

Diana Marina Oliveira Ribeiro

**Dissertação de Mestrado**

Laços Sociais, Saúde e a Religiosidade entre Adultos com 65 ou mais anos: Institucionalizados e não Institucionalizados.

**Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo**

Relatório realizado sob a orientação da Professora Doutora em Enfermagem: Célia Maria Jordão Simões Silva

Leiria, 2018

O júri

Presidente

Doutor/a \_\_\_\_\_

Doutor/a \_\_\_\_\_

Doutor/a \_\_\_\_\_

Doutor/a \_\_\_\_\_

Doutor/a \_\_\_\_\_

## AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a todas as pessoas que me ajudaram a tornar este sonho possível.

À professora Célia Simões pela sua orientação, atenção, disponibilidade, sugestões, espírito motivador e pela transmissão do seu conhecimento e que foi incansável. Às Assistentes Sociais, Mariana Verdingola, Bárbara e Joana Ervilha por me terem deixado realizar os questionários nas suas Instituições.

Aos idosos que participaram e ajudaram neste estudo, porque sem eles nada disto tinha sido possível.

À Sílvia, pelo apoio incessante, pela partilha e enriquecimento, pelas sugestões, conversas ao telefone, por “puxar” sempre por mim e não me deixar desistir, mas primeiramente pela amizade que criámos ao longo da Licenciatura e Mestrado, pois fomos o apoio uma da outra. Há minha amiga Rosa pelo apoio e ajuda na realização deste trabalho.

Há minha mãe que sempre foi o meu pilar e contribuiu para a realização tanto da Licenciatura como do Mestrado, principalmente por acreditar em mim.

E ao meu marido Robsony pelo apoio incondicional, compreensão e pelo carinho constante, que me ajudou muito e foi importante.

Por fim, dedico esta vitória há minha filha Safira.

## RESUMO

O Envelhecimento demográfico é um problema com extensões ao nível do mundo todo, que acarreta consigo consequências na sociedade e na maneira como estão estruturadas as políticas sociais e de saúde. O envelhecimento para ser vivido com qualidade, depende de cada um de nós, das nossas atitudes e das nossas próprias responsabilidades. Os nossos comportamentos, os laços afetivos, a saúde, as experiências diárias e as condições económicas vão resultar no nosso bem-estar físico e psicológico.

Realizou-se um estudo do tipo descritivo, comparativo, transversal e de abordagem quantitativa, com o objetivo de estudar os Laços sociais, a saúde e a religiosidade entre Adultos com 65 anos, institucionalizados e não institucionalizados. A amostra foi 100 adultos com 65 ou mais anos, 50 idosos institucionalizados e 50 idosos não institucionalizados.

Para tal, recorreu-se à aplicação de um Questionário: constituído pela caracterização sociodemográfica; escala de Laços Sociais de Lubben (LSNS-6), escala EQ – 5D do grupo EuroQol.

Concluimos, que tanto nos idosos institucionalizados como não institucionalizados o predomínio era do sexo feminino, e que ao nível dos laços sociais os adultos com 65 e mais anos os que apresentaram risco de isolamento social foram os institucionalizados, enquanto que os adultos com 65 e mais anos não institucionalizados não apresentaram qualquer risco de isolamento social. A média da escala EQ-VAS/ autoavaliação da saúde feita pelos idosos foi de 72 na amostra institucionalizada e a maioria da amostra institucionalizada e não institucionalizada considerou ser religiosa.

### Palavras - chave

Envelhecimento Ativo; Laços Sociais; Saúde; Religiosidade.

## **ABSTRACT**

Demographic aging is a problem with extensions around the world, with consequences in society and in the way social and health, policies are structured. Aging to be lived with quality depends on each one of us, our attitudes and our own responsibilities. Our behaviors, affective bonds, health, daily experiences and economic conditions will result in our physical and psychological well-being.

A descriptive, comparative, cross-sectional and quantitative approach was carried out to study the social bonds, health and religiosity among adults aged 65 years, institutionalized and non-institutionalized. The sample consisted of 100 adults aged 65 years and over, 50 institutionalized elderly, and 50 non-institutionalized elderly.

For this, we used a questionnaire: constituted by the sociodemographic characterization; Lubben Social Ladder scale (LSNS-6), EuroQol group EQ-5D scale.

We concluded that in the institutionalized and non-institutionalized elderly the predominance was female and that at the level of social ties, adults aged 65 and over who presented a risk of social isolation were institutionalized, while adults aged 65 and over non-institutionalized years did not present any risk of social isolation. The mean EQ-VAS scale / health self-assessment by the elderly was 72 in the institutionalized sample and the majority of the institutionalized and non-institutionalized sample considered to be religious.

### **keywords**

Active Aging; Social Ties; Cheers; Religiosity

## **LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS**

**AVD'S – Atividades de vida diária**

**DGS – Direção Geral de Saúde**

**EQ-VAS- Escala Visual Analógica**

**INE – Instituto Nacional de Estatística**

**OMS – Organização Mundial de Saúde**

**QdVRS – Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde**

**€ - Euro**

**n - amostra**

**n.º - número**

**% - percentagem**

## ÍNDICE

### INTRODUÇÃO 10

#### 1. REVISÃO DA LITERATURA 12

##### 1.1.UM POUCO DE ENVELHECIMENTO 12

##### 1.1.1. Envelhecimento: mudanças biológicas, psicológicas e sociais 14

#### 2. ENVELHECIMENTO ATIVO 17

#### 3. LAÇOS SOCIAIS E REDE SOCIAL 20

##### 3.1. EXCLUSÃO SOCIAL E INTEGRAÇÃO SOCIAL 22

#### 4. EPIDEMIOLOGIA SOCIAL 26

#### 5. SAÚDE 29

##### 5.1.SAÚDE DO IDOSO E ENVELHECIMENTO ATIVO 30

#### 6. A RELIGIOSIDADE E A SAÚDE ENTRE OS ADULTOS COM 65 OU MAIS ANOS 34

#### 7. PARTE EMPÍRICA 39

##### 7.1.MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO 39

##### 7.1.1.Tipo de Estudo 39

##### 7.1.1.1. Objetivos de Estudo 40

##### 7.1.1.2 Questão de Investigação 41

##### 7.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA 41

##### 7.3. INSTRUMENTO DE INVESTIGAÇÃO 42

##### 7.4. PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS 47

##### 7.5.TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS 48

#### 8. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS 50

#### 9. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 64

#### 10. CONCLUSÃO 69

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 71**

### **ANEXOS**

ANEXO I – Instrumento de Recolha de Dados

ANEXO II – Consentimento Informado 1

ANEXO III – Consentimento Informado 2

## **ÍNDICE DE QUADROS**

**QUADRO 1** – Distribuição da amostra quanto ao sexo 51

**QUADRO 2** – Idade da amostra em estudo 52

**QUADRO 3** – Caraterização do Estado Civil da Amostra 52

**QUADRO 4** – Caraterização da Amostra segundo a Profissão 53

**QUADRO 5** – Caraterização da Amostra segundo a freguesia onde habita 53

**QUADRO 6** – Caraterização da Amostra segundo com quem mora atualmente 54

**QUADRO 7** – Caraterização da Amostra segundo as Habilitações 54

**QUADRO 8** – Caraterização da Amostra segundo os seus valores mensais 55

**QUADRO 9** – Caraterização da Amostra segundo as relações familiares e de amizade 56

**QUADRO 10** – Caraterização da Amostra quanto à mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/ mal-estar e ansiedade / depressão 58

**QUADRO 11** - Caraterização da Amostra quanto ao seu estado de saúde hoje, avaliado através de um termómetro 58

**QUADRO 12** – Caraterização da Amostra quanto aos comportamentos de saúde na saúde oral 59

**QUADRO 13** – Caraterização da Amostra quanto aos comportamentos de saúde na atividade física 60

**QUADRO 14** – Caraterização da Amostra quanto à capacidade do copo 60

**QUADRO 15** – Caraterização da Amostra quanto às bebidas alcoólicas que possa ter bebido o ano passado 61

**QUADRO 16** – Caraterização da Amostra quanto aos hábitos tabágicos 61

**QUADRO 17** – Caraterização da Amostra quanto à sua Religiosidade 62

**QUADRO 18** – Caraterização da Amostra quanto à sua frequência à igreja 62

**QUADRO 19** – Caraterização da Amostra quanto aos seus hábitos religiosos 63

## ÍNDICE DE FIGURAS

**FIGURA 1** – Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 a 2011. *12*

## INTRODUÇÃO

Este trabalho surge no âmbito do Mestrado Intervenção para um Envelhecimento Ativo promovido pelo Instituto Politécnico em parceria - Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLEI) e a Escola Superior de Educação e Ciências Sociais (ESECS), norteado pelo interesse pessoal e profissional e ainda pela sua relevância na atualidade, quanto ao contributo que este possa dar no âmbito do Envelhecimento Ativo.

O envelhecimento é um dos acontecimentos com mais destaque, o seu início deu-se na segunda metade do século XX, tem vindo a aumentar até aos nossos dias e a sua repercussão é sentida a nível mundial. Portugal foi considerado como um dos países que mais tem população idosa, contudo, os investigadores e instituições, que investigam estes temas, referem três causas deste fenómeno, tais como, a diminuição da taxa de fecundidade, o aumento da esperança média de vida que está relacionada com o avanço das tecnologias e o saldo migratório.

Este processo de envelhecimento está associado “à forma como a sociedade encara os mais velhos, às expectativas e aos papéis que lhes são atribuídos na velhice.” (Lima, 2010, citado por Carvalho, 2013, p.4). Na atualidade tem sido abordado o conceito de envelhecimento ativo, que pretende criar modelos novos para emancipar os cidadãos para lhes ser dado o devido valor, relativamente às suas competências, para poderem se sentir úteis em áreas como emprego, o voluntariado e na sua atuação na sociedade. Este novo conceito quer mudar a direção do envelhecimento: “em vez de recolhimento, activação, e em vez de adscrever àquele destino inexorável de declínio e morte, interpelá-lo como um processo de desenvolvimento em aberto.” (Viegas e Gomes, 2007, citado por Carvalho, 2013, p.10)

Contudo, existem ainda os idosos que se encontram dependentes e sentem dificuldades em realizar as suas AVD's, por isso, tem que recorrer a apoio de Instituições públicas ou privadas, ou seja, institucionalização, que só deve recorrer como última opção. Estas instituições devem ter como objetivo aumentar a autonomia do idoso, para que eles consigam realizar as suas atividades diárias com qualidade de vida, saúde e conseguirem lutar contra a solidão e o isolamento.

O tipo de estudo é descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, com a finalidade de perceber os laços sociais, a saúde e a religiosidade nos adultos com 65 ou mais anos, institucionalizados e não institucionalizados.

Para dar resposta ao estudo foi formulado a seguinte questão investigação previamente traçada: Que relevância têm as relações sociais, a saúde e a religiosidade na vida entre adultos com 65 ou mais anos, institucionalizados e não institucionalizados?

O trabalho apresenta a seguinte estrutura: Introdução; Revisão da Literatura; Parte Empírica; Apresentação e análise dos dados; Discussão de Dados; Conclusão; Referências Bibliográficas e Anexos.

Para realização deste trabalho, foi usado o guia da elaboração de trabalhos escritos, em vigor na Escola Superior de Saúde de Leiria (ESSLei).

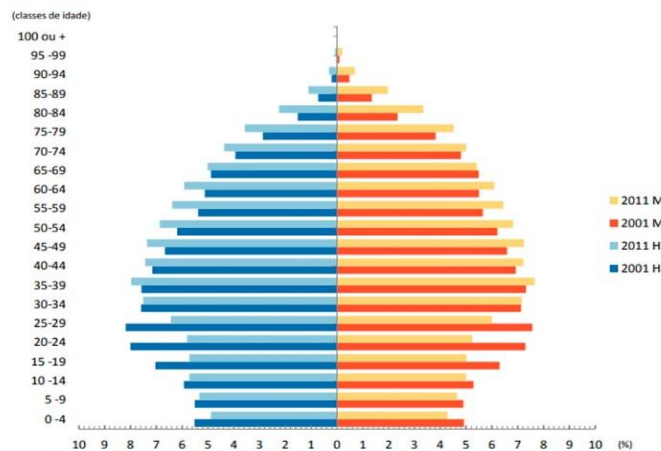
## 1. REVISÃO DA LITERATURA

### 1.1. UM POUCO DE ENVELHECIMENTO...

No início do século XX, deparámo-nos com uma população maioritariamente envelhecida devido à diminuição da natalidade e ao aumento da esperança média de vida.

Por isso, na atualidade, o envelhecimento demográfico tem sido a principal preocupação ao nível da política e da ciência, pois o mesmo acarreta consigo dilemas ao nível social, cultural, económicos e de saúde.

**Figura 1- Estrutura etária da população residente por sexo, 2001 e 2011**



**Fonte:** INE (2012,p.20)

Segundo Carrilho, (2007, citado por Carvalho 2013) envelhecimento demográfico é o resultado do aumento das pessoas idosas relativamente à população total, ou seja, passa a existir um envelhecimento no topo da pirâmide etária, enquanto a população mais jovem tem vindo a diminuir, o que mostra o envelhecimento na base da pirâmide etária. (figura 1)

Contudo, as diferenças que existem ao nível das células entre os sexos e nas suas atitudes vão definir as mudanças que podem ser vistas na esperança de vida dos homens e das

mulheres. Atualmente, sabemos que a longevidade dos homens é menor do que a das mulheres, apesar de serem menos doentes e menos dependentes. Por sua vez, a longevidade das mulheres é claramente maior, mas de uma maneira geral, enfrentam problemas como as doenças e a dependência, têm menos recursos e são marginalizadas. (Ribeiro e Paúl, 2013)

“ Envelhecer enquanto homem ou mulher determina formas diferentes de viver a saúde, os estados de doença, a (in) dependência, a autonomia ou a participação social, e essas diferenças, são reconhecidas amplamente pela Organização Mundial de Saúde.” (Ribeiro e Paúl, 2013, p.5)

O envelhecimento demográfico das populações é percebido, a vários níveis. Com uma maior longevidade que foi adquirida, acarreta consigo várias consequências que ocorrem ao nível das relações entre os indivíduos e na sua estabilidade, originando assim novos problemas sociais, em que a sociedade tem que arranjar soluções mais adequadas para os mesmos.

Portugal e os outros países que fazem parte da U.E. têm apresentado uma expansão relevante no número de idosos e o envelhecimento tem sido encarado como “ um dos fenómenos demográficos mais preocupantes nas sociedades modernas” (INE, 2012)

O envelhecimento é uma fase da vida vista como “natural”, por sua vez podemos definir este conceito como um “ processo que integra uma série de fenómenos que se sucedem numa determinada ordem e durante um certo período de tempo- o ciclo de vida”. (Carvalho,2013, p.5). Este é considerado um processo que ao longo do tempo se desenvolve de forma gradual e contínua, não sendo igual para todas as pessoas, pois algumas envelhecem e não perdem as suas capacidades, outras por ficarem incapacitadas, por deficiências e doenças não conseguem ser independentes.

O nosso envelhecimento começa a partir do momento em que somos concebidos, mas os nossos idosos hoje, não são mais aquilo que eram antes. Com a melhor qualidade de vida e o aumento da esperança média de vida, tem permitido a um grande número de pessoas continuar a fazer exercício físico em alguns casos com destaque. Podemos dizer que a primeira conquista do século XX foi o espaço e a segunda podemos dizer que é a longevidade. (Félix, 2013)

De acordo, com as pesquisas de 2011 e 2016, Portugal está em destaque com um grande envelhecimento da sua população, podemos ver que a parte dos jovens diminui de 15% para 14.1%, nos idosos houve um aumento de 18,9% para 20,9%, é de frisar que a parte correspondente aos utentes com mais de 69 anos também teve um aumento de 33%, nestes últimos cinco anos. Por sua vez, podemos observar que as mulheres têm uma longevidade maior que os homens (PORDATA, 2018). Atualmente, “ (...) a esperança média de vida à nascença é de 75,4 anos para os homens e de 82 anos para as mulheres (ou seja, um aumento de aproximadamente cinco anos,).” (INE 2011, citado por Ribeiro & Paúl, 2013, p.7)

Com estas mudanças que se destacam cada vez mais, têm despertado o interesse em investigar todo este fenómeno, de forma a poder ser compreendido e que a prática tenha como finalidade o bem-estar dos idosos, podendo manter a qualidade de vida adequada. (Fonseca, 2004)

### **1.1.1. Envelhecimento: mudanças biológicas, psicológicas e sociais**

Como podemos ver anteriormente, a velhice é a última fase da vida e a morte o seu fim. Existem pessoas que vivem mais tempo que outras, ou seja, a sua passagem por esta fase é maior, mas não é por isso que a pessoa se encontra mais dependente e a sofrer ou com menos qualidade de vida. É do nosso conhecimento que uma maioria destas pessoas ainda se encontram ativas e em bom estado de saúde, tanto ao nível físico como psicológico.

