como a leitura, a estimulação da memória e raciocínio e actividades de lazer em grupo como forma de socialização. Estas atitudes irão proporcionar um bem-estar psíquico e emocional, que se irá repercutir na sua saúde. A motivação está na base de um envelhecimento activo de sucesso, e há que, desde cedo, preparar o indivíduo para um ciclo de vida, que lhe trará muitas alterações, e agir para impedir que estas actuem maioritariamente, pelo seu lado negativista.

Segundo Assis et al (2007: p.439) a “educação é intrínseca às práticas de saúde e seu valor tem sido reconhecido como dimensão essencial do cuidado em saúde”. Também estes autores defendem que os processos educativos estão na base de uma prevenção da doença e promoção da saúde e, conseqüentemente, na promoção de um envelhecimento saudável.

“A educação para a saúde é uma parte essencial da prática de todos os profissionais de saúde. É praticada segundo um processo de diagnóstico e intervenção” (Redman, 2003: p.3, 4).

Tones & Tilford (1994), citados por Carvalho e Carvalho (2006: p.21) propõem a seguinte definição de educação para a saúde

“Educação para a saúde é toda a actividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença [...], produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamento e de estilos de vida”.

Sendo a educação para a saúde uma “(...) missão que deve ser encarada com sentido pedagógico, didáctico e de investigação” (Rodrigues, Pereira e Barroso,

2005: p.16), deverá ser um ponto fulcral e determinante para os indivíduos adquirirem competências que possam induzir à criação, manutenção e preservação de comportamentos e estilos de vida saudáveis.

A educação, segundo Assis *et al* (2007) pode ser entendida como uma prática social, que ocorre em qualquer altura na vida dos indivíduos. Desta forma, a educação deve adoptar estratégias de forma a incluir os indivíduos ao longo de todo o processo educativo, mantendo uma relação democrática para com eles.

A educação para a saúde aliada a um esforço colectivo para preparar os indivíduos a enfrentarem o ciclo de vida que mais temem, pode aligeirar este sentimento, podendo proporcionar uma fase da vida onde imperem o bem-estar psíquico, emocional e intelectual. O envelhecimento, processo natural que faz parte do desenvolvimento humano, deve ser integrado nas questões da educação para a saúde, para que os nossos idosos permaneçam activos, quer fisicamente quer intelectualmente, não se sentindo entraves na sociedade.

Para Freitas *et al* (2010) no movimento de promoção da população encontra-se como uma das estratégias principais o *empowerment*, o qual está presente nas definições de saúde, promoção da saúde, participação comunitária, educação em saúde e políticas de saúde. Através do *empowerment* a promoção da saúde procura capacitar os indivíduos e comunidade a viverem cada etapa do ciclo de vida, independentemente da presença de limitações, resultantes de enfermidades, realizando acções em diferentes contextos (Almeida, Batinas e Leão, 2011).

A participação em grupos pode ser considerada uma estratégia para estimular a inclusão social. É considerado um espaço de educação em saúde onde é estimulada o desenvolvimento de práticas de autocuidado, facilitando o exercício da autonomia, tanto na promoção das capacidades funcionais como na manutenção das actividades de vida diárias (Souza e Lautert, 2008).

Actualmente a idade da reforma dita a passagem de indivíduo activo para inactivo. Os próprios indivíduos que se reformam têm, para si, este pensamento, e como tal é uma fase de grande desespero, para muitos. Os idosos podem e devem manter actividades que os mantenham satisfeitos consigo próprios e com os outros. Devemos pensar que envelhecer não é sinónimo de perder qualidades, mas sim de ganhar sabedoria e para tal há que reforçar a confiança

que cada um tem em si. Há que saber cuidar-se e cuidar dos outros. Precaver-se, no que diz respeito aos naturais efeitos do envelhecimento, quer biológico, quer intelectual, mantendo relacionamentos com os amigos, cuidando em simultâneo destes.

### **3 – METODOLOGIA**

“A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas. Ela consiste em descrever, em explicar, em prever e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos (Fortin, 2009: p.4) ”. A autora refere ainda que a investigação científica é um método que permite a aquisição de novos conhecimentos, resultante da colheita de dados, tendo como objectivo, descrever, explicar e prever os fenómenos.

De acordo com Fortin (1999) a metodologia diz respeito aos métodos utilizados para realizar a investigação onde se podem encontrar secções sobre o desenho do estudo, a amostra, os instrumentos de pesquisa e os procedimentos seguidos e para Crato *et al* (2004), nesta fase, o autor precisa informar claramente como, quando e em que condições os procedimentos foram realizados e quais os passos que foram seguidos, informando ainda o período e o local de realização de pesquisa.

É nesta secção onde o investigador insere as suas actividades e decisões com vista a dar resposta às questões de investigação posteriormente formuladas. Esta fase apresenta implicações para a qualidade, integridade e interpretabilidade dos resultados.

#### **3.1 - Tipo de estudo**

O investigador opta pelo tipo de estudo que melhor traduza a análise dos dados recolhidos, tendo sempre como base os objectivos anteriormente traçados.

Segundo Fortin (1999), o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis ou ainda verificar hipóteses de causalidade.

O estudo realizado considera-se descritivo e exploratório, de abordagem quantitativa, cuja problemática em estudo é a forma como a população idosa vivencia este ciclo de vida, segundo questões de sociabilidade e, também,

considerando questões de actividades mantidas, física e intelectual, pretendendo dar resposta às seguintes perguntas de partida:

- Quais as actividades praticadas pela população idosa que frequenta a USÉ?

- Quais as práticas de sociabilidade accionadas pelos idosos em estudo?

“Uma questão de investigação é uma interrogação precisa, escrita no presente e que inclui o ou os conceitos em estudo. Ela indica claramente a direcção que se entende tomar (...)” (Fortin, 2009: p. 52).

Dada a natureza dos fenómenos em questão, a abordagem quantitativa é aquela que melhor se adequa, visto que neste método, o controlo permite delimitar o problema de investigação. As estratégias tais como o controlo, os instrumentos metodológicos e a análise estatística visam tornar os dados generalizáveis a outras populações.

Este estudo é considerado exploratório dada existência de poucos estudos acerca deste tema, pois tal como refere Gil (1989: p. 45), “...este tipo de pesquisa é realizado especialmente quando o tema escolhido é pouco explorado”.

O presente estudo é também considerado descritivo pois, segundo Gil (1989), nos estudos descritivos e exploratórios são incluídas pesquisas que têm por objectivo levantar as opiniões, atitudes e crenças de uma população. Já Fortin (2009: p. 34) refere que “a investigação descritiva visa descobrir novos conhecimentos, descrever fenómenos existentes, determinar a frequência da ocorrência de um fenómeno numa dada população ou categorizar a informação”

Neste caso em particular, espero descrever e compreender quais as actividades praticadas pela população idosa bem como identificar os determinantes de saúde deste mesmo grupo.

### **3.2 - População e amostra**

Para se levar a cabo uma investigação, é necessário seleccionar uma população, sobre a qual se irá incidir para obter as informações que irão dar resposta às questões a investigar.

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004: p.224), uma população “(...) é um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados.”

Qualquer que seja a unidade básica, a população compreende o grupo de entidades na qual o pesquisador está interessado.

Para Fortin (2009: p.70) a população alvo “é um grupo de pessoas ou de elementos que têm características em comum. Como raramente é possível estudar a totalidade da população alvo, utiliza-se a população que está acessível, isto é, que está limitada a um lugar, uma região, uma cidade, uma escola, um centro hospitalar”

A população investigada foi constituída pelos idosos que frequentam a Universidade Sénior de Évora (USE). Esta instituição foi criada a 24 de Agosto de 2005, com o objectivo de combater a solidão e sedentarismo da população mais idosa, motivo pelo qual é a população seleccionada.

A população em estudo foi seleccionada por método não probabilístico de conveniência, baseada nos seguintes critérios de inclusão:

- que os indivíduos fossem alunos da USE;
- que os indivíduos tivessem 65 anos de idade ou mais;
- que os indivíduos aceitassem participar no presente estudo.

Segundo Carmo & Ferreira (1998), este método de selecção utiliza um grupo de indivíduos que esteja disponível ou um grupo de voluntários.

Para execução do estudo foram seleccionados para a amostra os alunos da USE com idade igual ou superior a 65 anos, dado que é a partir desta idade que, actualmente, um indivíduo passa a ser considerado idoso.

Como nos diz Gil (1993) citado por Novais (1998: p.44) amostra é “uma pequena parte dos elementos que compõem o universo”. Os elementos, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), são as entidades que formam as amostras e as populações.

De acordo com Carmo (1998), a amostra é “uma parte ou subconjunto de uma dada população ou universo (...) de tal maneira que os elementos que constituem a amostra representam a população a partir da qual foram seleccionados.” O rigor na selecção da amostra é imprescindível para que os resultados obtidos tendam a aproximar-se bastante daqueles que seriam observados caso fosse sujeitar todo o universo à investigação.

Os pesquisadores retiram a amostra de uma população acessível com a esperança de generalizar para a população - alvo, e esta, segundo Polit (2004: p.224), “ (...) é toda a população na qual o pesquisador está interessado.”

Foi contactado o Serviço de Administração da USE, de modo a explicar os objectivos do estudo e solicitar autorização para a realização do mesmo (ANEXO I).

### **3.3 - Instrumento de pesquisa**

Para Lakatos & Marconi (1985) citados por Novais (1998: p.44) instrumentos de pesquisa são “instrumentos utilizados com a finalidade de obter dados que permitem medir o rendimento, a competência, a capacidade ou a conduta dos indivíduos em forma quantitativa”.

Segundo Fortin (1999) uma vez que os instrumentos de medida servem para colheita dos dados que fornecerão respostas às questões de investigação ou às hipóteses, é importante considerar os aspectos da fidelidade e da validade dos instrumentos de medida.

Perante o fenómeno que se pretende estudar, e de acordo com a metodologia seleccionada, elege-se o questionário como instrumento de colheita de dados (ANEXO II).

O questionário é uma técnica de investigação composta por um número mais ou menos elevado de questões apresentados por escrito às pessoas, tendo por objectivo o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, expectativas, interesses, situações vivenciadas, etc (Gil, 1989; Fortin, 2009). Segundo Norwood (2000) citado por Fortin (2009) os questionários apresentam uma grande flexibilidade quanto à sua estrutura, forma e aos meios de recolher informação. Podem ser preenchidos pelos participantes, com ou sem assistência.

“Os questionários tanto podem ter conter questões fechadas como questões abertas”. Para recolher os dados, o investigador pode utilizar um questionário já existente ou criar o seu próprio questionário, com vista a responder às suas necessidades particulares” (Fortin, 2009: p. 380).

Para a construção deste questionário, foi necessário identificar a informação que pretendia recolher, tendo em conta os objectivos do estudo e as perguntas de

investigação. De seguida foi constituído um “banco de questões”, e após o esboço do questionário ter sido revisto pela minha orientadora, as questões foram formuladas, ordenadas e foi feito um pré-teste (ANEXO III).

A estrutura política segundo a OMS (2005) para o envelhecimento activo inclui três pilares – saúde, participação social e segurança. A saúde é baseada em diagnósticos médicos ou percebidos pelo próprio. A participação social está relacionada com as relações estabelecidas com diversos subsistemas, como é o caso da família, dos amigos e do exercício da cidadania. Por último, a segurança que está intimamente ligada a questões de protecção, habitações e clima social.

Assim, o questionário é composto por seis partes. A parte 1 tem como objectivo fazer a caracterização sociocultural dos indivíduos participantes com 65 anos ou mais, frequentadores da USE, sendo composta por nove questões com a seguinte ordem: idade, género, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, profissão que exerce ou exerceu, com que vive, número de pessoas que constituem o agregado familiar e o local onde reside.

A parte 2 tem como objectivo caracterizar a prática de sociabilidade dos indivíduos anteriormente referidos e é composta por três questões: acesso a actividades de grupo, frequência da realização de actividades de grupo e número de horas diárias dispendidas para a prática de actividades de sociabilidade.

A parte 3 é composta por duas questões. A primeira diz respeito à apreciação das actividades de vida. Está dividida em todas as actividades de vida diárias, e tem como grande objectivo verificar se existem limitações, sobretudo físicas, que impeçam estes indivíduos de exercer algumas actividades. A segunda questão está relacionada com as alterações das actividades de vida, e de que forma estas poderão influenciar as práticas de sociabilidade do indivíduo.

A parte 4 é composta por seis questões referentes à instituição que frequentam, neste caso a USE: quando começaram a frequentar, quantos dias por semana dispõem para frequentar, quantas horas por dia disponibilizam para a USE, qual o (s) motivo (s) que os levaram a frequentar a USE, quais as actividades que mais aprecia e o que considera ser mais importante na instituição.

A parte 5 é constituída por 11 questões e está relacionada com o envelhecimento activo: problemas de saúde actuais, se faz vigilância de saúde,

quantas refeições faz diariamente, se pratica actividade física e com que frequência, se se sente satisfeito com as oportunidades que tem para adquirir novos conhecimentos, com a maneira como passa o tempo livre, nas relações com as outras pessoas, com a sua saúde, se tem possibilidade de obter as informações que precisa, se tem oportunidade para realizar as actividades de lazer que lhe interessam e se apreciam a forma como utilizam o tempo que têm livre.

Por último, a parte 6 diz respeito a cidadania e é constituída por três questões: se faz voluntariado, se desempenha actividades no meio familiar e quais e se conhece os seus direitos enquanto pessoa idosa.

Nas instruções deste constam o objectivo do mesmo, o seu carácter de anonimato, de confidencialidade e o agradecimento aos participantes.

### **3.4 - Pré-teste**

O objectivo do pré-teste de um instrumento de colheita de dados é “assegurar-lhe validade e precisão” (Gil, 1989: p.133).

Segundo Fortin (2009: p. 386) “o pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população alvo”.

De acordo com Gil (1989: p.132) a finalidade do pré-teste é “evidenciar possíveis falhas na redacção do questionário, tais como: complexidade das questões, imprecisão na redacção, desnecessidade das questões, constrangimentos ao informante, exaustão etc.”.

