

A RESPOSTA SOCIAL E O ENVELHECIMENTO: UM  
ESTUDO COMPARATIVO ENTRE PESSOAS  
IDOSAS INSTITUCIONALIZADAS, SEMI  
INSTITUCIONALIZADAS E NÃO  
INSTITUCIONALIZADAS

Dissertação de Mestrado

LILIANA MARIA TEIXEIRA CAMACHO

Trabalho realizado sob a orientação de  
Professora Doutora Maria João dos Santos

Leiria, novembro 2020

Ciências da Educação e Desenvolvimento Comunitário  
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS  
INSTITUTO POLITÉCNICO DE LEIRIA

## AGRADECIMENTOS

Á Professora Doutora Maria João Santos pela sua orientação profissional, disponibilidade no acompanhamento ao longo desta investigação e pelo seu incentivo para não desistir de concluir este estudo.

A todos os responsáveis das três instituições e a todos os idosos que participaram no presente estudo, sem os quais esta investigação não seria possível a realização deste trabalho.

Á minha família, mãe, irmã e filhos pelo apoio e incentivo no alcance dos meus objetivos.

## RESUMO

O envelhecimento da população a nível mundial dá origem a uma nova realidade, aumento do número de pessoas idosas na sociedade. Com a transformação da sociedade a família já não consegue dar resposta às necessidades dos idosos. Assim, a sociedade depara-se com o aparecimento de um novo problema relacionado com a resposta a dar às pessoas idosas e às suas necessidades e expectativas. Ao estudar o processo de envelhecimento, a sociedade verificou a importância de as pessoas idosas estarem inseridas em atividades lúdicas e educativas. Estas atividades têm como objetivo dificultar o aparecimento de alguns fatores normais da velhice. A sociedade criou respostas que devem criar e desenvolver projetos com a finalidade de promover um envelhecimento ativo.

O presente estudo integra uma fundamentação teórica onde se procurou conhecer o processo de envelhecimento e os fatores que o influenciam como a solidão, depressão, capacidade cognitiva e funcionalidade básica e instrumental. As respostas sociais criadas para solucionar o problema do envelhecimento da população, a perceção da qualidade de vida e a importância da aprendizagem ao longo da vida no processo de envelhecimento.

Depois do enquadramento teórico surge o estudo empírico que decorreu em três Instituições, do distrito de Leiria, que apoiam pessoas idosas. Desenvolveu-se um estudo quantitativo que permitiu perceber a importância da promoção do envelhecimento ativo. Para o estudo selecionou-se uma amostra de 45 idosos aos quais se aplicou um inquérito.

Após a realização do inquérito, verificamos que existem fatores que influenciam o envelhecimento, como a solidão, a depressão, que podem ser colmatadas com projetos que tenham por base a aprendizagem ao longo da vida e que envolvam as pessoas idosas em atividades pedagógicas, de lazer e convívio de modo que lhes proporcionem uma perceção de uma boa qualidade de vida.

**Palavras-chave:** aprendizagem ao longo da vida, envelhecimento ativo e qualidade de vida.

## ABSTRACT

The ageing of the population at a worldwide level brings into light a new reality, the growing number of older people in a society. With this transformation in society, families can no longer support the needs of older people. Because of this society comes against the rise of a new problem related to the response that should be given to older people and to their necessities and expectations. By studying the process of ageing, society has verified the importance of older people being a part of recreational and educational activities. These activities have as a main goal slowing down the rise of a few common factors of old age. Society has developed answers that should create or develop projects with the aim to promote an active ageing.

The present study integrates a theoretical foundation where it was sought to understand the process of ageing and the factors that influence it, such as, solitude, depression, cognitive capacity and basic and instrumental functionality. The social responses created to solve the ageing problem in the population, a perception in the quality of life and the importance in learning throughout life during the process of ageing.

After the theoretical framework an empirical study that ran in three Institutions emerged, in the district of Leiria, that supports older people. A quantitative study was developed that allowed to understand the importance of the promotion of an active ageing. For the purposes of this study an inquiry was applied to a sample of 45 selected older people.

Upon the conclusion of the inquiry, we verified that there exists factors that influences ageing. Some of these factors are solitude and depression, that can be overcome with projects that have as a basis learning throughout life and that involve older people in pedagogic, recreational and get-together activities in order to give them the perception of a good quality of life.

**Keywords:** active ageing, learning throughout life and quality of life.

# ÍNDICE GERAL

Agradecimentos.....	i
Resumo.....	ii
Abstract.....	iii
Índice Geral.....	iv
Índice de Tabelas.....	viii
Introdução.....	1
PARTE I - Enquadramento Teórico.....	5
1. A velhice e o envelhecimento.....	6
1.1. A velhice e o envelhecimento: uma perspetiva temporal.....	6
1.2. O envelhecimento.....	7
1.3. Fatores que influenciam o processo de envelhecimento.....	9
1.3.1. Solidão.....	13
1.3.2. Depressão.....	15
1.3.3. Capacidade cognitiva.....	18
1.3.4. Capacidade funcional.....	19
2. Qualidade de vida.....	21
2.1. Qualidade de vida nas pessoas idosas.....	22
2.2. Políticas/respostas sociais ao nível do envelhecimento.....	26
3. Envelhecimento ativo.....	32

3.1. Aprendizagem ao longo da vida.....	35
3.2. Aprendizagem ao longo da vida e o envelhecimento.....	37
PARTE II - Estudo Empírico.....	39
4. Metodologia.....	40
4.1. Tipo de estudo.....	43
4.2. Objetivos.....	43
4.3. Hipótese.....	44
4.4. População e amostra.....	44
4.4.1. Caracterização da amostra.....	46
4.5. Procedimentos formais e éticos.....	53
4.6. Breve caracterização das instituições.....	54
4.7. Instrumentos de recolha de dados.....	56
4.7.1. Inquérito sóciodemográfico.....	56
4.7.2. Mini Mental state.....	56
4.7.3. Barthel index.....	58
4.7.4. Lawton e Brody scale.....	58
4.7.5. Escala de Depressão Geriátrica.....	59
4.7.6. Escala de Solidão.....	60
4.7.7. WHOQOL- Bref.....	61
4.8. Cronograma da planificação da recolha de dados.....	62
4.9. Instrumentos de tratamento de dados.....	63
5. Apresentação tratamento e discussão de dados.....	65
5.1. Tratamento de dados.....	65

5.2. Apresentação de dados .....	66
5.3. Discussão de dados .....	73
Conclusão .....	76
Bibliografia .....	80
Anexos .....	106
Anexos I .....	107

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - caracterização da amostra por idades, no lar

Tabela 2 - caracterização da amostra por idades no centro de dia

Tabela 3 - caracterização da amostra por idades na universidade sénior

Tabela 4 - caracterização da amostra por sexo no lar

Tabela 5 - caracterização da amostra por sexo no centro de dia

Tabela 6 - caracterização da amostra por sexo na universidade sénior

Tabela 7 - caracterização da amostra por escolaridade no lar

Tabela 8 - caracterização da amostra por escolaridade no centro de dia

Tabela 9 - caracterização da amostra por escolaridade na universidade sénior

Tabela 10 - caracterização da amostra por estado civil no lar

Tabela 11 - caracterização da amostra por estado civil no centro de dia

Tabela 12 - caracterização da amostra por estado civil na universidade sénior

Tabela 13 - amostra total, resumo da caracterização da amostra

Tabela 14 - diferenças no grau de capacidade cognitiva, depressão, solidão, funcionalidade básica e instrumental e qualidade de vida em função do tipo de institucionalização das pessoas idosas

Tabela 15 - correlação de Spearman entre as variáveis em análise em função do tipo de institucionalização

## Introdução

O presente trabalho insere-se no âmbito do mestrado em ciências da educação, área de especialização em Educação e Desenvolvimento Comunitário. Pretende-se refletir sobre alguns conceitos relacionados com a temática da pessoa idosa, nomeadamente as capacidades cognitivas, funcionalidade e aspetos emocionais. Serão desenvolvidos temas que ajudarão a compreender a problemática do envelhecimento e a importância da aprendizagem ao longo da vida com o propósito de promover uma melhor qualidade de vida.

A pessoa idosa, durante séculos, não levantou grandes preocupações à comunidade e à sociedade em geral. Essa pouca preocupação devia-se a uma reduzida longevidade, natalidade elevada o que originava uma sociedade composta maioritariamente por indivíduos jovens.

Com o evoluir da sociedade apareceram transformações que alteraram a estrutura social. De entre essas mudanças ressalta o progresso da medicina, melhores condições de higiene e sanitárias, melhoria das condições de habitabilidade e alimentares que levaram progressivamente a um envelhecimento da população a nível mundial e a sociedade a focar-se nas necessidades de uma faixa etária que surgia em maior número.

Perante o fato do crescimento do número da população idosa, a sociedade depara-se atualmente com uma realidade que começa a ganhar relevância social. Tendo este fenómeno origem na crescente baixas taxas de natalidade e de mortalidade o que leva ao aumento dos idosos no conjunto da população (Paúl e Fonseca, 2005).

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2025 existirão mais pessoas com mais de 60 anos (idosos) do que o resto das faixas etárias populacionais (OMS, 2001 cit. por Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). Assim, constata-se que o envelhecimento da população é um fenómeno à escala mundial com repercussões a nível social.

Este envelhecimento populacional vem colocar desafios quer ao indivíduo como à

sociedade em geral, levando à necessidade de descobrir-se novas formas de atuação com o objetivo de encontrarem-se respostas políticas e sociais que solucionem dificuldades emergentes deste fenômeno, com o aumento do número de pessoas idosas na sociedade.

A tendência de envelhecimento da população desperta o interesse científico e social em estudar o envelhecimento e os diferentes fatores que influenciam este processo. Torna-se relevante que haja estudos e dados para uma melhor caracterização do processo de envelhecimento e dos fatores que influenciam a vida de cada indivíduo a nível físico, emocional e social. E, desta forma a sociedade (re)conhecer como proporcionar para cada um, do ponto de vista da própria pessoa idosa, meios que possibilitem uma melhor qualidade de vida de forma a proporcionar um envelhecimento bem-sucedido.

Um dos exemplos do envelhecimento bem-sucedido é a aprendizagem ao longo da vida, como forma de aquisição de competências e de conhecimentos pela prática que conduz a uma mudança de comportamento, sendo esta possível ser adquirida em qualquer idade ou fase da vida. A aprendizagem ao longo da vida permite que as perdas inerentes ao processo de envelhecimento surjam numa fase mais tardia.

Existe, assim a necessidade de promover um envelhecimento ativo bem-sucedido, com a possibilidade de a pessoa idosa manter as suas capacidades. O envelhecimento ativo ao promover os fatores que dificultam o aparecimento precoce das perdas (de autonomia, a capacidade funcional, cognitiva e física) e a conservação da integração social da pessoa idosa e a sua qualidade de vida.

Ao ter conhecimento que ao processo natural de envelhecimento se encontram associadas determinadas perdas, a nível físico, cognitivo, psicológico e social é necessário a criação de meios facilitadores para a promoção da melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. Inicialmente as pessoas idosas encontravam-se inseridos na família que cuidava deles, como indica o autor Netto (1996, p.92) a “...a família pode ser considerada o habitat natural da pessoa humana”. Contudo, ao longo do tempo, os valores da família sofreram transformações significativas, com alterações na organização do trabalho e na economia que originaram modificações e adaptações na estrutura das relações familiares e um desmoronamento do valor da família tradicional.

Desse modo a sociedade teve que encontrar respostas/soluções ao problema do envelhecimento da população.

A problemática do envelhecimento e a qualidade de vida da pessoa idosa tem merecido especial atenção por parte dos investigadores que estudam a forma de como a aprendizagem ao longo da vida permite à pessoa idosa um processo de envelhecimento que lhe proporcione ser autónomo e cognitivamente ativo até mais tarde para ser capaz de tomar decisões sobre a sua vida diária.

Neste sentido, o problema é entender o processo de envelhecimento e a contribuição que a aprendizagem ao longo da vida tem na melhoria das várias capacidades cognitivas, funcionais e sociais da pessoa idosa e na redução de fatores como a depressão e a solidão, na medida em que possibilita maior interação social entre as pessoas idosas.

O estudo da temática do envelhecimento ativo é importante para que a sociedade tenha melhor capacidade de resposta às necessidades da população idosa na criação e concretização de estratégias e planos de intervenção adaptados aos interesses e expectativas de cada pessoa idosa.

A dissertação encontra-se estruturada em duas partes. Na primeira parte defende-se a revisão da literatura onde irão ser explanados os principais conceitos teóricos que serão abordados no trabalho: a apresentação do conceito de envelhecimento e dos fatores que influenciam neste processo. Sendo que alguns dos fatores desenvolvidos são a solidão, depressão, a capacidade cognitiva e a capacidade de funcionalidade.

De seguida desenvolve-se as definições do conceito de qualidade de vida e a perceção que cada idoso tem sobre a influência que os fatores como autonomia e as diferentes capacidades físicas, cognitivas e sociais têm na sua qualidade de vida. Também será desenvolvido o tema das respostas/políticas sociais dadas pela comunidade ao envelhecimento populacional e que são implementadas para apoiar as pessoas idosas e respetivas famílias em Portugal. Assim, as três formas disponíveis de apoio social são a institucionalização em lares, a semi-institucionalização em centros de dia e a forma de não institucionalização através da frequência de universidades séniores.

Finalizando-se com a aprendizagem ao longo da vida onde é abordada a importância da aprendizagem ao longo da vida. E referindo a importância da aprendizagem ao longo da vida como um fator importante na promoção de um envelhecimento ativo.

A segunda parte do trabalho refere-se ao estudo empírico, onde poderão ser encontrados os aspetos metodológicos relacionados com a escolha do método de recolha de dados e quais os instrumentos de recolha de dados selecionados, o Mini Mental State, GDS-10, UCLA e a whoqol-Bref que lhe serviram de base. A escolha destes instrumentos de recolha de dados tem como objetivo responder à pergunta de partida: *Será que a tipologia de resposta social que a pessoa idosa frequenta influencia a sua capacidade cognitiva, depressão, solidão, funcionalidade e a sua perceção da qualidade de vida?* O que se pretende é perceber em que medida as diferentes respostas sociais permitem um envelhecimento diferenciado ao modificar alguns dos fatores que influenciam o envelhecimento.

O presente estudo centrou-se em três Instituição do distrito de Leiria: Lar Emanuel na cidade de Leiria, Centro de dia Campos do Liz na cidade de Leiria e Universidade Sénior na cidade das Caldas da Rainha. A amostra do estudo é composta por 15 pessoas idosas que frequentam cada uma das instituições.

Há ainda a apresentação dos dados recolhidos que foram tratados através de uma análise estatística, SPSS e apresentados os resultados em forma de tabelas, seguida de uma breve discussão dos resultados.

Uma conclusão onde se reflete acerca das limitações e são referidas propostas para estudos futuros. Por fim, as referências bibliográficas aparecem segundo as normas da APA.

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

# Capítulo I - A velhice e o envelhecimento

Um dos desafios da nossa sociedade é o do envelhecimento da população, constatando-se que o aumento do número de pessoas idosas é uma realidade que atinge todos os países industrializados, ocorrendo, no entanto, a ritmos diferentes.

O processo de envelhecimento é um fenómeno natural e constitui uma realidade que não devemos ignorar, mas tentar procurar respostas adequadas para as necessidades das pessoas idosas promovendo a construção de um plano adequado para dar resposta às suas especificidades.

O envelhecimento não ocorre no mesmo ritmo e da mesma forma para todas as pessoas. O desafio da sociedade atual é o de proporcionar um envelhecimento com qualidade de vida para todos, um envelhecimento saudável, ativo.

O percurso para um envelhecimento bem-sucedido depende da própria pessoa idosa, da sua experiência de vida, condições de existência e também da sociedade que deve proporcionar as condições necessárias para a concretização com sucesso do seu envelhecimento.

## 1.1. A velhice e o envelhecimento: uma perspetiva temporal

A velhice, nas civilizações antigas era entendida como uma parte importante da comunidade. As pessoas idosas eram respeitadas porque eram encaradas como pessoas com experiência de vida, associada à sabedoria. (Esquivel & Paz, 2009).

Com a industrialização, a economia começa a privilegiar o trabalho fabril. Surge uma nova configuração social em que a família passa mais tempo no trabalho e fica sem tempo disponível para os mais idosos, aparecendo uma população envelhecida e abandonada.

A partir do século XIX com os avanços científicos, houve um aumento gradual da longevidade da população (Ribeiro, 2007). A velhice passa a ser encarada como uma ameaça à modernidade, e deixa de ser vista como um símbolo de experiência, de sabedoria e conhecimento.

Verifica-se que a forma de encarar o envelhecimento tem sofrido algumas mudanças, tendo surgido uma preocupação em estudar esta faixa etária. Aumentaram os estudos relativos a esta temática, e conseqüentemente, surgiram áreas científicas com a preocupação de estudar a velhice e o envelhecimento.

## 1.2. O envelhecimento

O conceito de envelhecimento apresenta-se como algo difícil de definir e pouco consensual, visto tratar-se de um conceito em constante mudança e que abrange diferentes fatores importantes como: biológicos, sociais, psicológicos ou profissionais (Ribeiro, 2007).

A velhice é um período normal do ciclo de vida de uma pessoa e comporta desafios e oportunidades como em qualquer fase da vida. O envelhecimento é um processo universal e heterogêneo, que se realiza em ritmos diferentes. Papalia (2013) refere que existem duas teorias para explicar o envelhecimento: as teorias de programação genética que sustentam “que o corpo da pessoa envelhece de acordo com o relógio evolutivo normal inato dos genes” (p. 576) e as teorias de taxas variáveis que “consideram o envelhecer como resultado de processos randômicos que variam de pessoa para pessoa e envolvem danos resultantes de erros aleatórios, ou agressões ambientais, nos sistemas biológicos.” (p.577)

Existem diversas formas de envelhecer não sendo igual para todas as pessoas idosas. No processo de envelhecimento existem declínios ao nível biológico, psicológico e social que não acontecem em igual ritmo em todas as pessoas, ou seja, cada pessoa idosa tem as suas perdas em momentos distintos (Neri & Yassuda, 2008). Nenhuma pessoa idosa é igual a outra e nem todas as pessoas envelhecem ao mesmo tempo, uma vez que podem ocorrer

acontecimentos distintos que influenciam a sua velhice e nem todas as formas de envelhecimento acarretam doenças.

O processo de envelhecimento tem efeitos diferentes nas pessoas, pois é uma experiência subjetiva, tendo em conta as influências genéticas, sociais, históricas e psicológicas relacionadas com as vivências de cada indivíduo durante o seu curso de vida. (Jacob, 2013).

Já o estudo do envelhecimento tem por base conhecimentos da biologia, da psicologia, e das ciências sociais. Fernández-Ballesteros (2000) especifica cada uma: a biologia está relacionada com as mudanças nos sistemas biológicos que acontecem com a idade; a psicologia relaciona-se com as mudanças ou estabilidade das funções cognitivas; e as ciências sociais estão relacionadas com as mudanças sociais vivenciadas e que a pessoa idosa sofre.

Assim, entende-se o processo de envelhecimento como resultado de algumas alterações que surgem na vida do indivíduo ao nível de perdas físicas e cognitivas e de mudanças e perdas de papéis, como por exemplo, a perda do estatuto profissional, alterações nas relações familiares (filhos que saem de casa, reforma, viuvez...) e nas redes sociais profissionais e de amigos (Figueiredo, 2007).

Para os autores Fernández-Ballesteros e Izal (1993) as perdas nas redes sociais devem-se principalmente a um acontecimento muito importante na vida das pessoas idosas que é a paragem da atividade profissional (reforma), e/ou a inatividade laboral forçada por doença. A reforma é também um fator decisivo na perda de papéis sociais (Figueiredo, 2007). Com a extinção da atividade laboral há também uma diminuição nos contatos sociais que a pessoa idosa tinha, o que origina dificuldades em reorganizar a sua vida quotidiana (Sousa, Figueiredo, e Cerqueira, 2004). Com a reforma, as relações sociais de apoio diminuem, surgindo o sentimento de solidão, perda da rede social e de amizade, acrescida da sintomatologia de depressão nas pessoas idosas.

Todas estas perdas e mudanças na vida do indivíduo exigem um grande esforço de adaptação a esta nova realidade para a pessoa idosa manter a qualidade de vida que ambiciona.

Silva (2012), o processo de envelhecimento passa por três fases: a primeira denomina-se “idoso” onde não existem grandes alterações orgânicas/físicas mas começa a surgir algumas queixas sobre a perda de memória e está marcado por modificações sociais relacionadas com o modo de vida da pessoa idosa sobretudo devido à reforma.

A segunda fase do envelhecimento designada por “senescência”, que ocorre quando o indivíduo sofre alterações ao nível da condição física. Nesta fase, há um declínio da memória a curto prazo, dificuldade na organização da informação e a diminuição da capacidade de recuperar a informação armazenada na memória a curto prazo. (Fontaine, 2000).

E por fim, temos a terceira fase do envelhecimento a da “senilidade”, onde o cérebro já não consegue exercer a sua função de adaptação à realidade que o rodeia e o indivíduo torna-se dependente e necessita de cuidados completos.

Segundo Silva (2011), o processo de envelhecimento para ser entendido de forma holística deve-se ter em consideração os múltiplos aspetos individuais e coletivos da vida de cada pessoa idosa e conseqüentemente perceber que todos nós não envelhecemos da mesma maneira.

### 1.3. Fatores que influenciam o processo de envelhecimento

O envelhecimento surge como um processo biológico no qual o aparecimento de perturbações de saúde conduz à diminuição da capacidade do indivíduo em adaptar-se à realidade. Encontrando-se este associado a mudanças graduais ao longo da vida que tornam a pessoa idosa mais vulnerável, reduzindo as suas capacidades cognitivas e físicas. Deste modo, com o avançar da idade surgem problemas relacionados com a solidão, alterações na atividade sexual, perturbações metabólicas crónicas e emocionais, que irão afetar a qualidade de vida do idoso e irão aumentar a sua fragilidade (Khaje-Bishak, Payahoo, Pourghasem, Jafarabadi, 2014).

O envelhecimento associa-se a mudanças na composição corporal, estrutura e função que podem afetar negativamente a capacidade funcional básica e instrumental do indivíduo, limitando-o ao nível da mobilidade, fragilizando-o, o que leva ao isolamento e acarreta consigo outros problemas de saúde. Por exemplo, alterações fisiológicas/saúde como a redução da massa muscular têm um impacto na mobilidade que levam a que a pessoa idosa se torne dependente reduzindo desta forma a sua qualidade de vida (Pinheiro, 2013).