O processo de envelhecimento por mais espontâneo que seja, acarreta consigo algumas mudanças tanto aos níveis psicológico, biológico e social, em algumas pessoas essas mudanças acontecem apenas ao nível físico e social, noutras acontecem aos três níveis.

As mudanças que aparecem com mais frequência durante o envelhecimento, ao **nível biológico** são: a redução da visão e da audição; a movimentação fica mais fragilizada; modificações na pele, estas causam mudanças significativas na imagem física; o cabelo começa a ficar esbranquiçado e cai; dormem menos horas; distúrbios digestivos; os níveis do colesterol aumentam; nos homens há uma redução ao nível do desempenho sexual, o que em muitos casos pode gerar perturbações psíquicas. Por sua vez, ao **nível psicológico**, existe redução da memória; sentem uma grande dificuldade em se integrar em novas

situações; são mais lentos a executar as tarefas; reagem mais lentamente às situações; sentem mais dificuldade em dispersar-se nos pensamentos e existe um bloqueio ao receber, organizar e aplicar a informação.

Por outro lado, as mudanças ao **nível social**, estão ligadas ao “conjunto específico de papéis sociais que os indivíduos adotam”. (Carvalho, 2013,p.4)

Como sabemos com a entrada das pessoas na reforma, existem diversos obstáculos que as mesmas têm que enfrentar, como a perda do contato com os seus colegas de trabalho e dos laços de amizade que mantinham, a rotina diária altera-se por completo, os problemas físicos são mais visíveis e por fim, os estereótipos, ou seja, a maneira como passam a ser vistos pelas pessoas, influencia muito o seu desempenho nesta fase da vida.

Com a sua mudança de posição na comunidade, onde está incluído a sua perda de poder na família e na sociedade, também deixou de ter importância no trabalho, pois deixaram de ser tão produtivos, devido às suas debilidades físicas.

Contudo, sabemos que o envelhecimento é um fato global, quanto mais perto se está desta fase da vida, deixa as pessoas preocupadas, por isso, para se poder entender todo este processo, tem que se ter a noção que os indivíduos envelhecem de formas diferentes. A maneira como cada pessoa está enquadrada na comunidade e o seu bem-estar consigo mesmo são muito importantes para poderem interagir com o meio. (Sequeira, 2010)

Como podemos ver anteriormente este fenómeno, acarreta consigo alterações que os familiares e os próprios idosos não conseguem lidar sozinhos, ou seja, os problemas de saúde ou estados de dependência física e mental, as situações de viuvez que os pode encaminhar à solidão e, por sua vez, ao isolamento social, e também a falta de alguém na família que possa ajudar nas suas AVD's. Por isso, na maior parte das vezes optam por recorrer à Institucionalização do seu familiar.

Gamburgo e Monteiro (2009), referem que as razões que levam à institucionalização podem ser divididas em sociais e económicas, o que vai ao encontro do que foi acima referido e também fazem referência a outras. Os mesmos autores referem que os fatores sociais da institucionalização são: a solidão, o abandono, a carência, a falta de um suporte de laços sociais, a incapacidade do auxílio da família. Como fatores económicos referem as dificuldades que advêm dos problemas de saúde ou dos estados de dependência, a

dificuldade que têm de poder adquirir bens ou serviços, ao impedimento de poder pagar por certos serviços, de forma a poder preservar a sua moradia ou até de ter uma alimentação saudável.

Existem alguns estudos<sup>1</sup> que destacam que os problemas de saúde e a perda da sua independência, não são os fatores que determinam a institucionalização do idoso, mas sim o isolamento, ou seja, a falta de manter um convívio que auxilie na sua integração social e familiar, e que lhe assegure ajuda em casos de grande precisão. A falta de recursos económicos e moradia, também são referidos com frequência. Como é fundamentado pelos autores supracitados, as razões que levam à institucionalização são as mais variadas, portanto na maioria das vezes é o aglomerado delas, que levam à escolha deste tipo de resposta social.

---

<sup>1</sup> Em Portugal , a Deco desenvolveu um estudo (1995), foi apresentado por Souto Lopes (1990), o estudo foi focado em 3 lares e incluía um total de 80 idosos, e em França que abordou esta pesquisa foi Drulhe (1981)

## 2. ENVELHECIMENTO ATIVO

Segundo Paúl e Ribeiro (2013,p.179) “ O envelhecimento, pelos impactos estruturais nas sociedades contemporâneas e pela diversidade de problemáticas que abrange, tornou-se, cada vez mais, um campo multidisciplinar”, no qual tentam estudar e explicar as transformações que acontecem neste processo.

Na segunda metade do século XX foram visíveis vários modelos que estavam relacionados com a edificação do envelhecimento na sociedade vigente. Relacionados a este tempo, apareceram diversas concepções para explicar o envelhecimento, assim como envelhecimento “bem-sucedido”, “ produtivo”, “saudável” e por último “ativo”, que atualmente usamos este último.

Por **envelhecimento bem-sucedido**, percebemos que é um procedimento habitual, em que os indivíduos de acordo com os seus gostos e capacidades, podem optar pela maneira como querem viver, dentro da sociedade. (Carvalho, 2013)

Enquanto que o **envelhecimento produtivo**, é a maneira de proporcionar aos mais velhos a sua integração na comunidade onde estão inseridos e extinguir com a discriminação pela qual sofrem, devido a serem os que mais têm usufruído dos benefícios ao nível das reformas e de utilizarem os serviços de saúde. (Carvalho, 2013)

E por **envelhecimento saudável**, entendemos que está ligado ao estado de saúde dos indivíduos, portanto tem que ser trabalhado ao nível da prevenção e promoção da saúde, mantendo o idoso autónomo no decorrer da sua vida. (Carvalho, 2013)

Contudo, o envelhecimento populacional é visto, como um estímulo tanto para os países em desenvolvimento, porém, nos primeiros, o aumento dessa população deu-se de forma gradativa e, por essa razão, mais organizada. Já nos em desenvolvidos, o processo tem vindo a decorrer numa velocidade nunca antes vista, o que não tem deixado ajustar as políticas sociais, no seu tempo certo, para combater estes novos acontecimentos.

Envelhecimento Ativo, apareceu como a sucessão do envelhecimento saudável, de modo a indicar que a qualidade de vida e a saúde das pessoas mais velhas tem que ser mantida através da sua autonomia física, psicológica e social, portanto os idosos devem fazer parte de sociedades que transmitam segurança e invistam numa cidadania completa. O seu

principal objetivo era ser o pioneiro de uma nova cultura de envelhecimento, pretendendo criar novos hábitos para poderem evitar as doenças que deixassem os idosos menos capacitados.

Este novo conceito é um processo de melhoria na vertente da saúde, das ações e da defesa, com objetivo de garantir o seu bem-estar durante o desenrolar do envelhecimento, e atualmente este conceito é mais completo “ (...) estendendo-se, para além da saúde, a aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional que explica os resultados do envelhecimento.” (OMS, 2002, citado por Ribeiro e Paúl, 2013,p.1)

Contudo, este novo paradigma pressupõe que o indivíduo seja autónomo, consiga ser independente na realização das suas AVD's, promova o seu bem-estar e consiga ter um percurso de vida saudável.

A palavra “Ativa” encaminha-nos para uma participação e abrange, os vários problemas sociais, culturais, económicos, civis e espirituais, este termo é uma nova maneira de perceber e interpretar o envelhecimento e realça o quanto é importante as pessoas saberem o que têm de melhor, para elevar o seu bem-estar e a sua qualidade de vida.

O envelhecimento não tem início numa altura programada, como por exemplo, na entrada para a reforma, este processo começa desde a conceção e cada qual desenvolve a sua própria história, por sua vez, os idosos não são aquilo que eram há uns anos atrás, até porque muitos deles têm uma participação mais ativa na sociedade. (Félix, 2013)

Por sua vez, o envelhecimento ativo pretende que a velhice seja programada ao longo do seu percurso de vida e não na altura definida para tal, como a idade da reforma, pois tem que ser pensado como um processo que é realizado ao longo de toda a sua vivência, onde os indivíduos vão construindo o seu eu, pois cada situação pela qual as pessoas passam, quer seja boa ou má, vão ajudar a trilhar o seu caminho pessoal.

Os nossos idosos serão mais numerosos e mais envelhecidos, pois a sua longevidade vai ser maior, vão ter mais condições financeiras, com mais saúde, mais estudados, vão viver em casas com melhores condições, mais dinâmicos (profissional e social), com uma melhor perceção dos seus direitos, com mais tempo para poder conhecer a sua cultura e aproveitar melhor do seu tempo livre. (Machado, 2003, citado por Carvalho, 2013)

Portanto, este novo ciclo deve ter que ser encarado pelos idosos como uma nova oportunidade que lhes é dada, pois todo este caminhar ao longo dos anos, acarreta pontos positivos para as suas vidas, como as aprendizagens, os seus saberes, a tranquilidade na resolução de algum problema e um maior entendimento nalguma situação. (Félix, 2013)

Segundo Ribeiro e Paúl (2013,p.7), “ Se envelhecer é uma inevitabilidade do ser humano, envelhecer com qualidade é, sobretudo, uma escolha que deve ser feita o quanto antes melhor.”

### 3. LAÇOS SOCIAIS E REDE SOCIAL

Como vimos anteriormente, as pessoas precisam de estar ativas, na sociedade em que estão inseridas, mantendo as suas relações sociais.

“ Em muitos aspetos, as nossas relações são âncoras em que estruturamos as nossas prioridades, e uma convivência harmoniosa com os outros faz-nos sentir seguros, apoiados e compreendidos, contribuindo para definição da nossa identidade, pois aquilo que pensam de nós contribui para a imagem que vamos construindo de nós próprios.” (Ribeiro e Paúl, 2013,p.141)

Não podemos falar que o envelhecimento é caracterizado pelo maior número de anos e nem pelo conjunto de indivíduos que possam viver mais tempo, mas o mesmo é visto como um episódio de mudanças, tanto ao nível da mente como dos seus atos, que têm origem nos laços que são criados entre os indivíduos da comunidade que estão inseridos e do seu nível de vida. (Osório & Pinto, 2007)

Faz parte dos indivíduos serem seres sociais que estão em constante contato com os outros. Durante, o nosso percurso de vida integramo-nos em diversos grupos, tais como a família, amigos ou colegas de trabalho.

O indivíduo ao estar inserido nestes grupos passa por experiências de vida e começam a definir-se certas características.

Na maioria das vezes, as relações ajudam a definir prioridades e a ter um contato coerente entre indivíduos, pois permite que o ser se sinta protegido, apoiado e entendido, colaborando assim para definir a nossa personalidade, pois aquilo que os outros pensam de nós auxilia na criação da nossa imagem.

É fundamental, para a pessoa Idosa conseguir manter as relações sociais e com a entrada na reforma, confirma-se que há uma redução das redes sociais, devido aos diversos fatores que são próprios desta fase. Contudo, existe um outro fator que pode deixar o idoso mais “perto” da solidão, que é o afastamento entre os pais e filhos, ou seja, quando estes resolvem mudar de área geográfica (da zona rural para a urbana, ou mesmo de uma cidade para a outra), por último, se por algum problema de saúde, o idoso ficar inibido de se

deslocar, acaba por fazer com que os mesmos não saiam de dentro de suas habitações. (Ribeiro e Paúl, 2013)

Assim como, a mudança relativamente à sua função profissional à morte de familiares e amigos e existe também um afastamento do seu grupo de trabalho, que por sua vez, leva a um corte das relações sociais, as pessoas mais próximas passam a vê-los com menos respeito e importância.

Desta forma, “rede social refere-se aos aspetos quantitativos e estruturais das relações humanas, enquanto que rede de suporte (apoio) social refere-se ao aspecto qualitativo do apoio percebido, incluindo o conteúdo e a avaliação das relações com outras pessoas significativas”. (Monteiro & Neto, 2008, p.98)

Com o avançar da idade o ser humano precisa de se relacionar mais.

Apesar, de todas as pessoas precisarem ficar algum tempo sós, ao terem um afastamento súbito dos outros, despulta sentimentos de solidão.

Proporcionar ter uma vida ativa, antes e depois da reforma, é uma maneira de manter os idosos inseridos na sociedade, onde é possível estabelecer laços sociais, de amizade, de trabalho e familiares podendo ser fracos ou resistentes.

Existem dois tipos de laços, laços de amizade e laços de trabalho, por outro lado, estes podem ter fraquezas ou serem resistentes.

Lopes e Baldi (2005), referem que os laços fracos são importantes, porque promovem uma relação com uma pessoa conhecida, mas que caminha por sítios diferentes; já os laços fortes são referentes a pessoas essenciais que estão ligadas a diversos cidadãos com quem o indivíduo também convive, ou seja, a sua participação assenta na confiança. Estes laços são baseados em relações de confiança, de disponibilidade para manter os mesmos e preservar o seu crescimento, mantendo as redes sociais de responsabilidade mútua, fidelidade e segurança.

Ao convivermos diariamente no meio social presume-se ainda que as ações e as atitudes das outras pessoas são perceptíveis, isto é, têm o mesmo fim ou razões que mostram as nossas atitudes e ações.

Devido a esse convívio, agimos de acordo com o que os outros fazem, respondemos a eles, tentamos induzi-los da maneira que queremos.

Ao relacionarmos-nos socialmente pode-se garantir às pessoas que participam expectativas de contentamento com interesses internos ou externos, no que se refere ao seu fim ou ao resultado, ou então através do comportamento solidário ou como compensação de interesses. (Couvaneiro & Cabrera, 2009)

### 3.1. EXCLUSÃO SOCIAL E INTEGRAÇÃO SOCIAL

De acordo, com o que foi dito anteriormente e segundo uma visão psicossociológica do envelhecimento, o indivíduo preserva e amplia a suas amizades, espontaneamente. (Rowe e Kahn, 1987, citados por Teiga, 2012). Assim, com o decorrer da vida de uma pessoa, os laços sociais são diversos e refletem a sua relação com as pessoas na sociedade. Com o passar dos anos, o número de amizades diminui, por causa da perda de amigos ou mesmo de familiares.

Godoy (2009), refere que depois das necessidades principais e da sua proteção, aparecem as dificuldades das pessoas na sua vida social, depois vem a carência de afeto e, por último, as deficiências nas suas realizações pessoais. Existem carências de união entre as pessoas pois as mesmas mantêm relações com base em emoções, pois os cidadãos têm a necessidade de serem reconhecidos pela sociedade. O fato das pessoas não terem ciclos de amizades; relacionamentos sociais; de relações familiares e de entidades, assim como spas, outras áreas de lazer e ocupação, ficam mais vulneráveis à solidão, ansiedade, depressão e à marginalização.

Exclusão social é o problema social das pessoas idosas, com a certeza de que é o problema mais grave da nossa sociedade, esta é também uma expressão de uso geral, que é frequentemente utilizada. Esta renasceu numa tradição francesa em que estavam em análise pessoas e grupos desfavorecidos.

A fase extrema, do conceito exclusão social não é só uma rutura com o mercado de trabalho, mas também passa por ruturas familiares, afetivas e de amizade.

O domínio social passa por um conjunto de mecanismos (grupos, comunidades e redes sociais) onde os indivíduos se encontram inseridos; os reservados são a família e a

vizinhança; os intermediários são as pequenas empresas, grupo de amigos; os mais vastos, sendo a população local, o local de trabalho e o coletivo político. Refere-se aqui ao trabalho não como parte de subsistência, mas nesta situação como forma de manter relações de amizade e estar inserido na vida social. (Ribeiro & Paúl, 2013)

Este problema, afeta muito a sociedade portuguesa. Atualmente, as soluções para este problema são reduzidas e ajudam na opinião pública a ver isto como um problema, que está a ser resolvido. A humanidade é avaliada na sociedade através do lugar e do papel que reserva aos idosos na vida social.

Os idosos deixaram de ter um lugar no quotidiano da organização da sociedade. Em casos extremos a exclusão social é vista como solidão.

Nesta faixa etária a exclusão ao nível da família, demonstra um corte nos laços sociais, pois deixou de haver um convívio em casa de pelo menos três famílias, para um agregado nuclear, mas a maneira como essas pessoas vivem dificultou a convivência entre parentes, portanto, só tem demonstrado que a pessoa idosa não tem espaço na sua família.

As diversas respostas sociais que existem para esta faixa etária, restringe estas pessoas a conviverem só com indivíduos do seu grupo etário, por isso, acaba por mantê-los afastados da sociedade. As medidas a serem tomadas deviam ter em vista à integração do idoso na sua família ou na sua própria casa, com o apoio das políticas e da sociedade.