Deste modo, para testar o instrumento de colheita de dados, foi realizado o pré-teste a indivíduos idosos que apresentavam características semelhantes às do grupo do estudo. O pré-teste foi realizado no dia 3 de Janeiro de 2011. Após a análise dos dados obtidos no pré-teste verificou-se a necessidade de alterar duas questões, uma vez que estas não foram compreendidas pelos inquiridos, havendo necessidade das reformular, não implicando mudanças importantes.

### **3.5 - Recolha de dados**

Para que fosse possível a recolha de dados necessários à realização deste trabalho foi solicitada autorização à Administração da Universidade Sénior de Évora.

O questionário de auto-preenchimento foi precedido de uma breve exposição sobre os objectivos do estudo. Foram garantidos o anonimato das respostas, a confidencialidade dos dados e a liberdade de participação no estudo, tendo todos os participantes concordado com o preenchimento do mesmo.

Os questionários foram aplicados nas instalações da USE, posteriormente à entrega de formulários de consentimento a cada um dos indivíduos participantes do estudo (ANEXO IV).

### **3.6 – Análise dos dados**

Os dados foram tratados informaticamente recorrendo ao programa de tratamento estatístico Statistical Package for Social Sciences (SPSS).

Para sistematizar e realçar a informação fornecida pelos dados foram utilizadas técnicas da estatística descritiva.

### **3.7 – Limitações do estudo**

Como limitações tenho a referir o facto de esta ser a primeira experiência como investigadora, que naturalmente acarretam algumas dificuldades.

Para além desta questão, o número de pessoas que aderiram ao estudo poderá limitar os resultados do estudo, na medida em que torna o estudo não passível de generalização.

Por último remeto-me às dimensões do questionário. O facto de ser extenso poderá também ter limitado a adesão ao estudo, no entanto sendo o tema tão vasto tornava-se necessário a análise de diversas variáveis.

#### 4 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Os resultados são apresentados em percentagens e números absolutos e seguem a ordem das questões do questionário.

De modo a facilitar a leitura e interpretação dos resultados foram elaborados quadros onde se agruparam as várias alíneas de cada questão.

##### 4.1. Caracterização sociocultural da população

Pela apresentação dos dados verifica-se que 20,8% dos inquiridos têm 65 anos de **idade**, 32,1% têm entre 66 a 70 anos, 28,3% têm entre 71 a 75 anos e 18,9% têm entre 76 a 80 anos de idade (quadro nº 1).

Quadro n.º 1 – Distribuição dos inquiridos segundo a idade

| Idade   | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|---------|------------|-------------|-----------------------|
| =65     | 11         | 20,8        | 20,8                  |
| 66 a 70 | 17         | 32,1        | 52,8                  |
| 71 a 75 | 15         | 28,3        | 81,1                  |
| 76 a 80 | 10         | 18,9        | 100,0                 |
| Total   | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Verifica-se que 64,2% das pessoas pertencem ao **sexo** feminino e 35,8% pertencem ao sexo masculino (quadro n.º 2).

Quadro n.º 2 – Distribuição dos inquiridos segundo o género

| <b>Género</b> | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|---------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Masculino     | 19                | 35,8               | 35,8                         |
| Feminino      | 34                | 64,2               | 100,0                        |
| Total         | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Pelos dados obtidos relativos ao **estado civil**, pode-se verificar que 9,4% dos inquiridos são solteiros, 56,6% são casados, 15,1% são divorciados e 18,9% são viúvos (quadro n.º 3).

Quadro n.º 3 – Distribuição dos inquiridos segundo o estado civil

| <b>Estado civil</b> | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|---------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Solteiro            | 5                 | 9,4                | 9,4                          |
| Casado              | 30                | 56,6               | 66,0                         |
| Divorciado          | 8                 | 15,1               | 81,1                         |
| Viúvo (a)           | 10                | 18,9               | 100,0                        |
| Total               | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

A leitura do quadro n.º 4, relativo às **habilitações literárias**, indica-nos que 20,8% dos idosos inquiridos têm a 4.<sup>a</sup> classe, 18,9% possuem o 6.<sup>o</sup> ano, 17% têm o 9.<sup>o</sup> ano, 15,1% têm o 12.<sup>o</sup> ano, 22,6% são detentores do grau de bacharelato e, 5,7% o grau de curso superior.

Quadro n.º 4 – Distribuição dos inquiridos segundo as habilitações literárias

| <b>Habilitações literárias</b> | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|--------------------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| 4. <sup>a</sup> classe         | 11                | 20,8               | 20,8                         |
| 6. <sup>o</sup> ano            | 10                | 18,9               | 39,6                         |
| 9. <sup>o</sup> ano            | 9                 | 17,0               | 56,6                         |
| 12. <sup>o</sup> ano           | 8                 | 15,1               | 71,7                         |
| Bacharelato                    | 12                | 22,6               | 94,3                         |
| Curso Superior                 | 3                 | 5,7                | 100,0                        |
| Total                          | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Em termos de **situação profissional**, verifica-se que dos 53 inquiridos verifica-se que apenas um mantém uma actividade profissional, embora já esteja reformado, sendo que todos os outros já se encontram reformados (quadro n.º 5).

Quadro n.º 5 – Distribuição dos inquiridos segundo a situação profissional

| <b>Situação profissional</b> | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|------------------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Reformado (a)                | 52                | 98,1               | 98,1                         |
| Activo e Reformado           | 1                 | 1,9                | 100,0                        |
| Total                        | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Verifica-se pelos dados obtidos durante a investigação, que foi alargado o leque de **profissões exercidas** pelos inquiridos. 1,9% foi sapateiro, 9,4% estão na área da gestão, 1,9% foi militar, 5,7% costureiras, 1,9% foi profissional de enfermagem, 13,2% eram comerciantes, e em igual percentagem eram funcionários públicos. 15,1% eram professores, 1,9% motorista, 7,5% foram contabilistas, 11,3% ocupavam-se das tarefas do lar (domésticas), 7,5% exerceram funções como administrativos, 1,9% mecânico, 1,9% auxiliar de acção médica, bem como auxiliar de acção educativa. 3,8% eram bancários (quadro n.º 6).

Quadro n.º 6 – Distribuição dos inquiridos segundo a profissão

| <b>Profissão</b>            | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|-----------------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Sapateiro                   | 1                 | 1,9                | 1,9                          |
| Gestor                      | 5                 | 9,4                | 11,3                         |
| Militar                     | 1                 | 1,9                | 13,2                         |
| Costureira                  | 3                 | 5,7                | 18,9                         |
| Enfermeira                  | 1                 | 1,9                | 20,8                         |
| Comerciante                 | 7                 | 13,2               | 34,0                         |
| Funcionário público         | 7                 | 13,2               | 47,2                         |
| Professor                   | 8                 | 15,1               | 62,3                         |
| Motorista                   | 1                 | 1,9                | 64,2                         |
| Contabilista                | 4                 | 7,5                | 71,7                         |
| Doméstica                   | 6                 | 11,3               | 83,0                         |
| Administrativo              | 4                 | 7,5                | 90,6                         |
| Mecânico                    | 1                 | 1,9                | 92,5                         |
| Auxiliar de acção médica    | 1                 | 1,9                | 94,3                         |
| Auxiliar de acção educativa | 1                 | 1,9                | 96,2                         |
| Bancário                    | 2                 | 3,8                | 100,0                        |
| Total                       | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Dados deste estudo indicam que quando questionados sobre **com quem vivem**, 34% das pessoas inquiridas vivem sozinhas e 66% coabitam com familiares (quadro n.º 7).

Quadro n.º 7 – Distribuição dos inquiridos segundo com quem vive

| <b>Com quem vive</b> | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|----------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Sozinho              | 18                | 34,0               | 34,0                         |
| Com familiares       | 35                | 66,0               | 100,0                        |
| Total                | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Segundo os dados obtidos, constata-se que a maioria dos inquiridos que **coabita com familiares**, vive apenas com uma pessoa (41,5%), 15,1% vivem com dois familiares, 3,8% vivem com três familiares, e em igual percentagem vivem com quatro e cinco familiares. Os 34% correspondem a pessoas que vivem sozinhas (quadro n.º 8).

Quadro n.º 8 – Distribuição dos inquiridos segundo o n.º de familiares com quem habita

| N.º de familiares com quem habita | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|-----------------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Um                                | 21         | 39,6        | 60,0                  |
| Dois                              | 8          | 15,1        | 82,9                  |
| Três                              | 2          | 3,8         | 88,6                  |
| Quatro                            | 2          | 3,8         | 94,3                  |
| Cinco                             | 2          | 3,8         | 100,0                 |
| Total                             | 35         | 66,0        |                       |
| 888                               | 18         | 34,0        |                       |
| Total                             | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Inquiridos sobre o **local onde residem**, verificou-se que 1,9% vivem no centro da aldeia, 1,9% vive num monte isolado, 3,8% vivem na vila, 37,7% vivem na cidade, 30,2% vivem no centro da cidade e 24,5% vivem na periferia da cidade (quadro n.º 9).

Quadro n.º 9 – Distribuição dos inquiridos segundo o local onde reside

| Local onde reside   | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|---------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Centro da aldeia    | 1          | 1,9         | 1,9                   |
| Monte isolado       | 1          | 1,9         | 3,8                   |
| Vila                | 2          | 3,8         | 7,5                   |
| Cidade              | 20         | 37,7        | 45,3                  |
| Centro da cidade    | 16         | 30,2        | 75,5                  |
| Periferia da cidade | 13         | 24,5        | 100,0                 |
| Total               | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

#### 4.2. Prática de sociabilidade

Segundo os dados apresentados verifica-se que 96,2% dos inquiridos referem ter acesso a **actividades de grupo**, contra 3,8% que indicam não participar em actividades de grupo (quadro n.º 10).

Quadro n.º 10 – Distribuição dos inquiridos segundo a prática de actividades de grupo

| Actividades de grupo | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|----------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim                  | 51         | 96,2        | 96,2                  |
| Não                  | 2          | 3,8         | 100,0                 |
| Total                | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Relativamente às actividades de grupo que os inquiridos frequentam 84,9% referem a universidade sénior como local onde as praticam, contra 11,3% que não identificam a universidade sénior como local de actividades de grupo. Os 3,8% dizem respeito a pessoas que referem não praticar actividades de grupo, cujos motivos serão apresentados mais à frente (quadro n.º11).

Quadro n.º 11 – Distribuição dos inquiridos por actividades de grupo:  
universidade sénior

| Universidade sénior | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|---------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim                 | 45         | 84,9        | 88,2                  |
| Não                 | 6          | 11,3        | 100,0                 |
| Total               | 51         | 96,2        |                       |
| 888                 | 2          | 3,8         |                       |
| Total               | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Pelos dados apresentados verifica-se que do total de inquiridos, 18,9% praticam **desporto** e identificam-no como actividades de grupo e 77,4% não inclui esta actividade como prática do seu dia-a-dia. Os 3,8% apresentam-se como indivíduos que não praticam actividades de grupo (quadro n.º 12).

Quadro n.º 12 – Distribuição dos inquiridos por actividades de grupo: desporto

| Desporto | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|----------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim      | 10         | 18,9        | 19,6                  |
| Não      | 41         | 77,4        | 100,0                 |
| Total    | 51         | 96,2        |                       |
| 888      | 2          | 3,8         |                       |
| Total    | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Segundo os dados obtidos verifica-se que apenas 3,8% dos inquiridos tem como **actividade de grupo jogar às cartas**, contra 92,5% que não o faz (quadro n.º 13)

Quadro n.º 13 – Distribuição dos inquiridos por actividade de grupo: jogar às cartas

| Jogar às cartas | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|-----------------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim             | 2          | 3,8         | 3,9                   |
| Não             | 49         | 92,5        | 100,0                 |
| Total           | 51         | 96,2        |                       |
| 888             | 2          | 3,8         |                       |
| Total           | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Dos 53 inquiridos, 5,7% praticam **voluntariado** e consideram-no como actividade de grupo e 90,6% não faz voluntariado. Verifica-se que 3,8% não pratica actividades de grupo, pelo que esta pequena parte não integra esta resposta (quadro n.º 14).

Quadro n.º 14 – Distribuição dos inquiridos por actividades de grupo:  
voluntariado

| Voluntariado | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|--------------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim          | 3          | 5,7         | 5,9                   |
| Não          | 48         | 90,6        | 100,0                 |
| Total        | 51         | 96,2        |                       |
| 888          | 2          | 3,8         |                       |
| Total        | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Apenas 5,7% dos inquiridos identifica **actividades relacionadas com a igreja** como actividades de grupo, sendo que 90,6% não o faz e 3,8% não pratica actividades de grupo (quadro n.º 15).

Quadro n.º 15 – Distribuição dos inquiridos por actividades de grupo: igreja

| Igreja | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|--------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim    | 3          | 5,7         | 5,9                   |
| Não    | 48         | 90,6        | 100,0                 |
| Total  | 51         | 96,2        |                       |
| 888    | 2          | 3,8         |                       |
| Total  | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Dos 53 inquiridos, 1,9% refere que **não pratica actividades de grupo** devido à falta de tempo e 1,9% refere apenas “porque não” não justificando. De todos 96,2% praticam actividades de grupo (quadro n.º 16).

Quadro n.º 16 – Distribuição dos inquiridos pela questão de não praticarem actividades de grupo

| Porque não pratica | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|--------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Falta de tempo     | 1          | 1,9         | 50,0                  |
| Porque não         | 1          | 1,9         | 100,0                 |
| Total              | 2          | 3,8         |                       |
| 888                | 51         | 96,2        |                       |
| Total              | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Quando questionados sobre a frequência com que realizam as actividades de grupo, constatou-se que 17% referem que praticam actividades de grupo 1-2 vezes por mês, 56,6% referem que praticam 3-4 vezes por mês, 9,4% praticam 5-6 vezes por mês, bem como 7-8 vezes por mês, 3,8% praticam actividades de grupo mais de 10 vezes por mês e 3,8% não responderam por não praticarem actividades de grupo, como indicado anteriormente (quadro n.º 17).