Neste sentido, o envelhecimento surge como um processo dinâmico, no qual a pessoa idosa passa por perdas nos seus múltiplos domínios cognitivo, físico e social. Com o aumento da idade e conseqüente envelhecimento, a pessoa idosa pode obter resultados adversos à sua saúde, incluindo quedas, mortalidade, institucionalização e hospitalização (Liu, Chen et al., 2010).

No domínio das capacidades cognitivas pode-se observar que as pessoas idosas tendem a diminuir as suas capacidades com o avançar da idade. Nas pessoas idosas que se encontram num processo de senescência esta redução de capacidades não é tão acentuado quando comparado com as pessoas idosas que se encontram em processo de senilidade, uma vez que estes últimos têm maiores perdas ao nível cognitivo, das atividades instrumentais e básicas da vida diária, entre outros domínios. A perda cognitiva encontra-se relacionada com causas físicas e é potencialmente reversível, por meio de intervenção secundária, desde que seja efetuada em estágios precoces (Abdulremane, 2010).

Quando a pessoa idosa não é estimulada cognitivamente a sua capacidade de atenção/concentração diminui nomeadamente quando é necessário realizar multitarefas. Simultaneamente, na pessoa idosa, diminui a capacidade de manter várias informações na memória por longos períodos de tempo o que dificulta muitas vezes os processos de conversação com os seus pares. Por outro lado, e no que respeita às funções executivas pode-se observar que o córtex orbitofrontal sofre alterações nas pessoas idosas uma vez que o processo de tomada de decisão torna-se mais lento e diminuem as estratégias para saber lidar com as situações (Howieson, 2015).

O envelhecimento deve ser também analisado como uma diminuição da capacidade de realização de práticas da vida diária. A quebra nas relações profissionais e sociais leva a

uma atitude de passividade e de apatia nas suas relações interpessoais.

A pessoa idosa sofre algumas mudanças físicas, no seu processo de envelhecimento, que vai alterar a sua capacidade funcional e simultaneamente modificar a sua qualidade de vida (Santos, 2006). As alterações físicas mais notórias, no envelhecimento são: o acentuar de proeminências ósseas, diminui o bombeamento sanguíneo; os vasos sanguíneos tornam-se mais espessos; maior risco de hipertensão, enfartes do miocárdio, riscos de incontinência urinária, diminuição da velocidade e da coordenação dos movimentos, diminuição da força e da massa muscular; encurvamento da coluna vertebral e diminuição da estatura, diminuição da percepção visual, auditiva, gustativa, olfativa e táctil, lentidão na tomada de decisões, alterações ao nível da memória e da atenção, capacidade de aquisição de novos conceitos e o raciocínio abstrato ficam também prejudicados e aumento da insónia e cansaço durante o dia (Ribeiro, 2007).

Quanto às alterações psicológicas em consequência do envelhecimento, manifestam-se principalmente a nível cognitivo e emocional. As capacidades cognitivas da pessoa idosa sofrem alterações, não como consequência da idade cronológica, mas podem estar relacionadas com doenças. Outros fatores que podem modificar as capacidades cognitivas relacionam-se com o nível de escolaridade, estado civil (viuvez), dificuldades económicas, perdas ao nível do meio envolvente (Moñivas, 1998).

As capacidades cognitivas tendem a diminuir ao longo do processo de envelhecimento, tais como: a criatividade, recordar nomes, conversar, localizar um objeto, memória a curto prazo, a velocidade de processamento de informação, a demência (Fonseca, 2004). A perda do papel profissional ou a viuvez podem prejudicar a estabilidade psicológica do idoso, facilitando o isolamento (Ribeirinho, 2005).

Outra das alterações verificadas neste processo de envelhecimento prendem-se com fatores sociais, relacionadas com as mudanças de alguns papéis sociais, como a diminuição de contactos sociais, ou devido a dificuldades funcionais (Ribeiro, 2007).

A reforma como uma rutura de uma etapa importante na vida de um indivíduo, significa uma perda e/ou alteração de estatuto social significando uma perda de identidade baseada na atividade profissional reconhecida que proporcionava interações sociais (Ribeiro, 2007).

Durante o processo de envelhecimento estas perdas físicas, psicológicas e sociais sofridas podem levar à solidão e isolamento social, que conduzem a um quadro de sintomatologia como a ansiedade, ou depressão no idoso, conduzindo a uma baixa auto-estima e reduzida motivação para a aquisição de novas competências.

Giurgea (1993) afirma que as diversas funções fisiológicas podem manter-se ou ser melhoradas/modificadas na velhice com exercício físico apropriado, ou outras atividades de lazer como acontece com a frequência de várias valências nas Universidades Sêniores.

Papalia (2013) refere que a atividade física combinada com desafios cognitivos promove o crescimento de novas células no hipocampo. A mesma autora refere que a prática de exercícios físicos pode evitar mudanças físicas relacionadas com o envelhecimento.

Refere ainda a autora que o exercício físico regular fortalece a saúde física, ao nível do coração, pulmões, diabetes e saúde psicológica, ao diminuir o stresse, a angústia e melhorando o desempenho cognitivo.

Verifica-se que existe uma relação positiva entre o exercício físico e as capacidades cognitivas, no que se refere ao raciocínio, à memória e ao tempo de reação (Paúl, 2001). No entanto, um estudo (Everard, 1999), realizado em Washington sobre a saúde das pessoas idosas, mostra que o envolvimento da pessoa idosa em atividades não significa diretamente que o bem-estar esteja assegurado. Se essas atividades tiverem só como objetivo o de passar o tempo, ou seja, se as atividades forem feitas sem um plano definido e adaptado para cada pessoa idosa.

Logo as atividades que promovam o exercício físico têm benefícios para a pessoa idosa. E a falta de exercício físico agrava os fatores do processo de envelhecimento, especialmente, prejudica a qualidade de vida da pessoa idosa. Assim, é de extrema importância a implementação de atividades/ projetos que promovam um envelhecimento ativo.

De seguida passarei a apresentar alguns dos fatores relevantes que influenciam o processo de envelhecimento.

### 1.3.1. Solidão

A solidão é um conceito vago usado pela maior parte das pessoas apresentando muitos significados de acordo com a forma como cada um lida com a solidão. O significado com mais utilização encontra-se relacionado com o “estar só”. Neto (2000) refere que apesar de vários autores terem tentado definir o conceito solidão, não há uma definição que seja mundialmente aceite pelos especialistas.

O autor Neto (2000), refere que a solidão é “...uma experiência comum e é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos.” Também Pereira, (2010, p.14), afirma que *“A solidão é uma noção (sentimento) subjectiva, refere-se à percepção de privação de contactos sociais ou falta de pessoas disponíveis ou com vontade de partilhar experiências sociais e emocionais. Essencialmente, trata-se de um estado em que o sujeito tem potencial vontade para interagir com os outros, mas não o faz, isto é, há discrepância entre o desejo e a realidade das interações com os outros”*.

Ainda segundo Neto (2000), a solidão é sentida de forma diferente segundo a personalidade de cada indivíduo. Perante a mesma situação, as pessoas reagem de maneira diferente segundo a sua forma de encarar a vida, ou seja, a sua personalidade. Quando uma pessoa está só, em solidão, passa por sentimentos de angústia, insatisfação, desespero, depressão e aborrecimento. (Neto, 2000).

Este autor, identifica duas formas de solidão associadas a diversos sentimentos. Uma das formas de solidão é a solidão social, quando o indivíduo não possui uma rede social de amigos que o apoie na sua vida diária. A outra forma de solidão é a solidão emocional, em que o indivíduo não tem uma companhia íntima (cônjuge, amigo inseparável). O mesmo autor refere que a solidão emocional é a forma mais dolorosa de viver a solidão.

Já Russel (2004) define a solidão como uma das principais queixas apresentadas pelas pessoas idosas que com o avançar da idade vêm reduzida a sua participação na comunidade e sentem-se desvalorizados, o que provoca efeitos negativos ao nível da integração social, familiar e psíquica.

A reforma como perda de competência e de identidade social e de pertença a um determinado grupo laboral implica a falta de ser reconhecido como membro principal de sustento da família. O contínuo afastamento dos amigos e colegas de uma vida e da família levam ao isolamento e simultaneamente tornam-no dependente com o aparecimento de sintomatologias físicas.

Outro fator importante que influencia o sentimento de solidão é o estado civil, como referem os autores Sequeira e Silva (2003). Estes autores defendem que se observam diferenças entre casados e viúvos. Observaram que no grupo de idosos casados, estes apresentavam menos sentimentos de solidão comparativamente aos idosos viúvos. Uma vez que a morte de um dos cônjuges é um fator traumatizante na vida de uma pessoa. Mas, se a pessoa idosa possuir uma rede de apoio social forte e consistente, ela consegue ultrapassar essa perda com mais sucesso e vencer a solidão com mais facilidade (Neto, 1999).

O mesmo autor refere que a atividade sexual ou a perda dela é outro dos fatores que influenciam o sentimento de solidão dependendo da escolha do indivíduo. O autor refere que a solidão nas mulheres viúvas é maior do que nas mulheres solteiras, parecendo que a solidão está mais associada com a perda do que com a ausência de uma relação conjugal (Neto, 2000).

O autor Savikko (2005) refere que a solidão está relacionada com os sintomas depressivos por poderem conduzir ao declínio cognitivo, e a um aumento do risco de mortalidade.

Os autores Mcnnis e White (2001) referem que os idosos são pessoas vulneráveis a sentimentos de solidão, provocados pelo declínio da sua saúde física e isolamento social. Além destes fatores também a perda de familiares próximos e a proximidade da morte, contribuem para o sentimento de solidão (Mcnnis e White (2001).

Vários autores verificaram a importância de se manter as relações sociais para a diminuição da solidão, uma vez que estas diminuem o isolamento e oferecem um bom suporte social o que influencia o bem-estar psicológico (Sequeira e Silva, 2002; Paúl, 2005).

O autor Pereira (2010) refere que as consequências da solidão estão relacionadas com o aumento de situações de stress, a redução da autoestima, o aparecimento de quadros depressivos que facilitam o desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas.

Verifica-se que a solidão é uma situação complexa, que corresponde a um sentimento doloroso em que a pessoa sente que não tem amigos, relações sociais e simultaneamente sente sintomas de mal-estar psicológico e emocional. Este sentimento de solidão aumenta o risco de problemas físicos, emocionais e sociais.

### *2.3.2. Depressão*

A depressão é considerada, hoje em dia, um problema de saúde que atinge pessoas de todas as idades conduzindo a sentimentos de tristeza e isolamento social (Martins, 2008). A depressão define-se como a existência de um conjunto de sintomas que afetam o humor dos indivíduos – síndrome depressivo, conforme definido no American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual-5 (DSM-5, 2013), em indivíduos com mais de 65 anos, e esta perturbação pode ter início antes ou depois dessa idade.

Segundo a Direção Geral de Saúde, D.G.S. (2017), “as perturbações depressivas são caracterizadas por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de baixa autoestima, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração. O autor Zimerman, (2000) refere que a pessoa deprimida pode manifestar mudanças cognitivas e comportamentais relacionadas com a falta de motivação, perturbações na vontade, desinteresse, perda de apetite, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, problemas de sono, perda de gosto pela vida, fraqueza física, dificuldade de convívio com amigos, colegas e familiares. O autor Chaplin no Dicionário de Psicologia (1981), refere que a depressão é um “estado de abatimento e de melancolia causador de sofrimento.”

A depressão tendo como característica principal a existência de um sentimento de profunda tristeza e desespero, tem consequências fortes para o doente uma vez que esta perturbação conduz a uma incapacidade de funcionamento tanto ao nível físico, como

mental e social. O autor Alonso (2003) reforça a ideia afirmando que a depressão é a principal causa de incapacidade do indivíduo.

Segundo a organização mundial de saúde (OMS) refere que existem três tipos de depressão: a depressão major que caracteriza-se pela simultaneidade dos fatores: a pessoa apresentar mudanças quer ao nível do seu comportamento, quer ao nível emocional. Essas mudanças levam a que o indivíduo não seja capaz de realizar as suas atividades diárias profissionais, académicas, de lazer, ao mesmo tempo tem implicações no apetite e no sono o indivíduo sente, também, falta de energia ou fadiga, baixa auto-estima e falta de concentração.

Outra das formas da depressão se apresentar, de acordo com a mesma organização (OMS), é a distímia, em que o indivíduo também apresenta mudanças de humor e alterações ao nível do comportamento de forma crónica associadas a alterações do apetite, perturbação do sono, falta de energia ou fadiga, baixa auto-estima e falta de concentração.

A última forma de transtorno depressivo é denominada de transtorno bipolar, é também definido pelo senso comum como psicose maníaco-depressiva. Esta perturbação é caracterizada por uma grande mudança do humor que vai desde a mania (episódios maníacos) à depressão (episódios depressivos).

A depressão varia de indivíduo para indivíduo dependendo de vários fatores, cujos sintomas permanecem ou podem ser desencadeadores de uma intensidade mais profunda do estado depressivo. Ao estudar a depressão numa pessoa temos que ter em conta os aspetos biológicos, sociais e psicológicos que têm uma importância no desenvolvimento de quadros depressivos (Fernandes 2007).

O autor Simões (1996) refere que nos idosos os primeiros sintomas específicos desta perturbação da depressão são a perturbação de sono, tristeza e ansiedade, desinteresse pelas rotinas diárias. Os sintomas mais específicos da depressão são as variações de humor, bem como a lentidão psicomotora.

Zimerman (2000) refere que a depressão prejudica a vida da pessoa idosa. Nomeadamente ao nível da área intelectual provoca perturbações de memória que

dificultam a aprendizagem. No campo social, a depressão provoca o isolamento/abandono do indivíduo do grupo social onde está inserido. Ao nível físico pode haver manifestações somáticas como por exemplo problemas cardíacos, pulmonares e gastrointestinais.

Os autores Oliveira e Néri, (2006), referem que o processo de envelhecimento apresenta algumas características semelhantes aos sintomas atribuídos à doença depressiva como por exemplo, perturbações do sono, lentidão psicomotora, fadiga ou perda de energia, diminuição da concentração. Assim, como a perda de memória, mudanças de estado de humor, tristeza, falta de apetite e perda de interesse em atividades do quotidiano podem ser confundidos com o normal envelhecimento. Devido a esta razão é difícil diagnosticar a depressão nas pessoas idosas.

No estudo da depressão deve-se também ter em conta fatores que, de acordo com os autores Pinho, Custódio e Markdisse (2009), contribuem de igual modo para que haja variação entre pessoas, tais como: o género feminino, a faixa etária, estado civil (viuvez), a baixa escolaridade, baixos recursos económicos, o ter passado por experiências de vida stressantes, a existência suporte social, a perceção de baixa qualidade de vida, saúde física, a presença de défices cognitivos, limitações funcionais, histórico psiquiátrico, uso de fármacos e grau de intensidade da dor. Concretamente na viuvez os sintomas depressivos, surgem não só pela dor da perda, mas também pelo isolamento social a que os indivíduos ficam sujeitos.

Os autores Marques e Firmino (2003), referem que é importante conhecer e valorizar a história de vida de cada pessoa idosa e a sua personalidade especialmente se no decorrer da sua experiência de vida existem vários episódios negativos de forte carga emocional que podem ter dado origem a momentos depressivos. Os autores referem, ainda que se a pessoa idosa apresentar dificuldades no seu relacionamento social apresenta uma maior tendência para se isolar/ refugiar no seu próprio mundo, agravando o seu estado de saúde.

### *1.3.3. Capacidade cognitiva*

No processo de envelhecimento a alteração mais notória é a capacidade cognitiva que está associado a um conjunto de modificações cerebrais que provocam mudanças nas capacidades cognitivas, no que respeita ao funcionamento da memória. Na cognição estão inseridas um conjunto de funcionalidades que permitem ao indivíduo enfrentar o seu dia-a dia. O autor Moraes (2012) refere que as capacidades cognitivas permitem ao indivíduo resolver situações da vida diária.

Dentro das funcionalidades da cognição encontram-se: a memória, a função executiva, a linguagem, a praxia, gnosia/percepção e função viso espacial. O processo de envelhecimento é marcado por diversas perdas, nomeadamente ao nível de défices cognitivo.

Em relação à funcionalidade da memória, verifica-se que esta tem influência no processo de relacionamento social e familiar. Uma vez que a perda da memória leva a pessoa a não ter preocupação com a sua aparência, limita socialmente e leva a pessoa a perder a autonomia.

A pessoa idosa demonstra maior dificuldade nas tarefas de raciocínio, no desempenho de tarefas complexas, e apresenta lentidão nas respostas às situações concretas da vida diária.

A capacidade de comunicar, nas pessoas idosas torna-se difícil, uma vez que apresentam dificuldade em compreender mensagens longas e complexas. Simultaneamente apresentam dificuldade em compreender o significado de certos termos/expressões da comunicação.

Quando se torna perceptível as perdas cognitivas é importante a atuação eficaz para não acelerar o processo das perdas cognitivas no idosos. Yassunda (2006) refere que: "...a manutenção da cognição é importante para a promoção da independência e autonomia do idoso".

Segundo o autor referido anteriormente, as áreas cognitivas mais importantes que devem ser trabalhadas em programas de estimulação cognitiva são: a orientação e atenção, ao nível das tarefas do dia a dia; a memória; a linguagem ao nível da

compreensão, vocabulário e identificação de objetos; o cálculo ao nível da compreensão de números; a Praxia, enquanto capacidade de realizar movimentos, ou seja o domínio do corpo e coordenação.

Para que as perdas cognitivas levem mais tempo a acentuarem os idosos devem passar por um programa de estimulação cognitiva que consiste num conjunto de atividades com o objetivo de potenciar essas áreas importantes para a manutenção da capacidade cognitiva e a autonomia na pessoa idosa. As atividades de estimulação cognitiva podem ser implementados individualmente ou em grupo e geralmente são realizados num determinado período de tempo (Souza & Sequeira, 2012).

#### *1.3.4. Capacidade Funcional*

A capacidade funcional é definida como a capacidade de uma pessoa em se adaptar às exigências do quotidiano e relaciona-se com a aptidão física e mental do indivíduo em se manter autónomo e independente na realização das suas atividades de vida diária (Costa, 2002; Pelegrin, 2008).

A capacidade funcional varia segundo alguns fatores, tais como: a idade, o sexo, a escolaridade, o agregado familiar, económicos, e psicossociais, de acordo com Rosa (2003) e Maciel e Guerra (2007).

As atividades de vida diária vão tornando-se de difícil realização, à medida que o ser humano envelhece, até ao momento em que a pessoa apercebe-se de que necessita do auxílio de terceiros para a realização dessas atividades diárias (Araújo e Ceolim, 2007). As atividades de vida diária podem dividir-se em dois grupos, as atividades básicas de vida diária e as atividades instrumentais de vida diária (Figueiredo, 2007).

As atividades básicas de vida diária (ABDV) são um conjunto de atividades primárias da pessoa relacionadas com o saber cuidar de si (higiene pessoal, vestir-se/despir-se), e com aspetos relacionados com a sua mobilidade, que permitem ao indivíduo viver autónomo e independente. Neste conjunto de atividades incluem-se: comer, uso de casa

de banho, arranjar-se, vestir-se, tomar banho, deambular, etc. Estas atividades são consideradas importantes para uma pessoa viver e sentir-se de forma independente (Sequeira, 2010).

Enquanto as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) são constituídas por atividades que permitem à pessoa adaptar-se ao meio e conseguir manter a sua independência no seu meio social e comunitária. Estas atividades estão relacionadas com o estado cognitivo da pessoa e incluem o saber cozinhar, saber utilizar os meios de transporte, fazer compras, saber manusear o dinheiro, responsabilizar-se pela medicação, e o uso do telefone (Sequeira, 2010).

De acordo com Oliveira (2005), a pessoa idosa perde em primeiro lugar as atividades instrumentais, por serem as de realização mais complexa. Enquanto a perda da capacidade de realização das atividades básicas da vida diária são as que proporcionam um maior grau de dependência à pessoa idosa.

## Capítulo II - Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida é complexo e utilizado quer a nível do senso comum quer ao nível do estudo científico, em diversas áreas do conhecimento. Segundo Berger (2002) e Pimentel (2006) é um conceito que remonta à antiguidade e tem vindo a sofrer algumas alterações ao longo dos tempos e só na década de 80 adquire a definição utilizada na atualidade.

Os autores Paschoal (2000) e Mendonça (2007) referem que após a II Guerra Mundial, o termo passou a ser muito utilizado e associado à melhoria do padrão de vida (casa própria, carro, salário) aspetos objetivos. Os mesmos autores referem ainda que com o passar do tempo, o conceito não se limitava ao bem-estar económico, político e ambiental e passou a englobar aspetos sociais (educação, saúde, lazer e felicidade), e a componente subjetiva ou psicológica

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS 2001) a definição de qualidade de vida compreende a perceção subjetiva dos indivíduos, relativamente ao seu estado de saúde e sobre os aspetos do seu contexto de vida, assim como, as variáveis físicas, psicológicas, emocionais, cognitivas, comportamentais e sociais, que se podem alterar ao longo do tempo.

Outros autores Loblet (2011) e Dahlan (2016) defendem que o conceito de qualidade de vida tem evoluído ao longo do tempo. Assim, o conceito de qualidade de vida é entendido como um conceito multidimensional que depende de aspetos sociais, espirituais, contextuais, psicológicos e físicos.

Canavarro (2010) refere que o conceito qualidade de vida é influenciado em cada indivíduo pela forma como ele percebe a sua saúde física, saúde psicológica, pelo grau da sua autonomia, e pelo número de relações sociais que estabelece.

Segundo Pais Ribeiro (2004) o conceito de qualidade de vida é complexo, e de difícil definição pois não existem instrumentos concretos e objetivos que possam avaliar a qualidade de vida de um indivíduo.

Para vários investigadores o conceito de qualidade e vida apresenta três características: a subjetividade que depende da percepção da pessoa; a multidimensionalidade que por sua vez inclui três dimensões, a física, a psicológica e a social); e por fim as dimensões positivas (ex. autonomia) e negativas (ex. dependência) (Fleck, 1999).

A definição de qualidade de vida como "a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (Fleck, 1999). Esta definição, segundo Canavarro (2005), abarca a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio envolvente em que o indivíduo está inserido.