A rede social são todos os membros da sociedade, no geral para todos os investigadores, por vezes, nesta rede social existem membros mais centrais, sendo isto uma construção na investigação. (Paúl, 2005)

Segundo Barnes (1987) citado por Acioli (2007), alguns critérios de análise são a dimensão da rede (o número de indivíduos na rede) que têm contatos indiretos, divide-se em categorias e questões individuais; rede total são todos os laços sociais existentes; este ainda se divide em redes parciais, que por sua vez, se dividem em ligações sociais de um tipo específico.

Nestes estudos é importante analisar a realidade social a partir das relações sociais e não através dos atributos dos indivíduos, assim, os indivíduos na rede podem não ser só pessoas, mas também grupos.

O tamanho da rede é importante para definirmos a análise, como também definir as relações existentes e a sua qualidade. A importância dos papéis que estes assumem, dependem de si mesmos nas relações de intensidade, durabilidade e frequência.

Ao pertencer a uma rede, o indivíduo é entendido numa diversidade de relações.

Desta maneira, a sociedade é entendida como uma rede de indivíduos que mantêm constantes relações, sugerindo a ideia da interdependência. As redes surgem de forma informal nas relações sociais, tendo efeitos visíveis que vão para além do espaço através de relações com o Estado e outras instituições do género.

Podemos falar que a pobreza representa a falta de meios para obter as coisas que são precisas para a sobrevivência, portanto a mesma aparece como uma condição de exclusão social, porque a pessoa sem recursos é descartado da participação na sociedade. (Carvalho,2013)

A pessoa estipula e «apresenta-se» às outras pessoas pela sua presença, pela sua posição, por tudo aquilo que ela passa, ela mesma, como um «ser», constantemente como uma herança.

Por integração social entendemos que é a composição dos vínculos entre as pessoas, grupos de pessoas, atitudes individuais e coletivas. (Pires,2012)

Para estarem inseridos e conviverem diariamente na sociedade, é preciso respeitarem as suas regras e os seus conceitos. Na maioria das vezes, as relações entre as pessoas variam, umas vezes concordam outras discordam das ideias uns dos outros.

O vínculo que existe entre consenso e integração é mais complicado. A integração é a conciliação das atitudes e dos vínculos entre as pessoas independentes que conhecem as normas de viver em sociedade e os métodos que permitam evitar os conflitos e as discórdias que vêm da autonomia que as pessoas têm.

A integração é um problema social de grandes proporções, pois compreende a maneira como são seguidos os padrões da vida em sociedade e nos seus vínculos entre todos.

As redes sociais têm características distintas de acordo com as ligações que existem entre as atitudes dos indivíduos, quer sejam particulares ou coletivas, ou de vínculos de dependência sistêmica entre as estruturas e as entidades organizacionais.

Ao verificarmos quantas amizades o indivíduo tem, se são fortes e como ele é visto e que papel desempenha em cada relação social, mostra em que ponto o indivíduo está envolvido na sociedade, por sua vez, quantos mais e diferentes laços de amizade individuais e coletivos, maior a sua integração social. (Smith & Christakis, 2008 citado em Gottlieb & Bergen, 2010)

#### 4. EPIDEMIOLOGIA SOCIAL

Com base no que foi descrito, verifica-se que os laços sociais influenciam os determinantes da saúde, valorizados pela epidemiologia como refere“ o estudo da distribuição e dos determinantes dos estados de saúde ou acontecimentos a eles associados, em populações específicas, e a aplicação desse estudo ao controlo dos problemas de saúde”. (Last, 1988, citado por Beaglehole, Bonita & Kjellstrom, 2003)

Por sua vez, a epidemiologia social diferencia-se pela persistência em analisar claramente os determinantes sociais do processo saúde – doença, tendo como principal foco os fatores de risco para a saúde e estuda com mais aprofundamento, o contexto social em que eles acontecem.

Assim, conseguem identificar e retratar as mais diversas condições sociais que influenciam o estado de saúde das pessoas.

De acordo, com os Médicos como Vilherme em 1830 e Virchow em 1848, as particularidades entre ricos e pobres e as condições de trabalho são pontos fulcrais no desenvolvimento da situação de saúde e de doença, por sua vez, Durkheim defendiam que a conexão social estava ligada às razões de mortalidade, por exemplo, o suicídio. (Souza & Grundy, 2004)

Outros estudos referem que fatores externos conseguem dominar o desenrolar da doença.

Souza e Grundy, (2004,p.1358), afirmam que “ Vários estudos têm comprovado que a coesão social, a existência de confiança mútua e respeito entre diferentes setores da sociedade determinam impacto positivo na saúde.”

Muitos estudos ilustram que a qualidade de vida social é um dos mais importantes determinantes de saúde das pessoas e isto está ligado com a forma como o dinheiro tem sido distribuído. (Souza & Grundy, 2004)

É essa má distribuição de capital social que tem vindo a alimentar as diferenças sociais, este é um fator de risco importante, mas que tem sido pouco abordado.

O nome capital social que apareceu recentemente veio dar uma importante ajuda no progresso de saúde.

A noção de capital social vem da sociologia funcionalista que compreende a organização social como um sistema composto por partes articuladas e em cooperação para a obtenção de um objetivo.

A união social que vem da confiança cívica entre as pessoas, participação ativa na sociedade e em outras aparições de disposição da sociedade civil, de onde faz parte o capital social que existe na comunidade, tem como finalidade, promover o bem-estar dos indivíduos.

Um ponto fulcral na Teoria do Capital Social é que a sua base são as relações sociais que se formam no meio de grupos e entre pessoas que estão na sociedade.

Por outro lado, o investimento em Capital Social acarreta muitos apoios ao aumentar o poder social o que, por sua vez, simplifica o modo de estruturação que irão dominar na saúde dos indivíduos.

Relativamente, à epidemiologia e a sua relação com os serviços de saúde, ela é usada em três pontos: na elaboração dos serviços de saúde (sistematização e na gestão dos serviços), e na pesquisa sobre as causas e as novas técnicas de investigação acerca das enfermidades dos indivíduos. (Najera,1991, citado por Fonseca & Egry,2010)

Por outro lado, a Teoria da Determinação social do Processo saúde-doença tem como finalidade relacionar a maneira como a sociedade está preparada para o aparecimento de riscos ou de competências que definem os padrões de ficar doente e morrer. (Fonseca & Egry, 2010)

A epidemiologia social, tem como finalidade explicar os procedimentos reais de um padrão de maior integridade e, na procura científica dos princípios que atuam sobre a vida social, deve explorar o estudo de:

- ✓ Processos estruturais da sociedade, e tem como finalidade explicar o aparecimento de condições de vida particulares;

- ✓ O caráter das diversas populações na sociedade que envolve a maneira de produzir e consumir, consoante a sua capacidade financeira, com as adequadas competências de saúde e sobrevivência, assim como os riscos de ficar doente e morrer;
- ✓ Fenómenos que configuram os modelos típicos de saúde-doença dos grupos e das pessoas que o formam. (Breilh,1991, citado por Fonseca & Egry, 2010)

A teoria da produção social do método saúde-doença junta-se ao materialismo histórico e dialético utilizando modelos de explicação que comprovam os determinantes políticos, económicos e sociais.

A solução de promover saúde, de acordo com a OMS, Carta de Ottawa, 1986, ensina as pessoas a desempenhar um controle maior na sua saúde, e a mesma está ligada com o bem-estar individual e coletivo. A mesma, tem vindo a ganhar um importante destaque na nova manifestação de saúde pública, onde esta é reproduzida como um acontecimento social que está ligado à qualidade de vida e ao capital social. O capital social tem presente em si princípios como a segurança (confiança mútua), regras de solidariedade e participação cívica, centrada na cidadania e capacitação para o autocuidado que implica maior investimento dos profissionais de saúde na prevenção da doença e na promoção de saúde.

Normalmente, a prevenção consiste na geração de risco ou na possibilidade de ficar doente. Por sua vez, a educação para a saúde abarca a passagem de informação que tenha a ver com a saúde, com o objetivo de modificar comportamentos e criar estilos de vida saudável, no qual a pessoa será o verdadeiro responsável pela sua saúde.

Contudo, a promoção da saúde acarreta um projeto mais amplo e coerente, que abrange a prevenção, o ensino e a presença em distintos domínios da sociedade na criação de táticas que deixem avançar com a educação para a saúde. (Souza e Grundy,2004)

Para finalizar, a epidemiologia como podemos ver anteriormente, tem como objetivo estudar os fatores da sociedade que interferem na saúde, que por sua vez, ao aliar-se à produção social arranja forma de provar como tudo isso acontece e o Capital Social, é o dinheiro que as pessoas têm para poderem usufruir dos serviços.

## 5. SAÚDE

Anteriormente, abordámos que a epidemiologia social tem em atenção as causas sociais que possam estar envolvidas no estado de saúde dos indivíduos.

Segundo a OMS (1947) citado por Carvalho (2013,p.26) a saúde é definida como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social não somente ausência de doenças ou enfermidades.” Ou seja, todos os indivíduos têm direito aos cuidados primordiais, tais como, ser atendido nos hospitais, a medicamentos, a alimentação, ao saneamento básico, à educação, entre outros questões que conceda uma boa qualidade de vida, quer ao nível físico, mental e social.

Estar em boas condições de saúde é um dos principais objetivos para que as pessoas mais velhas possam ter uma qualidade de vida razoável e consigam continuar a participar na sociedade, ter indivíduos ágeis e de boa saúde, que se mantenham independentes, de modo a serem importantes para as suas famílias, sociedade e para as receitas do Estado. (DGS,2004)

Por sua vez, a saúde passou a ser um valor da comunidade, apesar de ser um direito primordial do ser humano, que deve ser garantido sem haver nenhuma distinção de raça, de religião, ideologia política ou condição socioeconómica.

Do ponto de vista social, o homem é entendido como um ser humano, sendo que todos têm igual valor, é respeitado como um ser que produz, tem um valor económico.

Por outro lado, do ponto de vista biológico, a vida e a saúde não tem outro valor possível que não o biológico, isto é, continuar a viver, até o seu fim.

Um conceito mais alargado de saúde incute que tem que se ter em conta normas que instigam a maneira como os mais velhos enfrentam a vida, a morte e a velhice, e é fundamental a forma como são capazes e querem conviver com a sua prevenção e maneira de se cuidar. (Assis, 2005)

Ao falar de doença, é sentida pelo indivíduo através da incompetência que é produzida quando não consegue atingir a harmonia precisa entre o seu eu e o seu ambiente: a comunidade sente-a como um risco de morte que é preciso eliminar ou prevenir para poder continuar a viver.

Na teoria, um ser humano poderia viver sem ficar doente até morrer de causas naturais, depois de viver o máximo de tempo possível. Mesmo sendo possível isto acontecer, não é uma situação que acontece muitas vezes, devido ao meio social em que vivem, pois o nosso meio é cheio de riscos para o nosso organismo.

Ao percebermos que a saúde é um acontecimento que funciona ao nível físico, psíquico e social de maneira normal, e por isso no caso de idosos, esta deveria ajudar, para que todo o procedimento de envelhecimento acontecesse normalmente.

Os problemas de saúde-doença estão diretamente ligados à maneira como o ser humano vive e não podem ser excluídas do contexto social em que acontecem. Podemos dizer, que a medicina não é a totalidade da saúde. (Carvalho, 2013)

Muitas pessoas ainda veem que os problemas de saúde são da envergadura da medicina e das ciências da saúde, mas têm muitas outras disciplinas.

## 5.1. SAÚDE DO IDOSO E ENVELHECIMENTO ATIVO

Anteriormente, abordamos que para os idosos poderem envelhecer com mais qualidade, o seu estado de saúde tem de estar bom, ou seja, têm de estar sem nenhuma enfermidade e se encontrar bem física e psicologicamente. Por isso, com o aumento da longevidade da população mundial, as questões de saúde relacionadas com o envelhecimento têm crescido nas últimas décadas.

Ao abordarmos o Tema do envelhecimento sabemos que é um processo mundial, sucessivo e gradativo; nesta fase os indivíduos passam por uma diversidade de acontecimentos de origem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural.

Cada pessoa envelhece a um ritmo diferente e de uma maneira própria, que muda de acordo com as ocasiões que aparecem e os problemas existentes devido às condições sociais.

Ao vermos protótipos diferentes do envelhecimento e uma procura por entender o que tem levado a uma longevidade com qualidade de vida surgiu a necessidade de se poder entender como estabeleceria um **bom envelhecer**. De acordo com, Néri e Cachioni (1999) citado por Assis (2005), são apresentadas admissíveis classificações relativamente a padrões de velhice. A **velhice normal** é determinada por perdas e mudanças biológicas e sociais próprias à velhice, mas sem doenças; **velhice ótima** seria a expectativa de manter um nível semelhante ao dos mais jovens; **velhice patológica** coincidiria com o aparecimento de sintomas específicas da velhice ou do deterioramento de enfermidades que já existiam. (Cochioni, 1999, citado por Assis, 2005).

O autor supracitado refere também que as fases da velhice podem ser organizadas da seguinte maneira: **Envelhecimento primário ou normal** é reconhecido com as mudanças irreversíveis, crescentes e universais, mas não são doenças; **Envelhecimento Secundário** está relacionado com as mudanças causadas por doenças que têm a ver com a idade por condições intrínsecas e extrínsecas; **Envelhecimento Terciário** está relacionado com a fase terminal na velhice.

Relativamente ao envelhecimento, é a saúde que tem um importante desempenho sobre a qualidade de vida, sendo uma das principais fontes de estigmas e preconceitos, nesta fase da vida.

Ao pensarmos neste público-alvo temos uma visão negativa pois o primeiro que nos ocorre é pensar que a pessoa vai apresentando alterações na sua aparência e desempenho, o que acarreta consigo as doenças e a dificuldade em se movimentar que vão aumentando com a idade.

Scrutton (1992) citado por Assis (2005), revela que a ideia que as pessoas têm da saúde com o avançar da idade, é de que esta fase está ligada a um aumento mal-estar, doença e dependência, são características normais e inevitáveis desta fase.

Por sua vez, Lazaeta (1994) citado por Assis (2005), afirma que se pode supervisionar os problemas de saúde que aparecem nesta fase da vida através de prestação de cuidados

certos de saúde, que vai permitir ao idoso viver com algumas restrições ou doenças, conservando uma concepção de vida pessoal e social.

Ao falarmos da preservação de saúde e continuar independente nesta fase da vida, refere-se como uma pessoa pode manter uma boa qualidade de vida física, mental e social, é a meta ideal para se poder atingir a realização e desenvolvimento.

As pessoas têm que adotar hábitos saudáveis, tais como, ter uma alimentação equilibrada, fazer atividade física com regularidade, deve ter um convívio com as pessoas, ter alguma tarefa que o ocupe e dê prazer e ter meios que façam diminuir o stresse. Por isso, devem-se organizar conferências e panfletos através dos hospitais e centros de saúde para poder instigar ações sadias.

A nossa realidade ilustra-nos, que nesta última fase da vida das pessoas, existe um aumento de casos de enfermidades e de dependência, que poderiam ter sido evitados através da prevenção.

Portanto, para poder mudar esta realidade, tem que se promover a saúde dos Idosos e a maneira como se devem prevenir, para aí sim atingir uma maior longevidade, uma melhoria do seu bem-estar e num auxílio na utilização dos recursos existentes na sociedade. Foi comprovado, o êxito da prevenção do que causa as doenças mais duradouras e que deixam a pessoa incapacitada, por isso, tem que haver um trabalho para mudar os hábitos de toda a população, a começar por ter uma boa alimentação, fazer com que haja um consumo reduzido de bebidas alcoólicas, diminuir ou mesmo deixar os hábitos tabágicos, fazer exercício físico regularmente e evitar ter *stress*. (DGS, 2004)

Por outro lado, as relações sociais também causam diferentes impactos na saúde (Glass, 1997 citado por White, Philogene, Fine & Sinha, 2009). Os meios que podem influenciar a saúde são o apoio emocional, informacional e o das infraestruturas. O carater emocional dos laços sociais tem uma ligação muito importante com a saúde do indivíduo, pois a mesma pode influenciar o seu bem-estar, dependendo da relação social que o individuo mantenha. (Melchior, 2003, citado por White, Philogene, Fine & Sinha 2009). Putman (2000) citado por Ponce, Lezaeta e Lorca (2011) refere quatro instrumentos nos quais as redes sociais influenciam de forma positiva o estado de saúde: proporcionam ajuda para diminuir o *stress* através de equipamentos; frisam regras para adotarem hábitos de vida

saudáveis; impõem ao indivíduo que têm que ir aos serviços de saúde; e estimulam o sistema imunológico.