Quadro n.º 17 – Distribuição dos inquiridos pela frequência da realização das actividades de grupo

| Frequência           | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|----------------------|------------|-------------|-----------------------|
| 1-2 vezes/mês        | 9          | 17,0        | 17,6                  |
| 3-4 vezes/mês        | 30         | 56,6        | 76,5                  |
| 5-6 vezes/mês        | 5          | 9,4         | 86,3                  |
| 7-8 vezes/mês        | 5          | 9,4         | 96,1                  |
| Mais de 10 vezes/mês | 2          | 3,8         | 100,0                 |
| Total                | 51         | 96,2        |                       |
| 888                  | 2          | 3,8         |                       |
| Total                | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Inquiridos sobre o **número de horas diárias que despende para a prática de actividades de grupo** pode verificar-se que, segundo os dados da investigação, 66% dos inquiridos despende de 1 a 2 horas diárias para a prática de actividades de grupo, 32,1% despende 3 a 4 horas diárias e apenas 1,9% despende do seu dia 5 a 6 horas para estas actividades de grupo (quadro n.º 18).

Quadro n.º 18 – Distribuição dos inquiridos pelo número de horas diárias que despende para a prática de actividades de sociabilidade

| N.º de horas diárias | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|----------------------|------------|-------------|-----------------------|
| 1 a 2 horas          | 35         | 66,0        | 66,0                  |
| 3 a 4 horas          | 17         | 32,1        | 98,1                  |
| 5 a 6 horas          | 1          | 1,9         | 100,0                 |
| Total                | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

#### 4.3. Actividades de vida diárias

Quando questionados sobre o grau de dependência na **actividade de vida higiene pessoal e vestir-se** todos os inquiridos referem ser independentes na realização desta actividade de vida diária.

À semelhança da actividade anterior também na **actividade de vida comer e beber** todos os inquiridos referem ser independentes.

A maioria dos inquiridos 98,1% considera-se independente na realização da **actividade de vida mover-se**, sendo que apenas 1,9% considera que necessita de ajuda parcial para satisfazer as suas necessidades no que diz respeito a esta actividade de vida. A limitação que 1,9% dos inquiridos refere para a realização da actividade de vida mover-se é “caminhar”.

Na **actividade de vida eliminar**, 94,3% das pessoas inquiridas consideram-se independentes, 3,8% indicam ser dependentes parciais e 1,9% não respondeu à questão.

Na **actividade de vida respirar**, 92,5% não referem alterações nesta actividade de vida, 5,7% refere que sofre alterações para a realização desta actividade de vida e 1,9% não respondeu à pergunta (quadro n.º 19).

Quadro n.º 19 – Distribuição dos inquiridos por alterações relativas à respiração

| Respiração     | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|----------------|------------|-------------|-----------------------|
| Sem alterações | 49         | 92,5        | 94,2                  |
| Com alterações | 3          | 5,7         | 100,0                 |
| Total          | 52         | 98,1        |                       |
| 999            | 1          | 1,9         |                       |
| Total          | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Pelos dados apresentados relativos à respiração pode-se constatar que 1,9% dos idosos sofre de asma, o que dificulta a realiza desta actividade de vida, 1,9% tem cansaço e 3,8% não respondeu a esta questão (quadro n.º 20).

Quadro n.º 20 – Distribuição dos inquiridos pelo tipo de alterações relativas à respiração

| Alterações respiração | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|-----------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Asma                  | 1          | 1,9         | 50,0                  |
| Cansaço               | 1          | 1,9         | 100,0                 |
| Total                 | 2          | 3,8         |                       |
| 888                   | 49         | 92,5        |                       |
| 999                   | 2          | 3,8         |                       |
| Total                 | 51         | 96,2        |                       |
| Total                 | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Nas alterações referentes à **circulação** verifica-se que 88,7% não têm alterações na circulação, 9,4% têm estas alterações e 1,9% não respondeu à questão (quadro n.º 21).

Quadro n.º 21 – Distribuição dos inquiridos por alterações relativas à circulação

| <b>Circulação</b> | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|-------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Sem alterações    | 47                | 88,7               | 90,4                         |
| Com alterações    | 5                 | 9,4                | 100,0                        |
| Total             | 52                | 98,1               |                              |
| 999               | 1                 | 1,9                |                              |
| Total             | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Relativamente às **alterações referentes à circulação** identificadas pelos inquiridos, 1,9% refere alterações no “sangue”, 1,9% refere alterações ligadas ao “coração”, 1,9% refere sentir “dormência nos membros inferiores”, 3,8% refere ter “varizes”. 1,9% não respondeu à questão e 88,7% não tem alterações na circulação (quadro n.º 22).

Quadro n.º 22 – Distribuição dos inquiridos pelo tipo de alterações que existem na circulação

| <b>Quais as alterações</b>       | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|----------------------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Sangue                           | 1                 | 1,9                | 20,0                         |
| Corção                           | 1                 | 1,9                | 40,0                         |
| Dormência nos membros inferiores | 1                 | 1,9                | 60,0                         |
| Varizes                          | 2                 | 3,8                | 100,0                        |
| Total                            | 5                 | 9,4                |                              |
| 888                              | 47                | 88,7               |                              |
| 999                              | 1                 | 1,9                |                              |
| Total                            | 48                | 90,6               |                              |
| Total                            | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Todos os inquiridos referem ser independentes na realização desta **atividade de vida controlar a temperatura corporal**.

Os dados obtidos sobre a **actividade de vida comunicar** revelam que 69,8% dos inquiridos têm **alterações visuais** e que 22,6% dos idosos refere **alterações auditivas**.

Na **actividade de vida manter um ambiente seguro**, pode-se verificar que 20,8% dos idosos referem ter risco de quedas, 77,4% não identifica esta alteração na actividade de vida e 1,9% não respondeu à questão (quadro 23).

Quadro n.º 23 – Distribuição dos inquiridos pelo risco de quedas

| Risco de quedas | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|-----------------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim             | 11         | 20,8        | 21,2                  |
| Não             | 41         | 77,4        | 100,0                 |
| Total           | 52         | 98,1        |                       |
| 999             | 1          | 1,9         |                       |
| Total           | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Os seguintes dados demonstram que 84,9% dos idosos se consideram independentes na realização da **actividade de vida dormir**, 13,3% utilizam fármacos indutores do sono e 1,9% não respondeu à questão (quadro n.º 24).

Quadro n.º 24 – Distribuição dos inquiridos por alterações na actividade de vida dormir

| Alterações actividade de vida dormir | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|--------------------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Independente                         | 45         | 84,9        | 86,5                  |
| Fármacos                             | 7          | 13,2        | 100,0                 |
| Total                                | 52         | 98,1        |                       |
| 999                                  | 1          | 1,9         |                       |
| Total                                | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Na **actividade de vida trabalhar e divertir-se** verifica-se que 96,2% dos inquiridos se considera independente para a realização desta actividade de vida e 3,8% não responderam à pergunta.

Tendo em conta as respostas dos inquiridos verifica-se que 18,9% têm como actividade de lazer a **leitura** contra 35,8% que não têm o hábito de realizar esta actividade. Os 45,3% são referentes à pessoas que responderam a esta questão. (quadro n.º 25).

Quadro n.º 25 – Distribuição dos inquiridos por actividades de lazer: Ler

| Ler   | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|-------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim   | 10         | 18,9        | 34,5                  |
| Não   | 19         | 35,8        | 100,0                 |
| Total | 29         | 54,7        |                       |
| 999   | 24         | 45,3        |                       |
| Total | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Outra das actividades de lazer realizadas pelos idosos inquiridos é o **desporto**, praticado por 17% dos inquiridos. Saliente-se que 37,7% não praticam desporto (quadro n.º 26).

Quadro n.º 26 – Distribuição dos inquiridos por actividades de lazer: Desporto

| Desporto | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|----------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim      | 9          | 17,0        | 31,0                  |
| Não      | 20         | 37,7        | 100,0                 |
| Total    | 29         | 54,7        |                       |
| 999      | 24         | 45,3        |                       |
| Total    | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Dos 53 inquiridos, 1,9% refere **jogar às cartas** como actividade de lazer (quadro n.º 27).

Quadro n.º 27 – Distribuição dos inquiridos por actividades de lazer: jogar às cartas

| <b>Jogar às cartas</b> | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|------------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Sim                    | 1                 | 1,9                | 3,4                          |
| Não                    | 28                | 52,8               | 100,0                        |
| Total                  | 29                | 54,7               |                              |
| 999                    | 24                | 45,3               |                              |
| Total                  | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Ainda na actividade de lazer, constata-se que 11,3% dos inquiridos responderam que uma das suas actividades de lazer é **ver televisão** (quadro n.º 28).

Quadro n.º 28 – Distribuição dos inquiridos por actividades de lazer: ver televisão

| <b>Ver televisão</b> | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|----------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Sim                  | 6                 | 11,3               | 20,7                         |
| Não                  | 23                | 43,4               | 100,0                        |
| Total                | 29                | 54,7               |                              |
| 999                  | 24                | 45,3               |                              |
| Total                | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Já para 1,9% dos inquiridos a actividade de lazer a que se dedicam é **ouvir rádio** (quadro n.º 29).

Quadro n.º 29 – Distribuição dos inquiridos por actividades de lazer: ouvir rádio

| Ouvir rádio | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|-------------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim         | 1          | 1,9         | 3,4                   |
| Não         | 28         | 52,8        | 100,0                 |
| Total       | 29         | 54,7        |                       |
| 999         | 24         | 45,3        |                       |
| Total       | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Verificou-se ainda que 41,5% dos inquiridos referem como actividade de lazer as **aulas na universidade sénior**. Ressalta-se que 45,3% dos inquiridos não responderam a esta questão (quadro n.º 30).

Quadro n.º 30 – Distribuição dos inquiridos por actividades de lazer: aulas na universidade sénior

| Aulas na universidade sénior | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|------------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim                          | 22         | 41,5        | 75,9                  |
| Não                          | 7          | 13,2        | 100,0                 |
| Total                        | 29         | 54,7        |                       |
| 999                          | 24         | 45,3        |                       |
| Total                        | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Pela apresentação dos dados a seguir verifica-se que 13,2% afirmam ter problemas sexuais, quando se pronunciam sobre a **actividade de vida expressar-se sexualmente** (quadro n.º 31).

Quadro n.º 31 – Distribuição dos inquiridos por problemas sexuais

| Problemas sexuais | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|-------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim               | 7          | 13,2        | 13,5                  |
| Não               | 45         | 84,9        | 100,0                 |
| Total             | 52         | 98,1        |                       |
| 999               | 1          | 1,9         |                       |
| Total             | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Quando inquiridos sobre a **actividade de vida morrer** constata-se pelos dados obtidos na investigação que 26,4% dos inquiridos sofreram **situações de luto marcante**. Também se verificou que 43,4% dos idosos inquiridos tem **medo/receio da própria morte**.

Quando questionados sobre se considera que **as suas alterações de vida diária interferem com a prática de sociabilidade**, verifica-se que a maioria dos inquiridos que responderam a esta questão, não identifica alterações nas práticas de sociabilidade decorrentes de alterações de actividades de vida diárias (92,5%).

#### 4.4. Universidade Sénior

À pergunta **quantos dias por semana disponibiliza para frequentar a universidade sénior**, 71,7% dos idosos refere que frequenta a universidade sénior 1 a 2 dias por semana, 22,6% refere frequentar a instituição 3 a 4 dias por semana, 1,9% refere frequentar a universidade 5 a 6 dias por semana (quadro n.º 32).

Quadro n.º 32 – Distribuição dos inquiridos por dias (por semana)  
disponibilizados para frequentar a universidade sénior

| Quantos dias por semana | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|-------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| 1 a 2 dias              | 38         | 71,7        | 74,5                  |
| 3 a 4 dias              | 12         | 22,6        | 98,0                  |
| 5 a 6 dias              | 1          | 1,9         | 100,0                 |
| Total                   | 51         | 96,2        |                       |
| 999                     | 2          | 3,8         |                       |
| Total                   | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Sobre as **horas por dia disponibiliza para frequentar a universidade sénior**, verifica-se que 69,8% dos idosos disponibilizam 1 a 2 horas do seu dia para frequentarem a universidade sénior, 24,5% disponibilizam 3 a 4 horas por dia e 5,7% não respondeu à questão (quadro n.º 33).

Quadro n.º 33 – Distribuição dos inquiridos pelo número de horas (por dia)  
disponibilizadas para frequentar a universidade sénior

| Horas/dia   | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|-------------|------------|-------------|-----------------------|
| 1 a 2 horas | 37         | 69,8        | 74,0                  |
| 3 a 4 horas | 13         | 24,5        | 100,0                 |
| Total       | 50         | 94,3        |                       |
| 999         | 3          | 5,7         |                       |
| Total       | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Os **motivos pelos quais escolheram frequentar a universidade sénior** foram a **procura de novos conhecimentos**, para 64,2% dos inquiridos e a **ocupação dos tempos livres** para 62,3% dos idosos. Também o **convívio** foi apontado

por 75,5% como um dos motivos que os levava a frequentar a universidade sénior.

#### 4.5. Envelhecimento activo

Sobre os **problemas de saúde actual**, verifica-se que (quadro n.º 34):

- 5,7% dos inquiridos referem sofrer de **obesidade**. 92,5% não identificam como problema de saúde e 1,9% não respondeu à questão;

- relativamente à **diabetes**, da totalidade dos inquiridos 11,3% referem sofrer desta patologia, 86,8% não a identificam como problema de saúde actual e 1,9% não respondeu à questão;

- 39,6% dos idosos refere ter **hipertensão arterial**. Dos restantes apenas 1,9% não respondeu à questão;

- 5,7% dos inquiridos sofre de **doenças cardiovasculares**. 92,5% não identifica tal patologia como problema de saúde actual e 1,9% não respondeu à questão;

- 15,1% dos inquiridos apresentam **doenças reumáticas**, 83,3% não identifica tal patologia e 1,9% não respondeu à questão;

- para a **osteoporose** existem 13,2% de idosos que a identificam como patologia actual, 84,9% não referem tal situação e 1,9% não respondeu à questão;

- dos 53 inquiridos apenas 1,9% refere sofrer de **asma** e 1,9% não respondeu à questão;

- dos idosos sujeitos ao presente estudo 64,2% referem ter **problemas de visão**. 34% não identificam esta situação como problema de saúde actual e 1,9% não respondeu à questão;

- 24,5% dos idosos sofrem de **problemas de audição**, 73,6% não têm este problema e 1,9% não respondeu à questão;

- 5,7% dos inquiridos sofrem de **incontinência**. 92,5% não identifica este problema e 1,9% não respondeu à questão.