O conceito de qualidade de vida evoluiu passando de uma concepção objetiva para uma concepção subjectiva na atualidade onde está presente o carácter multidimensional da qualidade de vida (Fonseca, 2005).

Uma ideia que difere de pessoa para pessoa consoante o contexto social em que ela está inserida e a sua experiência de vida, os apoios sociais que beneficia, a saúde, as suas redes sociais, a profissão exercida, o bem-estar físico, emocional, cognitivo e social (Sousa, Figueiredo e Cequeira 2004).

## 2.1. QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS IDOSAS

Atualmente constata-se o fenómeno do envelhecimento da população, este fato é consequência, como referem os autores Paúl e Fonseca (2005) da diminuição da taxa de natalidade e mortalidade, do aumento expressivo da proporção do número de pessoas idosas no conjunto da população do país. Isto verifica-se como resultado das mudanças políticas, económicas, sociais e ambientais, assim como, os avanços na saúde pública e na Medicina, as condições de vida e saúde têm melhorado daí o aumento da população

idosa. (Buss, 2000). Com o aumento da população idosa surge a preocupação em estudar a qualidade de vida das pessoas idosas (Paúl e Fonseca, 2005).

O processo de envelhecer, tendo em conta as perdas físicas e sociais, para ser saudável exige que se consiga associar o seu percurso de vida vivido com qualidade (Kalache, Veras, & Ramos, 1987).

O autor Neri (2005), refere que o conceito de qualidade de vida para a pessoa idosa encontra-se relacionada com a capacidade de este se adaptar às diferentes fases da vida. Enquanto que os autores Hortelão (2004) e Jacob (2007) referem que a qualidade de vida nas pessoas idosas está relacionada simultaneamente com a ausência de doença, a existência de um suporte social e a uma autonomia física para executar as atividades do dia-a-dia, manter uma relação familiar e social, ter recursos económicos, realizar atividades lúdicas e recreativas regularmente e a uma boa funcionalidade da capacidade cognitiva.

A preocupação relacionada com a qualidade de vida de uma pessoa idosa deve basear-se no conceito de envelhecimento bem-sucedido ou ativo, ou seja, o modo como a pessoa envelhece (Fonseca, 2005).

A qualidade de vida das pessoas idosas depende da perceção que cada faz e depende de vários fatores como a saúde, a rede social de amigos e familiar, a situação económica e a participação em atividades de lazer (Lima, Silva & Galhardoni, 2008).

Também os autores Loblet (2011) e Paúl & Ribeiro (2012) mencionam alguns dos fatores que influenciam a qualidade de vida, como a saúde, a autonomia da pessoa idosa, capacidade funcional para a realização das atividades de vida diária, fatores psicológicos (solidão, personalidade), a perceção de que ainda é útil para a sociedade, ambiente adequado (habitação, ambiente social, serviços), fatores sociais (isolamento social), auto-estima e dignidade, privação económica.

Paúl (2005) apresenta outro fator que influencia a qualidade de vida como a interação social e as redes de suporte social que contribuem para uma melhor adaptação ao processo de envelhecimento. O desempenho de papéis sociais é importante para todas as pessoas independentemente da sua idade, sendo que na velhice este desempenho ganha ainda mais importância. Para a pessoa idosa é relevante para a sua

qualidade de vida ser capaz de manter boas relações com a família e os amigos, para que não entre em isolamento social.

Esta percepção da qualidade de vida pode ser diferente também, segundo o autor Fonseca (2008) dependendo das características da personalidade do idoso e da influência da trajetória de vida. Este autor salienta ainda que na velhice a dependência, a perda de papéis, a diminuição da autoestima, a debilidade física, as perdas consequentes do processo de envelhecimento são fatores que conduzem a uma percepção negativa da sua qualidade de vida.

É possível distinguir duas áreas subjacentes à qualidade de vida: a objetiva e a subjetiva. A primeira está ligada às condições de vida identificadas por observadores externos, que demonstra a influência do contexto sociocultural e adaptação do indivíduo aos valores e normas. A área subjetiva está relacionada com a avaliação que cada indivíduo faz de si próprio, o que inclui a satisfação com a sua vida (Ventegodt, Merrick e Andersen, 2003). No processo de avaliação da qualidade de vida das pessoas idosas temos de ter em atenção as suas limitações cognitivas sem nunca negligenciar a sua percepção subjetiva (Hoe, 2009).

Na velhice, a capacidade funcional, tem um papel muito importante pela capacidade do indivíduo ser capaz de cuidar de si próprio, ser autónomo. A falta de mobilidade pode levar a que o idoso se torne dependente do auxílio de alguém, uma vez que a mobilidade é essencial para a execução das atividades de vida diária (AVDs) e para a manutenção da sua independência.

A funcionalidade surge como um fator que influencia diretamente a qualidade de vida, na medida em que esta vai sofrendo alterações e fica comprometida com o avançar da idade, limitando a pessoa idosa nas suas atividades da vida diária.

Deste modo, é necessário que o indivíduo seja capaz de avaliar as mudanças que ocorrem na sua forma física de forma a poder escolher uma estratégia de adaptação mais adequada à sua condição, diminuindo assim o risco de acidentes (Sakamoto e Ohashi, 2017).

O autor Oliveira (2010) sugere que a prática de exercício físico pode ajudar as pessoas

a manterem a funcionalidade, autonomia e atrasar o aparecimento das perdas (físicas, cognitivas e sociais), aumentando a qualidade de vida à medida que envelhecem.

A depressão surge como uma condição de fragilidade e que afeta de forma subjetiva a qualidade de vida dos sujeitos. Múltiplos são os fatores de riscos, como sociais, demográficos, psicológicos e de saúde. De acordo com Alexopoulos (2005), as dificuldades psicossociais, o baixo rendimento, as doenças e incapacidades e o sofrimento causado nas relações familiares levam o idoso a quadros depressivos.

De acordo com a organização mundial de saúde existem mais de 300 mil pessoas que sofrem de depressão. As pessoas que estão no quadro de depressão sofrem um declínio cognitivo que é o maior risco para o desenvolvimento tardio de um quadro demencial. Contudo a depressão é uma condição predominante nas pessoas idosas, tendo um impacto significativo no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa idosa. Os sintomas depressivos tendem a aumentar com o avançar da idade e são acompanhadas de perdas ao nível do funcionamento cognitivo (Habte e Tekle, 2018).

O autor Braga (2011) considera importante promover atividades de lazer, para diminuir o isolamento social e aumentar a inserção da pessoa idosa no meio social, contribuindo para a sua autoestima e melhoria da sua saúde física, psicológica e social. Quanto mais ativa a pessoa idosa estiver na sociedade maior será sua satisfação com a vida melhorando a sua percepção da sua qualidade de vida.

Ao longo dos anos, os estudos têm evidenciado que as interações sociais e as atividades ocupacionais contribuem para o aumento da reserva cognitiva, na medida em que previnem o declínio cognitivo associado aos declínios no envelhecimento normal e a doenças neurodegenerativas (Tsolaki, 2010). Assim, pode-se observar que a sustentabilidade das capacidades cognitivas deriva da ocupação, das atividades profissionais e do estilo de vida (Fratiglioni, 2004). Verifica-se que a capacidade cognitiva tem influência na percepção da qualidade de vida.

A percepção da qualidade de vida depende da visão que cada indivíduo faz das experiências e eventos vividos. Neri (2007) afirma que a promoção da qualidade de vida

de uma pessoa idosa integra uma responsabilidade individual pessoal assim como deve integrar uma preocupação da sociedade, na medida em que esta deve planejar a promoção de atividades que facilitem um envelhecimento ativo com qualidade.

A sociedade ao criar os planos de atividades para as pessoas idosas deve ter em conta as suas opiniões e interesses sobre as atividades que estes pretendem desenvolver. Este trabalhar em conjunto tem como objetivo tornar as pessoas idosas em sujeitos ativos, dinâmicos e não indivíduos passivos no seu processo de envelhecimento. Quando a pessoa idosa é tido como o centro do seu projeto de vida a sociedade e as suas organizações têm que adaptar-se e serem mais dinâmicas e capazes de responder às novas necessidades dos idosos (Schalock, 2008).

## 2.2. Políticas/Respostas Sociais ao nível do envelhecimento

Ao longo dos anos a família foi sempre o principal suporte de todos aqueles que necessitavam de apoio, independentemente da faixa etária. O papel de cuidador sempre foi atribuído à família, e dentro desta especialmente à mulher.

Até aos princípios XX a proteção das pessoas mais velhas era assegurada pelos filhos quando estes demonstravam falta de autonomia para tomar conta de si próprias. A partir desta época a sociedade sofre uma mudança ao nível económico e social. A alteração dos modos de produção alterou o sistema de garantia de assistência aos idosos. A forma de encarar o trabalho e as exigências que ele acarreta modifica-se ao mudar o paradigma económico. A industrialização separou o trabalho da estrutura familiar. Os papeis da família alteram-se, nomeadamente quando a mulher entra no circuito do trabalho e deixa de estar exclusivamente disponível para cuidar do seu agregado familiar (filhos, pais). Com esta mudança do paradigma familiar, o idoso fica com um suporte familiar fragilizado.

A procura de melhores condições de vida leva o casal a procurar trabalho assalariado, tendo este retirado à família as suas funções anteriores de educação e de segurança. Passando o Estado a ter o papel de cuidador.

A velhice passou a ser uma preocupação do Estado que desenvolveu políticas sociais a partir do momento em que este fenómeno passou a ter uma grande impacto e visibilidade na sociedade. A partir do aumento do número de pessoas idosas coloca-se a questão de saber quem assumirá a responsabilidade social de cuidar dos indivíduos que já não são ativos profissionalmente, que deixavam de ter salário.

Assim, o Estado reconhece tecnicamente a velhice e empenha-se na criação de estruturas de apoio dirigidas aos idosos. Os serviços prestados pelo Estado apareceram como resposta para a pessoa idosa e para a sua família.

A política social surge num contexto de conflito de interesses entre a economia e a sociedade, onde o Estado intervém como mediador e regulador desses conflitos propondo-se modernizar as economias com instrumentos propiciadores do seu crescimento e assegurar a estabilidade social como a situação de emprego. Com o propósito de melhorar as condições de vida das pessoas idosas que não possuíam um suporte social o Estado desenvolveu um de respostas sociais (Osório 2007).

A autora Montagut (2000), refere-se ao conceito de política social como a expressão de uma ação sobre determinados meios para concretização de determinados fins. Essa ação implica que ocorra uma mudança de situações, de sistemas ou de práticas de conduta. A definição de política social é associada à relação entre o Estado e os serviços para cumprir objetivos de resolução de problemas sociais.

Durante a Segunda Assembleia Mundial do Envelhecimento das Nações Unidas, realizada em abril de 2002 em Madrid, o envelhecimento esteve no centro do debate mundial e foi reconhecida a necessidade de construir uma sociedade inclusiva para todas as idades, garantindo um envelhecimento com segurança, dignidade e participação das pessoas idosas na sociedade usufruindo de plenos direitos. É reforçada a ideia do direito que as pessoas idosas têm para definirem o seu projeto de vida.

A União Europeia nos últimos anos tem lançado desafios aos Estados Membros para colocarem em prática políticas e programas promotores de aprendizagem ao longo da vida e de envelhecimento ativo e solidariedade entre gerações, assumindo um compromisso político, assinalados na Carta dos Direitos Fundamentais e no Tratado de Lisboa.

Portugal, ao longo dos anos tem tentado adaptar-se às novas realidades sociais e económicas no que diz respeito ao envelhecimento. Tem vindo a desenvolver políticas para a velhice tais como a criação das Instituições Privadas de Solidariedade Social (IPSS).

Quanto às políticas sociais adotadas elas foram evoluindo ao longo do tempo e oferecendo novas respostas no apoio à população idosa. Em 1976 surgiu a iniciativa de implementação de centros de dia e das Universidades Séniores, em 1981 a implementação de centros de convívio e apoio domiciliário. (Silveira, Guerra e Matias, 2002)

Apesar das diferentes formas de resposta social que as pessoas idosas possuem, a mais escolhida são os Lares de Terceira Idade. Esta decisão tem por base a mudança da estrutura familiar, a não adequação das casas às necessidades de mobilidade dos idosos, problemas de saúde.

Quanto às políticas sociais as formas de resposta social proporcionam às pessoas idosas três sistemas de integração; institucionalização, semi-institucionalização ou a não institucionalização.

Modernamente, as famílias recorrem à institucionalização quando não têm tempo ou disponibilidade para tratar/cuidar do seu idoso devido ao seu grau de dependência, existência de alguma patologia, viuvez ou a idade.

O autor Pimentel (2001) comenta que apesar dos filhos estarem dispostos a fazer todos os possíveis para apoiar os seus pais idosos, no entanto, nem sempre esta atitude é compatível com o seu dia a dia e com a necessidade de responder de forma mais adequada às suas necessidades do idoso. A institucionalização constitui muitas das vezes, para a família ou para a pessoa idosa sem família, a última alternativa quando todas as outras se tornam inviáveis (Hortelão, 2004).

O autor Jacob (2002) define a situação de institucionalização da pessoa idosa quando este está durante todo o dia entregue aos cuidados de uma instituição e não à sua família. Nos lares ou residências geriátricas as pessoas idosas institucionalizadas residentes são aqueles que vivem 24 horas por dia numa instituição.

Os lares e residências de idosos, muitas vezes para a sociedade em geral, têm uma conotação negativa e são muitas vezes associados a lugares depressivos onde predomina uma vida rotineira e uma estruturação que não vai de encontro às necessidades humanas de identidade, relação e afeto (Romão 2002).

Quando não é vontade/desejo da pessoa idosa, integrar-se num lar esta atitude proporciona-lhe um sentimento negativo, levando os residentes institucionalizados a sentirem-se mais sós e insatisfeitos, afastados das suas redes sociais um dia-a-dia monótono e semesperança ou investimento no futuro terreno (Fonseca 2005).

A semi-institucionalização apresenta-se como possibilidade para a pessoa idosa que demonstra ter ainda algum apoio social ou alguma autonomia. Esta possibilidade tem como exemplo a integração da pessoa idosa na resposta social de centro de dia

O Centro Dia surge nos finais dos anos 60 e de acordo Jacob (2013), este é “[...] um equipamento aberto, meio caminho entre o domicílio e o internamento...”. Esta resposta social é uma alternativa à institucionalização e surge de uma, “[...] crescente consciencialização, por um lado, do fato de que o internamento implicava para muitos o corte radical e penoso com o seu meio, originando situações de desespero, e, por outro, da insuficiência das grandes estruturas de apoio, desumanizantes e comportando custos extremamente elevados, [...]” dos lares (Pimentel, 2005).

O centro de dia é uma resposta social de apoio a atividades sociais, recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas, residentes numa determinada comunidade. Tem como principais objetivos: prevenir a solidão e o isolamento; incentivar a participação e inclusão das pessoas idosas na vida social local; fomentar as relações interpessoais e entre as gerações e contribuir para retardar ou evitar ao máximo o internamento em instituições.

Esta resposta social além de promover o convívio social, desenvolvimento da autoestima, da autonomia, da funcionalidade e da independência pessoal, veio também fomentar a inclusão da pessoa idosa na vida social.

Os serviços prestados por esta resposta social permitem que a população idosa possa continuar a residir nas suas casas durante o maior tempo possível, e permitem que a

peessoa idosa possa continuar a estar em contacto com as pessoas que lhe são significativas, adiando a institucionalização em lar. Esta resposta social apresenta um tipo de apoio através da prestação de um conjunto de serviços dirigidos a pessoas idosas da comunidade, tendo como objetivo desenvolver atividades que proporcionem a manutenção das pessoas idosas no seu meio familiar. (Martin 2002).

A possibilidade de não institucionalização é possível como resposta social para a pessoa idosa que demonstra ter um suporte social e autonomia, não dependendo de ninguém para a sua vida diária. Neste caso da não institucionalização surgiu como resposta social a criação das Universidades Sêniores.

As Universidades Sêniores surgem com o objetivo de evitar o isolamento e a solidão presente em muitas pessoas idosas autónomas, promovendo e integrando a pessoa idosa na sociedade, ocupando o seu tempo livre (Ballesteros et al., 2012).

As Universidades Sêniores procuram manter a pessoa idosa ativa quer a nível físico, cognitivo, social e cultural. Esforçam-se por corresponder às expectativas das pessoas idosas no que diz respeito ao aprender e à possibilidade de convívio.

Cada Universidade Sénior tem autonomia para escolher o conjunto de atividades que pretende proporcionar aos seus alunos, por isso podemos encontrar Universidades mais direcionadas para o convívio e outras com funções mais académicas (Jacob, 2012).

O autor Albuquerque (2010), refere que os alunos são participativos/ativos no processo de construção das atividades a desenvolver, nas diferentes áreas lecionadas. Nestas instituições existe uma proximidade/interação entre o professor e a pessoa idosa.

Estas Universidades Sêniores mantêm-se em funcionamento pela vontade das pessoas idosas se manterem ativas (Jacob, 2012). Outros fatores importantes são a busca permanente do convívio, o conhecer novas pessoas, combater o isolamento, “[...] a procura de novas formas de lazer intelectual” (Jacob, 2012).

Estudos levados a cabo por Ballesteros (2012) vêm demonstrar que os programas apresentados pelas Universidades Sêniores promovem o envelhecimento ativo, na medida em que conseguem evitar o declínio cognitivo associado à idade, que ocorre

muitas vezes pelo não uso das capacidades cognitivas. Por outro lado, as universidades seniores promovem para além das capacidades cognitivas, o bem-estar físico, as relações sociais que irão por sua vez melhorar a perceção de qualidade de vida. (Ballesteros, 2012).

## Capítulo III - O envelhecimento ativo

O envelhecimento surge como um desafio à sociedade atual. O aumento da população idosa tem como consequência o aumento da pressão sobre os sistemas de saúde, da sustentabilidade da segurança social e da falta de disponibilidade de cuidados formais e informais como oferta à pessoa idosa.

O processo de envelhecimento deve seguir o modelo do envelhecimento ativo composto pelas dimensões do bem-estar físico, função social e familiar, emocional e capacidade funcional. Assim, o principal desafio para esta população é ser-lhe proporcionada um conjunto de atividades e situações que melhorem as suas capacidades cognitivas, sociais, autonomia e que estas levem a que o aparecimento das perdas sejam o mais tarde possível (Ribeiro, 2007).

O processo de envelhecimento deve ser encarado num novo paradigma, numa nova perspetiva, valorizando a individualidade da pessoa idosa, com recurso à implementação de medidas preventivas de controlo e de redução de possíveis perdas e de encontrar respostas criativas para a implementação de uma qualidade de vida nesta fase.

Esta possibilidade de proporcionar atividades que atrasem o aparecimento das perdas levam ao aparecimento do conceito de um envelhecimento ativo. O envelhecimento ativo surge na União Europeia como uma política dirigida à população envelhecida e que se define de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) como o processo de otimização de oportunidade de saúde, participação e segurança com o objetivo de melhor qualidade de vida das pessoas envelhecidas (Foster e Walker, 2015).

Estando de acordo com o documento que refere a necessidade de implementação de uma Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável do SNS (Serviço Nacional de Saúde, 2017, p.8), uma vez que se deve atender à individualidade do processo de envelhecimento, visto estar condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, correspondendo a um processo progressivo da pessoa durante todo o seu ciclo de vida.

Segundo este documento da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, (2017, p. 8,9) a necessidade da promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida, constitui o caminho apontado para dar respostas aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população. Compreendendo uma participação ativa e contínua na vida social, económica, cultural espiritual e cívica. Entendendo-se como envelhecimento ativo o “...processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (World Health Organization, 2002). E por envelhecimento saudável como o "...o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas (World Health Organization, 2015) ”.

Uma mudança de paradigma sobre o envelhecimento que vise a pessoa idosa e a sociedade em geral, a adoção e aquisição de atitudes e de processos de coping, que permitam à pessoa idosa, apesar do aumento de possíveis défices, permanecer independente, autónoma, produtiva e socialmente ativa nesta sua fase de vida. Uma necessidade da maximização de acontecimentos positivos e desejáveis (longevidade e satisfação de vida) e uma minimização de acontecimentos negativos e indesejáveis (doença crónica ou a perda irreversível das capacidades mentais). (Fonseca, 2005).

Este autor, considera várias possibilidades para que um envelhecimento possa ser bem-sucedido e que se prendem com a natureza ecológica (sentido de um ajustamento recíproco entre o indivíduo e o meio onde vive), mecanismos de controlo (entre as mudanças que se sucedem com o envelhecimento e reação do indivíduo na reformulação dos seus objetivos e aspirações) e na utilização de mecanismos da sua vivência de vida que lhe permitam maximizar as perdas de forma a potencializar um envelhecimento bem-sucedido.

Neste sentido, o envelhecimento ativo promove na pessoa idosa autonomia, evita o isolamento social, a solidão, depressão e atrasa o aparecimento das fragilidades físicas e psicológicas.

As várias abordagens sobre o conceito de envelhecimento ativo reconhecem que as pessoas idosas de hoje são diferentes do século passado, vivem mais tempo, apresentam melhores condições de saúde e melhores níveis de instrução. A vitalidade da nossa

sociedade se encontra cada vez mais dependente da participação ativa das pessoas idosas (Simões, 2006).

Neste sentido, o envelhecimento ativo surge como uma medida de combate ao isolamento social e à manutenção da autonomia da pessoa idosa e da sua qualidade de vida, saúde e bem-estar. Para que o envelhecimento ativo tenha sucesso é necessário elaborar e implementar um conjunto de atividades diferentes e adaptadas aos interesses e aspirações de cada pessoa que chega à velhice (Chau, Soares, Fialho e Sacadura, 2012).

O envelhecimento ativo deve ter por base a escolha de estratégias dentro de um plano de atividades que tenham em conta os interesses e expectativas de vida de cada pessoa idosa. Esse conjunto de atividades diversificadas tem como objetivo combater o isolamento social, a solidão e evitar as possíveis fragilidades físicas e psíquicas.

Se as pessoas idosas permanecerem ativas se estiverem socialmente integradas e assumirem diferentes papéis sociais terão uma melhor prestação física e cognitiva e sentir-se-ão úteis na sociedade. (Neri e Cachioni, 1999)

Papalia (2008) refere que a participação em atividades de lazer pode ser tão benéfica à saúde e ao bem-estar quanto a participação em atividades profissionais.