Por fim, os pesquisadores também concordam que a função dos laços sociais e da sua participação em atividades dão origem a bons resultados na saúde. (Putman, 2000 citado por Banerjee, Perry, Tran & Arafat, 2010)

## 6. A RELIGIOSIDADE E A SAÚDE ENTRE ADULTOS COM 65 E MAIS ANOS

Anteriormente, falámos que o idoso para ter um envelhecimento com qualidade tem que adotar a prevenção de doenças, ter acesso aos programas nacionais de saúde e promover o seu bem-estar físico e psicológico, por sua vez, a religiosidade também pode contribuir para o bem-estar e saúde do idoso.

A Religião apareceu em Roma, e a palavra *religio* enquadrou-se em todas as línguas. *Religios* vem da origem latina, que apresentava um receio supersticioso, e tinha que haver sentimento religioso e culto aos Deuses.

A religião é como a vínculo entre o homem e uma força transcendente em que ele crê ou na qual se sente dependente. Essa ligação é transmitida através de anseios tais como, convicção, receio, crenças, cultos religiosos e pela ética. (Corrêa, Moreira, Menezes, Vallada & Scazufca, 2010)

O conceito de religiosidade é abordado como um tema controverso, pois a mesmo acarreta consigo efeitos positivos, como favorecer a estrutura social e a diminuição do stresse, por outro lado pode trazer resultados negativos, como demência e o fanatismo (adoração). (Valente, Bachion & Munari, 2004)

Para Panzini e Bandeira (2007), religião é definida como uma convicção na existência de uma força superior, que deu origem e governa o mundo, e atribuiu ao ser humano uma propriedade espiritual que mesmo depois do seu corpo morrer, ela permanece.

Por outro lado, Émile Durkheim, refere que a “religião é um sistema unificado de crenças e práticas relativas a coisas sagradas; isto é, coisas separadas e proibidas crenças e práticas que unem numa única comunidade, chamada Igreja, todos os que a ela aderem”.

O conceito de religião tem mais importância na velhice, pois de acordo com várias pesquisas, referem que os mais velhos se envolvem mais neste âmbito do que a população mais nova. (Levi, 2004, citado por Krause, 2010)

Os conceitos de espiritualidade e religiosidade na maioria das vezes são usadas como sinónimos, mas apesar de se ligarem entre si, os seus significados são diferentes. A religiosidade tem a ver com a organização de cultos e doutrinas partilhadas em grupos, já a espiritualidade tem a ver com as questões sobre o propósito e significado da vida, e acreditam na espiritualidade para fundamentar a realidade e a sua importância.

Segundo Worthington, Kurusu e McCullough (1996) citado por Barbosa e Freitas (2009), definem pessoa religiosa como aquela que tem convicções religiosas e que dá muita importância à religião como entidade, o que por sua vez a pessoa que acredita na espiritualidade crê e tem compaixão numa força superior, mas não precisa, de ter crenças nem de pertencer a nenhuma igreja.

A maneira como as pessoas ficam dependentes passa pela certeza de que essa força superior abraça e define a vida das pessoas, salvaguarda e dá um rumo à essência.

A prática religiosa, está em destaque nos determinantes sociais, de acordo com a função que este tem no conforto e na saúde dos idosos, o que tem feito com que várias disciplinas, como a Medicina, a Psicologia e a Sociologia, tenham vindo a fazer pesquisas para poderem saber mais sobre estas relações.

A religião ou a religiosidade engloba todas as ações, regras, crenças, emocional e todas as situações que se passem no cenário religioso. Para Levin, Chatters e Taylor, (1995), citados por Cardoso e Ferreira, (2009) a religiosidade pode ser: religiosidade organizacional; não – organizacional e subjetiva.

A **religiosidade organizacional** entende as ações religiosas que acontecem dentro das instituições onde se pratica a religião (como a ida às missas/reuniões) e a prática de ofícios ligados à religião.

Por sua vez, a **religiosidade não-organizacional** compreende as atitudes religiosas privadas ou informais, ou seja, que acontecem fora da entidade religiosa, sem horários a cumprir e sem um espaço específico, também não seguem os ensinamentos definidos, ou seja, as pessoas agem sozinhas ou com um grupo pequeno de familiares ou de amigos. Estamos a falar da leitura da bíblia e de outros livros que falem de religião, também rezam e ouvem e veem programas religiosos, entre outros.

Por fim, a **religiosidade subjetiva**, está ligada às questões psicológicas da religiosidade, isto é, ao que acreditam, ao que conhecem acerca desta temática e aos seus comportamentos relativos ao que vivem na religião e das suas narrações das suas experiências e à importância particular conferida à religião.

Allport e Ross (1967) citado por Duarte e Wanderley (2011), as pessoas podem viver a sua fé de duas formas: **extrínseca e intrínseca**. De forma **extrínseca** assenta em usar a sua crença de modo a poder ser beneficiado, portanto, a religião tem um papel fraco no seu dia-a-dia, tudo o que sabe foi-lhe passado pelos seus familiares, não teve que pensar nem meditar sobre o que era a religião. (Drucker, 2005) A forma **intrínseca**, o indivíduo guia a sua vida através daquilo que ele crê, onde participa ativamente e á uma procura pelo sentido da vida. (Allport & Ross, 1967, citado por Duarte & Wanderley, 2011).

Segundo Potter e Perry (1999) citado por Valente, Bacions e Munari, (2004), definem espiritualidade como um sentimento que transporta ao idoso, paz e permite aceitar o seu novo estado nesta fase da vida, pois ele desenvolve-se mais nesta época. Portanto, a espiritualidade tem a ver com momentos de meditação e uma procura pelo que representa a vida e a sua ligação com divino, por fim, esta pode estar ou não ligada a uma religião. (Duarte e Wanderley, 2011) Os indivíduos podem acreditar mas sem estarem envolvidos a um Deus ou então crerem em concreto numa religião. (Sommerhalder & Goldstein, 2006)

Segundo estudos de Valente *et. al.* (2004), a grande parte dos profissionais falam que a religiosidade promove conhecimento entre pessoas pois a maneira como os indivíduos mostram a religiosidade através de ações e cultos beneficia as relações entre pessoas que prestam ajuda.

A religiosidade pode ser utilizada nos cuidados de saúde como um meio que proporciona esperança e força para poder encarar o envelhecimento, os obstáculos e as enfermidades.

Vários investigadores acham que a religiosidade promove o conhecimento entre pessoas, onde passará a haver uma troca de experiências, de problemas, de estados de saúde e com essas partilhas as adversidades da vida acabam por ficar para trás. Por isso, o idoso tem ganhos, promoção de benefícios na sua saúde, porque quando se cura a alma, o corpo também fica bem. (Valente, *et. al.*, 2004)

A religiosidade é um tema conhecido por toda a gente, apesar de algumas pessoas não acreditarem, quando passam por alguma situação mais complicada, procuram e apoiam-se em algo que lhes dê força e lhes responda às perguntas que existem.

Nomeadamente Simmel e Durkheim referem que a religião formaliza e consagra laços sociais pré-existentes, reforçando-os mediante a legitimação e através de consagração. (Marbelli,1995) Ser um membro ativo de um centro religioso é considerado um dos mais importantes laços sociais ao lado da família, amigos e outros grupos sociais relevantes, porque oferecem dois tipos de suporte: emocional (partilha de sentimentos; ou encorajamento) e instrumentos (suporte material ou financeiro e apoio nas AVD's) (Duarte, Lebao, Tuors & Lautenti, 2008)

Devido aos anos que já se viveram, os idosos estão mais vulneráveis ao sofrerem perdas, pois já presenciaram diversos acontecimentos, especialmente nesta fase da vida e a junção dessas perdas pode trazer consequências negativas para a sua saúde.

Por exemplo, a perda de autonomia económica; a sua situação económica devido à reforma que recebe; a perda de beleza, pois a sua pele encontra-se com sinais de envelhecimento; perda de um corpo saudável para dar lugar a doenças crónicas; a perda de autonomia; a perda de pessoas mais chegadas, tais como, amigos, familiares e por fim, a perda da própria vida.

Ao saber da doença, dos sintomas que aparecem fisicamente, os métodos agressivos, a vinculação, a mudança do seu dia-a-dia e de papéis sociais, o estar longe dos familiares, a importância do estado de saúde, o medo daquilo que não se conhece e pensamentos sobre a morte são situações pelas quais a pessoa passa.

A maneira como a religiosidade se manifesta tem em conta a forma como a pessoa vê o problema e pede ajuda.

Paramente (1997) citado por Paiva (2003) referem que as pessoas quando expostas a dificuldades podem recorrer a diferentes estratégias pessoais e religiosas, nomeadamente: autodirigida, delegante e colaborativo.

**Autodirigida** em que o indivíduo assume a responsabilidade sobre a resolução dos seus problemas, não recorrendo a Deus.

**Delegante** espera a ajuda de Deus para conseguir resolver os seus problemas, descartando a sua responsabilidade.

**Colaborativo tanto o indivíduo** como Deus participam na resolução de problemas, cada um faz a sua parte.

Mas também é importante referir que uma pessoa pode utilizar estilos diferentes para poder resolver os seus problemas.

Conclui-se assim, que alguns idosos que se encontram institucionalizados focadas em práticas religiosas e na espiritualidade, sentem um maior suporte social, melhor saúde física e psicológica. (Carvalho, 2013)

Ao esclarecer de que maneira a religiosidade influencia a saúde, deparamo-nos, com o apoio social ( Koenig , 2001, citado por Corrêa, Moreira,Menezes, Vallada & Scazufca , 2010) A sua tese refere que o apoio social serve de intermediário entre a religião e a saúde mental é conciliável com a compreensão de que a dimensão da religiosidade sobre o seu desempenho nas atividades ligadas à religião é, possivelmente, o mais importante mensageiro da saúde e da morte. Ao que tudo indica, participar frequentemente em atividades religiosas despulta um aumento no crescimento de uma rede de apoio social (George., 2002 citado por Corrêa *et. al.*, 2010). Com o mesmo pensamento Cohen (2004) citado por Corrêa *et. al.*, (2010) argumenta que as pessoas que acreditam e têm mais fé demonstram muito mais estrutura social. Krause (2001), citado por Corrêa *et. al.*, (2010) demonstra que, ao fazer a comparação com os impactos da religião sobre a saúde e a qualidade de vida, os indivíduos que se consideram religiosos reconhecem que a sua saúde está melhor e que são mais felizes, se sentem mais apoiados e têm mais confidentes.

Por fim, podemos dizer que os laços existentes entre a religião e o apoio social é exemplificado pelo tempo livre que os idosos têm nesta fase da vida e assim, conseguem participar em atividades ligadas à religião, resultando numa maneira de convívio entre indivíduos. (Ness & Larson, 2002, cit. in Corrêa *et. al.*, 2010) Esta também desenvolve mais confiança, o que facilita quando o indivíduo precisar de apoio em situações mais complicadas.

## **7. ESTUDO EMPÍRICO**

### **7.1. MÉTODOS E TÉCNICAS DE INVESTIGAÇÃO**

Após a etapa do enquadramento teórico do trabalho, que concede à pesquisa uma base mais sólida relativamente aos conceitos de laços sociais, saúde e religiosidade, de forma a poder responder a qualquer questão que possa surgir relativamente ao tema, portanto é importante darmos início à fase metodológica.

Fortin (2009), dá uma definição de métodos como um agregado de ações feitas de modo a alcançar os objetivos, ou seja, uma estrutura que se mantém definida durante todo o trabalho de investigação, que permite fazer uma seleção e gerir as técnicas. Portanto os mesmos, são utilizados como um esquema de trabalho para conseguir atingir aquilo a que nos propomos no início da pesquisa.

Neste capítulo abordamos o tipo de estudo realizado, o método de pesquisa, os instrumentos utilizados para fazer a recolha dos dados, a escolha da área de investigação, a população/ amostra, nosso estudo, os procedimentos formais e éticos e o tratamento estatístico.

Escolhemos este método de investigação para podermos responder aos objetivos por nós traçados no início do trabalho.

Com este estudo, queremos conhecer o contributo dos laços sociais, da saúde e da religiosidade nos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados e não institucionalizados.

#### **7.1.1. Tipo de Estudo**

“ O estudo é, pois, uma estratégia geral do trabalho que o investigador determina, uma vez que já alcançou uma clara definição do seu problema, e que orienta e esclarece as etapas que irão desenvolver-se posteriormente. ” (Vilelas, 2009, p.101)

Com base na afirmação supracitada selecionamos para a investigação em curso um estudo descritivo, comparativo e transversal. Ele é descritivo porque “descreve simplesmente

um fenómeno ou conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características desta população (...). (Fortin,2009, p.163)

De acordo com Taylor, citado por Marconi e Lakatos (2003, p.107) “ (...) o método comparativo é usado tanto para comparações de grupos no presente, no passado, ou entre os existentes os do passado, quanto entre sociedades de iguais ou de diferentes estágios de desenvolvimento. ”

Por sua vez, o estudo transversal porque há um corte em determinado momento. Vilelas, (2009) refere que “ (...) são estudos efectuados numa população para medir a prevalência de uma exposição a um determinado estímulo e/ou resultado num ponto específico do tempo. ”

No nosso estudo o método utilizado foi o quantitativo. Segundo Vilelas, (2009, p.103) “ Os estudos quantitativos admitem que tudo pode ser quantificável, isto é, que é possível traduzir em números as opiniões e as informações para, em seguida, poderem ser classificadas e analisadas. ”

#### **7.1.1.1. Objetivos do Estudo**

Ao definirem-se objetivos, sabe-se que eles têm um lugar de destaque na metodologia da pesquisa, pois são eles que facilitam a condução do estudo. Segundo Fortin (2003, p.100) “ O objetivo de um estudo é um enunciado declarativo que precisa de variáveis – chave, a população alvo e a orientação da investigação. ”

Para se definir o que se procura e ambiciona atingir com a pesquisa, é importante nomear os objetivos gerais e específicos.

##### **Objetivo Geral**

- ❖ Descrever os Laços Sociais, a saúde e a religiosidade entre os Adultos com 65 anos, Institucionalizados e não institucionalizados.

##### **Objetivos Específicos**

Com o avanço da nossa investigação e como forma de nos ajudar na nossa pesquisa, criámos alguns objetivos específicos.

- ❖ Caracterizar a amostra quanto aos dados sociodemográficos (sexo; idade; estado civil; escolaridade; onde mora) nos adultos com 65 ou mais anos, institucionalizados ou não institucionalizados; (anexo I)
- ❖ Identificar os laços sociais nos adultos com 65 ou mais (Institucionalizados ou não institucionalizados) através da escala LSNS-6;
- ❖ Analisar o **estado de saúde** dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados e não institucionalizados através da escala EQ-D5; comportamentos de saúde (perceber como está a sua saúde oral; entender se a pessoa pratica ou não atividade física; saber se consomem bebidas alcoólicas ou se têm hábitos tabágicos).
- ❖ Conhecer a **religiosidade** dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados e não institucionalizados (saber se a pessoa se considera uma pessoa religiosa; entender se vai muitas vezes à igreja e quais os hábitos religiosos que têm).

#### 7.1.1.2. Questão de Investigação

A definição do problema é o ponto de partida para se iniciar a investigação, ou seja, delinear um plano para poder selecionar a informação e tem que se deixar claro o que se pretende com esta pesquisa. (Vilelas, 2009).

Ao elaborarmos um problema significa que estamos a dar origem a uma das partes mais importantes que um trabalho de investigação pode ter. Para vermos que o estudo está a correr bem temos que obter uma resposta, pois esta deixa avançar os acontecimentos na área que está a ser investigada.

Relativamente ao que foi referido, este trabalho apresenta, no seu ponto principal de investigação, a seguinte questão de partida: -Que relevância têm as relações sociais, a saúde e a religiosidade na vida dos adultos com 65 ou mais anos, institucionalizados e não institucionalizados?

#### 7.2. POPULAÇÃO E AMOSTRA

Quivy e Campenhoudt (2005, p.159) referem que a população é “ A totalidade dos elementos, ou das «unidades» constitutivas do conjunto considerado, chama-se

«população», podendo este termo designar tanto um conjunto de pessoas como de organizações ou de objetos de qualquer natureza”.

A nossa investigação realizou-se na cidade de Leiria, junto às pessoas idosas, institucionalizadas e não institucionalizadas.

Por sua vez, a amostra é “ um sub-conjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. ” (Fortin, 2003, p.202)

Vilelas, (2009) refere que o pesquisador tem que delimitar a população, por isso tem que se utilizar critérios de inclusão e exclusão para os agentes da amostra, pois facilitam a delimitação das características principais dos indivíduos da amostra.

Como critério de inclusão para o nosso estudo, selecionamos os Adultos com 65 ou mais anos, institucionalizados e não institucionalizados, referenciados pelas Diretoras Técnicas das instituições como sendo os que reuniam as condições para participar no estudo.

A técnica de amostragem possibilita retirar da população uma parte que a represente, apesar de existirem diversas técnicas de amostragem, para o nosso estudo, utilizámos a amostragem não probabilística por conveniência, o que permite a cada indivíduo da população ter a mesma probabilidade de poderem fazer parte da amostra (Fortin,2009)

A amostra do estudo foi constituída por 50 adultos com 65 ou mais anos institucionalizados e 50 adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados.