Quadro n.º 34 – Distribuição dos inquiridos por problemas de saúde actuais

| Problemas de saúde actual | Percentagem |
|---------------------------|-------------|
| Obesidade                 | 5,7         |
| Diabetes                  | 11,3        |
| Hipertensão arterial      | 39,6        |
| Doenças cardiovasculares  | 5,7         |
| Doenças reumáticas        | 15,1        |
| Osteoporose               | 13,2        |
| Asma                      | 1,9         |
| Problemas de visão        | 64,2        |
| Problemas de audição      | 24,5        |
| Incontinência             | 5,7         |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Das pessoas que participaram neste estudo verifica-se que 90,6% refere fazer **vigilância de saúde** contra 7,5% que refere não fazer e 1,9% que não respondeu à questão.

Através dos dados apresentados verifica-se 1,9% dos inquiridos recorre ao **especialista** para fazer vigilância de saúde; 15,1% fazem-no com o apoio do **médico de família**; 50,9% recorrem ao centro de saúde; 28,3% referem fazer a vigilância no **hospital**; 1,9% dos idosos recorrem a si próprios para efectuar vigilância de saúde; 3,8% dos idosos recorrem a **médico particular**. Verifica-se que 7,5% não faz vigilância de saúde.

Inquiridos sobre quantas refeições faz diariamente, 15,1% dos idosos fazem três refeições diárias, 28,3% fazem quatro refeições por dia, 45,3% fazem cinco refeições por dia e 9,4% fazem 6 ou mais refeições diárias. 1,9% não respondeu à questão (quadro n.º 35).

Quadro n.º 35 – Distribuição dos inquiridos pelo número de refeições diárias

| Número de refeições/dia | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|-------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| 3                       | 8          | 15,1        | 15,4                  |
| 4                       | 15         | 28,3        | 44,2                  |
| 5                       | 24         | 45,3        | 90,4                  |
| 6 ou mais               | 5          | 9,4         | 100,0                 |
| Total                   | 52         | 98,1        |                       |
| 999                     | 1          | 1,9         |                       |
| Total                   | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

A **prática actividade física** é por 52,8 dos inquiridos. Já 45,3% referem não praticar actividade física. 1,9% não respondeu à questão. A **frequência da prática de actividade física** revelou que 30,2% dos inquiridos o fazem 1 a 2 vezes por semana, 17% refere fazê-lo 3 a 4 vezes por semana e 5,7% refere praticar actividade física 5 a 7 vezes por semana. Os 45,3% são referentes aos idosos que não praticam actividade física e 1,9% não respondeu à questão (quadro n.º 36).

Quadro n.º 36 – Distribuição dos inquiridos pela frequência da prática de actividade física

| Frequência de actividade física | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|---------------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| 1 a 2 vezes/semana              | 16         | 30,2        | 57,1                  |
| 3 a 4 vezes/semana              | 9          | 17,0        | 89,3                  |
| 5 a 7 vezes/semana              | 3          | 5,7         | 100,0                 |
| Total                           | 28         | 52,8        |                       |
| 888                             | 24         | 45,3        |                       |
| 999                             | 1          | 1,9         |                       |
| Total                           | 25         | 47,2        |                       |
| Total                           | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Verificou-se que 20,8% dos inquiridos que praticam actividade física refere fazê-lo no **ginásio**. As **caminhadas ao ar livre** são a opção de 24,5% dos inquiridos para realizarem actividade física. Para 5,7% dos idosos que participaram neste estudo as **tarefas do lar** são a sua forma de praticar actividade física. 1,9% dos idosos recorre ao **Inatel** (fundação que visa a promoção da ocupação dos tempos livres) para praticar actividade física. A mesma percentagem refere **universidade sénior** como local onde pratica actividade física. Também o **campo** é referido por 1,9% como local onde pratica actividade física.

Questionados sobre se estão satisfeitos com as **oportunidades que tem para aprender coisas novas** verifica-se que apenas 1,9% dos inquiridos se sente insatisfeito com as oportunidades que tem para aprender coisas novas. 75,5% afirmam estarem satisfeitos, 13,2% estão muito satisfeitos e 7,5% não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos (quadro n.º 37).

Quadro n.º 37 – Distribuição dos inquiridos pela satisfação com as oportunidades que tem para aprender coisas novas

| <b>Aprender coisas novas</b>    | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|---------------------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Insatisfeito                    | 1                 | 1,9                | 1,9                          |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 4                 | 7,5                | 9,6                          |
| Satisfeito                      | 40                | 75,5               | 86,5                         |
| Muito satisfeito                | 7                 | 13,2               | 100,0                        |
| Total                           | 52                | 98,1               |                              |
| 999                             | 1                 | 1,9                |                              |
| Total                           | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Verificou-se que 79,2% dos inquiridos sentem-se satisfeitos e 13,2% sentem-se muito satisfeitos **com a forma como passam o tempo livre**. Pelos dados obtidos constata-se também que apenas 1,9% dos inquiridos sente-se insatisfeito com a forma como ocupa o seu tempo livre e que 3,8% não se sentem nem satisfeitos nem insatisfeitos (quadro n.º 38).

Quadro n.º 38 – Distribuição dos inquiridos pela satisfação com a maneira como passa o tempo livre

| Tempo livre                     | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|---------------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Insatisfeito                    | 1          | 1,9         | 1,9                   |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 2          | 3,8         | 5,8                   |
| Satisfeito                      | 42         | 79,2        | 86,5                  |
| Muito satisfeito                | 7          | 13,2        | 100,0                 |
| Total                           | 52         | 98,1        |                       |
| 999                             | 1          | 1,9         |                       |
| Total                           | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Dos inquiridos envolvidos neste estudo 3,8% refere sentir-se insatisfeito com as suas **relações pessoais**, 7,5% não estão nem satisfeitos nem insatisfeitos, 73,6% referem sentir-se satisfeitos e 13,2% estão muito satisfeitos. 1,9% não respondeu à questão (quadro n.º 39).

Quadro n.º 39 – Distribuição dos inquiridos pela satisfação com as suas relações pessoais

| Relações pessoais               | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|---------------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Insatisfeito                    | 2          | 3,8         | 3,8                   |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 4          | 7,5         | 11,5                  |
| Satisfeito                      | 39         | 73,6        | 86,5                  |
| Muito satisfeito                | 7          | 13,2        | 100,0                 |
| Total                           | 52         | 98,1        |                       |
| 999                             | 1          | 1,9         |                       |
| Total                           | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Pelos dados apresentados pode ainda verificar-se que 3,8% dos idosos inquiridos estão insatisfeitos com a sua **saúde**, 34% referem não se sentirem

nem satisfeitos nem insatisfeitos e 60,4% referem sentir-se satisfeitos. Dos inquiridos 1,9% não respondeu à questão (quadro n.º 40).

Quadro n.º 40 – Distribuição dos inquiridos pela satisfação com a sua saúde

| Saúde                           | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|---------------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Insatisfeito                    | 2          | 3,8         | 3,8                   |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 18         | 34,0        | 38,5                  |
| Satisfeito                      | 32         | 60,4        | 100,0                 |
| Total                           | 52         | 98,1        |                       |
| 999                             | 1          | 1,9         |                       |
| Total                           | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Inquiridos sobre se **tem possibilidade de obter as informações/conhecimentos que precisa**, verifica-se pela apresentação dos dados que 1,9% dos idosos refere que tem poucas possibilidades de obter as informações/conhecimentos que precisa, 39,6% refere ter essa possibilidade moderadamente, 45,3% refere ter bastantes possibilidades e 11,3% refere ter todas as possibilidades de obter as informações/conhecimentos que precisa. 1,9% não respondeu à questão (quadro n.º 41).

Quadro n.º 41 – Distribuição dos inquiridos pela possibilidade de obter as informações/conhecimentos que precisa

| Informações/conhecimentos | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|---------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Pouco                     | 1          | 1,9         | 1,9                   |
| Moderadamente             | 21         | 39,6        | 42,3                  |
| Bastante                  | 24         | 45,3        | 88,5                  |
| Completamente             | 6          | 11,3        | 100,0                 |
| Total                     | 52         | 98,1        |                       |
| 999                       | 1          | 1,9         |                       |
| Total                     | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

Segundo os dados apresentados verifica-se que para 34% dos idosos que participaram no estudo identificam a **universidade sénior** como local onde podem obter as informações/conhecimentos que precisam.

Verifica-se ainda que para 15,1% dos idosos o local que lhes permite obter mais informações é a **internet**. 35,8% não responderam à questão.

Os dados demonstram que para 34% dos idosos os **meios de comunicação social** são o meio de eleição para obterem informações que precisam. Já 9,4% dos idosos inquiridos optam por obter informações/conhecimentos que precisam junto de **pessoas especializadas**. Para 11,3% dos inquiridos a forma de obterem informações/conhecimentos que precisam é através da pesquisa em **livros**.

Apenas 1,9% dos inquiridos recorrem à **família** para obter informações/conhecimentos que precisa.

Inquiridos sobre se **tem oportunidade para realizar actividades de lazer que lhe interessam**, 3,8% dos idosos inquiridos referem não ter oportunidades para realizar actividades de lazer, 7,5% referem ter poucas oportunidades, 34% referem ter oportunidades em grau moderado, 43,4% referem ter oportunidades de realizar actividades de lazer num grau mais elevado (quadro n.º 42).

Quadro n.º 42 – Distribuição dos inquiridos pelo grau de oportunidades para realizar actividades de lazer que lhe interessam

| <b>Actividades de lazer</b> | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|-----------------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Nada                        | 2                 | 3,8                | 4,0                          |
| Pouco                       | 4                 | 7,5                | 12,0                         |
| Moderadamente               | 18                | 34,0               | 48,0                         |
| Bastante                    | 23                | 43,4               | 94,0                         |
| Completamente               | 3                 | 5,7                | 100,0                        |
| Total                       | 50                | 94,3               |                              |
| 999                         | 3                 | 5,7                |                              |
| Total                       | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade ≥ 65 anos

Pelos dados apresentados percebe-se que 11,3% dos idosos recorrem ao **ginásio** para realizarem actividades de lazer. Os 3,8% aqui identificados correspondem aos idosos que referiram anteriormente não terem oportunidades para realizarem actividades de lazer.

Os dados revelam que 43,4% identificam a **universidade sénior** como local onde praticam as suas actividades de lazer. Os 3,8% correspondem às pessoas que anteriormente identificaram como “nada” as oportunidades de realizarem actividades de lazer.

Constata-se ainda que apenas 3,8% referem a **igreja** como local onde praticam actividades de lazer. Os 3,8% correspondem às pessoas que anteriormente identificaram como “nada” as oportunidades de realizarem actividades de lazer.

Para 1,9% dos idosos o **Inatel** é o local de escolha para realizarem as suas actividades de lazer. Os 3,8% correspondem às pessoas que anteriormente identificaram como “nada” as oportunidades de realizarem actividades de lazer.

#### 4.6. Cidadania

Dos inquiridos 19,2% referem praticar **voluntariado**. Das actividades de voluntariado identificadas pelos inquiridos, 3,8% referem fazer **visitas a doentes**. Para os idosos que praticam voluntariado 1,9% identificou como actividades praticadas **aulas de piano**. Como última opção dos inquiridos surge como actividades desempenhadas no voluntariado a **participação em associações de solidariedade social** em 11,3% dos casos. 1,9% não respondeu à questão das actividades em que participa no voluntariado.

Em 75,5% dos casos os idosos referem **desempenhar actividades no seu meio familiar**. 5,7% dos inquiridos não responderam à questão (quadro n.º 43).

Quadro n.º 43 – Distribuição dos inquiridos pelas actividades desempenhadas no meio familiar

| Actividades desempenhadas no meio familiar | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|--|------------|-------------|-----------------------|
| Sim  | 40         | 75,5        | 80,0                  |
| Não  | 10         | 18,9        | 100,0                 |
| Total                                      | 50         | 94,3        |                       |
| 999  | 3          | 5,7         |                       |
| Total                                      | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Dos idosos que **desempenham actividades no seu meio familiar**, 41,5% refere participar na educação dos netos.

Ao serem inquiridos sobre se **cuidam de questões relacionadas com o dinheiro no seu meio familiar**, os dados revelam que 88,7% dos idosos cuidam das questões relacionadas com o dinheiro no seu meio familiar. 3,8% das pessoas não responderam a esta questão (quadro n.º 44).

Quadro n.º 44 – Distribuição dos inquiridos por cuidarem de questões relacionadas com o dinheiro no seu meio familiar

| Dinheiro no meio familiar | Frequência | Percentagem | Percentagem acumulada |
|---------------------------|------------|-------------|-----------------------|
| Sim                       | 47         | 88,7        | 92,2                  |
| Não                       | 4          | 7,5         | 100,0                 |
| Total                     | 51         | 96,2        |                       |
| 999                       | 2          | 3,8         |                       |
| Total                     | 53         | 100,0       |                       |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq$  65 anos

Segundo os dados, constata-se que 81,1% dos inquiridos **conhecem os seus direitos enquanto pessoa idosa**, contra uma percentagem de 15,1% que afirma desconhecê-los (quadro n.º 45).

Quadro n.º 45 – Distribuição dos inquiridos pelo conhecimento ou não dos seus direitos enquanto pessoa idosa

| <b>Direitos dos idosos</b> | <b>Frequência</b> | <b>Percentagem</b> | <b>Percentagem acumulada</b> |
|----------------------------|-------------------|--------------------|------------------------------|
| Sim                        | 43                | 81,1               | 84,3                         |
| Não                        | 8                 | 15,1               | 100,0                        |
| Total                      | 51                | 96,2               |                              |
| 999                        | 2                 | 3,8                |                              |
| Total                      | 53                | 100,0              |                              |

Fonte: questionário aplicado aos alunos da USE com idade  $\geq 65$  anos

## **5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

### **Caracterização sociocultural da população**

Os dados adquiridos durante a investigação demonstram que a maioria dos idosos que frequentam a USE (Universidade Sénior de Évora) têm idades compreendidas entre os 66 e os 70 anos de idade e de todos os inquiridos, o género predominante corresponde ao feminino.

A maioria dos alunos desta instituição com idade igual ou superior a 65 anos de idade são casados, sendo que os restantes, uma minoria, são solteiros, divorciados ou viúvos.