Fonseca (2005) enuncia um conjunto de estratégias potencialmente favorecedoras de um envelhecimento bem-sucedido e que passam por uma preservação de um estilo de vida saudável (para reduzir a probabilidade de ocorrência de condições patológicas inerentes ao próprio envelhecimento), pela manutenção de uma visão otimista da vida (como forma efetiva de compensar as perdas), por uma adoção de soluções individuais e sociais flexíveis e adaptadas a cada caso, pela procura de escolher e/ou criar “ambientes amigáveis” para a implementação de estilos de vida apropriados à idade, pela manutenção e incentivo da realização de atividades enriquecedoras sob o ponto de vista cognitivo e social, compensando as perdas que ocorrem nestes domínios, pelo saber lidar com as perdas, passando pela consideração de alternativas que facilitem o confronto com a realidade objetiva, reorientando a própria vida em termos de objetivos e aspirações e por uma necessidade de recorrer a estratégias que facilitem e promovam a gestão do quotidiano, num

ajustamento à realidade e não implicando a perda de identidade, com a adoção de comportamentos realistas face às capacidades individuais e pela consequente adequação de desejos e objetivos pessoais.

Oliveira (2005) reforça a ideia, com a necessidade da estimulação de diversas dimensões pessoais, com exercícios práticos de estimulação física (ginástica e desporto, adaptados e conforme as possibilidades da pessoa idosa), psíquica (percepção, pensamento, memória, atenção, afeto, autoestima, entre outros) e social (comunicação, convivência, sentimento de pertença, entre outros).

O mesmo autor indica três categorias para um envelhecimento bem-sucedido, sendo a primeira, a redução da probabilidade de doenças, em especial as que causam perda de autonomia. Em segundo, a manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico. E em terceiro, na manutenção de empenhamento social e bem-estar subjetivo.

Como síntese pode referir-se que o envelhecimento decorre com o passar do tempo, é caracterizado como um processo natural, complexo e universal, que depende de fatores como o género, hereditariedade, diferenças culturais, estatuto socioeconómico, profissão, bem como à localização geográfica da área onde residem (Lima, 2002). Desta forma, pode dizer-se que o processo de envelhecimento sofre a influência de variáveis sociais, psicológicas, fisiológicas e temporais (Ribeiro, 2007).

### 3.1. Aprendizagem ao longo da vida

A temática da educação e aprendizagem tem sido amplamente discutida ao longo dos anos, tendo em conta a necessidade de aquisição e atualização de conhecimentos para as pessoas se manterem atualizadas e preparadas para os desafios da vida profissional.

Os conceitos de Educação e Aprendizagem estiveram sempre relacionados, no entanto não têm o mesmo significado. Já o autor Simões (2007) refere que aprender é “agarrar um conteúdo proposto”, ou seja, é uma aquisição de conhecimentos pela teoria.

Enquanto que a aprendizagem pode definir-se como sendo uma aquisição de conhecimentos pela prática e que conduz a uma mudança de comportamento, sendo esta possível em qualquer idade ou cultura.

Ao longo do tempo o sistema educativo previa a educação como um processo limitado no tempo e no espaço, uma vez que esta estava apenas focada na infância e na juventude e era vista como uma instrução, valorizando-se apenas a educação formal.

Quando o conceito sai das limitações do espaço e do tempo, perde-se a visão redutora da educação, ao nível da aquisição de conhecimentos. Quando estamos perante uma aquisição de conhecimentos num processo sem limitações espaciais e temporais, surge assim o conceito de aprendizagem ao longo da vida (Pinto, 2005).

É em finais do século XIX, princípios do séc. XX que surge o conceito de aprendizagem ao longo da vida quando o conceito de educação e o sistema educativo é contestado pela sociedade. Como afirma o autor Siteo (2006), “A ideia de aprendizagem nasce no século XIX, com o surgimento dos primeiros movimentos que advogaram e promoveram a educação de adultos em ambientes não escolares, através de programas para a nova classe trabalhadora industrial”.

Os autores Costa (2005) e Neves (2009), consideram que a aprendizagem ao longo da vida está baseada na responsabilidade individual, no que respeita à escolha do percurso educativo. Os mesmos autores referem que essa escolha do seu percurso educativo está relacionada com os seus interesses, necessidades e objetivos pessoais.

A aprendizagem ao longo da vida pode apresentar vários formatos ou estruturas e pode ser flexível e adequada ao ritmo de cada indivíduo, não tendo necessariamente de ocorrer numa sala de aula.

A aprendizagem ao longo da vida salienta a importância da aquisição de conhecimentos que uma pessoa realiza desde o seu nascimento até à sua morte. A aprendizagem ao longo da vida pode realizar-se em diferentes formas formais, não formais e informais.

A aprendizagem formal consiste num processo de aquisição de conhecimentos oferecidos por uma organização de carácter estruturado com objetivos didáticos e uma

certificação. Ou seja, a aprendizagem formal consiste no resultado de experiências do ensino ou da formação, com objetivos estruturados de aprendizagem, com tempo e recursos de aprendizagem, conduzindo à certificação. A aprendizagem formal é intencional do ponto de vista do formando diferindo da aprendizagem não formal que baseia-se numa aprendizagem que não é oferecida por um centro de educação ou formação e não atribui certificado. Isto é, a aprendizagem não formal baseia-se numa aprendizagem que não é promovida por uma instituição de ensino ou de formação e, normalmente, não conduz à certificação. É, todavia, estruturada (em termos de objetivos, duração e recursos) (Bruno, 2014).

Ainda segundo o mesmo autor, enquanto a aprendizagem informal baseia-se em atividades vida diária, familiares, sociais e laborais ou de lazer, esta aprendizagem não é estruturada e também não leva a uma certificação. É uma aprendizagem que não é estruturada (em termos de objetivos de aprendizagem, tempo de aprendizagem ou recursos da aprendizagem) e não conduz à certificação. A aprendizagem informal pode ser intencional, mas, na maioria dos casos, é não-intencional (Bruno, 2014).

### 3.2.A aprendizagem ao longo da vida e o envelhecimento

Tendo em conta a problemática do envelhecimento, é cada vez mais importante estudar os efeitos da aprendizagem ao longo da vida em pessoas idosas. A aprendizagem ao longo da vida desempenha um papel importante na manutenção da autonomia, saúde, bem-estar físico e psicológico concedendo às pessoas idosas uma boa qualidade de vida e conduzindo a um envelhecimento ativo. (Jenkins, 2011; Jenkins e Mostafa, 2015; Leung e Liu, 2011).

Também Fernández-Ballesteros (2009) concluiu que exercitar diariamente a cognição em atividades cognitivas, sociais e de lazer tem um efeito positivo na qualidade de vida da pessoa idosa. Estas atividades de aprendizagem são fatores positivos que impedem a deterioração cognitiva ao estimularem a pessoa idosa. O envolver-se em atividades que estimulam as capacidades cognitivas faz com que estas tenham um ritmo de perda mais lento e protege da demência (Papalia, 2008).

O treino cognitivo e a participação em atividades é de extrema importância para a pessoa idosa. A aprendizagem ao longo da vida, o manter-se cognitivamente estimulado, permite à pessoa idosa manter-se ativo socialmente, ao facilitar os contatos com os outros de modo a combater o isolamento social, a solidão, e a depressão. A aprendizagem ao longo da vida permite também a manutenção da capacidade das pessoas idosas de terem objetivos de vida e conseguirem ultrapassar com mais facilidade as contrariedades que enfrenta no seu dia a dia.

As pessoas idosas inseridas no processo de aprendizagem ao longo da vida conseguem não apresentar grandes perdas ao nível das capacidades cognitivas, sociais e físicas, porque mantêm-se exercitados, ou seja, ativos.

A pessoa idosa que frequenta espaços onde se desenvolvem atividades inseridas no processo de aprendizagem ao longo da vida, reflete a decisão da pessoa de ter um envelhecimento ativo e a capacidade da sociedade de proporcionar as ferramentas adequadas para a pessoa idosa frequentar essas atividades (Medeiros 2013).

## **Parte II – Estudo Empírico**

## Capítulo IV - Metodologia

Como referido anteriormente, o interesse da comunidade científica sobre a população idosa tem vindo a aumentar nos últimos anos, principalmente devido ao aumento da população idosa.

A pessoa idosa durante o seu processo de envelhecimento sofre alterações físicas, de contextos sociais e psicológicas que têm impacto na sua vida, transformações que alteram o seu bem-estar físico e social. Essas alterações do processo de envelhecimento podem dar origem ao aparecimento de determinados fatores que podem influenciar negativamente a sua vida. Dos fatores que influenciam o envelhecimento realço as perdas ao nível funcional, perdas cognitivas, perdas sociais, a solidão e o aparecimento da sintomatologia depressiva que afetam a sua qualidade de vida.

Como fatores que alteram a qualidade de vida da pessoa idosa, a depressão e a solidão podem relacionar-se, uma vez que o aumento da solidão pode levar ao aumento da depressão e conseqüentemente o aumento da depressão leva ao aumento da solidão. O autor Nunes (2008) refere que a sintomatologia depressiva é muitas vezes acompanhada de perturbações de memória, a sensação de cansaço e de fadiga, o que leva a que estes dois fatores originam também maiores perdas cognitivas levando a pessoa idosa a isolar-se ainda mais.

Envelhecer segundo o autor Zimmerman (2000) consiste em passar para uma nova etapa da vida, que deve ser encarada de uma forma positiva, saudável e com qualidade. Como nas outras fases da vida, envelhecer também implica alterações físicas, psicológicas e sociais que poderão ser mais difíceis de encarar.

É importante ajudar a pessoa idosa a adaptar-se a estas novas alterações, para que neste processo de adaptação consiga elaborar um projeto de vida que lhe proporcione viver com qualidade. (Oliveira, 2008). Esta adaptação à nova realidade implica que a pessoa idosa usufrua da possibilidade de ter acesso a um conjunto de atividades que o levem a um envelhecimento com qualidade, envelhecimento ativo. Quando a pessoa idosa se sente participante, ativo e útil na vida da comunidade, ela sente-se adaptada à sua nova

fase da vida.

O processo de envelhecimento depende das escolhas do seu projeto de vida que a pessoa idosa faz sobre a sua vida. Essas escolhas podem influenciar a intensidade do aparecimento desses fatores. Se a pessoa idosa decidir manter a sua rede social de amigos de modo a sentir-se útil ao realizar atividades na comunidade onde está inserida, ultrapassa com mais facilidade os sentimentos de solidão e depressão.

Assim, o processo de envelhecimento é influenciado pelas escolhas e práticas de envelhecimento ativo, devendo essas práticas ser da escolha do indivíduo, tendo em conta os seus interesses.

A pessoa idosa que escolhe estar ativa e inserida numa rede social mantém a sua autonomia e não tem tanta probabilidade de sofrer solidão e depressão e mantém a sua capacidade funcional e cognitiva e uma boa qualidade de vida. Uma boa interação social facilita a sua adaptação ao processo de envelhecimento. Com base no que foi apresentado o que se verifica é que a vertente relacional é um fator importante na promoção do envelhecimento ativo e da qualidade de vida da pessoa idosa.

A escolha pode passar por um processo de envelhecimento ativo mas também pela opção de vivenciar experiências de vida e práticas que podem inserir-se num processo de aprendizagem que se deve efetuar ao longo da vida.

É importante ajudar a pessoa idosa a adaptar-se a esta fase da vida, pois a sua capacidade de adaptação influencia o envelhecimento ativo trazendo sentimentos de satisfação com a vida em geral (Oliveira, 2005).

Este estudo insere-se no sentido de querer conhecer mais sobre esta fase da vida, e ajudar em caracterizar e compreender esta população, e como cidadã, saber como participar na construção de projetos de desenvolvimento e intervir na comunidade ao colaborar na promoção do envelhecimento ativo.

Nesta parte do trabalho apresenta-se o estudo empírico realizado sobre as diferenças no processo de envelhecimento e perceber em que medida as diferentes respostas sociais

permitem um envelhecimento diferenciado modificando alguns dos fatores que influenciam o envelhecimento (solidão, depressão e funcionalidade), dando resposta à pergunta de partida apresentada anteriormente: *Será que a tipologia de resposta social que a pessoa idosa frequenta influencia a sua capacidade cognitiva, depressão, solidão, funcionalidade e a sua perceção da qualidade de vida?*

O estudo é do tipo descritivo, correlacional, comparativo e transversal, uma vez que, caracteriza-se por descrever a realidade, procurando as relações (correlações) existentes entre as variáveis em estudo, sendo a avaliação destas variáveis feita num só momento. Segundo Ribeiro (2007), um estudo transversal trata dados que são recolhidos num único momento; e um estudo correlacional proporciona informação referente ao grau de relação existente entre as variáveis em estudo.

Apresenta-se a seleção da amostra e os procedimentos a efetuar na recolha de informação junto da amostra. Para a recolha da informação foi elaborado um questionário de recolha de dados sócio-demográficos, que se encontra apresentado e descrito mais à frente neste trabalho. Além deste, foram selecionados e utilizados os instrumentos de recolha de dados o Mini Mental State (Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências (GEECD), 2003), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-10) (GEECD, 2003), Escala de Solidão da UCLA (Neto, 1989), Barthel Index, escala de Depressão Geriátrica (GDS-10), Lawton e Brody Scale, e a whoqol-Bref. (Canavarro Simões, 2006).

É na fase metodológica que o investigador determina a sua forma de atuação de maneira a obter as respostas às questões de investigação ou verificar hipóteses (Fortin, 2009).

O autor Fortin (2003, p. 372) refere que metodologia se entende como um “Conjunto dos métodos e das técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica (...)”. Assim, os processos metodológicos utilizados são selecionados de forma a dar respostas aos objetivos da investigação.

Nesta investigação foi escolhido o método quantitativo para responder à questão de partida e às hipóteses formuladas. Para Fortin (1999), o método quantitativo é um processo sistemático de recolha de dados quantificáveis, e tem por finalidade contribuir para a validação dos conhecimentos.

#### 4.1. Tipo de estudo

Na presente investigação recorreu-se a uma abordagem do tipo quantitativo, descritivo correlacional, comparativo e transversal no sentido em que se procedeu à recolha dos dados num único momento.

Este tipo estudo caracteriza-se por descrever a realidade, procurando as relações (correlações) existentes e o grau de relação entre as variáveis em estudo, não estabelecendo uma relação causa-efeito (Ribeiro, 2007 e 2011).

#### 4.2. Objetivos

O estudo pretende dar resposta à problemática, anteriormente exposta no enquadramento teórico, através da formulação dos objetivos de investigação. Delineou-se como objetivo geral: estudar as capacidades cognitivas, funcionalidade e os aspetos emocionais (solidão, depressão funcionalidade e capacidade cognitiva) em pessoas idosas inseridas nas três formas de resposta social (institucionalizados, semi-institucionalizados e não institucionalizados).

Com este objetivo, pretende-se perceber se as pessoas idosas que estão num processo de aprendizagem ao longo da vida apresentam uma menor deterioração cognitiva, maiores níveis de funcionalidade, menos solidão e ausência de depressão, comparativamente às pessoas idosas institucionalizadas e semi-institucionalizadas e não institucionalizadas.

Foram ainda delineados os seguintes objetivos específicos: 1) Comparar o impacto da institucionalização na perceção da qualidade de vida da pessoa idosa de acordo com a tipologia de institucionalização; 2) Estudar a relação entre a capacidade cognitiva, a depressão, a solidão e funcionalidade básica e instrumental nas três subamostras; 3) Verificar como se associam as variáveis: idade, sexo, estado civil e habilitações literárias face à tipologia de institucionalização.

Desta forma e no seguimento das etapas da investigação foi elaborada a pergunta de

partida, tendo em conta os objetivos a alcançar: Será que a forma de tipologia de institucionalização das pessoas idosas influencia a sua capacidade cognitiva, depressão, solidão, funcionalidade e a sua perceção da qualidade de vida?

### 4.3. Hipóteses

H1: Há diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas idosas que estão no lar, centro de dia e na universidade sénior e não institucionalizados ao nível do grau de capacidade cognitiva, depressão, solidão, funcionalidade básica e instrumental e qualidade de vida.

H2: Há associação entre a capacidade cognitiva, depressão, solidão, funcionalidade básica e instrumental e qualidade de vida entre as pessoas idosas que estão no lar, centro de dia e na universidade sénior.

H3: Há diferenças entre as pessoas idosas que estão no lar, centro de dia e na universidade sénior ao nível das características sociodemográficas: sexo, estado civil, idade e habilitações académicas.

### 4.4. População e amostra

O autor Fortin, (2003) refere que população, numa investigação, é o grupo total de pessoas ou objetos que apresentam um conjunto de características semelhantes e relevantes para a pesquisa. Também o autor Tuckman (2000) define que “a população (...) utilizada num estudo (...), é o grupo sobre o qual o investigador tem interesse em recolher informação e extrair conclusões.”

O autor Fontin (2006), refere que quando num estudo de investigação a população a estudar apresenta um número tão elevado de indivíduos que se torna pouco prático estudar todos os elementos da população, torna-se necessário a formação de uma amostra. A amostra é um subconjunto da população que apresenta o mesmo conjunto de características e selecionada através de algumas técnicas de amostragem e que deve ser

representativa daquela.

De acordo com Fortin (2009, p. 312) amostra “(...) é a fracção de uma população sobre a qual se faz o estudo”. Para o mesmo autor, ela deve ser representativa desta população, ou seja, certas características devem estar presentes em todos os elementos da amostra.

Existem dois processos de seleção e construção de uma amostra, que segundo o autor Burgess (2001) diferem segundo a terminologia de alguns investigadores em amostra probabilística e amostra não probabilística. A amostra probabilística é aquela em que todos os elementos da população apresentam a mesma oportunidade de participar na recolha de dados, em que cada elemento da população “tem a mesma calculável e não nula probabilidade de ser seleccionada.” (Burgess, 2001, pág.59) Já na amostra não probabilística a recolha de dados é constituída por indivíduos que são escolhidos segundo alguns critérios estabelecidos pelo investigador, mantendo-se a condição da amostra ser representativa e de que no final da pesquisa os resultados obtidos sejam passíveis de extrapolação.

Na presente investigação foi utilizada uma amostragem não probabilística, com recurso à técnica de amostragem por conveniência. Este tipo de amostragem caracteriza-se por ser realizada segundo critérios e é “(...) formada por sujeitos que são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, num momento preciso (...)” (Fortin, 2003, p. 208). Nesta pesquisa foi utilizada uma amostra não probabilística por conveniência, pois foram escolhidas as pessoas que participaram nesta investigação.

Este estudo realizou-se recorrendo a três subamostras constituídas por pessoas idosas inseridos nas três respostas sociais em estudo, Lar, centro de dia e universidade sénior. A amostra total (N = 45) é constituída por sujeitos de ambos os sexos, tendo-se seguido os seguintes critérios de inclusão: os utentes com capacidade de perceção das questões colocadas, com idade superior a 60 anos, pessoas idosas que frequentem as instituições em estudo, aceitem participar voluntariamente no estudo e apresentem capacidades cognitivas que não impossibilitem responder de forma autónoma e consciente às perguntas, sendo pedido a avaliação da equipa de Serviço Social das instituições em estudo. Como critério de exclusão, todos os utentes que apresentem diagnóstico de demência ou deterioração cognitiva notoriamente incapacitante.

Neste sentido, o facto de os indivíduos não poderem apresentar pontuações totais no Mini Mental State acima dos valores de referência normativos que indiquem défice cognitivo, isto é, pontuações iguais ou superiores a 27 em indivíduos com 7 ou mais anos de escolaridade, iguais ou superiores a 24 em indivíduos com 3 a 6 anos de escolaridade e pontuações iguais ou superiores a 22 para indivíduos com 0 a 2 anos de escolaridade (Rocha, 2009).

Para efeito, a amostra total deste estudo foi dividida em três subamostras, com base na tipologia de institucionalização: a não institucionalizada, a semi-institucionalizada e a institucionalizada.

Os participantes inseridos na amostra e que responderem aos inquéritos foram abordados em sessões individuais, nas três instituições.

#### *4.4.1. Caracterização da amostra*

De seguida apresentam-se os dados de caracterização da amostra relativamente à idade, ao sexo, estado civil e escolaridade.

60 – 64	-
65 – 69	-
70 – 74	2

75 – 79	3
80 – 84	2
85 – 89	5
90 – 94	2
95 – 100	1
Total	15

Tabela 1 - caracterização por idades, no Lar Emanuel

60 – 64	-
65 – 69	2
70 – 74	1
75 – 79	3
80 – 84	1
85 – 89	6
90 – 94	2
95 – 100	-
Total	15

Tabela 2 - caracterização por idades, no Centro de Dia

60 – 64	1
65 – 69	3
70 – 74	6
75 – 79	5

80 – 84	-
85 – 89	-
90 – 94	-
95 – 100	-
Total	15

Tabela 3 - caraterização por idades, na Universidade Sénior

Nas Tabelas 1, 2 e 3 apresentam-se os dados de caracterização da amostra, relativamente à idade podendo verificar-se que a maioria dos inquiridos situa-se entre os 85 e os 89 anos.

A distribuição por grupos etários mostra, que os valores mais elevados se encontram no escalão entre os 85 e 89 anos no Lar Emanuel e no Centro de Dia, enquanto que na universidade sénior escalão com o valor mais elevado é entre os 70 e 74 anos.

Masculino	3
Feminino	12
Total	15

Tabela 4 - caraterização por sexo, no Lar Emanuel

Masculino	6
Feminino	9
Total	15

Tabela 5 - caraterização por sexo, no Centro de Dia

Masculino	4
Feminino	11
Total	15

Tabela 6 - caraterização por sexo, na Universidade Sénior

Nas Tabelas 4, 5 e 6 apresentam-se os dados de caracterização da amostra, relativamente ao sexo, verificar-se que o predomínio maioritário é do género feminino.

Não sabe ler e não sabe escrever	-
Sabe ler e escrever	1
1 - 4 anos	5
5 - 6 anos	1
7 - 9 anos	2
10 - 12 anos	5
Estudos Universitários	1
Pós-Graduação	-
Total	15

Tabela 7 - caraterização por escolaridade, no lar Emanuel

Não sabe ler e não sabe escrever	1
Sabe ler e escrever	5
1 - 4 anos	8
5 - 6 anos	-

7 - 9 anos	-
10 - 12 anos	1
Estudos Universitários	-
Pós-graduação	-
Total	15

Tabela 8 - caracterização por escolaridade, no Centro de Dia

Não sabe ler e não sabe escrever	-
Sabe ler e escrever	2
1 - 4 anos	3
5 - 6 anos	1
7 - 9 anos	3
10 - 12 anos	4
Estudos Universitários	2
Pós-graduação	-
Total	15

Tabela 9 - caracterização por escolaridade, na Universidade Sénior

Nas Tabelas 7, 8 e 9 apresentam-se os dados de caracterização da amostra, relativamente à escolaridade, podendo-se observar que o item com maior destaque corresponde aos idosos com frequência do ensino básico (1º ciclo), podendo também verificar-se que no Lar e na universidade encontramos idosos com formação ao nível do ensino secundário.