### 7.3. INSTRUMENTOS DE INVESTIGAÇÃO

Este ponto tem como finalidade expor o instrumento de colheita de dados selecionado para fazer este estudo.

Fortin (2009), refere que para que se escolha o método de recolha de dados, quem investiga tem que ter em atenção os objetivos que foram definidos, só depois adaptar o método para conseguir responder aos seus objetivos.

Todos os pormenores que estejam envolvidos na recolha de dados são de extrema importância para a nossa pesquisa ser um êxito, da mesma maneira que todo o trabalho que foi feito antes, independentemente do destino que lhe for dado. (Neves & Guerra, 2015, p.79)

Para a realização da nossa investigação, optámos por utilizar como instrumento de levantamento de dados o questionário aplicado segundo a técnica de entrevista.

Contudo, a investigadora e as Diretoras Técnicas tiveram em atenção que a entrevista fosse realizada num local calmo e reservado, de forma a deixar os entrevistados mais à vontade. Fortin (2009, p.386) refere que “ O questionário face a face, também chamado questionário – entrevista, exige da parte do entrevistador que ele siga estreitamente um certo número de regras. Este deve de colocar as questões tal como são redigidas de forma a evitar que os entrevistadores introduzam enviesamentos. ”

O questionário realizado no estudo aborda questões relacionadas com: Dados sociodemográficos; Laços sociais - LSNS-6; Saúde - EQ-5D; Comportamentos de saúde e Religiosidade, sendo 19 questões de resposta fechada; 5 questões de resposta aberta; entre elas encontram-se 8 questões dicotómicas. (Anexo I)

- Variáveis dos dados demográficos

**Sexo** – é uma variável qualitativa, do tipo nominal, dicotómica (masculino (M) ou feminino (F)).

**Idade**- é uma variável quantitativa, operacionalizado através de uma pergunta de resposta aberta onde a pessoa indica o número de anos que tem, até à realização do questionário.

**Estado civil** - é uma variável qualitativa, do tipo nominal, operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, em que o participante pode colocar se é solteiro/a; casado/a; divorciado/a; viúvo/a.

**Profissão**- é uma variável qualitativa, do tipo nominal, operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta, onde a pessoa refere qual era a sua profissão antes da reforma. Para codificar as profissões recorreremos à Classificação Portuguesa das Profissões 2010, que consta no INE (2011, p.29-72).

**Freguesia onde mora** - é uma variável qualitativa, do tipo nominal, que foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta aberta.

**Com quem mora** – é uma variável qualitativa, do tipo nominal, que foi operacionalizada através de uma resposta fechada, composta pelas seguintes categorias: mora na sua casa

com o seu marido /esposa; mora na casa dos seus filhos/as (mesmo que alternadamente); mora sozinho/a; está num lar de idosos ( ou em residência sénior); tem apoio domiciliário; frequenta um centro de convívio; frequenta um centro de dia; frequenta um centro de noite; frequenta uma universidade (ou academia) sénior; frequenta a associação cultural ou centro recreativo.

**Escolaridade** - é uma variável qualitativa, do tipo ordinal, que foi operacionalizada através de uma pergunta fechada, onde existem 9 opções de resposta: (7.1) sem escolaridade; (7.2) 4 anos de escolaridade;(7.3) 6 anos de escolaridade; (7.4) 9 anos de escolaridade; (7.5)11 anos de escolaridade; (7.6) 12 anos de escolaridade;(7.7) bacharelato ou Licenciatura; (7.8) mestrado e (7.9) doutoramento.

**Rendimento mensal** - é uma variável quantitativa, do tipo intervalar, que foi operacionalizada através de uma questão fechada , composta pelos seguintes intervalos: (8.1) até 100€; (8.2) entre 101€ e 200€; (8.3) entre 201€ e 300€; (8.4) entre 301€ e 400€; (8.5) entre 401€ e 500€; (8.6) entre 501€ e 600€; (8.7) entre 601€ e 700€; (8.8) entre 701€ e 800€; (8.9) entre 801€ e 900€; (8.10) entre 901€ e 1000€; (8.11) entre 1001€ e 1500€; (8.12) entre 1501€ e 2000€;(8.13) entre 2001€ e 2500€;(8.14) mais de 2501€.

- Variáveis dos Laços Sociais com base na escala LSNS – 6

**Família**– é uma variável quantitativa, do tipo intervalar (escala de Likert), que foi operacionalizada através de três perguntas de resposta fechada, onde é indicado o número de familiares que vê mais vezes, se sente mais próximo e que pode desabafar, constituídas por 6 opções de resposta (0; 1; 2; 3 ou 4; 5 a 8; 9 e mais).

**Amigos** – é uma variável quantitativa, do tipo intervalar (escala de Likert), que foi operacionalizada através de três perguntas de resposta fechada, onde é indicado o número de amigos/ vizinhos que vê mais vezes, se sente mais próximo e que pode desabafar, constituídas por 6 opções de resposta (0; 1;2; 3 ou 4; 5 a 8; 9 e mais).

- Variáveis da Saúde de Hoje com base na escala EQ – 5D

**Mobilidade** – é uma variável qualitativa, do tipo nominal, que foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, constituída por três opções de resposta (Não tenho problemas em andar; tenho alguns problemas em andar; tenho de ficar na cama).

**Cuidados pessoais** – é uma variável qualitativa, do tipo nominal, que foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, constituída por três opções de resposta (Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais; tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me; sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a).

**Atividades Habituais** - é uma variável qualitativa, do tipo nominal, que foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, constituída por três opções de resposta (Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades pessoais; tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais; sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais).

**Dor / Mal-estar** - é uma variável qualitativa, do tipo nominal, que foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, constituída por três opções de resposta (Não tenho dores ou mal estar; tenho dores ou mal estar moderados; tenho dores ou mal estar extremos).

**Ansiedade / Depressão** - é uma variável qualitativa, do tipo nominal, que foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, constituída por três opções de resposta (Não estou ansioso/a ou deprimido/a; estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a; estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a).

**O seu estado de saúde hoje (termómetro)** –escala universal analógica (EQ-VAS) de 0 a 100 (onde 0 é o pior estado de saúde imaginável e 100 é o melhor estado de saúde imaginável).

- Variáveis de Comportamentos de saúde

**Saúde oral** – é uma variável qualitativa, do tipo nominal, operacionalizada através de uma pergunta de resposta dicotómica, com duas opções de resposta (sim; não).

**Atividade física** – é uma variável qualitativa, dicotómica, do tipo nominal, que foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, constituída por duas opções de resposta (Sim; Não).

**Bebidas alcoólicas** – é uma variável quantitativa, dicotómica, do tipo nominal, que foi operacionalizada através de duas perguntas de resposta fechada, a primeira pergunta é para a escolha da capacidade do copo ( 3dl/cerveja; 1,65 dl/ vinho; 0,5 dl/ Aperitivo ; 0,5

dl/ Aguardente) e a segunda pergunta (Todos os dias; 5 a 6 vezes por semana; 3 a 4 vezes por semana; 1 a 2 vezes por semana; 2 a 3 vezes por mês; uma vez por mês; 7 a 11 vezes no ano passado; 4 a 6 vezes o ano passado; uma vez no ano passado; nunca ingeriu duas ou mais bebidas alcoólicas no último ano), onde tem que colocar (Sim; Não)

**Hábitos tabágicos** - é uma variável quantitativa, dicotômica, do tipo nominal, que foi operacionalizada através de uma pergunta de resposta fechada, constituída por duas opções de respostas (Sim; Não).

- Variáveis da Religiosidade

**Considera-se uma pessoa religiosa** – é uma variável qualitativa, do tipo nominal, dicotômica (Sim; Não).

**Com que frequência vai à igreja** – é uma variável qualitativa, do tipo nominal, operacionalizada através de uma pergunta dicotômica, (Sim; Não).

**Você tem o hábito de** – é uma variável qualitativa, do tipo nominal, operacionalizada através de oitros pergunta de resposta dicotômica (Sim; Não)

## **Escalas**

### LSNS-6

A escala que integra o questionário: laços sociais foi traduzida e validada para o Português Europeu por Paúl e Ribeiro (2008), sendo uma versão reduzida (constituída por 6 itens), da original OARS, a escala de redes sociais de Lubben (LSNS – *Lubben Social Network Scale*), instrumento de avaliação das redes sociais em gerontologia (constituída por 10 itens). A escala LSNS-6, segundo Paúl e Ribeiro (2008) permite fazer o *screening* do risco de isolamento social (Lubben & Giranda, 2003, a citados por Paúl & Ribeiro,2008).

Nesta escala (LSNS-6) a pontuação total é o resultado da soma dos 6 itens, em que lhes é atribuído um valor que vai de 0 a 30 pontos, tendo em conta que as respostas de cada um dos itens variam numa escala de 0 a 5 (0, 1, 2, 3 ou 4, 5 a 8, 9 e mais). O 12 é identificado como o ponto de corte da escala, por isso na amostra quem apresentar uma pontuação inferior é classificado como sendo isolado socialmente. Na versão portuguesa desta escala não é apresentado nenhum ponto de corte, portanto, se o indivíduo apresentar uma

classificação abaixo de 6 na subescala dos três itens do LSNS-6, no que diz respeito à família, avalia-se que os indivíduos demonstram ter laços marginais e os que tiverem uma pontuação inferior a 6 nos três itens do LSNS-6 em relação aos amigos, também são considerados pessoas com laços de amizade marginais. (Paúl & Ribeiro,2008)

O EQ – 5D, “ é um instrumento genérico de medição da qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVrs), que permite gerar um índice representando o valor do estado de saúde de um indivíduo. ” (Ferreira, Ferreira & Pereira, 2013,p.664) O Grupo EuroQol, desenvolveu um instrumento a partir de 1987, publicando-o em 1990, com a descrição de saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividade habituais, dor/ mal estar e ansiedade / depressão. Faz parte ainda da escala EQ-5D: o termómetro EQ-VAS (0 a 100) sendo 0 ( o pior estado de saúde imaginável e 100 o melhor estado de saúde imaginável), que permite ao respondente registar a avaliação que faz do seu estado de saúde em geral.

A versão portuguesa do questionário EQ-5D foi concluída, em 1998, seguindo a orientação assim como a tradução e a retroversão. Para documentar os primeiros valores referentes à versão EQ-5D ,Ferreira, Ferreira e Pereira (2013) abordaram num artigo publicado na revista científica da ordem dos médicos, contributos para a validação da versão Portuguesa do EQ-5D.

#### 7.4.PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

Fortin (2009, p.113), refere que “ a ética coloca problemas particulares aos investigadores decorrentes das exigências morais que, em certas situações podem entrar em conflito com o rigor da investigação. ” Existe uma barreira que não pode ser ultrapassa, que é respeitar e assegurar os direitos do participante.

Primeiramente, ao abordarmos as instituições, conversamos com as pessoas responsáveis com o intuito de as esclarecer acerca do nosso estudo e para sabermos se aceitariam participar ou não, para isso, a investigadora enviou e-mail's ( anexos, II e III) para cada uma das Diretoras das Técnicas das instituições com o pedido para a aplicação dos questionários.(anexoI) Relativamente, aos idosos que não se encontravam institucionalizados também lhes foi explicado tudo e eles decidiram se participariam ou não.

Segundo Vilelas (2009), no decorrer de um trabalho de investigação tem que se ter em consideração alguns princípios éticos, de forma a garantir a integridade nas questões ligadas aos direitos e liberdade do indivíduo, neste caso os idosos. Por isso, quando se realiza o estudo tem que se ter em conta:

- ✓ Informar o indivíduo que ele pode não responder a alguma pergunta – Direito à intimidade.
- ✓ Os dados não podem ser divulgados nem compartilhados sem que seja dada autorização e que a sua identificação não possa estar ligada às respostas específicas – Direito ao anonimato e confidencialidade.
- ✓ A pessoa pode decidir espontaneamente sobre se quer ou não participar neste estudo – Direito à autodeterminação.
- ✓ Não podem ser lesados com a pesquisa – Direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo.
- ✓ Têm de ser informados sobre todo o estudo – Direito a um tratamento justo e equitativo

Aquando da realização dos questionários aos idosos também lhes foi esclarecido que o seu envolvimento nesta investigação era voluntária. Os questionários foram aplicados nas Instituições selecionadas: Lar São Francisco; Lar da Santa Casa da Misericórdia e Liga Social e Cultural Campos do Liz e com a presença da investigadora.

Portanto, nesta investigação foram respeitados todos os princípios éticos dos direitos dos indivíduos, garantindo o anonimato e a confidencialidade, como foi informado aos participantes.

Toda a informação que foi obtida nos questionários teve como finalidade a sua análise.

## 7.5. TRATAMENTO ESTATÍSTICO DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi efetuado através do programa informático Excel. A estatística segundo Fortin (2003, p.269), que permitiu resumir a informação numérica de uma maneira estruturada, afim de obter uma imagem geral das variáveis medidas na amostra, em estudo. A análise estatística dos dados foi efetuada com o recurso à estatística descritiva, nomeadamente:

## Frequências

- frequência absoluta ( $n^{\circ}$ );
- frequência relativa(%),

## Medidas de tendência central

- média ( $\bar{X}$ )

## Medidas de dispersão ou variabilidade

- $X_{\text{mín}} - X_{\text{mínimo}}$
- $X_{\text{máx}} - X_{\text{máximo}}$
- desvio padrão ( $\sigma$ ).

## **8. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS**

Após a aplicação dos questionários, e dando continuidade ao processo de investigação, procedeu-se à apresentação e análise dos dados, tendo sempre em atenção os objetivos já mencionados. Em seguida, irá ser apresentada a caracterização da amostra, através das seguintes variáveis sociodemográficas: sexo, idade, estado civil, profissão do idoso antes de se reformar, a freguesia onde mora, com quem mora, habilitações literárias, rendimento do último mês; variáveis relativas aos laços sociais: relações familiares e de amizade, o apoio emocional (se quando precisa tem ajuda de alguém); variáveis relativas aos comportamentos de saúde: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor / mal estar, ansiedade/ depressão, o seu estado de saúde, saúde oral, se faz atividade física, se consome bebidas alcoólicas, se fuma e variáveis relativas à religiosidade: se é religioso, quantas vezes vai à igreja, quais os seus hábitos religiosos.

Após a caracterização sociodemográfica da amostra, serão apresentados os resultados obtidos para cada uma das hipóteses da investigação.

De acordo com os dados aqui apresentados são todos de uma mesma amostra, não será feita referência ao dia e à data.

### **Caraterização da Amostra**

#### **Sexo**

No quadro 1, conforme se pode analisar o sexo feminino predominava mais nos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados com 66% e nas Instituições com 54%.

**Quadro 1** – Distribuição da amostra quanto ao sexo

Sexo	Institucionalização		Não Institucionalizados	
	n	%	n	%
Masculino	23	46	17	34
Feminino	27	54	33	66
Total	50	100	50	100

### **Idade**

No quadro 2, podemos ver que, a média de idades da nossa amostra era de 78 anos nos idosos não institucionalizados, por sua vez, nos idosos institucionalizados a média de idades era de 79 anos.

A idade mínima na amostra não institucionalizados foi de 66 anos, o que por sua vez, na amostra institucionalizados foi de 65 anos, obtendo-se como idade máxima nos idosos não institucionalizados os 90 anos e nos institucionalizados os 93 anos, constatando-se uma maior dispersão de idade entre os adultos com 65 ou mais anos institucionalizados (desvio padrão= 14).

**Quadro 2** – Idade da Amostra em estudo

<b>Idade</b>	<b>n</b>	<b>X<sub>Min</sub></b>	<b>X<sub>Max</sub></b>	<b>Média</b>	<b>Desvio Padrão (D.P)</b>
<b>Não Institucionalizado</b>	<b>50</b>	66	90	78	12
<b>Institucionalizado</b>	<b>50</b>	65	93	79	14
<b>Total</b>	<b>100</b>	65	93	79	

### **Estado Civil**

De acordo com o quadro 3, pudemos observar que, 24 (48%) dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados eram viúvos comparativamente com os 26 (52%) dos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados que também o eram.

**Quadro 3** – Caraterização do Estado Civil da Amostra

<b>Estado civil</b>	<b>Institucionalizados</b>		<b>Não Institucionalizado</b>	
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Solteiro/a</b>	7	14	2	4
<b>Casado/a</b>	18	36	18	36
<b>Viúvo/a</b>	24	48	26	52
<b>Divorciado/a</b>	1	2	4	8
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

### **Profissões**

Relativamente às profissões, o quadro 4 revela que no contexto dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados, 35 (70%) eram trabalhadores não qualificados, o que por sua vez, também se comprova nos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados com 34 (68%).