Relativamente às habilitações literárias existe grande heterogeneidade, variando o grau de ensino frequentado por estes alunos. A maioria possui bacharelato (22,6%), de seguida o grau de ensino mais frequentado foi a 4.ª classe (20,8%), muito próximos o 6.º ano (18,9%), o 9.º ano (17%) e o 12.º ano (15,1%), havendo uma minoria com curso superior (5,7%).

De todos os inquiridos, 1,9% mantém ainda uma actividade laboral embora se encontre igualmente reformado, sendo que todos os outros se encontram na fase da reforma. As profissões oscilam muito mas verifica-se que as mais frequentes correspondem a professores, funcionários públicos, comerciantes e domésticas.

Grande parte dos inquiridos vivem com familiares, verificando-se que na maioria dos casos o agregado familiar é composto por duas pessoas (marido e mulher).

O local de habitação com maior número de respostas é a cidade de Évora.

### **Prática de sociabilidade**

Muitos dos idosos referem participar em actividades de grupo (96,2%), sendo na maior parte dos casos na USE. Uma razoável percentagem ocupa o seu tempo livre a realizar desporto. Estas actividades de grupo, segundo os inquiridos são desenvolvidas com maior frequência três a quatro vezes por mês, ocupando na

maioria dos casos uma a duas horas por dia. Têm como local de eleição a USE, embora alguns indivíduos indiquem também a realização de desporto, voluntariado, jogo de cartas e convívios na igreja.

Como seres sociais que todos nós somos sentimos a necessidade de nos relacionar com os outros, amigos, família, colegas de trabalho, os vizinhos...todo este ciclo de relações trazem benefícios de variadas ordens, nomeadamente a nível afectivo, emocional, informativo, promove a auto-estima, o auto-conhecimento e o convívio social que, segundo Araújo e Melo (2011: p. 142) “ajuda a aliviar tensões, diminuindo o isolamento e aumento a participação social” sendo que “a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso conquistar e manter redes de apoio social e garantir uma maior satisfação com a sua vida”.

A prática de actividades sociais promovidas pela comunidade contribui para uma melhoria de humor, bem como da memória. Permite o convívio entre as pessoas, e para além de aumentar a flexibilidade do pensamento na relação com os outros, permite ainda a realização de actividades de lazer, motivando cada vez mais a realização de novas actividades (Azevedo e Teles, 2011).

### **Apreciação das actividades de vida diárias**

Em relação à realização das 12 actividades de vida e graus de dependência na realização das mesmas pode-se constatar que de todos os inquiridos, se verificam as seguintes alterações e graus de dependência:

- para a actividade de vida *comunicar* verifica-se uma elevada percentagem de indivíduos com alterações visuais (69,8%) e, embora em menor percentagem, existem também indivíduos com alterações auditivas (22,6%);
- para a actividade de vida *morrer* 43,4% dos indivíduos referem ter medo/receio da sua própria morte e que 26,4% dos indivíduos que responderam referem já ter passado por situações de luto marcante;
- para a actividade de vida *manter um ambiente seguro* 20,8% dos indivíduos que deram resposta a esta questão referem ter *risco de quedas*;
- para a actividade de vida *dormir* verifica-se que dos inquiridos que responderam à questão, 13,2% estão dependentes de psicofármacos para realizarem esta actividade de vida e satisfazerem esta necessidade;
- para a actividade de vida *expressar-se sexualmente* 13,2% das respostas indicam que existem *problemas sexuais*;

- para actividade de vida *respirar* 5,7% dos inquiridos que responderam à questão referem ter alterações nesta actividade de vida, nomeadamente “*asma*” e “*cansaço*”.
- denota-se que existem mais alterações a nível da circulação, correspondendo a 9,4% dos inquiridos que responderam à questão. Nas alterações nomeadas estão incluídas “*alterações no sangue*”, “*problemas de coração*”, “*dormência nos membros inferiores*” e “*varizes*”.
- para a actividade de vida *eliminar* 3,8% (2) referem ser dependentes parciais;
- para a actividade de vida *mover-se* existe 1,9% dos indivíduos (1) que referem ser dependentes parciais, estando a sua limitação relacionada com o caminhar.

Em relação à *actividade de vida trabalhar e divertir-se* todos referem ser independentes e indicam como actividades de lazer as seguintes:

- leitura;
- desporto;
- jogar às cartas;
- ver televisão;
- ouvir rádio
- aulas na USE.

De todas estas actividades de lazer referidas, a que surge com mais frequência como resposta são as aulas na USE (que aparecem por vezes associadas a outras actividades).

A capacidade funcional relacionada com a autonomia que cada um possui para a execução de tarefas diárias é necessária a todos os indivíduos, para assegurar a possibilidade de se viver sozinho no domicílio (Fillenbaum, 1986 citado por Paúl e Fonseca, 2005).

As actividades recreativas podem proporcionar momentos de descontração, alegria, incentivo à vida social e para ocupação dos tempos livres. Estas actividades são praticadas tendo em conta factores culturais, sociais e económicos. São a título de exemplo os torneios (cartas, dominó, etc), as marchas populares, as procissões e os piqueniques. Para além da melhoria da interacção entre as pessoas, estas actividades contribuem também desenvolver práticas de actividade física, pois faz com que as pessoas saiam de casa e se movimentem mais (Araújo, 2011).

As actividades de lazer são importantes para as pessoas alcançarem bem-estar, promovendo assim a sua saúde. Estas actividades podem ser desenvolvidas dentro ou fora de casa, conforme o desejo de cada um, embora desenvolvidas fora de casa possa tornar-se mais vantajoso uma vez que, para além de promover o movimento permite também estabelecer e manter um relacionamento com os outros.

A experiência da sexualidade é algo que ocorre ao longo de todo o ciclo vital e não apenas a partir da 3.<sup>a</sup> idade. Todos nós sentimos necessidade de nos relacionar com os outros, comunicando, recebendo e dando afecto aos outros, de vivermos momentos de intimidade seja qual for a idade presente. A sexualidade “não se restringe apenas ao acto sexual, mas inclui o desfrutar do prazer do contacto corporal, da comunicação, da segurança emocional e do sentir-se querido” (Pires, 2011: p. 113).

Tal como todas as outras actividades de vida diárias que necessitam ser satisfeitas, a sexualidade reveste -se de igual importância, de acordo com as suas características específicas. Existem factores que podem influenciar a vivência da sexualidade, nomeadamente as atitudes, os pensamentos, os comportamentos, a condição física, necessidades e motivações e, não menos importante, as questões relacionadas com a sociedade em que vivemos e os estereótipos que existem e que relacionam esta actividade de vida com a idade cronológica.

Para Squire (2005: p.23) a sexualidade nos idosos é vivida de uma forma tão individual como qualquer outro tipo de experiência. Depende de vários tipos de factores que podem incluir a doença num elemento ou em ambos os elementos do casal. Os promotores da saúde devem reconhecer que “a saúde sexual é um aspecto importante dos cuidados de saúde para qualquer pessoa e não é apenas algo exclusivo dos jovens”.

Apesar de tudo, esta é mais uma actividade de vida diária em que surgem alterações do processo de envelhecimento biológico, e cujas alterações corporais podem levar a um condicionamento na forma como a pessoa a vê e vive.

A comunicação é essencial para a vida das pessoas pois é através dela que as pessoas conseguem promover, estabelecer, manter e preservar as relações interpessoais com os outros, de acordo com as regras de viver em sociedade.

No entanto, por vezes podem surgir alterações associadas ao processo de envelhecimento que podem dificultar este processo de transmissão de informação que é a comunicação. Podem referir-se entre outras problemas de visão e audição que podem ser ultrapassados com o apoio de material técnico próprio para o efeito (Araújo e Melo, 2011).

As questões da segurança individual e colectiva devem ser integradas num plano de promoção de um envelhecimento activo. A segurança constitui-se como um dos três grande pilares, desenvolvidos pela OMS para a consecução de um envelhecimento activo e como tal a inexistência desta pode afectar a qualidade de vida dos indivíduos, bem como a sua autonomia, auto-estima e independência.

As quedas são a principal causa de acidentes nas pessoas mais velhas. As alterações sensoriais como problemas de visão e/ou audição alterações do equilíbrio e doenças músculo-esqueléticas, tais como a osteoporose estão relacionadas com o aumento do numero de quedas (Duarte e Barbosa, 2011).

O sono, segundo Portugal e Azevedo (2011) é um aspecto muito importante para a vida das pessoas. Permite manter o equilíbrio do nosso corpo e mente. Sendo uma necessidade biológica, é importante que se dê a devida atenção a esta actividade de vida. Com o envelhecimento é natural que surjam algumas dificuldades e perturbações sendo por vezes necessária uma adaptação a nível do comportamento individual para ver satisfeita esta necessidade. Por vezes pode ser necessário o apoio médico e um ajuste terapêutico que possibilite manter uma qualidade de repouso.

### **Universidade sénior de Évora (USE)**

Pelos dados obtidos durante a investigação, no que concerne às práticas realizadas na USE, verifica-se que a maioria dos dias disponibilizados para frequentar a USE vai de um a dois dias (71,7%). No entanto, embora em menor percentagem há também quem disponibilize três a quatro dias (22,6%) e em reduzida percentagem cinco a seis dias (1,9%).

Em relação ao número de horas diárias dispendidas para a USE, a maior percentagem corresponde a uma frequência de uma a duas horas diárias (69,8%) e 24,5% corresponde a uma frequência de três a quatro horas.

Os motivos que levaram as pessoas a procurar este tipo de instituição são com frequência a “*procura de novos conhecimentos*”, “*a ocupação dos tempos livres*” e o “*convívio*”.

Tal como refere Dias (1983) citado por Silvestre (2003) o intuito da educação é criar condições para o ser humano em todas as fases da sua vida crescer, atingindo auto-realização, interagindo com os seus semelhantes para a construção e desenvolvimento das comunidades (Moura, 2006).

Desta forma, a sociedade ao longo dos anos desenvolveu a sua atenção para as necessidades dos idosos. Mas, apesar disso, e parafraseando Moura (2006: p. 88) “...o contexto educação de pessoas idosas permaneceu pouco explorado, com certeza pela sua nomenclatura enquanto *educação*, sendo que produz o efeito clássico de *escola*, por vezes associada à infância.”

Deste modo, segundo Moura (2006) preconiza-se o desenvolvimento de um ambiente educativo propiciando formas de aprendizagem, de maneira a garantir o acesso dos gerontes em todos os serviços e disposições que apoiam a educação e formação de adultos, facilitando deste modo a sua participação activa na sociedade contemporânea. Assim as universidades da terceira idade promovem, para além da ocupação dos tempos livres dos idosos com actividades educativas e culturais, o desenvolvimento da formação ao longo da vida, a promoção da intergeracionalidade, a maximização do capital intelectual da população geronte, a aquisição de conhecimentos, a promoção de actividades desportivas e recreativas, o fortalecimento dos laços de amizade, a reinserção na sociedade, diminuindo a solidão e a melhoria da auto-confiança.

Com o envelhecimento surge algum declínio cognitivo e, em parte, este agrava-se devido à falta de uso desta capacidade. A mente, tal como o corpo, deve ser utilizada e revitalizada para continuar a funcionar adequadamente, prevenindo e/ou retardando assim esta degradação cognitiva (Azevedo e Teles, 2011).

Segundo Azevedo e Teles (2011) a escolaridade pode ter efeitos importantes no funcionamento cognitivo “...uma vez que implica empenho intelectual, funcionando como protector da deterioração cognitiva” (p. 79). Para além disso estas autoras referem ainda que “Um estilo de vida estimulante do ponto de vista cognitivo poderá ter um impacto positivo na cognição durante o envelhecimento; de igual modo, um estilo de vida fisicamente activo, que inclua não só o exercício

físico, mas também o envolvimento nouro tipo de actividades sócio-recreativas” (p. 79-80).

As Universidades Seniores constituem-se como um ambiente onde os mais velhos têm a oportunidade de aprenderem, ensinarem e promoverem um convívio saudável e contínuo com um grupo de pessoas. Segundo Araújo e Melo (2011) nas Universidades Seniores são promovidos cursos de cariz cultural e científico. As aulas são complementadas com actividades recreativas e de lazer, tais como, teatro, grupos de dança, passeios, tertúlias, etc. Estas instituições permitem a actualização de conhecimentos dos seus alunos, a promoção da sociabilidade e a re-inserção dos indivíduos na sociedade. Para além de tudo isto, constituem-se como um “...espaço privilegiado de participação social, onde é possível criar relações imprevistas e novas amizades...” e “...estimulam as capacidades intelectuais, aumentam a autonomia pessoal e o desenvolvimento do auto-conhecimento” (p. 163).

Todos nós, enquanto cidadãos, e co-responsáveis pela nossa saúde, devemos começar a preparar para esta fase da vida, da melhor forma possível. Frequentar uma universidade sénior é uma hipótese, de um leque de opções, que pode ajudar a promover um envelhecimento saudável, estimulando a saúde física e psíquica. Assim Nunes (2008, p: 25) incentiva e diz “inscrevam-se numa universidade sénior, num clube de natação, ou de dança, ou melhor ainda façam um pouco de tudo”.

### **Envelhecimento activo**

Relativamente às questões sobre envelhecimento activo, que engloba para além de questões relacionadas com o estado de saúde, refere-se ainda a questões de alimentação, exercício físico, cidadania (envolvimento social) e a própria satisfação pessoal sobre a forma como vivencia esta fase da vida.

Em relação ao estado actual de saúde verifica-se nos inquiridos que deram resposta à questão que, 64,2% apresentam “*problemas de visão*”, 39,6% sofrem de “*hipertensão arterial*”, 24,5% apresentam “*problemas de audição*”, 15,1% apresentam “*doenças reumáticas*”, 13,2% apresentam “*osteoporose*”, 11,3% refere sofrer de “*diabetes*”, 5,7% refere sofrer de “*obesidade*”, 5,7% sofrem de “*doenças cardiovasculares*”, 5,7% sofre de “*incontinência*” e 1,9% refere sofrer de “*asma*”.

Tendo em conta a questão relativa à vigilância de saúde, 90,6% dos indivíduos que responderam à questão referem fazer vigilância de saúde, nomeadamente no centro de saúde (50,9%), no hospital (28,3%), junto do médico de família (15,1%), junto de um médico particular (3,8%), junto de um especialista (1,9%) e em alguns casos é o próprio que faz a sua vigilância (1,9%). Existe heterogeneidade na forma como as pessoas fazem a sua vigilância de saúde. No entanto, o importante a realçar é que, na sua maioria, as pessoas procuram os cuidados de saúde para vigilância.