Solteiro	1
Casado(a)	1
Divorciado (a)	1
Viúvo (a)	12
Total	15

Tabela 10 - Caracterização segundo o estado civil, no Lar Emanuel

Solteiro	2
Casado(a)	3
Divorciado (a)	4
Viúvo (a)	6
Total	15

Tabela 11 - Caracterização segundo o estado civil, no Centro de Dia

Solteiro	-
Casado(a)	9
Divorciado (a)	-
Viúvo (a)	6
Total	15

Tabela 12 - Caracterização segundo o estado civil, na Universidade Sénior

Nas Tabelas 10, 11 e 12 apresentam-se os dados de caracterização da amostra, relativamente ao estado civil, podendo-se observar que os resultados obtidos relativos ao estado civil permitem verificar que, o estado de viuvez é o mais marcante desta amostra, no lar e centro de dia. Na universidade sénior o estado civil que predomina é o de casado.

Depois de feita a análise de cada instituição, é apresentado uma tabela resumo da caraterização da amostra.

	Amostra Total (n=45)		Idosos Não Institu. (n=15)		Idosos (n=15)		Semi-Institu.		Idosos Institu. (n=15)	
Sexo		1,71 0,458		1,73 0,458			1,6 0,507			1,8 0,414
Masculino	13	28,9	4	26,7	6	40			3	20
Feminino	32	71,1	11	73,3	9	60			12	80
<hr/>										
Estado Civil										
Solteiro/a	3	6,7	-	-	2	13,3			1	6,7
Casado/a	13	28,8	9	60	3	20			1	6,7
Divorciado/a	5	11,1	-	-	4	26,7			1	6,7
Viúvo/a	24	53,3	6	40	6	40			12	80
<hr/>										
Escolaridade										
Não sabe ler nem escrever	1	2,2	-	-	1	6,7			-	-
Saber ler e/ou escrever	8	17,8	2	13,3	5	33,3			1	6,7
1-4 anos	16	35,6	3	20	8	53,3			5	33,3
5-6 anos	2	4,4	1	6,7	-	-			1	6,7
7-9 anos	5	11,1	3	20	-	-			2	13,3
10-12 anos	10	22,2	4	26,7	1	6,7			5	33,3
Estudos Uni.	3	6,7	2	13,3	-	-			1	6,7
<hr/>										
Idade		79,29 8,371		71,87 3,72			81,53 7,972			84,47 7,049

Tabela 13 - Resumo da caracterização da mostra

A amostra total deste estudo é composta por 45 indivíduos idosos pertencentes às 3 instituições (Settings), com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos ( $79,29 \pm 8,371$ ), sendo a maioria dos sujeitos do sexo feminino (71,1%) com uma prevalência de frequência escolar de 1 a 4 anos de escolaridade (1º ciclo) com uma percentagem de 35,6%. No que respeita ao estado civil pode-se observar que grande parte dos sujeitos é viúvo (53,3%).

Cada uma das amostras é composta por 15 sujeitos, sendo a média das idades superiores nas pessoas idosas institucionalizados (lar) e semi institucionalizados (centro de dia) quando comparados com os não institucionalizados ( $84,47 \pm 7,049$ ;  $71,87 \pm 3,720$ ).

Os sujeitos semi-institucionalizados apresentam níveis de escolaridade mais baixos quando comparados com institucionalizados e os não institucionalizados.

#### 4.5. Procedimentos Formais e Éticos

Numa fase inicial, foram requeridas as autorizações para a utilização dos instrumentos aos autores originais, nomeadamente Barthel Index, escala de Depressão Geriátrica (GDS-10), Mini Mental State, Lawton e Brody Scale, Escala da Solidão (UCLA), Barthel Index, Lawton e Brody Scale, e a versão breve da escala da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF). Posteriormente, foi elaborado um protocolo de avaliação, constituído por duas partes: uma destinada às questões socio-demográficas e outra correspondente aos instrumentos selecionados.

A amostra do estudo foi obtida através de uma carta/pedido de colaboração via eletrónica a instituições sociais que prestam serviços à população idosa. Deste modo, a recolha dos dados foi realizada num período de 2 meses (de janeiro a fevereiro de 2019).

Antes da aplicação do inquérito foi explanado aos participantes interessados os objetivos do estudo, disponibilizando o consentimento informado de forma a esclarecer todas as dúvidas que pudessem surgir, foram também informados da confidencialidade

dos dados, uma vez que o tratamento de dados foi elaborado de forma global, no qual os sujeitos não serão alvo de uma avaliação individualizada.

A aplicação do questionário foi feita de forma individual, em contexto informal para que o idoso estivesse á vontade para responder às questões. Antes da aplicação do questionário houve um esforço em estabelecer um diálogo para criar um ambiente de empatia e confiança entre o investigador e os inquiridos.

Durante a aplicação do inquérito constatou-se que nenhum dos inquiridos manifestou nervosismo ou rejeição perante o que lhe estava a ser perguntado, mas pelo contrário colaboraram com satisfação e entusiasmo transmitindo outras informações e fazendo comentários sobre a sua história de vida.

#### 4.6. Breve Caracterização das Instituições

As amostras foram recolhidas na associação Lar Emanuel em Leiria, Centro de Dia Campos do Lis em Leiria e na Universidade Sénior das Caldas da Rainha.

A Associação Lar Emanuel é uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), fundada em 25 de julho de 1976. Nos primeiros anos da sua existência, o Lar Emanuel funcionou em duas moradias contíguas ao Jardim Escola João de Deus, tendo mais tarde mudado de instalações para os Marrazes em 1989. Em 2004 consciente da importância da mudança de instalações para a melhoria do serviço prestado aos idosos adquire um terreno em Gândara dos Olivais. Em 5 de outubro de 2011 é feita a mudança para as novas instalações.

A nova estrutura residencial para pessoas idosas é constituída por um refeitório, salas de convívio com várias atividades, salas de estar, um bar, pequenas bibliotecas, um jardim para os utentes darem um pequeno passeio, bem como um espaço onde uma equipa de cabeleireiras vem semanalmente.

Para esta instituição a ligação das pessoas idosas com a família é sempre importante por isso procuram estabelecer ligação e promover a visita dos familiares aos idosos de modo que estes não se sintam isolados. A equipa de trabalho tenta proporcionar os melhores cuidados de saúde aos idosos num ambiente em que os afetos são muito importantes.

A Instituição Lar Emanuel tenta promover uma vida ativa a todos os utentes através da realização de várias atividades, sendo formulado todas as semanas um Plano de Atividades, que pretende envolver e desenvolver as relações interpessoais de forma harmoniosa.

A Liga Social e Cultural Campos do Lis encontra-se localizada na Gândara dos Olivais, freguesia de Marrazes, concelho de Leiria.

A Liga é uma associação que desenvolve várias atividades, nomeadamente na área social, cultural, recreativa e desportiva, contando, na atividade social, com três respostas: o Serviço de Apoio Domiciliário, Centro de Dia e Cantina Social.

O Centro de Dia da Liga Social e Cultural Campos do Lis é uma resposta social com o objetivo de valorização pessoal, partilha de conhecimentos e experiências, proporcionando, durante o dia, a resolução de necessidades básicas pessoais, terapêuticas e socioculturais às pessoas afetadas por diferentes graus de dependência, contribuindo para a manutenção da pessoa no seu meio familiar.

As instalações do centro de dia são constituídas por um refeitório, sala de convívio para a dinamização de várias atividades, um jardim para os utentes darem um pequeno passeio. Tenta promover uma vida ativa a todos os utentes através da disponibilização de várias atividades em os idosos são autónomos/livres para escolherem em quais querem participar.

A Universidade Sénior Rainha Dona Leonor (USRDL) é um espaço educacional, cultural e de convívio. Começou a sua atividade em 2007 e é frequentada por 360 alunos, que têm ao seu dispor um variado leque de mais de 30 disciplinas. Esta instituição tem como objetivo a formação contínua das pessoas com idades iguais ou superiores a 50 anos através de uma variada oferta pedagógica, sendo também realizadas atividades extracurriculares que proporcionam momentos de convívio e

aquisição de novos conhecimentos. Promovendo um envelhecimento ativo e com qualidade de vida, ao melhorar a autoestima e a autoconfiança de cada idoso que frequenta a universidade.

#### 4.7. Instrumentos de recolha de dados

Com vista a dar resposta aos objetivos supracitados, utilizou-se um inquérito sociodemográfico desenvolvido para o efeito e instrumentos de avaliação psicológica: Mini-Exame do Estado Mental (MMSE), Barthel Index, GDS-10, Lawton e Brody Scale, Escala da Solidão (UCLA) e a versão breve da escala da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-BREF).

A escolha por instrumentos recai sobre o fato de qualquer um deles já ter sido alvo de estudos em Portugal com populações idosas, como a do presente estudo.

##### *4.7.1. Inquérito Sociodemográfico*

O inquérito foi elaborado com o objetivo de recolher dados para a caracterização sócio-demográfica da amostra. Este surgiu com a finalidade de obter dados referentes às características pessoais e sociais da população em estudo. Saliente-se que este foi constituído tanto por questões fechadas como por questões abertas.

O questionário sociodemográfico é composto pelas seguintes questões: idade, sexo, estado civil, habilitações literárias, tipo de institucionalização e a presença de problemas de saúde que impeçam a realização de atividades do dia a dia.

##### *4.7.2. Mini Mental State*

O Mini Mental State (MMSE) foi desenvolvido originalmente por Folstein em 1975 nos Estados Unidos, tendo o autor original utilizado uma amostra composta por

indivíduos idosos com quadros demenciais, com alterações emocionais e com ausência problemas cognitivos. O autor utilizou dois grupos para validar o teste: um grupo com indivíduos do foro psiquiátricos e outro com indivíduos sem problemas do foro psiquiátrico, de controlo (Spar e La Rue, 2005).

Este instrumento surge como o mais utilizado na população idosa, para o rastreio cognitivo e para a avaliação global das funções cognitivas. O presente instrumento é de fácil aplicação e validado para a população portuguesa, com tempo de aplicação entre 5 a 10 minutos, e de fácil aceitabilidade. A adaptação do Mini Mental State (MMSE) para Portugal foi realizada por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia em 1994 (GEECD, 2003).

No que respeito às capacidades psicométricas é um instrumento robusto, com boa consistência interna (alpha de cronbach a variar entre os 0,54 e os 0,96) e ao nível da fidedignidade teste-reteste com valores de Coeficiente de Pearson de 0,98.

É uma escala composta por 11 itens que fornecem informações sobre diferentes parâmetros cognitivos (Veríssimo, 2006), ou seja avaliam as seguintes capacidades cognitivas: orientação espacial e temporal (temporal e espacial, 10 pontos), retenção (3 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação (memória 3 pontos) e linguagem (9 pontos – este inclui 1 ponto pela capacidade construtiva visual) (Valle, Castro-Costa, Firmo, Uchoa e Lima-Costa (2009).

A pontuação total que pode variar de um mínimo de 0 pontos, indicando este valor um maior grau de défice cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, que representa um indivíduo com uma melhor capacidade cognitiva.

Os resultados do Mini Mental State podem sofrer alterações consoante a escolaridade dos sujeitos, uma vez que em sujeitos poucos escolarizados podem surgir falsos positivos (Tombaugh, McDowell, Kristjansson, Hubley, 1996), como no outro extremo, sujeitos muito escolarizados existe uma probabilidade de ocorrem falsos negativos (Dziedzic, Brady, Lindsay e Huff, 1998).

O score máximo para o teste varia entre 0 e 30, sendo utilizado o ponto de corte de 24 para indicar deterioração cognitiva. Em Portugal, para colmatar a influência da

escolaridade, foram estabelecidos os seguintes pontos de corte para a deterioração: analfabetos inferior a 15, de 1 a 11 anos de escolaridade inferior a 22 e mais de 11 anos de escolaridade inferior a 27 (Nunes, 2004).

#### *4.7.3. Barthel Index*

O índice de Barthel é um dos instrumentos mais utilizados na prática clínica e na investigação para avaliar a capacidade funcional nos indivíduos ao nível da realização das atividades básicas da vida diária. Deste modo, este instrumento permite avaliar o nível de dependência/independência dos sujeitos (Paixão e Reichenheim, 2005).

O índice de Barthel é composto por 10 itens que avaliam a capacidade para vestir, tomar banho, alimentação, higiene corporal, uso da casa de banho, controlo intestinal, controlo vesical, subir e descer escadas, transferências cadeira-cama e deambulação (Sequeira, 2007).

Cada atividade é composta por uma escala que varia entre 2 a 4 níveis, no qual pontuações de 0 corresponde a dependência total, e a independência é pontuada com 5, 10 ou 15 pontos em função da capacidade para o desempenho da função (Sequeira, 2010).

A cotação global varia entre 0 e 100 pontos, em que quanto menor a pontuação maior é o grau de dependência, variando assim de forma inversamente proporcional com este (Sequeira, 2010). Em situações em que alguma pergunta não é aplicável ao sujeito, teremos uma situação de ausência de resposta em que o investigador terá de ajustar a escala proporcionalmente, alterando assim a cotação total.

#### *4.7.4. Lawton e Brody Scale*

Em 1969 Lawton e Brody desenvolveram uma escala com o objetivo de medir a capacidade funcional instrumental da vida diária da pessoa idosa de modo a planear estratégias de melhoria da qualidade de vida nas pessoas idosas. Esta escala avalia a

capacidade da pessoa idosa em ser independente na realização das suas atividades instrumentais da vida diária (AIVD), ou seja, avalia o seu grau de dependência na realização das atividades do seu dia a dia.

Este instrumento é composto por 8 itens agregados nas seguintes atividades: cuidar da casa, lavar a roupa, preparação da alimentação, ir às compras, utilização do telefone, utilização de transporte, gestão do dinheiro e gestão da medicação (Sequeira, 2007).

No que respeita a cotação pode-se observar que cada um dos itens apresenta três, quatro ou cinco níveis diferentes de dependência, em que uma maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência. Sendo que a pontuação total varia entre 8 e 30 significando os resultados: 8 pontos – Independente; 9 a 20 pontos - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda; > 20 pontos - Severamente dependente, necessita de muita ajuda, sendo uma pontuação inversamente proporcional ao grau de dependência (Sequeira, 2010).

#### *4.7.5. Escala de Depressão Geriátrica*

A escala de Depressão Geriátrica de Yesavage foi criada como um instrumento de triagem para a deteção precoce de depressão em pessoas idosas, desenvolvida como uma escala de autoaplicação. A escala original foi desenvolvida com 30 itens a partir de uma seleção de 100 propostas pelos autores. A escala original possui boas qualidades psicométricas assim como as suas adaptações para várias línguas. A escala original surge com um alfa de Cronbach de 0,94.

A escala de Depressão Geriátrica (GDS-10) segundo Apóstolo e Correia (2018) demonstrou uma boa consistência interna, sendo capaz de discriminar entre pessoas idosas não deprimidos e deprimidos, independentemente da severidade dos sintomas demonstrados. Esta escala reduzida demonstrou ainda resultados positivos na discriminação de pessoas idosas com depressão leve, moderada e grave. O ponto de corte de dois valores desta escala permitiu detetar, com uma sensibilidade de 100%, sujeitos deprimidos, o que demonstra a capacidade deste instrumento de ser utilizado em múltiplos contextos clínicos como instrumento de rastreio.

A escala é constituída por 30 perguntas às quais a pessoa idosa responde de forma dicotómica (“sim” ou “não”) de acordo com a forma como se tem sentido na última semana. Se o indivíduo responder “Sim” nos itens 2 a 4, 6, 8, 10 a 14, 16 a 18, 20, 22 a 26 e 28, atribuir-se-á um ponto a cada um destes itens, caso contrário, ou seja, se o sujeito responder “Não” a alguma destas mesmas questões, a pontuação a atribuir será de zero pontos. Cota-se igualmente com um ponto por item se o sujeito responder “Não” nas questões 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, e com zero pontos se a sua resposta for “Sim” (GEECD, 2003). No final, a pontuação total é dada pela soma aritmética dos pontos atribuídos a cada um dos itens.

De acordo com a pontuação final obtida, chega-se a diferentes conclusões. Neste estudo utilizou-se os pontos de corte sugeridos por Barreto (GEECD, 2003): a) uma pontuação final compreendida entre 0 e 10 pontos indica ausência de depressão; b) pontuações entre 11 e 20 pontos correspondem a uma depressão ligeira; e c) pontuações entre 21 a 30 pontos equivalem a uma depressão grave.

#### *4.7.6. Escala da Solidão*

A escala da solidão (UCLA) é uma adaptação para a população portuguesa de Neto, 1989, com base na escala Revised UCLA Loneliness Scale de Russell, Peplau e Cutrona em 1980. O objetivo dos autores era criar um instrumento psicometricamente adequado, de fácil administração que levasse à investigação sobre a solidão.

Esta escala encara a solidão como um construto psicológico em que cada indivíduo pode experimentar sentimentos de solidão díspares em momento e situações de vida diferentes. Esta escala não questiona diretamente acerca dos sentimentos de solidão, avaliando, no entanto, de forma indireta (Neto, 1989). Esta escala revista é relativamente curta, fácil de administrar, altamente fidedigna, e mostra ser válida quer na avaliação da solidão quer na discriminação entre solidão e outros construtos relacionados.

Esta escala apresenta 18 itens, avaliados através de uma escala de linkert que varia entre 1 (Nunca) e 4 (Muitas vezes). A pontuação total é obtida através do somatório dos 18

itens, sendo que metade dos itens assinalados com um \* são contados inversamente. A pontuação mínima obtida na escala é de 18 pontos e a pontuação máxima é de 72 pontos. Quanto maior o valor da pontuação (o score) mais elevados são os níveis de solidão, enquanto uma pontuação (o score) mais baixa traduz uma maior satisfação social, logo menores níveis de solidão.

No que concerne à capacidades psicométricas desta escala, pode-se observar que a UCLA apresenta uma boa consistência interna e uma boa validade, onde o alfa de Cronbach desta escala é 0,87, o que corresponde a um bom valor (Neto,1989).

#### *4.7.7. WHOQOL-BREF*

A Organização Mundial de saúde criou um grupo de trabalho - WHOQOL World Health Organization Quality of Life - com o objetivo de avaliar a qualidade de vida dos indivíduos. Este grupo criou uma escala com base na definição dada a este conceito pelo grupo WHOQOL. Este grupo define qualidade de vida a partir de uma dimensão objetiva e subjectiva (Canavarro, 2007). Esta escala foi validada para a população portuguesa por Canavarro e Carona em 2006.

No início da construção da escala este instrumento tinha 100 questões, o WHOQOL-100 (Canavarro, 2005). Ao constatarem que esta escala era longa, surgiu anecessidade de criar um instrumento mais curto que levasse menos tempo a aplicar originando a escala WHOQOL-BREF – brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire (Canavarro e Carona, 2007).

O questionário aplicado é a versão breve composta por 26 questões ao invés das 100, composto pelas seguintes dimensões: física, psicológica, relações sociais e ambiente. Apresenta ainda dois itens que avaliam a percepção da qualidade de vida e da saúde. A resposta aos itens é realizada por meio de uma escala de Likert com 5 pontos que refletem a intensidade/frequência.

O instrumento apresenta boas características psicométricas apesar de haver alguma fragilidade ao nível das relações pessoais, uma vez que apenas se relaciona com 3 itens

(Canavarro, 2007; Skevington, O'Connell, 2004). No que concerne às características psicométricas, a consistência interna pelo alfa de Cronbach apresenta valores aceitáveis para o total da escala assim como para os seus domínios (Canavarro e Parede, 2006).

A escala WHOQOL-BREF foi escolhida pela necessidade de avaliar a qualidade de vida em pessoas idosas uma vez que a versão longa poderia ser de difícil aplicação e entendimento para esta população responder. O uso da escala WHOQOL-BREF facilita a identificação dos problemas sentidos, por esta população, para melhorar a qualidade de vida.

#### 4.8. Cronograma da planificação da recolha de dados

Para uma recolha de dados mais eficaz, o investigador deve planificar a forma em que vai decorrer a sua investigação. Para tal é elaborado um cronograma, que esquematiza e facilita a perceção da investigação.

Data	Horário	Instituição	Nº de idosos estudados
9 de janeiro	14.30 às 17 horas	Lar Emanuel em Leiria	4
12 de janeiro	9.30 às 12 horas	Lar Emanuel em Leiria	4
16 de janeiro	14.30 às 17 horas	Lar Emanuel em Leiria	4
19 de janeiro	9.30 às 12 horas	Lar Emanuel em Leiria	3
23 de janeiro	14.30 às 17 horas	Centro de Dia Campos do Lis em Leiria	4

26 de janeiro	9.30 às 12 horas	Centro de Dia Campos do Lis em Leiria	4
29 de janeiro	14.30 às 17 horas	Centro de Dia Campos do Lis em Leiria	4
2 de fevereiro	9.30 às 12 horas	Centro de Dia Campos do Lis em Leiria	4
6 de fevereiro	14.30 às 17 horas	Centro de Dia Campos do Lis em Leiria	3
13 de fevereiro	9.30 às 12.00 e das 14.30 às 17 horas	Universidade sénior de - Caldas da Rainha	8
20 de fevereiro	9.30 às 12.00 e das 14.30 às 17 horas	Universidade sénior de - Caldas da Rainha	7

Os instrumentos de recolha de dados foram todos realizados pela investigadora à exceção do Mini Mental State que foi elaborado pelo psicólogo Timóteo Areosa com cédula profissional da ordem dos psicólogos portugueses n°22911.

#### 4.9. Instrumentos de tratamento de dados

Após a recolha de dados procedeu-se à análise e tratamento dos mesmos. Para esse efeito os dados recolhidos foram alvo de tratamento estatístico realizado por meio do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 25 para o Windows, com o objetivo de analisar e interpretar os resultados. A apresentação dos resultados foi realizada através de tabelas e gráficos onde serão apresentados os dados mais pertinentes para o estudo.