**Quadro 4**– Caraterização da amostra segundo a profissão

Profissões	Institucionalizados		Não Institucionalizados	
	n	%	n	%
Representantes do poder legislativo e órgãos executivos, dirigentes, diretores e gestores executivos	2	4	0	0
Especialistas das atividades intelectuais e científicas	1	2	3	6
Técnicos e profissões de nível intermédio	5	10	6	12
Pessoal administrativo	0	0	3	6
Trabalhadores dos serviços pessoais de proteção e segurança e vendedores	6	12	4	8
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem	1	2	0	0
Trabalhadores não qualificados	35	70	34	68
Total	50	100	50	100

### Freguesia onde mora

Tendo em conta o quadro 5, tanto os adultos com 65 ou mais anos institucionalizados com 50 (100%) como os adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados com 50 (100%), moravam na cidade de Leiria.

**Quadro 5**– Caraterização da amostra segunda a freguesia onde habita.

Onde mora	Institucionalizados		Não Institucionalizados	
	n	%	n	%
Leiria	50	100	50	100
Total	50	100	50	100

### Com quem mora

A amostra não institucionalizada, que frequentava o centro de dia referiu que 17(34%) morava em sua casa com o marido/ esposa, 17 (34%) morava sozinho /a ,9 (18%) tinha apoio domiciliário e 7 (14%) morava na casa dos seus filhos/as. (Quadro 6)

**Quadro 6** – Caraterização da amostra segundo com quem mora atualmente.

Com quem mora	Não Institucionalizados	
	n	%
Mora em sua casa com o marido/ esposa	17	34
Mora na casa dos seus filhos /as	7	14
Mora sozinho /a	17	34
Tem apoio domiciliário	9	18
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

### Habilitações Literárias

Relativamente às habilitações literárias, verificou-se que no contexto dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados, 24 (48%) tinham 4 anos de escolaridade e 21 (42%) não tinham qualquer tipo de escolaridade. No que diz respeito aos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados, constatou-se que, 26 (52%) não tinham qualquer tipo de escolaridade, 20 (40%) tinham 4 anos de escolaridade. (Quadro7)

**Quadro 7-** Caraterização da amostra segundo as habilitações

Habilitações	Institucionalizados		Não Institucionalizados	
	n	%	n	%
Sem escolaridade	21	42	26	52
4 anos de escolaridade	24	48	20	40
6 anos de escolaridade	3	6	1	2
9 anos de escolaridade	2	4	0	0
11 anos de escolaridade	0	0	0	0
12 anos de escolaridade	0	0	0	0
Bacharelato ou Licenciatura	1	2	3	6
Mestrado	0	0	0	0
Doutoramento	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

### Valor mensal

Dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados, 20 (40%) recebiam entre 301€ e 400€, seguidos de 9 (18%) recebiam entre 201€ e 300€. Quanto aos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados, 22 (44%) recebiam entre 301€ e 400€, seguidos de 12 (24%) recebiam entre 401€ e 500€.

Das duas amostras em estudo podemos concluir que os adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados usufruíam de um rendimento superior em relação aos institucionalizados. (Quadro 8)

**Quadro 8** – Caraterização da amostra segundo os seus valores mensais

Valor Mensal	Institucionalizado		Não Institucionalizado	
	n	%	n	%
até 100€	1	2	0	0
Entre 101€ e 200€	4	8	3	6
Entre 201€ e 300€	9	18	5	10
Entre 301€ e 400€	20	40	22	44
Entre 401€ e 500€	6	12	12	24
Entre 501€ e 600€	5	10	3	6
Entre 601€ e 700€	2	4	3	6
Entre 701€ e 800€	0	0	2	4
Entre 801€ e 900€	3	6	0	0
Entre 901€ e 1000€	0	0	0	0
Entre 1001€ e 1500€	0	0	0	0
Entre 1501€ e 2000€	0	0	0	0
Entre 2001€ e 2500€	0	0	0	0
mais de 2501€	0	0	0	0
<b>Total</b>	50	100	50	100

### **Família (relações familiares)**

Os resultados obtidos no questionário LSNS-6 revelam que os adultos com 65 ou mais institucionalizados apresentaram uma média de laços sociais de ( $\bar{X}= 5,9$ ) e um desvio padrão (D.P.= 11,5) na subescala da família, enquanto que na subescala dos amigos apresentaram uma média de laços sociais ( $\bar{X}= 5,8$ ) e (D.P. = 13,3). Na pontuação da escala LSNS-6 o valor médio dos laços sociais ( $\bar{X}= 11,7$ ) e (D.P.= 3,4). O valor da subescala família é ligeiramente superior à subescala dos amigos nos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados. Os autores originais da escala definem o ponto de corte como sendo 12 valores, podendo assim verificar que os adultos com 65 ou mais anos apresentaram risco de isolamento.

Os Adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados apresentaram uma média ( $\bar{X}= 6,8$ ) e (D.P.= 10,4) na subescala da família, enquanto que na subescala dos amigos apresentaram uma média ( $\bar{X}= 5,9$ ) e (D.P.= 2,6). Na pontuação total da escala LSNS-6 o valor médio ( $\bar{X}= 12,7$ ) e (D.P.= 3,6). O valor da subescala da família apresenta um valor superior à subescala dos amigos podemos então verificar uma rede familiar superior à

rede de amigos. Os adultos com 65 e mais anos não institucionalizados não apresentaram risco de isolamento social, o ponto de corte é superior ao valor definido pelos autores originais. (Quadro 9)

**Quadro 9** – Caracterização da amostra Institucionalização quanto às relações familiares e de amizade

Escala LSNS -6 Laços Sociais		Institucionalizados (n = 50)		Não Institucionalizados (n= 50)	
		Média	D.P.	Média	D.P.
Subescala da Família	1. Quantas pessoas vê ou fala pelo menos uma vez por mês?				
	2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligá-lhes para pedir ajuda?	5.9	11.5	6.8	10.4
	3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?				
Subescala dos Amigos	1. Quantas amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?				
	2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligá-lhes para pedir ajuda?	5.8	13.3	5.9	2.6
	3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?				
<b>Total</b>		11.7	3.4	12.7	3.6

## Mobilidade

No que diz respeito à mobilidade dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados a maioria 38 (76%) referiram ter alguns problemas em andar, assim como os adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados se constatou a mesma situação, com 31 (62%) referiram ter alguns problemas em andar. (Quadro 10)

## Cuidados pessoais

Tendo em conta os cuidados pessoais dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados, 28 (56%) referiram ter alguns problemas a lavar-se ou a vestir-se, enquanto que os adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados, a maioria 32 (64%) referiram não ter problemas com os seus cuidados pessoais. (Quadro 10)

### **Atividades Habituais**

Os adultos com 65 ou mais anos institucionalizados, 26 (52%) referiram ter alguns problemas a desempenhar as atividades habituais, enquanto que 30 (60%) dos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados referiram não ter problemas em desempenhar as atividades habituais. (Quadro 10)

### **Dor / Mal estar**

Relativamente a dor / mal-estar dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados, a maioria 42 (84%) assim como 35 (70%) dos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados, referiram ter dores ou mal estar moderados. (Quadro 10)

### **Ansiedade / Depressão**

O número significativo 33 (66%) dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados e 37 (74%) dos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados referiram que não estavam ansiosos/deprimidos. (Quadro 10)

**Quadro 10-** Caraterização da amostra quanto à mobilidade, aos cuidados pessoais, às atividades Habituais, Dor / mal estar e à ansiedade depressão.

EQ-5D		Institucionalizados		Não Institucionalizados	
		n	%	n	%
Mobilidade	1. Não tenho problemas em andar	12	24	19	38
	2. Tenho alguns problemas em andar	38	76	31	62
	3. Tenho de ficar na cama	0	0	0	0
Cuidados Pessoais	1. Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais	18	36	32	64
	2. Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me	28	56	17	34
	3. Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a	4	8	1	2
Atividades Habituais	1. Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	23	46	30	60
	2. Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	26	52	10	38
	3. Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais	1	2	1	2
Dor / Mal estar	1. Não tenho dores ou mal estar	3	6	14	28
	2. Tenho dores ou mal estar moderado	42	84	35	70
	3. Tenho dores ou mal estar extremos	5	10	1	2
Ansiedade / Depressão	1. Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)	33	66	37	74
	2. Estou moderadamente ansioso(o) ou deprimido (a)	13	26	13	26
	3. Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido (a)	4	8	0	0
Total		50	100	50	100

### O seu estado de saúde hoje – Termómetro (EQ-VAS)

Analisando o Quadro 11, os adultos com 65 ou mais anos institucionalizados apresentaram uma média de (72) na auto-avaliação da sua saúde e os não institucionalizados (70).

**Quadro 11** – Caraterização da amostra quanto ao seu estado de saúde de hoje, avaliado através de um termómetro (EQ-VAS)

EQ-VAS Termómetro	n	XMín.	XMáx.	Média	D.P.
Institucionalizados	50	0	100	72	17,20465
Não Institucionalizados	50	0	100	70	14,14214

### Comportamentos de saúde – Na saúde oral

Relativamente à saúde na primeira questão a maioria dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados 49 (98%) referiram não ter a sua dentição completa, enquanto que a maioria dos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados 45 (90%) referiram o mesmo. Por sua vez, na questão dois a maioria dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados (76%) e não institucionalizados (68%) referiu que não foram “durante os últimos anos a uma consulta ao dentista”.(Quadro 12)

**Quadro 12** – Caracterização da amostra quanto aos comportamentos de saúde, na saúde oral

Comportamentos de saúde		Institucionalizados				Não Institucionalizados			
		Sim		Não		Sim		Não	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Saúde oral	1. Tem a sua dentição completa?	1	2	49	98	5	10	45	90
	2. Durante os últimos dois anos foi a uma consulta ao dentista?	12	24	38	76	16	32	34	68
Total		50		100		50		100	

### Comportamentos de saúde – Atividade física

Relativamente à atividade física nos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados, referiram na pergunta um 38 (76%) responderam que não praticaram atividade física regular no mês passado, relativamente à segunda pergunta, 42 (84%) responderam “sim” praticaram atividade física com a ajuda de um profissional. (Quadro 13)

**Quadro 13** – Caraterização da amostra quanto aos comportamentos de saúde na atividade física

Comportamentos de saúde		Institucionalizados				Não Institucionalizados			
		Sim		Não		Sim		Não	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Atividade física	1. Praticou atividade física regular no mês passado	12	24	38	76	12	24	38	76
	2. Praticou atividade física com orientação de um profissional ?								
Total		42	84	8	16	19	38	31	62
		50		100		50		100	

### Bebidas alcoólicas – Capacidade do copo

Analisando o Quadro 14, dos 50 adultos com 65 ou mais anos institucionalizados 40 (80%) e os não institucionalizados 30 (60%) responderam que consumiam 0,5 dl.

**Quadro 14** – Caraterização da amostra quanto à capacidade do copo

Bebidas alcoólicas		Institucionalizados		Não Institucionalizados	
		n	%	n	%
Capacidade do copo	3 dl	0	0%	0	0%
	1,65 dl	10	20%	20	40%
	0,5dl	40	80%	30	60%
	0,5dl	0	0%	0	0%
Total		50	100%	50	100%

### Bebidas alcoólicas – consumo

Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, os adultos com 65 ou mais anos institucionalizados 29 (58%) e os não institucionalizados 32 (64%) também responderam que nunca beberam duas ou mais bebidas o ano passado. (Quadro 15)

**Quadro 15**– Caraterização da amostra quanto às bebidas alcoólicas que possa ter bebido o ano passado

Bebidas alcoólicas		Institucionalizados		Não Institucionalizados	
		n	%	n	%
Tendo em atenção as capacidades descritas: Durante o ano que passou, com que frequência bebeu Duas ou Mais unidades (copos) das Bebidas acima referenciadas?	Todos os dias	0	0	4	8
	5 a 6 vezes por semana	0	0	0	0
	3 a 4 vezes por semana	1	2	0	0
	1 a 2 vezes por semana	1	2	0	0
	2 a 3 vezes por mês	6	12	5	10
	uma vez por semana	0	0	0	0
	7 a 11 vezes no ano passado	1	2	3	6
	4 a 6 vezes no ano passado	6	12	4	8
	uma vez no ano passado	4	8	2	4
	Nunca ingeriu duas ou mais bebidas alcoólicas no último ano.	29	58	32	64
<b>Total</b>		<b>50</b>	<b>100</b>	<b>50</b>	<b>100</b>

### Hábitos tabágicos

Relativamente aos hábitos tabágicos, nos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados e não institucionalizados, ou seja, a totalidade 50 (100%) referiram que não fumaram durante o mês passado. (Quadro 16)

**Quadro 16**– Caraterização da amostra quanto aos hábitos tabágicos

Hábitos tabágicos	Institucionalizados				Não Institucionalizadas			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fumou durante o mês passado?	0	0	50	100	4	8	46	92
<b>Total</b>	50		100		50		100	

### Religiosidade

Quando questionados quanto se acha que é uma pessoa religiosa, observou-se que a maioria dos adultos institucionalizados 44 (88%) e os não institucionalizados 39 (78%) referiram que sim, que se consideravam religiosos. (Quadro 17)

**Quadro 17** – Caraterização da amostra quanto à sua Religiosidade

Religiosidade	Institucionalizados				Não Institucionalizados			
	Sim		Não		Sim		Não	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Considera-se uma pessoa religiosa?	44	88	6	12	39	78	11	22
Total	50		100		50		100	

**Frequência que vai à Igreja**

No que diz respeito à sua frequência à Igreja, verificou-se que, nos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados, 18 (36%) iam mais de uma vez por semana, 16 (32%) iam semanalmente, 6 (12%) nunca iam. Também nos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados se constatou que 13 (26%) iam mais de uma vez por semana, 11 (22%) nunca iam, 8 (16%) iam uma vez por mês.(Quadro 18)

**Quadro 18** – Caraterização da amostra quanto à sua frequência à igreja.

Religiosidade		Institucionalizado		Não Institucionalizado	
		n	%	n	%
Com que frequência vai à Igreja?	Mais de uma vez por semana	18	36	13	26
	Semanalmente	16	32	7	14
	De quinze em quinze dias	4	8	2	4
	Uma vez por mês	3	6	8	16
	de 2 a 11 vezes no ano	1	2	3	6
	Mês de uma vez ao ano	2	4	6	12
	Nunca	6	12	11	22
<b>Total</b>		50	100	50	100
<b>D.P.</b>		6,423807759		3,681171065	

## Hábitos religiosos

Tendo em conta os hábitos religiosos, nos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados, observou-se que 43 (86%) rezavam sozinhos, 41 (82%) viam a missa na televisão, 40 (80%) comungavam, 38 (76%) rezavam em grupo, 36 (72%) ouviam rezar o terço ou missa no rádio, 31 (62%) assistiam a programas religiosos, 8 (16%) liam a bíblia ou outros livros sagrados sozinhos e 6 (12%) liam a bíblia ou outros livros sagrados em grupo. Já nos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados, observou-se que 42 (84%) rezavam sozinhos, 35 (70%) viam a missa na televisão, 33 (66%) comungavam, 33 (66%) ouviam rezar o terço ou missa no rádio, 28 (56%) assistiam a programas religiosos, 23 (46%) rezavam em grupo, 5 (10%) liam a bíblia ou outros livros sagrados sozinhos e 3 (6%) liam a bíblia ou outros livros sagrados em grupo. (Quadro 19)

**Quadro 19** – Caracterização da amostra quanto aos seus hábitos religiosos

Religiosidade		Institucionalizados n 50				Não Institucionalizados n 50			
		Sim		Não		Sim		Não	
		n	%	Não	%	n	%	n	%
Você tem o hábito de:	Rezar sozinho/a	43	86	7	14	42	84	8	16
	Rezar em grupo (o terço)	38	76	12	24	23	46	27	54
	Ler a Bíblia ou outro/s livro/s sagrado/s em grupo	8	16	42	84	5	10	45	90
	Ler a Bíblia ou outro/s livro/s sagrado/s em grupo	6	12	44	88	3	6	47	94
	Comungar	40	80	10	20	33	66	17	34
	Ver a missa na Televisão	41	82	9	18	35	70	15	30
	Assistir a programas religiosos	31	62	19	38	28	56	22	44
	Ouvir rezar o terço ou a missa no rádio	36	72	14	28	33	66	17	34

## 9. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Neste capítulo apresentamos a discussão dos resultados mais significativos do estudo.