No que concerne à questão da alimentação pode-se verificar que a maioria dos indivíduos que deram resposta a esta questão fazem cinco refeições diárias (45,3%), 28,3% faz quatro refeições diárias, 15,1% faz apenas três refeições diárias e 9,4% faz seis ou mais refeições por dia.

Relativamente à prática de exercício físico verifica-se pela apresentação dos dados que, dos indivíduos que responderam à questão, 52,8% dos mesmos praticam actividade física, sendo na maioria das vezes praticada uma a duas vezes por semana (30,2%). As actividades físicas mencionadas pelos inquiridos dizem respeito a actividades no ginásio (20,8%), caminhadas ao ar livre (24,5%), actividades praticadas no quotidiano do domicílio (5,7%), Inatel (1,9%), USE (1,9%) e no campo (1,9%).

Em relação à satisfação pessoal de cada um dos indivíduos inquiridos, pode-se verificar que 75,5% dos indivíduos sente-se satisfeito com as oportunidades que têm para aprender coisas novas, 79,2% estão satisfeitos quanto à forma como ocupam o tempo livre, 73,6% estão satisfeitos com as suas relações pessoais, 60,4% estão satisfeitos com o seu estado de saúde actual, 45,3% referem ter bastantes possibilidades de obter informações/conhecimentos de que precisam. Para esta última questão referem como locais de eleição para obter as informações/conhecimentos que precisam a USE (34%), a internet (15,1%), os meios de comunicação social (34%), o convívio com pessoas especializadas (9,4%), a pesquisa em livros (11,3%), junto de familiares (1,9%).

Verifica-se ainda que 43,4% dos inquiridos refere ter bastantes oportunidades para realizarem actividades de lazer que lhe interessam, nomeadamente na USE (43,4%), no ginásio (11,3%), na igreja (3,8%) e no Inatel (1,9%).

Percebe-se assim que a maioria das pessoas optam pela USE para a promoção do seu envelhecimento activo, uma vez que nesta instituição são desenvolvidas diversas actividades, surgindo a oportunidade de convivência e troca de experiências, algo também muito valorizado pelos inquiridos.

O termo envelhecimento activo surge na sequência do termo envelhecimento saudável, pretendendo abranger áreas como a saúde, questões socioeconómicas, psicológicas e ambientais.

Segundo a OMS (2005) o envelhecimento activo depende de vários factores, designados por “determinantes” onde se incluem determinantes pessoais, comportamentais, do meio físico, económicos, sociais e de serviços sociais e de saúde.

O novo paradigma, referente ao conceito de envelhecimento activo preconiza a qualidade de vida e a saúde dos idosos, incluindo aspectos de manutenção da autonomia física, psicológica e social, para que os idosos possam ser integrados nas sociedades e exercer o seu direito de cidadania. O conceito “activo” implica para além de autonomia física, uma participação e envolvimento em assuntos sociais, culturais, económicos, civis e espirituais (Ribeiro e Paúl, 2011).

Este novo conceito de envelhecimento dito “activo” inclui para além de factores biológicos, questões de ordem emocional e motivacional, nomeadamente a autonomia (capacidade de controlo e tomada de decisão), a independência (na realização das actividades de vida diárias), a expectativa de vida saudável (que se traduz no tempo de vida que se pode esperar sem necessitar de cuidados de saúde especiais) e a qualidade de vida (embora termo subjectivo engloba conceitos como a saúde física, psicológica, nível de dependência, relações sociais, crenças e o meio ambiente em que cada um se encontra inserido) (Ribeiro e Paúl, 2011).

O envelhecimento activo, segundo Botelho (2005) integra os seguintes determinantes: serviços sociais e de saúde, características comportamentais e pessoais, meio físico, características sociais e económicas. Espera-se assim que o envolvimento de todos estes determinantes no processo de envelhecimento possa contribuir para a satisfação e qualidade de vida dos idosos. Consiste em viver e envelhecer com “optimização de oportunidades que proporcionem saúde, participação e segurança, de modo a que se tenha qualidade de vida e bem-estar” representando “a opção de estilos de vida saudáveis, incluindo a

manutenção de actividade física, a participação em actividades de natureza social, económica, cultural, de acordo com interesses e capacidades pessoais” (p. 112).

Pelo disposto e segundo a OMS (2005) envelhecimento activo pode ser definido como “...processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento” (Ribeiro e Paúl, 2011: p. 2).

A estrutura política segundo a OMS (2005) para o envelhecimento activo inclui três pilares – saúde, participação social e segurança. A saúde é baseada em diagnósticos médicos ou percebidos pelo próprio. A participação social está relacionada com as relações estabelecidas com diversos subsistemas, como é o caso da família, dos amigos e do exercício da cidadania. Por último, a segurança que está intimamente ligada a questões de protecção, habitações e clima social. Importa assim definir os objectivos da promoção da saúde junto da população idosa. Segundo Keller e Fleury (2000) citados por Rodrigues (2007: p.243)

“o objectivo primeiro será fazer corresponder aos ganhos em longevidade uma melhor qualidade de vida. Pretende-se, neste contexto, reduzir as eventuais incapacidades associadas às doenças crónicas, atrasar o seu aparecimento e a perda de independência. O outro objectivo subjacente será a redução dos custos da saúde”.

Desta forma os autores Keller e Fleury (2000) consideram que a promoção da saúde junto desta população de idosos “deve ter em consideração os comportamentos de saúde individuais, os estilos de vida, as tensões ambientais e psicológicas e a acessibilidade aos cuidados de saúde” (Rodrigues, 2007: p. 244).

Cada vez mais se estabelece a relação entre uma alimentação saudável e qualidade vida pela redução do risco de se vir a sofrer de determinadas patologias.

O processo de envelhecimento por vezes acarreta consigo alterações que podem interferir na alimentação das pessoas. Podem assim ocorrer, entre outras alterações, a hipertensão arterial, a osteoporose e a diabetes *mellitus*. A hipertensão arterial pode estar associada ao excesso de peso e consumo excessivo de sal. A osteoporose está relacionada com a perda de massa óssea, levando ao aumento do risco de fracturas. A diabetes *mellitus* tipo 2 pode surgir com frequência nesta faixa etária, cujo impacto negativo pode ser minimizado

pela adopção de estilos de vida saudáveis, nomeadamente no que diz respeito à prática de exercício físico e adequação da alimentação (Sousa e Araújo, 2011)

O exercício físico, tal como o mental está intimamente relacionado com um envelhecimento saudável, pois se o corpo necessita ser estimulado para se manter funcional o mesmo acontece com a mente.

A inactividade para além de poder acarretar patologias pode potenciar ainda o efeito de outras cujo impacto poderá ser minimizado pela prática de exercício físico, diário e regular. Por outro lado ajuda a manter o ciclo de relações interpessoais pois evita o isolamento pois tal como Araújo (2011) diz “a inactividade pode potenciar um círculo vicioso, pois ao afastar-se e isolar-se, não pode aproveitar as oportunidades que a comunidade” lhe oferece, o seu campo de acção irá restringir-se gradualmente e as suas capacidades, físicas e cognitivas, diminuirão” (p. 13).

Ainda segundo este último autor a prática de exercício físico regular pode contribuir para atingir objectivos de variadas ordens: objectivos físicos, objectivos psíquicos e objectivos sociais. Estes objectivos estão intimamente relacionados com a manutenção física, melhorando a resistência e força muscular, com a melhoria das capacidades cognitivas e em simultâneo com a melhoria das capacidades comunicativas. A escolha da actividade física deve ir de encontro ao gosto pessoal bem como as suas capacidades físicas para as realizar, podendo escolher entre várias modalidades, nomeadamente ginástica, dança, caminhadas, actividades aquáticas (as mais frequentes são hidroginástica e natação), jardinagem, ioga e tai chi.

Existem alguns factores que podem contribuir para a deterioração cognitiva, nomeadamente a visão e a audição. As alterações nestes dois órgãos dos sentidos pode levar a dificuldades sentidas e expressas como por exemplo, dificuldade na distinção de cores, focagem, capacidade de ouvir em locais com ruído de fundo, etc (Azevedo e Teles, 2011).

Segundo Justice (1998) citado por Reis (2007) as auto-avaliações que as pessoas fazem sobre a sua saúde representam uma avaliação global da qualidade de vida e bem-estar.

Estas auto-avaliações de saúde quando comparadas com as avaliações dos médicos constituem um melhor preditor do estado de saúde das pessoas e da

sua mortalidade. Reis (2007) apresenta um estudo realizado em Manitoba (Canadá), por Mossey e Shapiro (1982), 3128 idosos responderam à seguinte questão: “Considerando a sua idade, diria que, em geral, a sua saúde é excelente, boa, razoável, má ou muito má”. Durante os sete anos seguintes ao início do estudo foi feita uma avaliação de acordo com os registos médicos e registados os casos de mortalidade. Os resultados demonstraram que as pessoas que tinham considerado a sua saúde como má tinham, em comparação com as que avaliaram a sua saúde como boa, três vezes maior probabilidade de morrer durante esses sete anos. O resultado mais surpreendente foi o que mostrou que a medida de saúde auto-avaliada previa melhor quem iria morrer em comparação com as avaliações “objectivas de saúde”. por exemplo, as pessoas que, de acordo com as avaliações médicas, tinham um estado de saúde mau, tinham taxas de sobrevivência tanto mais elevadas quanto elas próprias acreditassem, contrariamente às previsões médicas. E pessoas que cotaram a sua saúde como razoável ou má tinham um risco maior, embora ligeiro, de morrer, do que aquelas que objectivamente tinham uma saúde má mas que eram optimistas nas suas auto-avaliações. Outro estudo efectuado a 1112 homens e mulheres com mais de 65 anos de idade, realizado ao longo de cinco de anos (Kaplan, Barell e Lusky, 1998) demonstrou que 75% dos idosos tinham pelo menos duas doenças e 10% referiram não ter qualquer doença. A todos foi colocada a mesma questão “considera-se uma pessoa saudável, pouco saudável, doente ou muito doente?”. O risco de morrer nos cinco anos a seguir foi cinco vezes menor entre aqueles que acreditavam ser pessoas saudáveis ou razoavelmente saudáveis (Reis, 2007). Ainda segundo o autor, estes estudos parecem demonstrar que as pessoas avaliam o seu estado de saúde a partir da sua percepção de bem-estar e qualidade de vida.

Ainda outro autor (Leventhal, 1984) citado por Reis (2007) afiança que as pessoas idosas têm respostas menos afectivas à doença do que as pessoas mais jovens, o que talvez de deva, a estratégias de adaptação criadas por o grupo de idosos com o intuito de diminuir o significado da doença.

Tal como refere Fonseca (2006) quando se fala de idosos, obrigatoriamente deverá atender-se sempre à sua condição de saúde, um dos aspectos mais importantes para a obtenção do seu bem-estar e como tal, deverá ter-se sempre em conta em qualquer intervenção que tenha por objectivo a promoção de um envelhecimento saudável e activo.

### **Cidadania**

Para as questões de cidadania verifica-se que, dos que responderam, 18,9% pratica voluntariado, nomeadamente através de visita a doentes (3,8%), aulas de piano (1,9%) e actividades em associações de solidariedade social (11,3%).

Quanto às actividades desenvolvidas no meio familiar, 75,5% refere fazê-lo. 41,5% desempenha funções na educação dos netos e 88,7% cuida de questões relacionadas com o dinheiro no meio familiar.

Relativamente aos direitos enquanto pessoa idosa, a maioria (81,1%) refere ter esse conhecimento enquanto 15,1% refere desconhecer tais direitos.

Para manter uma vida activa, mesmo após a reforma, é importante que as pessoas se sintam interessadas em desenvolver actividades que lhes permitam participar na vida cívica sentindo-se desta forma integrados na sociedade em que cresceram e sempre viveram.

O sistema família enquanto grupo social permite que os seus membros vivam numa "...complexidade muito ampla de relações interpessoais e intergeracionais" (Moura, 2006: p.57). Esta interacção entre a família e idoso permite a aquisição de bem-estar a este, pois a família é vista como uma instituição que lhe permite o apoio afectivo.

Cada vez mais se verifica que os avós têm um papel importante na educação dos netos cuidando destes, constituindo um alicerce no que concerne ao auxílio que prestam aos filhos. Para além dos cuidados básicos que prestam aos netos, os avós são também fonte de sabedoria, companheirismo e símbolo de continuidade das gerações (Araújo e Melo, 2011). Assim, estes autores também referem que

"o contacto social com outras gerações permite permanecer envolvido na sociedade e sentir-se valorizado. Nomeadamente o convívio entre jovens e idosos possibilita uma aprendizagem mútua, através da partilha de habilidades e experiências, aumentando, deste modo, a compreensão e o respeito entre estas gerações. Uma das formas de convívio intergeracional poderá ser aquela que se estabelece entre avós e netos" (p. 158).

Para quem deseja participar e contribuir activamente em actividades em prol da sociedade, umas opções mais indicadas são as acções de voluntariado e solidariedade. Segundo Araújo e Melo (2011: p.160)

“estudos realizados demonstram que é crescente o número de pessoas que dão o contributo na comunidade onde vivem, nomeadamente ao serem voluntárias de organizações e centros comunitários, ao darem assistência a pessoas incapacitadas e ao ajudarem os filhos e os netos. Para além do sentimento de utilidade social, as investigações apontam ainda outros benefícios, como o aumento da confiança e de sentimentos, como o aumento da confiança e de sentimentos de auto-realização e satisfação.”

O voluntariado é uma boa forma de se sentir envolvido nas questões prementes da sociedade e, mais concretamente da comunidade onde pertence. Fornece ainda a oportunidade de, assumindo um compromisso social, conhecer novas pessoas, aprender e desenvolver novas competências.

A promoção de envolvimento social e cívico remete para a criação e suporte de relações significativas com a família, vizinhos e amigos, a promoção de um envolvimento efectivo com a comunidade, a promoção de oportunidades de desempenhar actividades significativas, como o voluntariado e a identificação do envelhecimento como uma questão prioritária nas preocupações da comunidade (Rodrigues, 2007).