Procedeu-se ao cálculo da normalidade da distribuição da amostra, tendo sido realizado o teste de normalidade de Shapiro-Wilk, uma vez que as variáveis não apresentam uma distribuição normal no teste de normalidade, não preenche os requisitos do teorema do

limite central e não apresenta valores de assimetria e curtose entre -1 e 1, utilizou-se testes não paramétricos (Pestana e Gageiro, 2008).

Numa fase inicial procedeu-se à análise dos resultados por meio da estatística descritiva, com o objetivo de destacar os principais resultados obtidos, realizando a caracterização sociodemográfica das três subamostras e da amostra total.

Posteriormente, calculou-se o teste Kruskal Wallis para amostras independentes com o objetivo de observar se existiam diferenças estatísticas entre os três grupos em relação à deterioração cognitiva, sintomatologia depressiva, índices de solidão, funcionalidade básica e instrumental e qualidade de vida e nas variáveis género, estado civil e frequência escolar.

Continuamente, determinou-se o coeficiente de correlação de Spearman (Ró de Spearman), com o intuito de estudar, dentro de cada um dos grupos, associação entre o domínio cognitivo, a sintomatologia depressiva, o índice de solidão e a funcionalidade.

Para se observarem as diferenças estatísticas foi considerado o p (nível de significância) com um valor igual ou inferior a 0,05 ( $p < 0,005$ ) (Pestana e Gageiro, 2008). Deste modo, de acordo com Dancey e Reidy (2005) pode-se classificar a magnitude das correlações do seguinte modo:  $r=0,10$  até  $0,30$  (Fraco);  $r=0,40$  até  $0,6$  (moderado);  $r=0,70$  até  $1$  (Forte).

## Capítulo V - Apresentação, tratamento e discussão de dados

Neste capítulo serão apresentados através de gráficos e tabelas os dados mais relevantes para o estudo, de forma a facilitar a análise e compreensão dos resultados obtidos através do inquérito. Uma vez que a caracterização da amostra em estudo é uma etapa importante para a análise dos resultados obtidos.

### 5.1. Tratamento dos dados

O tratamento estatístico foi realizado por meio do programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 25 para o Windows, com o objetivo de analisar e interpretar os resultados.

Numa fase inicial procedeu-se à análise dos resultados por meio da estatística descritiva, com o objetivo de destacar os principais resultados obtidos, realizando a caracterização sociodemográfica das três subamostras da amostra total.

Posteriormente, verificou-se se existiam diferenças estatísticas entre os grupos em relação à deterioração cognitiva, sintomatologia depressiva, índices de solidão, funcionalidade básica e instrumental e qualidade de vida.

De seguida, determinou-se o coeficiente de correlação de Spearman (Ró de Spearman), com o objetivo de estudar, dentro de cada um dos grupos, associação entre o domínio cognitivo, a sintomatologia depressiva, o índice de solidão e a funcionalidade. Para se observarem as diferenças estatísticas foi considerado o p (nível de significância) com um valor igual ou inferior a 0,05 ( $p < 0,005$ ) (Pestana e Gageiro, 2008). Deste modo, de acordo com Dancey e Reidy (2005) pode-se classificar a magnitude das correlações do seguinte modo:  $r = 0,10$  até  $0,30$  (Fraco);  $r = 0,40$  até  $0,6$  (moderado);  $r = 0,70$  até  $1$  (Forte).

Por fim tentou verificar-se a existência de diferenças estatísticas entre os três grupos nas variáveis género, estado civil e frequência escolar.

## 5.2. Apresentação de dados

Segue-se a discussão dos resultados obtidos face a cada uma das hipóteses delineadas, e tendo em consideração os estudos apresentados na revisão da literatura.

**H1: Há diferenças estatisticamente significativas entre as pessoas idosas que estão no lar, centro de dia e na universidade sénior ao nível do grau de capacidade cognitiva, depressão, solidão, funcionalidade básica e instrumental e qualidade de vida.**

Há diferenças significativas ao nível do grau de capacidade cognitiva ( $X^2(2)=23.33$ ), depressão ( $X^2(2)=9.46$ ), solidão ( $X^2(2)=8.70$ ), funcionalidade básica ( $X^2(2)=18.33$ ) e instrumental ( $X^2(2)=26.20$ ) e qualidade de vida ( $X^2(2)=10.77$ ), em avaliação ( $p<.05$ ) em função do tipo de institucionalização das pessoas idosas (Tabela 14).

	Tipo de institucionalização			X2 (2)
	Universidade Sénior (n= 15) Média	Centro de dia (n= 15) Média	Lar (n= 15) Média	
Capacidade cognitiva	23.50	11.57	33.93	23.33*
Depressão	20.50	30.93	17.57	9.46*
Solidão	15.30	28.80	25.07	8.70*
Funcionalidade Básica	34.70	17.17	17.13	18.33*

Funcionalidade Instrumental	10.10	24.60	34.30	26.20*
Qualidade de vida	31.13	16.07	21.80	10.77*

\*p<.05

Tabela 14: Diferenças no grau de capacidade cognitiva, depressão, solidão, funcionalidade básica e instrumental e qualidade de vida em função do tipo de institucionalização das pessoas idosas.

Testes de Mann-Whitney com Correção de Bonferroni evidenciam diferenças entre as pessoas idosas que se encontram no Lar e no Centro de Dia ao nível da capacidade cognitiva ( $U=16$ ,  $p<.001$ ), depressão ( $U=52$ ,  $p=.01$ ) e funcionalidade instrumental ( $U=52.5$ ,  $p = .01$ ).

Através da análise da tabela 14 podemos observar que existem diferenças significativas para os três tipos de institucionalização, mais especificamente ao nível da capacidade cognitiva e na funcionalidade instrumental.

As pessoas idosas do lar obtiveram melhores resultados no que se refere às capacidades cognitivas quando comparados com os resultados obtidos pelos indivíduos do centro de dia. Conclui-se que a capacidade cognitiva está mais comprometida nas pessoas idosas semi-institucionalizadas quando comparada com as pessoas idosas institucionalizadas.

Observa-se também que se encontram valores mais elevados de sintomas depressivos nas pessoas idosas que frequentam o centro de dia quando comparados com os valores apresentados pelos indivíduos que estão institucionalizados (lar).

Outro fator relevante é pode observar-se é que a capacidade funcional instrumental nas pessoas idosas no centro de dia é superior em comparação com os valores apresentados pelos indivíduos institucionalizados (lar).

Também foi encontrado diferenças entre as pessoas idosas que se encontram no Lar e na Universidade Sénior ao nível da capacidade cognitiva ( $U=45$ ,  $p=.004$ ), funcionalidade instrumental ( $U=3$ ,  $p<.001$ ) e funcionalidade básica ( $U=21$ ,  $p<.001$ ).

Os valores da funcionalidade básica e instrumental são mais elevados na universidade

sénior. As pessoas idosas desta instituição são mais independentes nas suas atividades do dia-a-dia e estes indivíduos apresentam valores mais elevados ao nível da capacidade cognitiva. Verifica-se que estas pessoas idosas são mais autónomas na realização das suas tarefas diárias, o que permite que eles sejam capazes de tomar decisões quanto às questões do seu quotidiano.

Ao observar os valores encontrados foram encontradas diferenças significativas entre as pessoas idosas do centro do Centro de Dia e da Universidade Sénior ao nível da solidão ( $U=46$ ,  $p<.01$ ), capacidade cognitiva ( $U=37.50$ ,  $p<.01$ ), depressão ( $U=54$ ,  $p<.01$ ), funcionalidade instrumental ( $U=28.5$ ,  $p<.01$ ), funcionalidade básica ( $U=28.5$ ,  $p<.01$ ) e qualidade de vida ( $U=36$ ,  $p<.01$ ). Não foram encontradas outras diferenças significativas.

Os valores obtidos relativamente à solidão e à depressão nas universidades séniores são inferiores quando comparados com os resultados obtidos pelas pessoas idosas que frequentam o centro de dia, constatando-se que existe um valor mais baixo quanto á solidão emocional e social. Uma vez que estas pessoas idosas das universidades séniores mantêm a sua rede de suporte social e a rede de proximidade com os seus amigos.

No centro de dia os valores da solidão e depressão são mais elevados nas pessoas idosas que a frequentam, pois apesar de estarem a conviverem durante o dia, este não é suficiente para ultrapassarem os problemas sentidos. Constata-se também que as pessoas idosas no centro de dia apresentam valores mais baixos ao nível da capacidade cognitiva.

Como se pode observar, pela análise da tabela, as pessoas idosas que frequentam o centro de dia apresentam valores mais baixos para a perceção sobre a qualidade de vida. Enquanto os valores mais elevados de satisfação quanto à qualidade de vida encontram-se na universidade sénior.

**H2: Há associação entre a capacidade cognitiva, depressão, solidão, funcionalidade básica e instrumental e qualidade de vida entre as pessoas idosas que estão no lar, centro de dia e na universidade sénior.**

Correlação de Spearman	Solidão	Capacidade Cognitiva	Depressão Geriátrica	Funcionalidade Instrumental	Funcionalidade Básica	Qualidade de vida
Solidão	-					
Capacidade Cognitiva		-				
Depressão Geriátrica	.49		-			
Funcionalidade Instrumental	.30			-		
Funcionalidade Básica	-.61 -.37		-.61 -.34	-.45	-	
Qualidade de vida	-.64 -.75 -.68		-.61 -.59	-.40	.62 .43	-

Tabela 15: Correlações de Spearman entre todas as variáveis em análise em função do tipo de institucionalização

Nota: Apenas foram sumariados na tabela os valores de correlação estatisticamente significativos ( $p < .05$ ). Os vários tipos de institucionalização foram diferenciados através da utilização de cores diferentes (roxo= lar; azul= centro de dia; preto= universidade sénior).

Através da análise da correlação se Spearman constata-se que o nível de depressão geriátrica se encontra relacionado com o grau de solidão, apenas em pessoas idosas que se encontram no lar ( $r_s = .49$ ,  $p = .001$ ). Quando os níveis de depressão aumentam os níveis de solidão nos idosos aumentam também numa relação direta.

Assim como existe uma correlação entre a depressão e a funcionalidade instrumental ( $r_s = .30$ ,  $p = .043$ ). Já funcionalidade instrumental verifica-se numa proporção inversa, ou seja, quando maior for a funcionalidade instrumental menor são os valores da sintomatologia depressiva.

Verifica-se que a funcionalidade básica é mais valorizada pelas pessoas idosas que frequentam o centro de dia e a universidade sénior. O nível de funcionalidade básica encontra-se relacionado com os valores da solidão nos idosos que se encontram no centro de dia ( $r_s = -.61$ ,  $p = .015$ ) e na universidade sénior ( $r_s = -.37$ ,  $p = .011$ ), ou seja, quanto menor a funcionalidade básica maior a solidão.

Por último, verifica-se que para as pessoas idosas que frequentam o centro de dia e a universidade sénior, a funcionalidade básica encontra-se ligada com uma relação forte com a funcionalidade instrumental ( $r_s = -.46$ ,  $p = .002$ ).

Constata-se que as pessoas idosas que se encontram no centro de dia ( $r_s = -.61$ ,  $p = .002$ ) e na universidade sénior ( $r_s = -.34$ ,  $p = .02$ ) apresentam valores mais baixos de depressão geriátrica. Os valores obtidos quanto à depressão estão relacionados com as alterações que o idoso passa ao nível da funcionalidade básica, ou seja, quanto maior o valor da funcionalidade básica, menor probabilidade da pessoa idosa desenvolver sintomas depressivos.

A qualidade de vida encontra-se associada à solidão nas pessoas idosas que frequentam o lar ( $r_s = -.64$ ,  $p = .001$ ), o centro de dia ( $r_s = -.75$ ,  $p = .001$ ), e a universidade sénior ( $r_s = -.69$ ,  $p = .000$ ).

Quando a qualidade de vida aumenta diminui proporcionalmente a solidão e a depressão nas três instituições. A qualidade de vida está correlacionada com a funcionalidade básica e instrumental na universidade sénior e centro de dia uma vez que quanto maior for a capacidade instrumental básica (ex. usar o telefone, ir a internet) e instrumental

nos idosos maior a qualidade de vida dos mesmos.

**H3: Há diferenças entre as pessoas idosas que estão no lar, centro de dia e na universidade sénior ao nível das características sociodemográficas: sexo, estado civil, idade e habilitações académicas.**

Há diferenças significativas ao nível da idade ( $X^2(2)=18.19$ ) e da escolaridade ( $X^2(2)=11.96$ ), em função do tipo de institucionalização da pessoa idosa ( $p<.05$ ) (Tabela 16).

	Tipo de institucionalização			X2 (2)
	Universidade Sénior (n= 15)	Centro de dia (n= 15)	Lar (n= 15)	
	Ordem Média	Ordem Média	Ordem Média	
Escolaridade	27.87	13.73	27.40	11.96*
Idade	23.50	20.50	25.00	18.19*

\* $p<.05$

Tabela 16: Diferenças na idade e escolaridade em função do tipo de institucionalização da pessoa idosa

De acordo com a tabela 16 evidenciam diferenças entre as pessoas idosas que se encontram na Universidade Sénior, centro de dia e lar ao nível da escolaridade e da idade.

Verifica-se que no lar e na universidade sénior as pessoas idosas possuem um maior nível de escolaridade comparativamente com o centro de dia.

Já quanto à idade observa-se que as pessoas idosas que frequentam o lar e o centro de dia apresentam idades mais avançadas (85-89) comparativamente com os que

frequentam a universidade sénior (70-74).

### 5.3. Discussão dos dados

Os resultados encontrados nesta investigação corroboram as hipóteses formuladas inicialmente.

Foi evidenciado no enquadramento teórico, que o envelhecimento associa-se a mudanças na composição corporal, estrutura e função que podem afetar negativamente a capacidade funcional do indivíduo, limitando-o ao nível da mobilidade, fragilizando-o, que leva ao isolamento e acarreta consigo outros problemas de saúde (Santos 2006). Por exemplo, alterações fisiológicas como a redução da massa muscular, por exemplo, têm um impacto na mobilidade que levam a que a pessoa idosa se torne dependente reduzindo destaforma a sua qualidade de vida (Ribeiro, 2007).

Neste sentido, o envelhecimento surge como um processo dinâmico, no qual a pessoa idosa experiêcia perdas nos seus múltiplos domínios cognitivo, físico e social (Chen, 2010).

É fundamental refletir que, a qualidade de vida pode ser melhorada através da promoção de um envelhecimento ativo e da promoção de uma aprendizagem ao longo da vida, uma vez que a organização mundial de saúde vem reconhecer que uma aprendizagem ao longo da vida facilita a participação da pessoa idosa na sociedade (OMS, 2012). Deste modo, são vastos os estudos que têm vindo a comprovar uma relação entre a aprendizagem em adultos e o bem-estar subjetivo (Dolan, Fujiwara e Metcalfe, 2012)

Verificou-se, através dos inquéritos que o grupo de pessoas idosas com maior vulnerabilidade em relação aos fatores em estudo são do sexo feminino e apresentam baixa escolaridade, são viúvos e não têm uma rede de suporte social adequada (Grundy, 2006; Schroder- Butterfill, 2006). Ou seja, a vulnerabilidade nos adultos é determinada pelas características sociodemográficas como a idade, estado civil e sexo, por exemplo, o seu estado de saúde, os recursos que têm à sua volta e a capacidade que têm para utilizar estes recursos (Narushima, Liu e Diestelkamp, 2018).

O contacto e convívio com pares nas instituições possibilita o enquadramento das ~~perso~~as idosas diminuindo a solidão e os índices depressivos sentidos por estes. Por outro lado, a institucionalização pode trazer para algumas pessoas idosas a perda da rede de suporte social dos amigos da sua vida, no entanto e apesar de estar rodeado por outras pessoas idosas que não conhece, pode sentir-se só e excluído com dificuldades de adaptação e integração no novo meio social (Ribeiro, 2009).

No presente estudo podemos observar este fator observando que os níveis de solidão e depressão estão em grande parte associados às pessoas idosas institucionalizados e semi-institucionalizados, quando comparados com os não institucionalizados. Demonstrando que a estimulação cognitiva e a socialização representada através da aprendizagem ao longo da vida, torna-se um fator protetor nas pessoas idosas.

Neste sentido, Fontaine (2000), refere que uma velhice bem-sucedida está ligada a três condições: a diminuta possibilidade para o surgimento de doenças, especialmente aquelas que geram perda da autonomia na pessoa idosa, a manutenção do estado cognitivo e físico e a conservação da integração social e do bem-estar subjetivo (qualidade de vida). De acordo com o autor, deve-se promover um envelhecimento ativo e dinâmico, possibilitando a integração das pessoas idosas na sociedade.

As Universidades séniores, possibilitam um envelhecimento ativo e o convívio social trazendo consigo as três condições defendidas pelo autor, como podemos comprovar através do nosso estudo, no qual as pessoas idosas não institucionalizados, demonstram uma manutenção do estado cognitivo e físico, menores índices de depressão, e de solidão permitindo inferir que os mesmos detêm um maior bem-estar subjetivo, quando comparados os outros grupos em estudo. Por outro lado, estas pessoas idosas referem ainda ir menos vezes ao médico quando comparados com indivíduos institucionalizados e semi-institucionalizados.

O presente estudo demonstrou-se congruente, com outros ao nível da depressão nos idosos, demonstrando uma maior incidência no sexo feminino comparativamente ao masculino e um aumento desta incidência com o tipo de institucionalização (Ribeiro, 2009). Nesta linha de pensamento, pode-se afirmar que as pessoas idosas apresentam muitas vezes maior tendência para a depressão, não pela idade em si, mas por aquilo que ela acarreta, como doenças, demência, perdas, o luto, entre outros fatores (Oliveira,

2006)

O estado civil funciona como um fator protetor ao nível da solidão, pode-se observar que grande parte das pessoas idosas institucionalizados e semi-institucionalizados são viúvos, este estado civil provoca isolamento involuntário que o indivíduo tem de enfrentar de forma a se adaptar ao seu novo estado, associando-se assim a elevados sentimentos de solidão (Paúl, 1997).

O presente estudo permitiu evidenciar que a possibilidade de conviver com os pares e as expectativas de aprendizagem são um dos motivos que leva as pessoas idosas a ingressarem em Universidades Sêniores, demonstrando assim a importância social e formativa deste contexto.

Estas permitem a criação de uma rede de suporte social, para aquelas pessoas idosas que estão mais isolados ou tem visto a sua rede de suporte a reduzir. O envolvimento das pessoas idosas neste sistema de aprendizagem ao longo da vida favorece o seu bem-estar e autonomia promovendo assim um sentimento de felicidade, mantendo-se os idosos ativos física e mentalmente. Este sentimento de felicidade diminui a depressão e o isolamento do idoso, levando o mesmo a encarar a vida com uma atitude mais positiva.

Em suma, as Universidades Sêniores e a não institucionalização das pessoas idosas, proporciona múltiplos benefícios físicos, psicológicos, cognitivos, emocionais, relacionais, promovendo e prevenindo o declínio cognitivo e funcional. Assim, estas instituições potenciam a valorização pessoal, o convívio interpessoal e o aumento da rede de suporte social, integrando os idosos numa sociedade em constante mudança.

Deste modo, este tipo de projeto de vida (aprendizagem ao longo da vida) proporciona e promove um envelhecimento ativo e saudável e a melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa.

## Conclusão

O envelhecimento gradual da população é uma realidade e, como tal, é importante estudá-lo com o objetivo de conhecer melhor esta temática de forma a encontrar soluções e estratégias adequadas para cada indivíduo e assim proporcionar-lhe um envelhecimento ativo e com qualidade.

A velhice, no séc. XXI deixou de ter a imagem da pessoa idosa que fica à espera da morte num cenário de incapacidade física e mental. O envelhecimento passa a ser visto como um processo em que o indivíduo deve manter -se ativo e saudável, através da elaboração de projetos que contenham estratégias que reforcem a sua autonomia e os laços sociais ao longo da vida.

Também é de referir que a forma como a pessoa envelhece é influenciada pelas escolhas que faz, assim como pelas condições físicas, materiais, culturais, económicas, sociais e a perceção que a pessoa idosa faz sobre a sua vida, assim como pelas respostas políticas e sociais disponíveis na sociedade onde está inserido.

As pessoas idosas que se mantêm autónomas e integradas numa rede social de amigos e que participam em atividades lúdicas e de aprendizagem vivem um processo de envelhecimento ativo. A aprendizagem ao longo da vida ao proporcionar atividades diversificadas desempenha um papel importante no processo de envelhecimento, ao dificultar o aparecimento dos fatores que influenciam o processo de envelhecimento. Por isso, a aprendizagem ao longo da vida é um desafio para a sociedade que deve continuar a proporcionar esta forma de resposta ao maior número de indivíduos idosos.

É necessário que a sociedade civil e as organizações tomem consciência da problemática do envelhecimento e do papel importante que as suas práticas e atividades têm na pessoa idosa ao promoverem a sua autonomia, ao manterem a sua capacidade funcional e cognitiva, assim como o seu bem-estar físico e emocional contribuindo para a sua integração social.

Neste sentido, cabe a cada um de nós, enquanto sociedade civil e aos técnicos, em particular, a criação de projetos que os mantenham ativos e integrados na sociedade como forma de combater o isolamento social, promovendo e concretizando

tarefas/atividades que tenham impacto na comunidade e que promovam o contacto das pessoas idosas com pessoas de diferentes idades.

Este trabalho pretendeu conhecer e perceber melhor a problemática do envelhecimento e verificar se o processo de envelhecimento varia de acordo com a tipologia da resposta social em que estão integrados, ao nível da deterioração cognitiva, níveis de funcionalidade, solidão e ausência de depressão, realizando uma comparação entre as pessoas idosas institucionalizadas, semi-institucionalizadas e não institucionalizadas

Nos resultados obtidos foram encontradas diferenças significativas ao nível da idade e da escolaridade, em função do tipo de institucionalização. Verifica-se nesta amostra a prevalência do sexo feminino nos três tipos de institucionalização. Já no caso do nível de escolarização constata-se que as pessoas idosas mais escolarizadas frequentam as respostas sociais de tipo não institucionalização e institucionalização. As pessoas idosas com baixa escolaridade frequentam a forma de resposta social de semi-institucionalização (centro de dia).

Com os dados obtidos verifica-se que a depressão, a solidão e a qualidade de vida se influenciam mutuamente, determinando o bem-estar da pessoa idosa. Constatou-se que a depressão e solidão estão diretamente relacionadas, ou seja, quando o nível de depressão aumenta, também o nível de solidão aumenta. Por sua vez, estas (depressão e solidão) estão inversamente relacionadas com a qualidade de vida.