Relativamente ao sexo podemos concluir que no caso dos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados (66%) e nos institucionalizados (54%) predominava o sexo feminino (66%). Isto vem comprovar o que temos no nosso enquadramento teórico, que a longevidade das mulheres é maior. (Paúl e Ribeiro, 2013)

Em relação à idade, verificou-se que a média de idades dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados era ( $\bar{x}$  = 79 anos) e que a média dos não institucionalizados ( $\bar{x}$  = 78 anos). O estado civil dos adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados era viúvo/a (52%) e nos institucionalizados (48%). De acordo, com o que foi abordado no nosso enquadramento teórico, na atualidade, as mulheres a partir do momento que nascem, têm uma longevidade de mais cinco anos do que os homens. (INE, 2011 citado por Ribeiro & Paúl, 2013)

No que se refere à variável profissão, foi possível concluir que a maioria dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados (70%) e não institucionalizados (68%) eram trabalhadores não qualificados.

Na variável freguesia onde mora, constatou-se que tanto os adultos com 65 ou mais anos institucionalizados (50%) e não institucionalizados (50%) residiam na cidade de Leiria.

No que diz respeito à variável atualmente com quem mora, constatou-se que (50%) encontravam-se institucionalizados num lar de idosos, por outro lado, a amostra dos não institucionalizados (50%) frequentavam o centro de dia, dos quais (34%) moravam na sua casa com o seu marido / esposa e (34%) moram sozinhos /as.

Relativamente às habilitações literárias, constatou-se que os adultos com 65 ou mais anos institucionalizados (48%) possuíam quatro anos de escolaridade (48%) e os não institucionalizados (52%) não possuíam escolaridade.

Em relação à variável que diz respeito ao rendimento mensal, tanto nos idosos não institucionalizados (44%) como os institucionalizados (40%), verificou-se que usufruíam de um valor mensal entre 301€ e 400€.

No que diz respeito à variável Laços sociais com a escala LSNS-6, verificamos que na pontuação da mesma o valor médio dos laços sociais era ( $\bar{X}= 11,7$ ) e o desvio padrão (D.P.= 3,4). O valor da subescala família era ligeiramente superior à subescala dos amigos nos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados. Os autores originais da escala definem o ponto de corte como sendo 12 valores, podendo assim verificar que os adultos com 65 ou mais anos apresentaram risco de isolamento. Nos adultos com 65 ou mais anos, na pontuação total da escala LSNS-6 o valor médio era ( $\bar{X}= 12,7$ ) e (D.P.= 3,6). Portanto, verificamos que o valor da subescala da família apresenta um valor superior à subescala dos amigos podemos então verificar uma rede familiar superior à rede de amigos. Concluimos que, os adultos com 65 e mais anos não institucionalizados não apresentaram risco de isolamento social, pois o ponto de corte é superior ao valor definido pelos autores originais.

Podemos confirmar esta situação com o nosso enquadramento teórico, pois abordamos que esta população alvo fica muito exposta à exclusão social, a entrada na reforma dita o fim, ao contato diário com as pessoas com quem trabalhavam e por isso, acabam por deixar de se ver e falar, por sua vez, também sentem algum impedimento em conversar com os mais jovens, ficam um pouco mais isolados de familiares, perdem a sua autonomia física e não conseguem ir acompanhando as novas tecnologias. Os fatores sociais que a institucionalização acarreta são: a solidão, o abandono, a carência, a falta de um suporte de laços sociais, a incapacidade do auxílio da família. (Gamburgo e Monteiro, 2009)

Relativamente à variável mobilidade, verificou-se que a maioria dos idosos institucionalizados (76%) e dos não institucionalizados (62%), referiram ter alguns problemas em andar. Tendo em conta a variável cuidados pessoais, constatou-se que a maioria dos idosos institucionalizados (56%) referiram ter alguns problemas a lavar-se ou vestir-se, no entanto, constatou-se que a maioria dos idosos não institucionalizados (64%) referiram que não tinham problemas com os seus cuidados pessoais. Em relação à variável atividades habituais, observou-se que dos idosos institucionalizados (52%) referiram ter problemas em desempenhar as suas atividades habituais e (46%) referiram não ter problemas em desempenhar as suas atividades habituais, sendo que os idosos não institucionalizados, a maioria (60%) referiu não ter problemas em desempenhar as suas atividades pessoais. No que diz respeito à variável dor/ mal estar, tanto nos idosos não institucionalizados como não, a maioria afirmou ter dores ou mal estar moderados (84%

e 70% respetivamente). No que se refere à variável ansiedade/ depressão, observou-se que tanto nos idosos institucionalizados (66%) e nos não institucionalizados (74%), referiram que não estavam ansiosos ou deprimidos.

Relativamente à variável o seu estado saúde hoje – termómetro, verificou-se que a maioria dos idosos institucionalizados (56%), referiram que se encontravam no nível 60, tendo em conta que os idosos não institucionalizados (38%) referiram que se encontravam no nível 60.

No que se refere à variável saúde oral foi possível concluir que no caso dos idosos institucionalizados a maioria respondeu que “não” (98%) à pergunta se “tem a sua dentição completa?” e responderam “não” (76%) à pergunta se “Durante os últimos dois anos foi a uma consulta ao dentista?”, enquanto que os idosos não institucionalizados a maioria respondeu que “não” (90%) à pergunta “tem a sua dentição completa?” e responderam “não” (68%) à pergunta se “Durante os últimos dois anos foi a uma consulta ao dentista?”. Neste resultado eu esperava que a população idosa tivesse acesso a mais tratamentos dentários e idas a consultas com mais frequência, principalmente ao nível das institucionalizações pois têm acompanhamento médico dentro delas, poderia haver um controlo maior neste âmbito.

Em relação à variável atividade física, constatou-se que os idosos institucionalizados (76%) responderam “não” à pergunta “Praticou atividade física regular no mês passado?” e (84%) responderam “sim” à questão “Praticou atividade física com a orientação de um profissional.”, tendo em conta que os idosos não institucionalizados a maioria respondeu que “não” (76%) à questão “Praticou atividade física regular no mês passado?” e (62%) responderam “sim” à questão “Praticou atividade física com a orientação de um profissional.” Muitos dos idosos que responderam que faziam atividade física com a orientação de um profissional, estavam a referir que nas instituições que eles frequentam têm atividades de exercício físico com um profissional, em que eles participam, duas vezes por semana.

Esta fase da vida acarreta consigo problemas físicos que por sua vez, traz também problemas psicológicos, como a depressão e o tempo livre. Estes problemas estão ligados

à vida atual e aos avanços da tecnologia que têm vindo a acontecer nas últimas décadas, e são um importante princípio de risco para as enfermidades crónico-degenerativas, principalmente as cardiovasculares que é a principal fator de morte nos idosos. Portanto, fazer exercício físico pode controlar e até reduzir estes problemas. A atividade física para além de ajudar constituição da quantidade óssea ao promover a estruturação de cálcio nos ossos, restabelece a força dos músculos e a manutenção das articulações, de maneira a proteger das fraturas e dos tombos, colabora para que haja uma melhora no desempenho dos sistemas respiratório e cardiovascular, estimula a memória, desenvolve a auto-estima; a qualidade de vida e a longevidade do idoso. (Alves et al., 2004) Também é de frisar que nesta fase da vida os indivíduos que pratiquem alguma atividade física têm de ser orientados por um profissional, pois cada caso é um caso, têm de adequar os exercícios de acordo com cada problema e com as limitações de cada pessoa.

No que diz respeito à variável bebidas alcoólicas observou-se que na capacidade do copo, a maioria dos idosos institucionalizados e não institucionalizados escolheram 0,5dl (80% e 60% respetivamente).

Relativamente com que frequência bebeu duas ou mais copos de bebidas, verificou-se que tanto os idosos não institucionalizados e institucionalizados, nunca ingeriram bebidas alcoólicas no último ano (64% e 58% respetivamente). Os idosos institucionalizados referiram que bebiam quando a instituição lhes oferecia em ocasião especial um cálice de vinho do porto.

Em relação à variável hábitos tabágicos, foi possível concluir que todos os idosos institucionalizados (100%) responderam “não” à questão se “Fumou durante o mês passado? ”, no entanto, à semelhança dos idosos institucionalizados (92%) dos idosos não institucionalizados também responderam “não”.

No que diz respeito à sua religiosidade, a maioria dos idosos institucionalizados (88%) e não institucionalizado (78%)s, referiram ser religiosos.

No que se refere com que frequência vai à igreja, verificou-se que os idosos institucionalizados (36%) iam mais de uma vez na semana e (32%) nunca iam sendo que os idosos não institucionalizados (26%) iam mais de uma vez na semana e (22%) nunca

iam. Nos idosos que se encontravam institucionalizados no Lar, abordaram que ao Domingo havia missa na instituição para os idosos que quisessem assistir.

Relativamente aos seus hábitos religiosos foi possível concluir que no caso dos idosos institucionalizados os seus hábitos mais frequentes (86%) rezavam sozinho/as, (82%) viam a missa na televisão, (80%) comungavam, (76%) rezavam em grupo e (72%) ouviam o terço ou a missa no rádio, sendo que os idosos não institucionalizados (82%) rezavam sozinho/as, (70%) viam a missa na televisão, (66%) comungavam e (66%) ouviam o terço ou a missa no rádio. Segundo Carvalho (2013, p.250) “ (...) é fundamental, um envolvimento em atividades que elevem a consciência espiritual, que proporcionem o bem-estar, ou a prática de valores fundamentais, como a bondade, a caridade e a compaixão. ”

É importante referir que a religião e a espiritualidade auxiliam, como forma de ocupar o idoso da separação dos seus familiares, das suas amizades, da sua vida antes de entrarem para as instituições, são uma forma de conforto e de ânimo para poder aguentar os “problemas” impostos pelo dia a dia numa instituição. (Carvalho, 2013)

Os idosos referiram que existe uma capela dentro das instituições e que todos os dias rezavam o terço, num horário determinado por eles. “ Em qualquer resposta social de hoje vocacionada para o cuidado de idosos devem de ser abordadas as suas necessidades de maneira integral, o que pressupõe que se detecte e atenda às suas buscas espirituais e/ou religiosas”. (Carvalho, 2013, p.253).

## 10. CONCLUSÃO

Na atualidade, tem se visto em todos os países do mundo, que tem ocorrido uma inversão das pirâmides etárias. “(...) o modelo da «pirâmide» usado para reflectir a evolução demográfica irá transformar-se numa «ânfora», com uma base mais estreita, um corpo central cada vez mais largo e uma parte de cima cuja amplitude será superior à da base.” (Osório e Pinto, 2007, p.7)

Apesar deste problema não ser só demográfico, é considerado como um fenómeno muito importante. Por sua vez, a população idosa está a ter cada vez mais importância devido às dificuldades que aparecem ao nível social, cultural, económico e da política.

Assim entendemos que é importante, estimular a população para um envelhecimento ativo e sadio, mas para isso é necessário criar mecanismos que permitam o indivíduo viver mais tempo de maneira mais independente e com qualidade.

Depois da discussão dos resultados, é de referir que nos Laços sociais (escala LSNS-6), os adultos com 65 ou mais anos institucionalizados demonstraram ter risco de isolamento social ( $\bar{X}$  = 11,7) e (D.P = 3,4), verificou-se isto através da pontuação da escala, em que os autores originais referiram que 12 é o ponto de corte. Na saúde, os adultos com 65 ou mais anos institucionalizados, verificou-se que a maioria (76%) tinham problemas em andar, (56%) tinham problemas a lavar-se ou vestir-se, (52%) tinham problemas em desempenhar as suas atividades habituais, (84%) tinham dores ou mal estar e (66%) não estavam ansiosos/ deprimidos; por sua vez, os adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados, observou-se que a maioria (62%) tinham problemas em andar, (64%) não tinham problemas a lavar-se ou vestir-se, (60%) não tinham dificuldades em desempenhar as suas atividades habituais, (70%) tinham dores ou mal estar moderados e (74%) não estavam ansiosos/deprimidos. Relativamente ao seu estado de saúde hoje, pela escala EQ-VAS, os adultos com 65 ou mais anos fez a sua autoavaliação da sua saúde, nos institucionalizados foi (72%) e não institucionalizados (70%). Por fim, a maioria dos adultos com 65 ou mais anos institucionalizados (88%) e não institucionalizados (78%) referiram ser religiosos, que vão à igreja semanalmente (36%) institucionalizados e (26%) não institucionalizados.

Em relação aos resultados obtidos, acho que seria pertinente nos laços sociais tentar promover mais eventos / atividades de forma a que aos adultos com 65 ou mais anos consigam estar mais perto dos seus familiares ou amigos e mesmo conhecer outras pessoas, para poderem ter mais convívio e reforçar as suas relações sociais. Como podemos ver na nossa revisão da literatura, “(...) as nossas relações são âncoras em que estruturamos as nossas prioridades, e uma convivência harmoniosa com os outros faz-nos sentir seguros, apoiados e compreendidos(...)” (Paúl & Ribeiro, 2013, p.141)

Na saúde, todos os dias deviam tentar fazer algo que até então tinham dificuldades em fazer, como por exemplo, nos cuidados pessoais tentar fazer algo que tem dificuldade até conseguir fazer um pouco melhor, é como se fizesse fisioterapia, para exercitar os músculos. Relativamente aos comportamentos da saúde, principalmente para os adultos com 65 ou mais anos institucionalizados, deveriam fazer uma vigilância maior no que diz respeito à saúde oral, por isso, tem que haver um maior investimento nessa área. Incentivar os adultos com 65 ou mais anos não institucionalizados a fazer caminhadas ou algum exercício físico, com acompanhamento de um profissional. Estar em boas condições de saúde é um dos principais objetivos para que as pessoas mais velhas possam ter uma qualidade de vida razoável e consigam continuar a participar na sociedade, ter indivíduos ágeis e de boa saúde, que se mantenham independentes, de modo a serem importantes para as suas famílias, sociedade e para as receitas do Estado. (DGS,2004)

No decorrer deste estudo surgiram algumas dificuldades com:

- a avaliação da escala dos Laços sociais (LSNS-6 – *Lubben Social Network Scale*);
- a resposta tardia ou mesmo a não aceitação, por parte de duas instituições, dificultando o acesso à amostra.

Este trabalho contribuiu para sabermos que apesar de institucionalizados os adultos com 65 ou mais anos, precisam de estar mais apoiados ao nível das suas redes sociais, ao nível da saúde tem que haver um investimento maior ao nível da saúde oral, tentar junto das Autoridades Sociais ou Estatais mais apoio/ investimento nesta área.

Sugerimos ainda que se realizem mais estudos acerca do tema, estudos esses que possam ter uma amostra maior e de outras valências de institucionalização, para uma abordagem mais completa.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acioli, S. (2007). *Redes Sociais: Revendo os Fundamentos do Conceito*. Inf.Inf. Londrina 12.

Araújo, L., Azevedo, J., M., Barbosa, S., Duarte, N., Paúl, C., Ribeiro, O., Teixeira, L. (2012). *Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)*. Revista Temática Kairós Gerontologia, 15 (1) 217-234.

Assis, M. (2005). *Envelhecimento Ativo e Promoção da Saúde: Reflexão para as Ações Educativas com Idosos*. Revista APS, 8 (1) 15-24.

Banerjee, D., Perry, M. T. D., Arafat, R. (2010). *Self-reported Health, Functional Status and Chronic Disease in Community Dwelling Older Adults: Untangling the Role on Demographics*. Journal of Community Health, 35 (2), 135-141.

Barbosa, K. A. & Freitas, M. H. (2009). *Religiosidade e atitude diante a morte em Idosos em cuidados paliativos*. Revista Kairós. São Paulo. 12(1), 113-134.

Beaglehole, R., Bonita, R. & Kjellstrom, T. (2003). *Epidemiologia Básica*. Lisboa. Escola Nacional de Saúde Pública.

Cardoso, M. C. S & Ferreira, M. C. (2009). *Envolvimento Religioso e Bem-Estar Subjetivo dos Idosos*. Artigo De Psicologia Ciência e Profissão. 29 (2), 380-393.

Carvalho, I. M. (2013). *Serviço Social no envelhecimento: Participação e Emporwerment, Teleassistência e Snoezelen, Deficiência e Envelhecimento, Intervenção Social com Idosos, Políticas, Cidadania e Imigração, Urbanização do envelhecimento, Voluntariado e Cuidados Familiares*. Lisboa, Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Carvalho, I. M. (2013). *Serviço Social na Saúde*. (2.<sup>a</sup> edição). Lisboa, Pactor – Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Cabrera, J. P. & Couvaneiro, C. S. (2009). *Este tempo de ser: Concepções de Espaço e Tempo para um Envelhecimento Positivo*. Lisboa, Instituto Piaget.

Corrêa, A. A. M., Moreira- Almeida, A., Meneses, P. R., Vallada, H., Scazufca, M. (2010). *Investigating the role played by social support in the association between religiosity and mental health in low income older adults: results from the São Paulo Ageing & Health Study (SPAH)*. Revista Brasileira de Psiquiatria, 33 (2), 157-164.