## **6 – PROPOSTA DE INTERVENÇÃO EM EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE**

De acordo com as linhas de pensamento para a elaboração de projectos de intervenção, de Tavares (1990), será apresentada uma proposta de intervenção comunitária para os alunos da USE que participaram neste estudo.

Considerando-se que todo o trabalho que antecede a elaboração desta proposta de intervenção em educação para a saúde se define como o diagnóstico da situação, com tudo o que lhe está inerente, nomeadamente a definição da área problemática, justificação e objectivos do estudo e ainda a contextualização e relevância do problema, esta proposta será a continuação de todo o trabalho, descrevendo-se agora a preparação operacional.

Dada a importância de se manter uma frequência das actividades desenvolvidas, opto por apresentar um plano que mantenha a constante a realização de determinadas actividades a serem desenvolvidas por estes alunos idosos da USE. Não querendo sobrepor o plano que se segue às actividades desenvolvidas na instituição, decido apresentar um plano mensal, em que determinados dias serão dedicados a temas/actividades, existindo pelo menos um dia dedicado a cada uma das actividades propostas.

### **OBJECTIVOS ESPECÍFICOS**

- Proporcionar aos indivíduos com 65 anos de idade e mais, inscritos na USE, conhecimentos na área da saúde, que sejam do seu interesse;
- Demonstrar a importância de uma correcta alimentação, para a promoção de um envelhecimento saudável, aos indivíduos com 65 anos de idade e mais, inscritos na USE;
- Demonstrar a importância da actividade física regular na flexibilidade, resistência e força, aos indivíduos inscritos na USE com 65 anos e mais, contribuindo para a autonomia da realização das actividades de vida diárias;

Proporcionar aos indivíduos inscritos na USE, com 65 anos de idade e mais, a possibilidade de participação social, bem como exercer o seu direito de cidadania através da realização de acções de voluntariado e promoção de relações intergeracionais;

- Maximizar o envolvimento sociocultural dos indivíduos, inscritos na USE, com 65 anos de idade e mais, através do desenvolvimento de relações sociais.

## **INTERVENÇÕES/ACTIVIDADES <sup>1</sup>**

### ACTIVIDADE 1

#### **“Área saúde”**

Actividade a ser realizada na primeira segunda-feira de cada mês. A actividade é dirigida aos indivíduos inscritos na USE, com 65 anos de idade e mais. Terá a duração prevista de 1h30m (das 9h às 10h30m) e em cada sessão serão apresentadas e descritas situações de saúde-doença, de acordo com os interesses dos alunos. De forma a facilitar a escolha dos temas mensais, no final de cada sessão será feita a recolha de opções de cada um. Será seleccionado o tema com mais pedidos.

### ACTIVIDADE 2

#### **“Alimentar o corpo é nutrir a vida”**

Actividade a ser realizada na primeira e última terça-feira de cada mês com a duração de 1h30m (das 11h às 12h30m). A actividade é dirigida aos indivíduos inscritos na USE, com 65 anos de idade e mais. Nesta actividade pretende-se demonstrar o benefício de uma alimentação saudável e equilibrada, factor de extrema importância para a promoção de um envelhecimento saudável, pois tal como Guimarães (2010, p. 99) ressalta “...a dieta é uma componente fundamental para o bem-estar, um investimento extremamente produtivo no capital de saúde”. Não obstante o que foi dito Sousa e Araújo (2011: p. 45) defendem ainda que

“...a importância da prática de uma alimentação equilibrada na promoção da saúde acompanha-nos durante toda a vida, desde a infância à idade avançada, traduzindo-se

---

<sup>1</sup> As actividades estão planeadas com uma frequência mensal com o objectivo de não ficarem sobrepostas às actividades desenvolvidas pela USE.

num incremento da qualidade de vida e na diminuição do risco de algumas doenças associadas ao envelhecimento, como por exemplo, as doenças neurológicas, cardíacas, diabetes *mellitus* tipo 2 e a osteoporose, entre outras”.

Como tal, considero importante a abordagem deste tema e enquadrá-lo numa actividade a desenvolver junto desta população. Poderá contar-se com o apoio de um nutricionista, convidado para o efeito. Uma vez que a maioria das pessoas inscritas na USE são mulheres, factor socialmente e culturalmente ligado à cozinha, será interessante a troca de receitas entre os indivíduos, permitindo a aquisição de hábitos culinários saudáveis.

### ACTIVIDADE 3

#### **“Corpo, para que te quero? Mexa-se....pela sua saúde!”**

Actividade a ser realizada todas as quartas-feiras de cada mês com a duração de 1h30m (das 9h às 10h). A actividade é dirigida aos indivíduos inscritos na USE, com 65 anos de idade e mais. Nesta actividade pretende-se demonstrar o benefício da prática regular e constante de exercício físico.

Tal como Araújo (2011) refere a prática de exercício físico está intimamente relacionada a um envelhecimento saudável, pois a inactividade está na base do aparecimento de diversas patologias, bem como o agravamento de outras. Para além da importância que o exercício físico tem para manter o corpo activo, considera-se também de extrema importância para evitar o isolamento, aproveitando assim as oportunidades que a comunidade onde está inserido lhe oferece. Remetendo-nos ao conceito de qualidade de vida, altamente subjectivo Saldanha (2009, p. 61) denota que

“a qualidade de vida das pessoas com mais de 65 anos de idade está estreitamente correlacionada com o seu estado funcional em geral e com a capacidade de ter uma actividade física normal em particular. Conseguir movimentar-se no meio que o rodeia é um dos componentes essenciais da vida do ser humano que lhe permite autonomia e independência”.

As caminhadas podem ser classificadas de várias formas, nomeadamente de passeio, ecológica, de marcha rápida, desportiva, de orientação e na passeadeira (Araújo, 2011).

Considera-se a caminhada de orientação e de passeio as mais interessantes para praticar neste grupo. Descritas pelos autores anteriores, a caminhada de passeio diz respeito a uma caminhada lenta, com ritmo de passeio, sem necessidade de supervisão profissional, podendo ser realizada na companhia da família/amigos. A caminhada de orientação deverá ser praticada em grupo, formando-se equipas. O objectivo é as equipas guiarem-se por mapas ou pistas para chegarem a determinado local. No final será reconhecida a equipa vencedora da actividade com um prémio simbólico. Considero este tipo de caminhada importante uma vez que são trabalhadas diversas variáveis numa só actividade, nomeadamente a prática de exercício físico, a prática de sociabilidade e a estimulação cognitiva.

Uma vez que esta actividade está dependente das condições climatéricas, quando não for possível executá-la ao ar livre a mesma decorrerá num pavilhão gimnodesportivo, adaptando-se o tipo de actividade física que poderá ser desenvolvida com o apoio do professor de ginástica.

#### . ACTIVIDADE 4

Araújo e Melo (2011) referem que actividades de voluntariado e solidariedade são as opções mais indicadas para quem quer contribuir para a sociedade. Fazer voluntariado é uma boa forma de se sentir envolvido na comunidade. Como tal são apresentadas as seguintes propostas de actividades.

##### **“Ponto tampa”**

Pretende-se que esta actividade se mantenha ao longo do mês sem dia específico para a sua realização. A criação do **“ponto-tampa”** visa que os indivíduos inscritos na USE, com 65 anos de idade e mais possam participar na recolha de tampas de plástico e enviá-las para local oportuno de forma beneficiar pessoas com qualquer tipo de deficiência. Ou seja, que este grupo possa criar um ponto de recolha de tampas e fazer o seu armazenamento, gestão e reenvio para locais próprios.

##### **“Cuidando dos mais novos”**

Actividade a ser realizada todas as quintas-feiras de cada mês. A actividade é dirigida aos indivíduos inscritos na USE, com 65 anos de idade e mais. Terá a duração prevista de 30-45min. Pretende-se com esta actividade, para além de

promover as relações intergeracionais, a possibilidade de contribuir para a prevenção de acidentes rodoviários junto das escolas. Desta forma este grupo de idosos encontrar-se-ia junto das escolas, para ajudar os mais pequenos a atravessar a estrada, ao saírem da escola. Devidamente identificados e sinalizados encaminhariam os mais novos para junto dos seus pais/responsáveis.

## ACTIVIDADE 5

### **“Agora é o tempo”**

Actividade a ser realizada na última sexta-feira de cada mês. A actividade é dirigida aos indivíduos inscritos na USE, com 65 anos de idade e mais. Terá a duração prevista de 2h (das 15h às 17h).

Tal como Araújo e Melo (2011: p.142) defendem

“se o envelhecimento for acompanhado por um investimento e um interesse nas relações com os outros, promover-se-á um sentimento de plenitude e de preenchimento do dia-a-dia. Na realidade, a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso conquistar e manter as redes de apoio social e garantir uma maior satisfação com a sua vida”

Pretende-se que este seja um espaço de convívio e partilha de experiências entre os membros do grupo. Poderão ser realizadas todas as actividades que os idosos pretendam. Em todos estes encontros ficará um elemento responsável por organizar o evento do mês seguinte.

### **EQUIPA COORDENADORA**

Para a aplicação e desenvolvimento das actividades planeadas há que fundar uma equipa coordenadora das actividades. Assim contam-se como necessários para o funcionamento da equipa os seguintes elementos:

- Administração da USE;
- Enfermeiro;
- Nutricionista;
- Professor de ginástica.

## RESULTADOS ESPERADOS

Após a aplicação deste plano de intervenção pretende-se:

- Abranger 75% dos indivíduos inscritos na USE com 65 anos de idade ou mais;
- Estabelecer parcerias com agentes comunitários, nomeadamente escolas, USE, entre outros;
- Criar condições para a continuidade deste plano de intervenção pela USE;
- Que os idosos adquiram novos conhecimentos, de modo a terem informação que lhes é necessária e precisa e, que mantenham uma prática regular e moderada de actividade física permitindo uma melhoria da sua condição física e, conseqüentemente uma maior autonomia e independência.

## PREVISÃO DOS RECURSOS

| <b>Recursos humanos</b> | <b>Recursos materiais</b> | <b>Recursos físicos</b> |
|-------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Nutricionista           | Computador                | Instalações USE         |
| Professor de ginástica  | Data-show                 |                         |
| Enfermeiro              | Papel e canetas           |                         |
|                         | T-shirts, chapéus e águas |                         |
|                         | Mapas                     |                         |
|                         | Coletes reflectores       |                         |
|                         | Sinais de trânsito "STOP" |                         |

## COMUNICAÇÃO E DIVULGAÇÃO DO PROJECTO/ACTIVIDADES

As actividades apresentadas decorrerão mensalmente, com divulgação prévia na USE, através da colocação de cartazes na instituição, bem como através da exposição directa do assunto aos alunos inscritos com 65 anos e mais.

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

|   | 1. <sup>a</sup> semana | 2. <sup>a</sup> semana | 3. <sup>a</sup> semana | 4. <sup>a</sup> semana |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| ACTIVIDADE 1<br><b><u>“Área saúde”</u></b>  | 2. <sup>a</sup> feira  |                        |                        |                        |
| ACTIVIDADE 2<br><b><u>“Alimentar o corpo é nutrir a vida”</u></b>                   | 3. <sup>a</sup> feira  |                        |                        | 3. <sup>a</sup> feira  |
| ACTIVIDADE 3<br><b><u>“Corpo, para que te quero? Mexa-se...pela sua saúde!”</u></b> | 4. <sup>a</sup> feira  | 4. <sup>a</sup> feira  | 4. <sup>a</sup> feira  | 4. <sup>a</sup> feira  |
| ACTIVIDADE 4<br><b><u>“Ponto tampa”</u></b>   | Processo contínuo      |                        |                        |                        |
| ACTIVIDADE 4<br><b><u>“Cuidando dos mais novos”</u></b>                             | 5. <sup>a</sup> feira  | 5. <sup>a</sup> feira  | 5. <sup>a</sup> feira  | 5. <sup>a</sup> feira  |
| ACTIVIDADE 5<br><b><u>“Agora é o tempo”</u></b>                                     |                        |                        |                        | 6. <sup>a</sup> feira  |

### AVALIAÇÃO

A avaliação do projecto será feita através de:

- Número de parcerias estabelecidas;
- Indicador de actividade, determinado pela razão entre número de indivíduos que participaram no projecto e o total do número de indivíduos com 65 anos de idade e mais inscritos na USE que de acordo com Tavares (1990) se traduz na fórmula:

$$X = \frac{\text{N}^\circ \text{ de participantes efectivos no projecto}}{\text{N}^\circ \text{ total da população alvo}}$$

Nº total da população alvo

Com este projecto espera-se que os idosos consigam manter actividades frequentes, que lhes possibilitem, para além de uma estimulação cognitiva constante, práticas de sociabilidade, evitando assim o isolamento.

## 7- CONCLUSÕES

De acordo com os objectivos, inicialmente traçados, para este estudo, pretendia-se estudar o envelhecimento activo num grupo de idosos do concelho de Évora, podendo contribuir para a promoção do envelhecimento activo deste grupo de idosos.

O grupo em estudo foi seleccionado de acordo com critérios de inclusão já descritos, nomeadamente serem alunos da USE, com idade igual ou superior a 65 anos de idade e que aceitassem participar no estudo.

Tendo em conta os resultados obtidos pode-se constatar que:

- ❖ A maioria dos inquiridos tem idades compreendidas entre os 66 e 70 anos de idade (32,1%) e pertencem ao sexo feminino (64,2%);
- ❖ Grande parte dos indivíduos residem na cidade (37,7%) e com familiares (66%), praticados na sua maioria na USE (84,9%);
- ❖ Relativamente à autonomia individual para a realização das actividades de vida diárias, em todas elas, os inquiridos na sua maioria são independentes e suas alterações (quando existem) não influenciam a sua prática, segundo as informações obtidas;
- ❖ Os motivos que os inquiridos referem como importantes para frequentarem a USE são a procura de novos conhecimentos, a ocupação dos tempos livres e o convívio;
- ❖ Como problemas de saúde actual, verifica-se que os mais prementes são a hipertensão arterial (39,6%), doenças reumáticas (15,1%), problemas de visão (64,2%), problemas de audição (24,5%), osteoporose (13,2%) e diabetes (11,3%);
- ❖ Praticamente todos os inquiridos fazem vigilância de saúde (90,6%);
- ❖ Cerca de metade dos inquiridos (45,3%) fazem cinco refeições diárias;
- ❖ A prática de actividade física é realizada por 52,8%, sendo que as caminhadas ao ar livre são as mais realizadas;
- ❖ Em termos de satisfação dos inquiridos estes, na sua maioria, referem sentir-se satisfeitos com:

- as oportunidades que têm para aprender coisas novas;
  - a forma como passam o tempo livre;
  - as suas relações pessoais;
  - a sua saúde;
- ❖ Estão bastante satisfeitos, na sua maioria com:
- a possibilidade que têm de obter informações/conhecimentos que precisam sendo a USE e os meios de comunicação social os meios eleitos para o efeito;
  - as oportunidades para realizarem actividades de lazer que lhes interessam, sendo também a USE o local eleito para as actividades de lazer.