Foram, ainda, encontradas diferenças significativas ao nível do grau de capacidade cognitiva, depressão, solidão, funcionamento básico e instrumental, e qualidade de vida, em função do tipo de institucionalização das pessoas idosas.

No presente estudo pode-se observar que os níveis mais elevados de solidão e depressão estão em grande parte associados às pessoas idosas institucionalizadas e semi-institucionalizadas, quando comparados com as não institucionalizadas que apresentam valores mais baixos. Demonstra-se que as pessoas idosas semi-institucionalizadas e institucionalizadas apresentam valores mais baixos relativamente à capacidade cognitiva, funcional e de manutenção da rede de amigos. Enquanto as pessoas idosas não institucionalizadas apresentam valores mais elevados para estas capacidades.

Como podemos comprovar através do nosso estudo, as pessoas idosas não institucionalizadas demonstram a manutenção da capacidade cognitiva e funcional, menores índices de depressão, e de solidão permitindo inferir que os mesmos detêm um maior bem-estar subjetivo, uma percepção de viverem uma vida com maior qualidade quando comparados com os outros grupos em estudo. Demonstra-se que a estimulação cognitiva e a socialização realizada nas universidades sênior, a aprendizagem ao longo da vida, torna-se um fator protetor das perdas próprias do processo de envelhecimento.

Neste estudo, verifica-se que a integração das pessoas idosas em redes sociais é importante para um melhor bem-estar psicológico e social, quanto mais a pessoa idosa interagir socialmente, melhor será a sua qualidade de vida.

Saliento algumas limitações desta investigação, entre as quais, o facto de não ter controlado algumas variáveis, como a medicação ou o aparecimento de novas doenças, o facto de as pessoas idosas estarem a realizar acompanhamento psiquiátrico. Outra limitação deste estudo tem haver com o facto de não se ter selecionado as amostras de acordo com as características sociodemográficas de forma a ter-se grupos mais homogêneos, criando deste modo uma discrepância nos grupos relativamente à idade e escolaridade. Desta forma, destaca-se desde já a grande prevalência na amostra do sexo feminino nos três tipos de institucionalização e uma amostra mais escolarizada nas pessoas idosas não institucionalizadas e institucionalizadas.

Porém, e como já foi referido anteriormente não foi realizada uma avaliação clínica dos sujeitos, para se poder afirmar com segurança a presença ou não de um diagnóstico clínico, por exemplo de depressão, tendo sido apenas observado a sintomatologia em cada um dos casos e a ausência ou não de défice cognitivo.

Apesar das limitações, importa salientar que este estudo constitui um contributo que permite conhecer melhor a problemática das pessoas idosas e compreender alguns fatores que influenciam positiva ou negativamente o processo de envelhecimento, perspetivando as medidas a serem tomadas futuramente.

Concluo com o pensamento da autora Drago (2011, p.65) ao referir que “envelhecer bem não depende somente da sorte nem é um privilégio, mas sim uma condição a ser alcançada, se a pessoa trabalhar para isso e se o meio no qual vive lhe proporcionar as

condições necessárias”.

## BIBLIOGRAFIA

Abdulremane, Soraia. (2010). *Alterações cognitivas, défice cognitivo ligeiro e sintomatologia depressiva, em população ativa: estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado de psicologia. Departamento de psicologia e educação. Universidade da Beira Interior.

Albuquerque, I., & Lima, M. (2007). *Personalidade e bem-estar subjectivo: Uma abordagem com os projectos pessoais*. Acedido em 29.03.2015 de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0373.pdf>

Alexopoulos. GS.(2005). *Depression in the elderly*. Lancet. Junho.

Alonso, I. Zarragoitia. (2003). *La depresión en la tercera edad*. Revista Electrónica de Geriatria e Gerontologia, Vol. 5, Nº 2.

Almeida, A. J. P. S. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em Lares: Aspetos e contextos da qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado. ICBAS. Universidade do Porto.

Alves, L. C., Leite, I. C. e Machado, C. J. (2008). *Conceituando e mensurando a incapacidade funcional da população idosa: uma revisão de literatura*. Ciênc. Saúde colet., 13(4), pp. 1199-1207.

American Psychiatric Association. (2014). *American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual-5*. Lisboa: Climepsi.

Amorim, M.I.S.P.L. (2007). *Para lá dos números... Aspetos psicossociais e qualidade de vida do indivíduo com diabetes mellitus tipo 2*. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Andrade, A. I. N. P. A. e Martins, R. M. L. (2011). *Funcionalidade Familiar e qualidade de Vida dos Idosos*. Millenium, 40, pp. 185-199.

Araújo, F. et al. (2008). *Validação da escala de Lawton e Brody numa amostra de idosos não institucionalizados*. In: Leal, I. et al. (Ed.). *Actas do 7º Congresso Nacional*

de Psicologia da Saúde. Lisboa, ISPA, pp. 217-220.

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

Araújo, M. O. P. H. e Ceolim, M. F. (2007). *Avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência*. Revista da Escola de Enfermagem USP, 4(3), pp. 378-385.

Apóstolo, J. L., Figueiredo, M. H., Mendes, A. C., & Rodrigues, M. A. (2011). *Depressão, ansiedade e estresse em usuários de cuidados primários de saúde*. Rev. Latino- Americana de Enfermagem, 19(2), s/n.

Apóstolo, J. L., Loureiro, L. M., Reis, I. A., Silva, I. A., Cardoso, D. F., & Sfetcu, R. (2014). *Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa*. Revista de Enfermagem Referência, 3, 65-73.

Apóstolo, J., Cooke, R., Bobrowicz-Campos, E., Santana, S., Marcucci, M., Cano, A., Vollenbroek-Hutten, M., Germini, F., D'Avanzo, B., Gwyther, H., & Holland, C. (2018). *Effectiveness of interventions to prevent pre-frailty and frailty progression in older adults: A systematic review*. JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 16(1), 140–232. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2017-003382>

Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. 1.<sup>a</sup> Edição. Viseu, Psicosoma.

Baernholdt, M., Hinton, I., Yan, G., Rose, K., & Mattos, M. (2012). *Factors associated with quality of life in older adults in the United States*. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 21(3), 527–534. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9954-z>

Ballesteros, R., Molina, M., Schettini, R., & Rey, A. (2012). *Promoting Active Aging Through: University Programs for Older Adults*. *The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry*, 25, 145-154

Barreto, J. (2004). *Envelhecimento e qualidade de vida: o desafio atual*, in Sociologia,

Revista da Faculdade de Letras (Vol. 15, pp. 289-302).

Berger, B., PARGRNAN, D. & WEINBERG, R. (2002). *Fundamentals of exercise psychology*. USA: Fitness Information Technology, Inc.

Berger, L.; Mailloux, D. (1995). *Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global: Processo de Enfermagem por Necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.

Borges, M., & Moreira, A. (2009). *Influências da prática de atividades físicas na terceira idade: estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários*, Motriz, 15(3). 562-73.

Botelho, A. (2005). *A funcionalidade dos idosos*. In: Paúl, C. e Fonseca, A. M. (Eds.). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 110-135.

Botelho, M. A. S. (2000). *Autonomia Funcional em Idosos: Caracterização multidimensional em idosos utentes de um centro de saúde urbano*. Porto, Laboratórios Bial.

Braga, M. C. P., Casella, M. A., Campos, M. L. N., & Paiva, S. P. (2011). *Qualidade de vida medida pelo Whoqol-Bref: Estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG*. *Rev. APS*, 14(1), de: <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/viewFile/965/450>.

Bruno, Ana. (2014). *Educação formal, não formal e informal: da trilogia aos cruzamentos, dos hibridismos a outros contributos*. Revista online - Medi@ções, vol2 nº2. Instituto politécnico de Setúbal. Doutoranda em Ciências da Educação - Educação de adultos no Instituto de educação da Universidade de Lisboa.

Burguess, Robert G. (2001). *A pesquisa de terreno: Uma introdução*. Celta Editoras. Oeiras.

Buss, P. M. (2000). *Promoção da saúde e qualidade de vida*. Revista Ciência & Saúde Coletiva, 5 (1), 163-177.

Cabral, M., & Ferreira, P. (2014). *O Envelhecimento Activo Em Portugal*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Canavarro, C., Simões, M., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, J., ... Carona, C. (2007). *Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref*. Em M. Almeida, M. Simões, C. Machado, & M. Gonçalves, *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa* (Vol. 3). Coimbra: Quarteto Editora.

Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., e Pintassilgo, A. L. (2005). *Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para portugueses de Portugal: Apresentação de um projecto*. Acedido em 2010, Janeiro 21 de [http://www.aidscongress.net/html/pdf/whoqol\\_hiv\\_abstract\\_238\\_comunic\\_270.pdf](http://www.aidscongress.net/html/pdf/whoqol_hiv_abstract_238_comunic_270.pdf)

Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M.J., Paredes, T. (2006). *Desenvolvimento do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WOQOL-100) para Português de Portugal*. *Psiquiatria Clinica*, 27 (1), (pp. 15-23).

Canavarro, M. C., Serra, A. (2010). *Instrumento WOQOL-Bref, Procedimentos de administração do WHOQOL-Bref e procedimentos de pontuação do WHOQOL-Bref em SPSS*, Manual do Utilizador e Sintaxe.

Carneiro, R., Chau, F., Soares, CD., Fialho, J.A.S.e Sacadura, M.J. (2012). *Relatório Final. O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade*. Lisboa: Centro de estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa. Faculdade de Ciências Humanas: Universidade Católica Portuguesa.

Castro, C.M.V. (2007). *Representações Sociais dos Enfermeiros face ao Idoso Em contexto de prestação de cuidados*. Dissertação de Mestrado em Comunicação em Saúde. Universidade Aberta: Lisboa.

Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa - CEPCEP (2012). *Relatório Final. O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa, Faculdade de Ciências Humanas – Universidade Católica Portuguesa.

- Chaplin, J. P. (1981). *Dicionário de Psicologia*. Lisboa: Publicações Dom Quixote.
- Chatterji, S., Byles, J., Cutler, D., Seeman, T., & Verdes, E. (2015). *Health, functioning, and disability in older adults—present status and future implications*. *The Lancet*, 385(9967), 563–575. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61462-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61462-8)
- Chau, F., Soares, C., Fialho, J., & Sacadura, M. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, Ativação e Qualidade (Relatório Final)*. Lisboa, Portugal: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa da Universidade Católica Portuguesa.
- Correa, A. (2000). *O Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer*. Belo Horizonte: Health.
- Costa, E. et al. (2002). *Semiologia do idoso*. In: Porto, C. C. (Ed.). *Semiologia médica*. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, pp. 166-197.
- Costa, E. C., Nakatani, A. Y. K. e Bachion, M. M. (2006). *Capacidade de idosos da comunidade para desenvolver Atividades de Vida Diária e Atividades Instrumentais de Vida Diária*. *Acta Paul Enferm*, 19(1), pp. 43-45.
- Costa, E. (2015). *Aprendizagem ao Longo da Vida: conceitos e políticas*. *Dirigir & Formar*, 11, 52-56.
- Costa, J. A. (2005). *Competências adquiridas ao longo da vida: Processos, trajectos e efeitos*. Dissertação de Mestrado. Braga: Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Coutinho, C. P. (2011). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. Coimbra, Almedina.
- Dahlan, A. , Ibrahim, S. , & Masuri, M. (2016). *Role of the Physical Environment and Quality of Life amongst Older People in Institutions: A Mixed Methodology Approach*. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 234 . doi: 10.1016/j.sbspro.2016.10.225
- Dal Rio, M.C. (2009). *Perspetiva social do envelhecimento*. São Paulo: Fundação Padre Anchieta.

Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia: usando SPSS para Windows*. Porto Alegre: Artmed.

Direcção Geral de Saúde (DGS- 2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2004). *Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas*.

Direção-Geral de Saúde (DGS-2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns*.

Dolan, P., Fujiwara, D., & Metcalfe, R. (2012). *Revisão e Atualização da Pesquisa sobre os Benefícios Maiores da Pesquisa de Adultos BIS Research Paper 20*. Departamento de Negócios, Inovação e Competências, Londres. Obtido de [https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/34671/12-1243-review-wider-benefits-of-adult-learning.pdf](https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/34671/12-1243-review-wider-benefits-of-adult-learning.pdf)

Drago, S. e Martins, R. (2012). *A Depressão no Idoso*. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1663/1/DRAGO%20Susana%20Margarida%20Mestre%20Santos%20-%20Diss%20mestrado.pdf>

Duarte, V.B., Santana, M.G., Soares, M.C., Dias, D.G. & Thofern, M.B. (2005). *A Perspectiva do Envelhecer para o ser idoso e sua família, Família, Saúde Desenvolvimento*, 7 (1), 42-50.

Duca, G. F. D., Silva, M. C. e Hallal, P. C. (2009). *Incapacidade funcional para atividades básicas e instrumentais da vida diária em idosos*. *Revista de Saúde Pública*, 43(5), pp. 796- 805.

Dziedzic, L., Brady, W. J., Lindsay, R., & Huff, J. S. (1998). *The use of the mini-mental status examination in the ED evaluation of the elderly*. *The American Journal of Emergency Medicine*, 16(7), 686–689. [https://doi.org/10.1016/S0735-6757\(98\)90177-2](https://doi.org/10.1016/S0735-6757(98)90177-2)

Ermida, J. G. (1999). *O processo de envelhecimento*. In: Costa, M. et al. *O idoso – Problemas e Realidades*. Coimbra, Formasau, pp. 41-50.

Esquivel, L.R., Calleja, A.M.M., Hernández, I.M., Medellín, M.P.O. & Paz, M.T.H. (2009). *Aportes para una conceptualización de la vejez*. Revista de Educación y Desarrollo, 11, 47- 56.

Everard, M. (1999). *The relationship between reasons for activity and older adult well-being*. Journal of Applied Gerontology, vol. 18, n.º 3, pp 325-340.

Farias, N. e Buchalla, C. (2005). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas*. Revista Brasileira de Epidemiologia, 8(2), pp. 187-193.

Feinstein, L., & Hammond, C. (2004). *The contribution of adult learning to health and social capital*. Oxford Review of Education, 30(2), 199–221.  
<https://doi.org/10.1080/0305498042000215520>

Fernades, A. (1997). *Velhice e sociedade*. Oeiras: Celta Editora.

Fernandes, A., & Botelho, A. (2007). *Envelhecer ativo, envelhecer saudável: O grande desafio*. Fórum Sociológico, 17, 11-16.

Fernandes, H. (2007). *Solidão em idosos em Meio Rural do Concelho de Bragança*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia com especialização em Psicologia do Idoso). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Fernandes, P. (2000). *A depressão no Idoso – Estudo da relação entre fatores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.

Fernandes, P. (2002). *A depressão no idoso*. 2.<sup>a</sup> Edição. Coimbra, Quarteto Editora.

Fernandez-Ballesteros, R., (1993). *Introducción a la Evaluación Psicologica II*. Ediciones Pirámide: Madrid.

Fernández-Ballesteros. (2000). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Pirâmide.

Fernández-Ballesteros (2009) *Envejecimiento Activo: Contribuciones da Psicologia*. Ediciones Pirámide: Madrid.

Ferreira, A.J. (2005). *Concepção de envelhecimento de um Idoso Autor: Um estudo de*

*Caso*. Dissertação de Mestrado apresentada como requisito para obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.

Ferreira, A. L. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).

Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. 1.<sup>a</sup> Edição. Lisboa, Climepsi Editores.

Fleck, M. P. A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovjch, E., Vieira, G., Santos, L. e Pinzon, V. (1999). *Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)*. Revista de Saude Pública, vol.33 (2), 198-205.

Fleck, M. P. A., Chachamovich, E. e Trentini, C. M. (2003). *Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil*. Revista de Saúde Pública, vol. 37 (6), 793-799.

Fonseca, A. (2004). *Uma abordagem psicológica da “passagem à reforma: desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação*. Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto. Porto.

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

Fonseca, A. (2008). *Envelhecimento bem sucedido*. Rediteia, 41, 20-21.

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. 1.<sup>a</sup> Edição, Lisboa, Climepsi Editores. pp. 23-25.

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

Fortin, M. F., Côté, J. e Filion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Loures, Lusodidacta.

Foster, L., & Walker, A. (2015). *Active and Successful Aging: A European Policy Perspective*. *The Gerontologist*, 55(1), 83–90.

Fratiglioni L, Paillard-Borg S, Winblad B. (2004). *An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia*. *Lancet Neurol*. 2004;3(6):343-353. doi:10.1016/S1474-4422(04)00767-7

Freire, A. S. (2000) *Envelhecimento bem-sucedido e bem-estar psicológico*. In: E por falar em boa velhice. ANITA Néri (Org.). Campinas: São Paulo : Papyrus.

Freire, Paulo. (1979). *Educação e mudança*. (29ª ed.) São Paulo: Paz e Terra

Freixo, M. J. V. (2009). *Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa, Instituto Piaget.

Friedhoff, A. J. (1992). *Diagnosis and Treatment of Depression in Late Life*. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 268(8), 1018. <https://doi.org/10.1001/jama.1992.03490080092032>

Giurgea, E. (1993). *Le vieillissement cérébral*. Liège: Ed. Mardaga.

Gomes, C. (2014). *Envelhecer: ser e estar – Projeto de intervenção num lar de idosos*. Projeto de Intervenção, Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto (Mestrado em Educação e Intervenção Social com Especialização em Desenvolvimento Comunitário e Educação de Adultos), Porto.

Gómez, J.,O., Callejas, G. (2007). *Educação e Desenvolvimento Comunitário Local: Perspetivas Pedagógicas e Sociais da Sustentabilidade*. Porto: Profedições.

Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F. & Fonseca, A.M. (2006). *Promoção da Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses Através da Continuidade de Tarefas Produtivas*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 17 (1), 28-47.

Governo de Portugal (2012). *Programa de Ação do Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*. Portugal.

Grinberg, L. P. (2006). *Depressão em idosos - desafios no diagnóstico e tratamento*. Revista Brasileira de Medicina, s/n.

Grundy E. 2006. *Ageing and vulnerable elderly people: European perspectives*. Ageing & Society, 26, 1, 105–34.

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (2003). *Escalas e testes na demência*. Lisboa: Autor.

Guedes, D. V. et al. (2007). *Fatores associados à capacidade funcional de idosos na comunidade*. HU rev, Juiz de Fora, 33(4), pp. 105-111.

Guimarães, Marisa. (2011). *Para uma (re) educação dos idosos do grupo - Programa da melhor idade de Paraíso/Tocatins. Frente às mudanças do mundo contemporâneo*. Lisboa.

Habte, E., & Tekle, T. (2018). *Cognitive Functioning among Elders with Symptoms of Depression: The Case of Two Selected Institutionalized Care Centers in Addis Ababa, Ethiopia*. Health Science Journal, 12(03). <https://doi.org/10.21767/1791-809X.1000571>

Hartmann, A.C.V. (2008). *Factores associados a Autopercepção de Saúde em Idosos de Porto Alegre*. Tese de doutorado apresentado para obtenção do título de Doutor em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul: Porto Alegre.

Hoe, J., Katona, C., Roch, B., & Livingston, G. (2005). *Use of the QOL-AD for measuring quality of life in people with severe dementia - the LASER-AD study*. Age Aging, 34, pp. 130-5.

Hoe, J., Hancock, G., Livingston, G., Woods, B., Challis, D., & Orrell, M. (2009). *Changes in the quality of life of people with dementia living in care homes*. Alzheimer Dis Assoc Disord, 23, pp. 285-90.

Hortelão, António Pedro Santos. (2004). *Envelhecimento e qualidade de vida. Estudo comparativo de idosos residentes na comunidade e idosos institucionalizados na região de Lisboa*. Revista Servir (Vol. 52:3 (2004), pp. 119-128).

Howieson, D. B. (2015). *Cognitive Skills and the Aging Brain: What to Expect*. Cerebrum:the Dana Forum on Brain Science, 2015. Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4938247/>

Instituto Nacional de Estatística (1999). *Gerações mais idosas*. Série de estudos, 83. Lisboa, INE.

Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das Pessoas Idosas*. Lisboa, Serviço de estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e de População do INE.

Jacob, L. (n.d). *Universidades da Terceira Idade. Uma resposta social ou educacional*.Almeirim: RUTIS.

Jacob, L. (2002). *Serviço para idosos* [On-line]. Disponível: <http://www.socialgest.pt>.

Jacob, L. (2002). *Ajudante Sénior: Uma hipótese de perfil profissional para as IPSS*. ISCTE: Dissertação de Mestrado de Políticas de Desenvolvimento de Recursos Humanos .

Jacob, L (2007), *Animação de Idosos – Atividades*. Coleção Idade do Saber nº6, 1ª Edição, Porto, Âmbar.

Jacob, L. (2012). *A aprendizagem ao longo da vida e a formação para séniores*. Revista rediteia,45,53-65.

Jacob, L. (2012). *Universidades Seniores: Criar novos projetos de vida*. Coleção RUTIS, 3. Almeirim: RUTIS.

Jacob, L. (2013). *Animação de Idosos 2ª Edição*. Portugal: Mais Leituras.

Jacob, L. (2015). *A educação e os seniores*. Revista Kairós Gerontologia, 19(18), 81-97.

Jenkins, A. (2011). *Participation in learning and wellbeing among older adults*. International Journal of Lifelong Education, 30(3), 403–420. <https://doi.org/10.1080/02601370.2011.570876>

Jenkins, A., & Mostafa, T. (2015). *The effects of learning on wellbeing for older adults in England*. *Ageing and Society*, 35(10), 2053–2070. <https://doi.org/10.1017/S0144686X14000762>

Lawton, M. P., & Brody, M. H. (1969). *Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living*. *The Gerontologist*, 9 (3), 179-186.

Leal, C. M. S. (2008). *Reavaliar o conceito de qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado da Universidade dos Açores.

Leal, M. C. C., Apóstolo, J. L. A., Mendes, A. M. de O. C., & Marques, A. P. de O. (2014). *Prevalência de sintomatologia depressiva e fatores associados entre idosos institucionalizados*. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(3), 208–214. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400036>

Leung, D. S. Y., & Liu, B. C. P. (2011). *Lifelong Education, Quality of Life and Self-Efficacy of Chinese Older Adults*. *Educational Gerontology*, 37(11), 967–981. <https://doi.org/10.1080/03601277.2010.492732>

Lima, A., Silva, H., & Galhardoni, R. (2008). *Successful aging: paths for a construct and new frontiers*. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 12 (27), 795-807

Lima, J. Á. e Pacheco, J. A. (2006). *Fazer Investigação: Contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto, Porto Editora.