Direcção Geral de Saúde (2004). *Programa nacional para a saúde das pessoas idosas*. Lisboa: DGS

Duarte, Y.A.O., Lebrão, M.L., Tuors, V.L., Laurenti, R. (2008). *Saúde Coletiva*. 5 (24), 173-177.

Duarte, F.M. & Wanderley, K.S. (2011). *Religião e Espiritualidade de Idosos Internados em uma Enfermaria Geriátrica*. Psicologia: Teoria e Pesquisa, 27 (1), 49-53.

Félix, M. J. C. (2013). *Envelhecer sem ficar velho*. (1.<sup>a</sup> edição). Alfragide, Oficina do Livro – Sociedade Editorial, Lda.

Ferreira, P. L., Ferreira, L. N. & Pereira, L. N. (2013). *Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D*. Revista Científica da Ordem dos Médicos.26 (6), 664-675.

Fonseca, A.M. (2004). *Desenvolvimento humano e envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fonseca, R. M. G. S. & Egry, E. Y. (2010) *Epidemiologia Social*. Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência em enfermagem. Porto Alegre. Artemed.

Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*.Loures. Lusociencia.

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas no Processo de Investigaçã*o. Lusodacta.

Gamburgo, L.J.L. & Monteiro, M.I.B. (2009). *Singularidades do envelhecimento: reflexões com base em conversas com um idoso institucionalizado*. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*.13 (28), 31-41. Consultado a 30 de Maio de 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v13n28/v13n28a04.pdf>.

Godoy, A & D'Ávila, C. (2009). *Tutorial: A Hierarquia das necessidades de Maslow – Pirâmide de Maslow* [em linha]. Consultado a 4 de Maio de 2018. Disponível em: <http://www.cedet.com.br/index.php?/Tutoriais/Gestao-da-Qualidade/a-hierarquia-das-necessidades-de-maslow-piramide-de-maslow.html>.

Gottlieb, B. H., Bergen, A. E., (2010). *Social supports concepts and measures*. Journal of Psychosomatic Research, 69 (5), 511-520.

Guerra, R. & Neves, P. (2015). *Teses em Ciências Sociais: Dicas muito práticas*. (1.<sup>a</sup> edição). Lisboa, Edições Sílabo.

Instituto Nacional de Estatística – INE, IP (2018). *Censos 2011: Resultados Definitivos Portugal 2012*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística, Consultado a 6 de Maio de 2018. Disponível em : <https://www.ine.pt>

Instituto Nacional de Estatística – INE, IP (2018). *Classificação de Profissões Portuguesas 2010*. Lisboa. Instituto Nacional de Estatística, Consultado a 7 de Setembro de 2018. Disponível em: <https://www.ine.pt>.

Krause, N. (2010). *Religious involvement, humility, and self-rated health*. Social indicators Research,98 (1), 23-39

Lopes, F. D. & Baldi, M. (2005). *Laços Sociais e Formação de Arranjos Organizacionais Cooperativos – Proposição de um Modelo de Análise*.RAC,(9) 2, 81-101.

Marbelli, S. (1995). *A Religião na sociedade pós-moderna*. 217-259.

Marconi, M. A., & Lakatos, E.M. (2003). *Fundamentos de Metodologia Científica* (5.<sup>a</sup> edição). São Paulo: Atlas.

Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da Terceira Idade. Da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto. Legis Editora.

Organização Mundial de Saúde – OMS, IP (2018). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. 1.<sup>a</sup> Conferência Internacional sobre a Promoção para a Saúde. Ottawa, Canadá, 17-21 de Novembro de 1986. Consultado a 10 de Maio de 2018. Disponível em: <https://www.oms.pt>

Osório, A. R. & Pinto, F. C. (2007). *As pessoas Idosas: Contexto Social e Intervenção Educativa*. Lisboa, Instituto Piaget.

Paiva, G. J. (2003). *Enfrentamento religioso da doença : uma possibilidade?* In: Freitas, M. H. (Org.). *Saúde e Religião*. Brasília: Universa, 21-37.

Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Revista da Faculdade de letras – Sociologia, 15 (1) , 275 -288

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2013). *Manual de Gerontologia: Aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Paúl, C. & Ribeiro, O. (2013). *Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa, Lidel – Edições Técnicas, Lda.

Pires, P.R. (2012). *O problema da integração*. Revista da faculdade de Letras da Universidade do Porto, Vol.XXIV,55-87

Ponce, M.S.H., Lezaeta, C.B. & Lorca, M.B.F. (2011). *Predictors of quality of life in old age: A multivariate study in Chile*. Journal Of Population Ageing, 4 (3), 121-139

PORDATA (2011). *Índice de envelhecimento na Europa*. Consultado a 30 de Agosto de 2018. Disponível em: <http://www.pordata.pt/Potugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>.

Quivy, R. & Campenhoutdt, L. V. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar dos Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel – edições técnicas, lda.

Silva, S.M. (2009). *Envelhecimento Activo e Trajectórias de vida e Ocupações na reforma*. Tese de Mestrado em Sociologia. Universidade de Coimbra.

Sommerhalder, C. & Goldstein, L.L. (2006). **O papel da espiritualidade e da religiosidade na vida adulta e na velhice**. Em E.V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado & M.L. Gorzoni. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (2.<sup>a</sup> edição). Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1307-1315.

Souza, E.M. & Grundy, Emily (2004). *Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública*. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 20 (5), 1354-1360.

Teiga, S. A. M. (2012). *As Relações Intergeracionais e as Sociedades Envelhecidas. Envelhecer numa sociedade não Stop – O Território Multigeracional de Lisboa Oriental* (Dissertação de Mestrado em Educação Social e Intervenção Comunitária não editada). Instituto Politécnico de Lisboa, Escola Superior de Educação de Lisboa. Lisboa.

Valente, N.M.L.M., Bachion, M.M. & Munari, D.B. (2004). *A Religiosidade dos Idosos: Significados, Relevância e Operacionalização na Percepção dos Profissionais de Saúde*. Revista Enfermagem UERJ. 12, 11-17.

Vilelas, J. (2009). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: edições sílabo.

White, A., Philogene, G., Fine, L., & Sinha, S. (2009). *Social support and self- reported health status of older adults in the United States*. American Journal of Public Health, 99 (10), 1872 -8.

## **ANEXOS**

## **ANEXO I**

Instrumento de Recolha de Dados

QUESTIONÁRIO

# LASSAR-65+

## LAÇOS SOCIAIS, SAÚDE E RELIGIOSIDADE ENTRE ADULTOS COM 65 OU MAIS ANOS

### Consentimento Informado

Começamos por agradecer a sua colaboração e disponibilidade para falar connosco.

Informamos que os dados constantes deste questionário destinam-se a estudar os laços sociais, saúde e a religiosidade de cada um.

Os procedimentos para a realização do estudo consistem no preenchimento de breves questionários, num único momento, em que apenas terá de avaliar o seu grau de acordo com as afirmações que o integram. A administração dos questionários possui uma duração média de 20 minutos.

Salvaguardada a circunstância de ocorrer algum desconforto psicológico durante a administração do questionário, os responsáveis não antecipam riscos para a minha pessoa pela participação no estudo.

Toda a informação será tratada de forma confidencial. Apenas o investigador e o orientador da dissertação terão acesso aos dados do questionário, o qual será destruído logo após a defesa da dissertação. A sua identidade ficará protegida, não sendo necessário colocar o seu nome no questionário, o qual será codificado

Compreendo o que o estudo envolve e concordo em participar.

## 1. Dados sociodemográficos

1. O seu sexo: M= masculino; F= feminino (Marque com um M ou F o que se aplicar a si):.....

2. Idade: (Escrever um algarismo em cada quadrado):.....   (anos)

3. Estado civil: (Escrever por extenso o que se aplicar): .....

4. Profissão (Escrever a profissão que exerce ou exercia antes de se reformar): .....

5. Freguesia onde habita: (Escrever a designação da freguesia): .....

6. Atualmente? (Nesta pergunta, frequentar significa: todos os dias ou mais de 3 vezes na semana). Marque com uma X a que se aplicar, podendo marcar mais do que uma opção)

6.1 Mora na sua casa com marido/esposa .....

6.2 Mora na casa dos seus filhos/as (mesmo que alternadamente) .....

6.3 Mora Sozinha/o .....

6.4 Está num lar de idosos (ou em residência sénior): .....

6.5 Tem Apoio Domiciliário .....

6.6 Frequenta um centro de convívio .....

6.7 Frequenta um centro de dia .....

6.8 Frequenta um centro de noite .....

6.9 Frequenta uma universidade (ou academia) sénior .....

6.10 Frequenta a associação cultural ou centro recreativo .....

7. Quantos anos de ensino completou? (pretendemos saber o grau de ensino mais elevado que completou ou para o qual obteve equivalência e em relação ao qual tem direito ao respetivo certificado ou diploma. Só contam os níveis completados com sucesso. Marque com uma X a que se aplicar)

7.1 Sem escolaridade .....

7.2 Quatro anos de escolaridade .....

- 7.3 Seis anos de escolaridade .....
- 7.4 Nove anos de escolaridade .....
- 7.5 Onze anos de escolaridade .....
- 7.6 Doze anos de escolaridade .....
- 7.7 Bacharelato ou licenciatura .....
- 7.8 Mestrado .....
- 7.9 Doutoramento .....

8. Qual o valor que melhor designa o seu rendimento do último mês? *(Marque com uma X a que se aplicar)*

- 8.1 até 100€ .....
- 8.2 Entre 101€ e 200€ .....
- 8.3 Entre 201€ e 300€ .....
- 8.4 Entre 301€ e 400€ .....
- 8.5 Entre 401€ e 500€ .....
- 8.6 Entre 501€ e 600€ .....
- 8.7 Entre 601€ e 700€ .....
- 8.8 Entre 701€ e 800€ .....
- 8.9 Entre 801€ e 900€ .....
- 8.10 Entre 901€ e 1000€ .....
- 8.11 Entre 1001€ e 1500€ .....
- 8.12 Entre 1501€ e 2000€ .....
- 8.13 Entre 2001€ e 2500€ .....
- 8.14 Mais de 2501€ .....

## LSNS - 6

NO QUE DIZ RESPEITO À SUA FAMÍLIA E AMIGOS, ASSINALE COM UMA X PARA CADA QUESTÃO, A OPÇÃO QUE MAIS SE APLICA À SUA SITUAÇÃO.

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

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

## EQ-5D

NO QUADRO SEGUINTE ASSINALE COM UMA X UMA AFIRMAÇÃO DE CADA UM DOS SEGUINTE GRUPOS, INDICANDO A QUE MELHOR DESCREVE O SEU ESTADO DE SAÚDE HOJE.

### Mobilidade

Não tenho problemas em andar	<input type="checkbox"/>
Tenho alguns problemas em andar	<input type="checkbox"/>
Tenho de ficar na cama	<input type="checkbox"/>

### Cuidados Pessoais

Não tenho problemas com os meus cuidados pessoais	<input type="checkbox"/>
Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me	<input type="checkbox"/>
Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho(a)	<input type="checkbox"/>

### Atividades Habituais (ex. trabalho, estudos, atividades domésticas, atividades em família ou de lazer)

Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>
Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>
Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais	<input type="checkbox"/>

### Dor/Mal estar

Não tenho dores ou mal estar	<input type="checkbox"/>
Tenho dores ou mal estar moderados	<input type="checkbox"/>
Tenho dores ou mal estar extremos	<input type="checkbox"/>

### Ansiedade/Depressão

Não estou ansioso(a) ou deprimido(a)	<input type="checkbox"/>
Estou moderadamente ansioso(a) ou deprimido(a)	<input type="checkbox"/>
Estou extremamente ansioso(a) ou deprimido(a)	<input type="checkbox"/>

## EQ-5D

Para ajudar as pessoas a indicar como está o seu estado de saúde, desenhamos uma escala (semelhante a um termómetro) na qual o melhor estado de saúde que possa imaginar é marcado por 100 e o pior estado de saúde que possa imaginar é marcado por 0.

Gostaríamos que indicasse nessa escala como está, na sua opinião, o seu estado de saúde hoje. Por favor, desenhe uma linha a partir do quadrado abaixo, até ao ponto da escala que melhor indica o seu estado de saúde hoje.

O seu estado  
de saúde  
hoje

O melhor estado  
de saúde  
imaginável

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

O pior estado de  
saúde imaginável

## Comportamentos de Saúde

ASSINALE COM UMA X EM SIM OU NÃO, CONFORME SE APLIQUE, PARA CADA UMA DAS QUESTÕES ABAIXO DESCRITAS.

### 1. Saúde oral

1.1 Tem a sua dentição completa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Durante os últimos dois anos foi a uma consulta ao dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2. Atividade física

2.1 Praticou atividade física regular ( <i>caminhadas, bicicleta, passeira, dança, natação, pelo menos 3 vezes por semana, com duração mínima de 30 minutos</i> ) no mês passado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Praticou atividade física com orientação de um profissional ( <i>individualmente ou em classes/grupos</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Bebidas alcoólicas

Em Portugal os copos habitualmente utilizados para as diferentes bebidas têm as seguintes capacidades:

	Cerveja	Vinho	Aperitivo	Aguardente
Capacidade do copo	3 dl	1,65 dl	0,5 dl	0,5dl
3.1 Tendo em atenção as capacidades descritas: <b>DURANTE O ANO QUE PASSOU, COM QUE FREQUÊNCIA BEBEU DUAS OU MAIS UNIDADES (COPOS) DAS BEBIDAS ACIMA REFERENCIADAS? MARQUE COM X A OPÇÃO QUE MELHOR DESCREVA O SEU HÁBITO.</b>			SIM	NÃO
Todos os dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 a 6 vezes por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 a 4 vezes por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 a 2 vezes por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 a 11 vezes no ano passado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 a 6 vezes no ano passado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Bebidas alcoólicas

Uma vez no ano passado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca ingeriu duas ou mais bebidas alcoólicas no último ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 4. Hábitos tabágicos

4.1 Fumou durante o mês passado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------

## Religiosidade

	SIM	NÃO
1. Considera-se um pessoa religiosa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Com que frequência vai à igreja? (para a missa ou outras atividades religiosas. Marque com uma X a opção que melhor descreva o seu hábito.)

2.1 Mais de uma vez na semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Semanalmente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.3 De quinze em quinze dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.4 Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.5 de 2 a 11 vezes no ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.6 Menos de uma vez ao ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.7 Nunca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Você tem o hábito de: (Marque com uma X a opção que melhor descreva o seu hábito.)

3.1 Rezar sozinha/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.2 Rezar em grupo (O terço, por exemplo)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.3 Ler a Bíblia ou outro/s livro/s sagrado/s sozinha/o	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.4 Ler a Bíblia ou outro/s livro/s sagrado/s em grupo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.5 Comungar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.6 Ver a missa na televisão	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.7 Assistir a programas religiosos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.8 Ouvir rezar o terço ou a missa no rádio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## **Anexo II**

Pedido de Autorização à Instituição 1

## **Pedido de Autorização À Instituição (Lar São Francisco) – feito por e -mail**

Olá, boa noite, eu sou Diana Marina Oliveira Ribeiro , aluna do 2º ano do Mestrado Intervenção para um Envelhecimento Ativo , na ESLEI - Escola Superior de Saúde de Leiria, e venho por este meio, pedir à vossa Instituição a permissão e a colaboração para a realização de um Questionário ( que vou enviar em anexo) aos vossos idosos ( uma amostra de 10 a 25).

O tema do questionário é *Laços Sociais, saúde e religião entre adultos com 65 e mais anos, Institucionalizados e Não institucionalizados*. É uma forma de compreender de que forma a religião e as relações sociais interferem/ ajudam na saúde dos idosos.

Os dias que seleccionei foram os seguintes: 23,26 e 28 de Janeiro, se achar que dá para realizar os questionários nesses dias.

Aguardo resposta,

Cumprimentos,

Diana Ribeiro

### **Anexo III**

Pedido de Autorização à Instituição 2

**Pedido de Autorização À Instituição (Lar Da Santa Casa da Misericórdia) – feito por e-mail**

Olá, boa noite, eu sou Diana Marina Oliveira Ribeiro, aluna do 2º ano do Mestrado Intervenção para um Envelhecimento Ativo, na ESLEI - Escola Superior de Saúde de Leiria, e venho por este meio, pedir à vossa Instituição a permissão e a colaboração para a realização de um Questionário (que vou enviar em anexo) aos vossos idosos ( uma amostra de 10 a 15 idosos).

O tema do questionário *Laços Sociais, saúde e religiosidade entre adultos com 65 e mais anos, Institucionalizados e não Institucionalizados. É* uma forma de compreender de que forma a religião e as relações sociais interferem/ ajudam na saúde dos idosos.

Os dias que selecionei foram os seguintes: 16,19 e 20 ou 21 de Janeiro, conforme a Doutora Mariana achar melhor.

Aguardo resposta,

Cumprimentos,

Diana Ribeiro