Em relação à participação social e cidadania verifica-se que alguns indivíduos praticam voluntariado (19,2%) e muitos deles desempenham actividades no seu familiar (75,5%) nomeadamente participar na educação dos netos (41,5%), gestão do dinheiro (87,7%).

Quanto aos direitos dos idosos uma elevada percentagem (81,1%) refere conhecê-los.

Os resultados, obtidos, demonstram que, embora existam alguns problemas de saúde, as pessoas mantêm uma actividade física e intelectual frequente que lhes permite manterem-se activos.

O plano de intervenção traçado visa manter as pessoas activas, intelectual, física e socialmente. Uma vez que os resultados demonstram que as pessoas estão satisfeitas com a sua situação. Propõe-se assim um plano que permita aos indivíduos actividade física frequente, participação social, convívio e novos conhecimentos ou seja, que lhes possibilite manterem-se física e psicologicamente activos e socialmente envolvidos, segundo os princípios subjacente ao envelhecimento activo.

A promoção de um envelhecimento activo não se limita apenas à prática regular de actividade física, mas sim a um conjunto de aspectos que, para além desta inclui questões relacionadas com a estimulação cognitiva, a saúde física e mental, a relação com as outras pessoas, o reconhecimento do direito ao afecto à dignidade e ao respeito. Mas ser activo é ter também acesso à informação, à

promoção da auto-estima e à reaproximação cada vez maior a uma vida à sociedade em que vive (Ribeiro e Paúl, 2011).

O novo paradigma lançado pela OMS em 2002, quando surgiu o conceito de envelhecimento activo, preconiza a manutenção da autonomia física, psicológica e social, em que os idosos estejam integrados nas sociedades. O conceito de “activo” inclui uma participação e envolvimento em questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais, e não apenas à capacidade de estar fisicamente activo ou de fazer parte da força do trabalho (Ribeiro e Paúl, 2011).

Assim, a OMS descreve um modelo de envelhecimento activo, constituído por diversos determinantes de saúde, nomeadamente determinantes pessoais, comportamentais, sociais, económicos, meio físico, serviços sociais e de saúde (OMS, 2005).

Para além disso, de um ponto de vista mais abrangente, a responsabilização das pessoas mais velhas para a sua participação nas questões que envolvem o seu quotidiano, requer a presença de três pilares básicos e são eles a saúde, a segurança e a participação social. Esta estrutura política baseia-se nos Princípios das Nações Unidas através da qual se pode fazer uma interpretação de como os factores determinantes do envelhecimento activo influenciam o modo como as pessoas envelhecem (OMS, 2005).

Atendendo aos determinantes de saúde e aos pilares básicos preconizados pela OMS, que podem influenciar a forma como a população envelhece, podem existir um variado leque de acções a realizar em prol do envelhecimento activo das pessoas. Como tal, é importante passar da política à acção!

## 8 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, P., Batinas, M. e Leão, R. (2011). Reflexão sobre o envelhecimento ativo como estratégia de promoção da saúde. *Revista de enfermagem UFPE online*. 5(spe): 543-548. Acedido em 6 de Junho de 2011 em: [www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1782/181](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/download/1782/181);
- Araújo, L. e Melo, S. (2011). Relacione-se com os outros. In O. Ribeiro e C. Paúl (coord.), *Manual de envelhecimento activo*. (pp. 141-167). Lidel: Lisboa;
- Araújo, L. (2011). Exercite o seu corpo. In O. Ribeiro e C. Paúl (coord.), *Manual de envelhecimento activo*. (pp. 13-37). Lidel: Lisboa;
- Assis, M. et al (2007). Acções educativas em promoção da saúde no envelhecimento: a experiência do núcleo de atenção ao idoso da UNATI/UERJ. *O mundo da saúde*, 31(3): 438-447. Acedido em 6 de Junho de 2011 em: [http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/55/15\\_promocao\\_da\\_saude.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/55/15_promocao_da_saude.pdf);
- Assis, M. (2009). *Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as acções educativas com idosos*. Acedido em 6 de Junho de 2011 em: <http://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>;
- Azevedo, M. J. e Teles, R. (2011). Revitalize a sua mente. In O. Ribeiro e C. Paúl (coord.), *Manual de envelhecimento activo*. (pp. 77-107). Lidel Lisboa e Porto;
- Botelho, A. (2005). A funcionalidade dos idosos. In: C. Paúl e A. Fonseca (coord.), *Envelhecer em Portugal*. (pp. 111-135). Climepsi: Lisboa;
- Carmo, H. & Ferreira, M. (1998). *Metodologia da Investigação: guia para a auto-aprendizagem*. Lisboa: Universidade Aberta;
- Carvalho, A. & Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: conceitos, práticas e necessidade de formação. Um estudo sobre as práticas de educação pra a saúde, dos enfermeiros*. Loures: Lusociência;
- Crato, A. et al. (2004). Como realizar uma análise crítica de um artigo científico. *Revista Arquivos em Odontologia*, 40 (1): 1-110. Acedido em 29 de Abril de 2011 em:

[http://www.odonto.ufmg.br/index.php/pt/arquivos-em-odontologia-principal-121/edis-anteriores-principal-125/cat\\_view/34-revista-arquivos-em-odontologia/56-edicoes-anteriores/42-volume-40-2004/44-numero-1;](http://www.odonto.ufmg.br/index.php/pt/arquivos-em-odontologia-principal-121/edis-anteriores-principal-125/cat_view/34-revista-arquivos-em-odontologia/56-edicoes-anteriores/42-volume-40-2004/44-numero-1;)

- Duarte, N. e Barbosa, C. (2011). Sinta-se seguro. In O. Ribeiro e C. Paúl (coord.), *Manual de envelhecimento activo*. (pp. 171-199). Lidel: Lisboa;
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. 2.<sup>a</sup> edição, Universidade católica editora: Lisboa;
- Fortin, M. F.(1999). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Lusodidacta: Loures;
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidacta: Loures;
- Freitas, C. A. et al (2010). Vivendo o envelhecer: vozes de um grupo de idosos. *Revista de enfermagem UFPE online*, 4(1): 93-100. Acedido em 16 de Novembro de 2010 em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/533/446>;
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. e Fonseca, A. (2006). Promoção da qualidade de vida dos idosos portugueses através da continuidade de tarefas produtivas. *Revista psicologia, saúde e doenças*, 7(1): 137-143. Acedido em 17 de Novembro de 2010 em: <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n1/v7n1a12.pdf>;
- Gil, A. (1989). *Como elaborar projectos de pesquisa*. 2.<sup>a</sup> edição Atlas: São Paulo;
- Guimarães, R. (2010). *Envelhecer com qualidade: um capital de saúde*. Coisas de ler: Lisboa;
- Hessel, R. (2008). Envelhecimento activo numa sociedade encanecida: formação em todas as idades. *Revista europeia de formação profissional*, n.º 45: 157-180. Acedido em 6 de Junho de 2011 em: [http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information\\_resources/Bookshop/533/45\\_pt\\_Hessel.pdf](http://www.cedefop.europa.eu/etv/Upload/Information_resources/Bookshop/533/45_pt_Hessel.pdf);
- Laverack, G. (2008). *Promoção da saúde: poder e empoderamento*. 1.<sup>a</sup> edição, Lusodidacta: Loures;
- Lima, L. H. (2006). *Eu e o envelhecimento*. 1.<sup>a</sup> edição, editora Age Ltda: Brasil: Acedido em 19 de Agosto de 2010 em: [http://books.google.com/books?id=Se1e8BWPo90C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs\\_ge\\_summary\\_r&cad=0#v=onepage&q&f=false](http://books.google.com/books?id=Se1e8BWPo90C&printsec=frontcover&hl=pt-PT&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false);
- Moura, C. (2006). *Século XXI: século do envelhecimento*. 1.<sup>a</sup> edição, Lusociência: Loures;

- Novais, G. (1998). Relatório de análise de um artigo científico. *Enfermagem em foco*. N.º 29: 40-47;
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde*. Lidel: Lisboa;
- OMS, Organização Mundial de Saúde (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. Acedido a 12 de Junho de 2011 em [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf);
- Paúl, C. e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados*. 1.ª edição, Climepsi: Lisboa;
- Paúl, C. (s.d). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Acedido em 18 de Agosto de 2010 em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>;
- Phaneuf. M. (2010). *O envelhecimento perturbado: a doença de Alzheimer*. 2.ª edição, Loures: Lusodidacta;
- Pires, C. L. (2011). Explore a sua sexualidade. In O. Ribeiro e C. Paúl (coord.), *Manual de envelhecimento activo*. (pp. 113-139). Lidel: Lisboa;
- Poirier, D. M. (1995). As teorias do envelhecimento. In L. Berger e D. Poirier. (eds.), *Pessoas idosas: uma abordagem global*. (pp. 99-105). Lisboa: Lusodidacta;
- Polit, D. Beck, C. e Hungler, B. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5.ª edição, Porto Alegre: Artmed;
- INE, Instituto nacional de estatística (2004). Projecções de população residente, Portugal e NUTS II 2000-2050. *Destaque do INE*. Acedido em 19 de Agosto de 2010 em: [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaque&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=72193&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUE_Sdest_boui=72193&DESTAQUESmodo=2);
- INE, Instituto nacional de estatística (2009). O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas. *Destaque do INE* [Obtido em 19 de Agosto de 2010 de, [http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaque&DESTAQUE\\_Sdest\\_boui=71107&DESTAQUESmodo=2](http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaque&DESTAQUE_Sdest_boui=71107&DESTAQUESmodo=2)];
- Portugal, J. e Azevedo M. J. (2011). Optimize o seu bem-estar. In O. Ribeiro e C. Paúl (coord.), *Manual de envelhecimento activo*. (pp. 205-232). Lisboa e Porto: Lidel;
- Portugal, Ministério da Saúde. Direcção geral de saúde (2004). Circular Normativa Nº 13/DGCG de 02/07/04: *Programa Nacional para a Saúde das*

- Pessoas Idosas*. Direcção Geral de Saúde: Lisboa. Acedido em 10 de Agosto de 2010 em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>;
- Ramos, V. e Gonçalves, C. (2010). *Cidadania e saúde: um caminho a percorrer*. Acedido em 11 de Junho de 2011 em: <http://www.comunidadeautarquiasesaude.org/uploads/comunidadeautarquiasesaude/editor/Cidadania-e-Saude-EduardoMendes.pdf>;
- Redman, B. K. (2003). *A prática da educação para a saúde*. Lusociência: Loures;
- Reis, J.C. (2007). Contribuições da psicologia para os processos preventivos e de promoção da saúde. In: J. Teixeira (org.), *Psicologia da saúde: contextos e áreas de intervenção*. (pp. 102-128). Climepsi: Lisboa;
- Ribeiro, O. e Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lidel: Lisboa;
- Rocha, M. C. (s.d). *Direitos humanos e envelhecimento activo a transgressão neoliberal*. Acedido em 6 de Junho de 2011 em: <http://www.faac.unesp.br/direitos-humanos/encontro/TRABALHOS/Trabalhos%20Completos%20Rodrigo/PDF/r06.pdf>;
- Rodrigues, M., Pereira, A. & Barroso, T. (2005). *Educação para a saúde: formação pedagógica de educadores de saúde*. Formasau: Coimbra;
- Roper, N., Logan, W. W. e Tierney, A. J. (1995). *Modelo de enfermagem*. 3.<sup>a</sup> edição, McGraw-Hill: Alfragide;
- Rodrigues, C. (2007). Psicologia da saúde e pessoas idosas. In: J. Teixeira (org.), *Psicologia da saúde: contextos e áreas de intervenção*. (pp. 235-250). Climepsi: Lisboa;
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer*. Lidel: Lisboa;
- Sousa, O. V. e Araújo, L. (2011). Coma bem e faça escolhas saudáveis. In O. Ribeiro e C. Paúl (coord.), *Manual de envelhecimento activo*. (pp. 45-71). Lidel: Lisboa;
- Souza, L. e Lautert, L. (2008). Trabalho voluntário: uma alternativa para a promoção da saúde de idosos. *Revista escola de enfermagem USP*, 42(2): 371-376. Acedido em 5 de Novembro de 2011 em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n2/a21.pdf>;
- Stanhope, M. & Lancaster, J. (1999). *Enfermagem comunitária: promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos* 4.<sup>a</sup> edição, Lisboa: Lusociência;
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas: fundamentos básicos para a prática*. 1.<sup>a</sup> edição, Lusociência: Loures;

- Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Ministério da Saúde: departamento de recursos humanos da saúde;
- Torres, M. e Marques, E. (2008). Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. Estudo de caso em Viana do Castelo. *VI congresso português de sociologia*. Universidade Nova, Lisboa. Número de série: 233. pp. 1-12. Acedido em 18 de Junho de 2010 em: <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/233.pdf>;
- Vasconcellos, D. *et al.* (2004). A sexualidade no processo do envelhecimento: novas perspectivas - comparação transcultural. *Revista Estudos de Psicologia*, 9(3): 413-419. Acedido em 14 de Março de 2011 de, em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n3/a03v09n3.pdf>;
- Who, *World Health Organization* (s.d.). *health promotion*. Acedido em 17 de Agosto de 2010 em: [http://www.who.int/topics/health\\_promotion/en/](http://www.who.int/topics/health_promotion/en/)
- Who, *World Health Organization* (2002). *Active ageing: a policy framework*. Acedido em 18 de Agosto de 2010 em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who\\_nmh\\_nph\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/who_nmh_nph_02.8.pdf);