Lima, N.M.B.C.A. (2002). *"Contributo de um programa de actividade física na Auto-estima em adultos idosos do concelho de Coimbra"*. Dissertação de Mestrado em Ciências do Desporto e Educação Física. Universidade do Porto: Porto.

Liu, T., Chen, K. (2010). *Chinese Medical Qigong*. 1º edição. London and Philadelphia: Sing Dragon.

Loblet, Montserrat [et al.]. (2011). *Quality of Life, Happiness and Satisfaction with Life of Individuals 75 Years Old or Older Cared for by a Home Health Care Program*. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, vol. 19, nº 3, p. 467-475.

Lopes, M. A., Siedler, M. J. (2004) *Atividade Física: agente de transformação dos idosos*. Texto & Contexto – A Enfermagem e o Envelhecer Humano. Florianópolis: Papa- Livro (pp. 330-337).

Kalache, A., Veras, R. P., & Ramos, L. R. (1987). *O envelhecimento da população mundial: um desafio novo*. Rev. Saúde Pública, 21, 200-210. Recuperado em 08 julho, 2013, de: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v21n3/05.pdf>.

Kalache, A., Gatti, A. (2003). *Active ageing: a policy framework*. Advances in Gerontology = Uspekhi Gerontologii, 11, 7–18.

Kalache, A. (2009). *O envelhecimento e a cidade*. In Fundação Calouste Gulbenkian (Ed.), *O tempo da Vida: fórum sobre o envelhecimento* (pp. 215-229). Cascais: Principia.

Khaje-Bishak, Y., Payahoo, L., Pourghasem, B., & Asghari Jafarabadi, M. (2014). *Assessing the Quality of Life in Elderly People and Related Factors in Tabriz, Iran*. Journal of Caring Sciences, 3(4), 257–263. <https://doi.org/10.5681/jcs.2014.028>

Machado, P. (2007). *Refletindo sobre o conceito de envelhecimento ativo. Pensando no Envelhecimento em meio Urbano*. Fórum Sociológico, 17, II série, 53-63.

Maciel, A. C. C. e Guerra, R. O. (2007). *Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil*. Revista Brasileira Epidemiologia, 10(2), pp. 178-189.

Manninen, J., Sgier, I., Fleige, M., Thone-Geye, B., Kill, M., Danihelkova, H., ... Operti, F. (2014). *Benefits of Lifelong Learning in Europe: Main Results of the BeLL Project: Research Report*. Obtido de [http://www.alice.ch/fileadmin/user\\_upload/alicech/dokumente/sveb/projekte/BELL\\_RESEARCH\\_REPORT\\_310514\\_Final.pdf](http://www.alice.ch/fileadmin/user_upload/alicech/dokumente/sveb/projekte/BELL_RESEARCH_REPORT_310514_Final.pdf)

Marconcin, P., Real, N.C., Dias, C. & Fonseca, A.M. (2010). *A representação das Universidades Seniores, o bem-estar subjetivo e a prática da atividade física em idosos*. Revista Transdisciplinar de Gerontologia, III (2), 16-25

Marques, L., & Firmino, H. (2003). *Depressão e comportamentos suicidários no idoso*.

In A. Vaz Serra (Coord.), *Medicina, Temas Actuais, Depressão* (pp. 133-162).  
Castanheira do Ribatejo: Atral Cipan Vida.

Marques, H. (1991). *Envelhecimento, Fisioterapia* (Vol.2, pp. 5-14).

Martin, D., & Boeck, K. (2002). *QE – O que é a Inteligência Emocional*. Lisboa:  
Pergaminho.

Martins, R. M. (2006). *Envelhecimento e políticas sociais*. *Revista Millenium*, 126-138.

Martins, R. (2008). *A depressão no idoso*. *Millenium - Revista do ISPV*, 34. de  
<http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/>

Mazza, M. M. P. R. (2002). *Cuidar em família: Análise da representação social da  
relação cuidador familiar com o idoso*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da  
Universidade de São Paulo (Dissertação de Mestrado).

Mcnnis, G. J., e White, J. H. (2001). *A phenomenological exploration of loneliness in  
the older adult*. *Archives of Psychiatric Nursing*, XV(3), 128-139.

Medeiros, T. (2013a). *Integration of seniores in the society: the experience of azores  
(Portugal)* (pp. 29-52). Comunicação apresentada no International Symposium AIUTA,  
Guangzhou, China.

Medeiros, T. (2013b). *Desafios do(s) envelhecimento(s)*. In Teresa Medeiros, Carlos  
Ribeiro, Berta Pimentel Miúdo e Adolfo Fialho (Coord.), *Envelhecer e Conviver* (pp.  
29-45). Ponta Delgada; Letras Lavadas.

Mendonça, A. (2012). *Envelhecimento activo e educação ao longo da vida*. Funchal.  
Universidade da Madeira.

Mesquita, Raul; DUARTE, Fernanda – *Dicionário de psicologia*. Lisboa, Platano  
Editora, SA., 1996.

Moe, J. O., & Hagen, T. P. (2011). *Trends and variation in mild disability and  
functional limitations among older adults in Norway, 1986–2008*. *European Journal of  
Ageing*, 8(1), 49–61. <https://doi.org/10.1007/s10433-011-0179-3>

Molina, P. & Tarrés, P. (2008) *Terapia ocupacional en geriatría: principios y práctica*, 2º ed. Barcelona.

Moñivas, A. (1998). *Representaciones de la vejez (Modelos de Disminución y de Crecimiento)*. Anales de psicología, 14(1), 13-25.

Montagut, T. (2000). *Política social: una introducción*. Barcelona: Editorial Ariel, S.A.

Moraes, E. N. (2012). *Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais*. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde.

Mota, F. Oliveira, M. Marques, M. Bessa, M. Leite, B. & Silva, M. (2010). *Família e redes sociais de apoio para o atendimento das demandas de saúde do idoso*. Revista Pesquisa (Vol.14, pp.833-838).

Murphy, E. (1982). *Social Origins of Depression in Old Age*. The British Journal of Psychiatry, 141(2), 135-142.

Narushima, M., Liu, J., & Diestelkamp, N. (2018). *Lifelong learning in active ageing discourse: Its conserving effect on wellbeing, health and vulnerability*. Ageing and Society, 38(4), 651–675. <https://doi.org/10.1017/S0144686X16001136>

Nazareth, J.M. (1988). *O envelhecimento demográfico*. Revista de Psicologia, 6(2), pp. 135-146.

Neri, A. L., & Cachioni, M. (1999). *Velhice bem-sucedida e educação*. In A. L. Neri & G. G. Debert (Orgs.), *Velhice e sociedade* (pp.113-140). Campinas: Papirus.

Neri, A L. (org.) (2001) *Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento e o envelhecimento*. In: A. Liberalesso Néri (org.) *Desenvolvimento e envelhecimento*. Campinas: Papirus

Neri, A. (2003). *Qualidade de vida na velhice: Fisioterapia geriátrica*. São Paulo: Manole.

Neri, A. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Campinas: Alínea.

- Neri, A. (2007). *Qualidade de vida no adulto maduro: interpretações teóricas e evidências de pesquisa*. In Neri, A. (Ed.) *Qualidade de vida e idade madura* (pp. 9-56). São Paulo: Papirus Editora
- Neri, A. L. (2008). *Qualidade madura no atendimento domiciliário*. In: Duarte, Y. A. O., & Diogo, M. J. D. (Orgs.). *Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico*, 33-47. São Paulo, SP: Atheneu.
- Neri, A. & Yassuda, M. (2008). *Velhice bem-sucedida. Aspectos afetivos e cognitivos*. São Paulo: Papirus Editora
- Neto F.(1989) *Avaliação da solidão*. *Psicologia Clínica*. 2:65–79
- Neto, F. (1992). *Solidão embaraço e amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.
- Neto, F. (1999). *As pessoas idosas são pessoas: aspectos psico-sociais do envelhecimento*. *Psicologia, Educação e Cultura*, III, 2, 297-322.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F., & Monteiro, H. (2006). *A solidão em Pessoas Idosas: Universidades da Terceira Idade*. *Revista de Psicologia Educação e Cultura*. 10, 183–208.
- Neves, C. S. (2009). *Estratégias de aprendizagem ao longo da vida na União Europeia – Análise crítica e comparativa das estratégias de aprendizagem ao longo da vida de cinco estados – membros*. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências e Tecnologia.
- Noelker, L. S., & Browdie, R. (2014). *Sidney Katz, MD: A New Paradigm for Chronic Illness and Long-Term Care*. *The Gerontologist*, 54(1), 13–20. <https://doi.org/10.1093/geront/gnt086>
- Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde: Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa: Lidel.

Nunes, D. P. et al. (2010). *Capacidade funcional, condições socioeconômicas e de saúde de idosos atendidos por equipes de Saúde da Família de Goiânia (GO, Brasil)*. Ciências & Saúde, 15(6), pp. 2887-2898.

Oliveira, Aldalan [et al.]. (2010). *Qualidade de vida em idosos que praticam atividade física – uma revisão sistemática*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia. Disponível na Internet:  
<URL:<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v13n2/a14v13n2.pdf>>.

Oliveira, C., Souza, C., & Freitas, T. (2006). *Idosos e família: Asilo ou casa*. Portal dos Psicólogos. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0281.pdf>

Oliveira, J. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. (3ª edição). Porto: Legis Editora.

Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do idoso: Temas complementares*. Porto: Livpsic-Psicologia.

Oliveira, K. L., Santos, A. A., Cruvinel, M., & Néri, A. L. (2006). *Relação entre ansiedade, depressão e desesperança entre grupos de idosos*. Psicologia em estudo, 11(2), 351- 359.

Organização Mundial de Saúde. (1995) *The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*. Social science and medicine (Vol.41, pp.403-409).

Organização Mundial de Saúde (1997). *4.ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde Novos Actores para uma Nova Era - adaptar a promoção da saúde ao século XXI*. Jacarta, de 21 a 25 de Julho.

Organização Mundial de Saúde (2001). *Mental health resources in the world: Initial results of Projet ATLAS*. Genebra, Organização Mundial da Saúde (Fact Sheet N° 260, Abril 2001).

Organização Mundial de Saúde. (2002). *Envelhecimento ativo. Um Projeto de Política de saúde*. Madrid: Editora.

Organização Mundial de Saúde e Direcção Geral de Saúde (2004). *CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, OMS/DGS.

Organização Mundial de Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Brasília: OMS.

Organização Mundial de Saúde. (2011). *Relatório de prevenção contra os maus tratos a idosos*. Lisboa: OMS

Organização Mundial de Saúde. (2012). *Financiamento dos Sistemas de Saúde. O caminho para a cobertura universal*. Lisboa: OMS

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

Pais Ribeiro, J. L. (2004). *Avaliação das intenções comportamentais relacionadas com a promoção e proteção da saúde e com a prevenção das doenças*. *Análise Psicológica* (Vol. 21 (2), pp.387-397).

Paixão, C. M. e Reichenheim, M. E. (2005). *Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso*. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, 21(1), pp. 7-19.

Papalia, Diane, Ruth Duskin Feldman, Gabriela Martorell. (2013). *Desenvolvimento humano*. AMGH editora. Porto Alegre, Brasil. 12º Edição.

Paschoal, S. M. P. (2000). *Qualidade de vida do idoso: elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Paschoal, S. M. P. (2002). *Autonomia e independência*. In: Netto, M. P. (Ed.). *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo, Atheneu, pp. 311-323.

Paschoal, S. M. P. (2007). *Autonomia e independência*. In: Netto, M. P. (Ed.). Tratado de gerontologia. 2.<sup>a</sup> Edição. São Paulo, Atheneu, pp. 609-621.

Paúl, C. (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paul, C. e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C. (2017). *Envelhecimento ativo e redes de suporte social*. Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto, 15.

Paúl, M. (1997). *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Livraria Almedina.

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

Pelegrin, A. K. A. P. et al. (2008). *Idosos de uma Instituição de Longa permanência de Ribeirão Preto: níveis de capacidade funcional*. Ciências da Saúde, 15 (4/Outubro-Dezembro), pp. 182-188.

Pereira et al. (2006). *Qualidade de vida global de idosos*. Revista Psiquiátrica RS, 28 (Vol. 1 pp. 27-38).

Pereira, L. (2010). *Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado. A Intervenção da Animação Sociocultural*. (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Especialização em Animação Sociocultural). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.

Pestana, M., & Gageiro, J. (2008). *Análise de Dados para Ciências Sociais—A Complementaridade do SPSS (6.aed.)*. Edições Sílabo.

Pimentel, F. L. (2006). *Qualidade de vida do doente oncológico*. Dissertação de candidatura ao grau de Doutor em Medicina apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família – Contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto.

Pinheiro, Sílvia Filipa Veloso. (2013). *Estado de saúde e capacidade funcional: estudo com idosos do concelho de Arcos de Valdevez*. Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Promoção e Educação para a Saúde. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Pinho, M. M. N. (2005). *Análise do índice de psicopatologia e qualidade de vida dos doentes do Lar “X”, comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa*. Lisboa: Dissertação de Mestrado. Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.

Pinho, M. X., Custódio, O., & Markdisse, M. (2009). *Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 12(1), 123-140.

Pinto, M. D. G. L. C. (2003). *As Universidades da Terceira Idade em Portugal: das origens aos novos desafios do futuro*. Revista da Faculdade de Letras ‘Línguas e Literatura’, Porto. XX, II.

Pinto, M. da G. (2003). *Da Importância de programas destinados à educação de seniores na sociedade de hoje: as universidades da terceira idade em Portugal*. Envelhecer em Saúde, 9, (1-14).

Post MW. (2014). *Definitions of quality of life: what has happened and how to move on*. Top Spinal Cord Inj Rehabil. ;20(3):167-180. doi:10.1310/sci2003-167

Programa AEEASG para Portugal (2012). *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade entre Gerações. Programa de ação*. Lisboa: Governo de Portugal.

Pynoos, J., Caraviello, R., & Cícero, C. (2009). *Lifelong housing: the anchor in aging-friendly communities*. *Generations*, 33, 2, 26-32.

Quaresma, M. (1992). *Velhice ou Envelhecimento*. Lisboa: Servir 30.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. V. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. 2ª Edição. Lisboa, Gradiva.

Ribeirinho, C.M.C. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais ao Domicílio*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa: Lisboa.

Ribeiro, A.P.F. (2007). *Imagens de velhice em profissionais que trabalham com idosos*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Geriatria e Gerontologia. Universidade de Aveiro, Secção Autónoma de Ciências da Saúde: Aveiro.

Ribeiro, C. (2013). *Serviço Social Gerontológico: contextos e práticas profissionais* In Carvalho, M. I. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: Pactor, 177-200.

Ribeiro, J. L. P. (2005). *Introdução à psicologia da saúde*. Coimbra, Quarteto.

Ribeiro, J. P. R. (2007) *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Porto: Livpsic-Psicologia.

Ribeiro, S. (2009). *O idoso e a institucionalização: Melhoria de vida ou segregação*. Dissertação de Mestrado. ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Romão, Fernanda Maria Lopes (2002). *Metodologia de Desenvolvimento de um sistema de Informação para uma Instituição Particular de Solidariedade Social*, Universidade de Aveiro. disponível em: <http://portal.ua.pt>

Rosa, A. A. et al. (2010). *Características demográficas (sexo e idade) e as atividades básicas e instrumentais de vida diária em adultos e idosos saudáveis*. *ConScientiae Saúde*, 9(3), pp. 403-412.

Rosa, T. E. C. et al. (2003). *Factores determinantes da capacidade funcional entre idosos*. *Revista de Saúde Pública*, 37(1), pp. 40-48.

Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., e Guimarães, N. K. (2006). *Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos*. Revista electrónica internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología, 5. Acedido em 2010, Junho 2 de <http://www.psicolatina.org/Cinco/index.html>

Sakamoto, Y., & Ohashi, Y. (2017). *The relationship between physical function in the elderly and judgment error in walking speed*. Journal of Physical Therapy Science, 29(7), 1176–1180. <https://doi.org/10.1589/jpts.29.1176>

Santos, A. F. A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (Monografia de licenciatura).

Santos, Pedro; Paúl, Constança. (2006). *Desafios na Saúde Mental dos mais Velhos: o outro lado da Terapia*. Psicogeriatria. Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Santos, P. (2002). *A depressão no idoso*. 2.<sup>a</sup> Edição. Coimbra, Quarteto.

Santos, S.D.M. (2006). *Motivação para a prática de Actividade Física em Mulheres Idosas. Estudo com idosas em Lares e Centros de Dia*. Dissertação apresentada para obtenção do grau de Mestre em Ciências do Desporto. Universidade do Porto: Porto.

Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., e Pitkala, K. H. (2005). *Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 41, 223-233.

Schalock, R., Verdugo, M., Bonham, G., Fantova, F., e Van Loon, J. (2008). *Enhancing personal outcomes: Organizational strategies, guidelines, and examples*. Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities, 5(4), 276–285. doi: 10.1111/j.1741-1130.2007.00135.x

Schalock, R., Bonham, G., e Verdugo, M. (2008). *The conceptualization and measurement of quality of life: Implications for program planning and evaluation in the field of intellectual disabilities*. Evaluation and Program Planning, 31(2), 181–190. personal outcomes: Organizational strategies, guidelines, and examples. Journal of

*Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 5(4), 276–285. doi: 10.1111/j.1741-1130.2007.00135.x

Schroder-Butterfill E. and Marianti R. (2006). *A framework for understanding old-age vulnerabilities*. *Ageing & Society*, 26, 1, 9–35.

Schuller, T. (2004). *Three capitals*. Em T. Schuller, J. Preston, C. Hammond, A. Brassett-Grundy, & J. Bynner, *The Benefit of Learning* (pp. 12–34). London: Routledge Falmer.

Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.

Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa, Lidel.

Silva, A. P. (2011). *A percepção de qualidade de vida do idoso institucionalizado*. [Em linha]. Disponível em . [2019].

Silva, C. (2012). *O Idoso e a Institucionalização: O fenómeno da solidão*. Dissertação de Mestrado. ISPA - Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Silva, F. (2011). *Qualidade de vida no processo de envelhecimento e a integração nos centros de dia (uma perspetiva do utente)*. Dissertação, Escola Superior de Educação Almeida Garrett da Universidade de Lisboa (Mestrado em Ciências de Educação – Educação Especial), Lisboa.

Silva, Isabel; Meneses, Rute; Silveira, Augusta. (2007). *Avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde*. Lisboa.

Silva, M.E.V (2006). “*Se fosse tudo bem, a velhice era boa de enfrentar!*” *Racionalidades leigas sobre envelhecimento e velhice - um estudo no Norte de Portugal*. Tese de Doutoramento em Sociologia. Universidade Aberta: Lisboa.

Silva, P. et al. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: Usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Editora Fundação Francisco Manuel dos Santos. ICS -

Livros. Lisboa.

Silva, S. (2009). *Envelhecimento Ativo: Trajetórias de Vida e Ocupações na Reforma*. Tese, Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra (Mestrado em Sociologia), Coimbra.

Silva, S. (2010). *Qualidade de vida de idosos institucionalizados*. Dissertação, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade da Beira Interior (Mestrado em Psicologia na área de Clínica), Covilhã.

Silveira, R.; Guerra, F.; VAZ, I.; Matias I. (2002). *Rede de serviços e equipamentos sociais* in Portugal 1995 – 2000 Perspetivas da Evolução Social. Lisboa: DEPP/MTS e Celta Editora, pp 253-277.

Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um novo público a educar*. Coimbra: Ambar. Coleção idade do saber, nº5.

Simões, A. (2007). *O que é a educação?* In A. Fonseca, M. Seabra-Santos, M. Fonseca (Eds.), *Psicologia e educação. novos e velhos temas* (pp. 31-52). Coimbra: Almedina.

Simões, Mário (1996). *Depressão nas idades avançadas - aspectos práticos do diagnóstico, terapêutica e da relação médico – paciente deprimido idoso e seus familiares*. Revista Portuguesa de Medicina Geriátrica – Geriatria, Ano IX, nº 86, Junho.

Sitoe, R. M. (2006). *Aprendizagem ao longo da vida: Um conceito utópico?* *Comportamento Organizacional e Gestão*, 12 (2), 283-290.

Sjölund, B.-M., Wimo, A., Engström, M., & von Strauss, E. (2015). *Incidence of ADL Disability in Older Persons, Physical Activities as a Protective Factor and the Need for Informal and Formal Care – Results from the SNAC-N Project*. PLOS ONE, 10(9), e0138901. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0138901>

Sjölund, B.-M., Wimo, A., Qiu, C., Engström, M., & von Strauss, E. (2014). *Time trends in prevalence of activities of daily living (ADL) disability and survival: Comparing two populations (aged 78+ years) living in a rural area in Sweden*.

Archives of Gerontology and Geriatrics, 58(3), 370–375.  
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2013.12.004>

Skevington, S. M., Lotfy, M., & O’Connell, K. A. (2004). *The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial*. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299–310.  
<https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00>

Sousa, J. (2013). *Qualidade de vida do idoso – Um estudo de revisão*. Projeto de graduação (obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem), Universidade Fernando Pessoa, Porto.

Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D. (2003). *Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa*. *Revista Saúde Pública*, 37(3), 364-371.

Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

Souza, L., & Sequeira, C. (2012). *Concepção de um Programa de Intervenção na Memória para Idosos com Défice Cognitivo Ligeiro*. *Portuguese Journal Of Mental Health Nursing*, (8), 7-15.

Spar, E. J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica* (J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 2002).

Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Van Der Mast, R. C., Beekman, A. T. F., & Westendorp, R. G. J. (2006). *Natural history of depression in the oldest old: Population-based prospective study*. *British Journal of Psychiatry*, 188(1), 65–69.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.188.1.65>

Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório e Implementação-Piloto de um Programa de Intervenção*. Dissertação, Universidade de Lisboa Secção de Psicologia Clínica e da Saúde (Mestrado Integrado em Psicologia), 2010.

Tombaugh, T. N., McDowell, I., Kristjansson, B., & Hubley, A. M. (1996). *Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Modified MMSE (3MS): A psychometric comparison and normative data*. *Psychological Assessment*, 8(1), 48–59.

Tsolaki M, Papaliagkas V, Kounti F, et al. (2010). *Severely stressful events and dementia: a study of an elderly Greek demented population*. *Psychiatry Res*. 2010;176(1):51-54. doi:10.1016/j.psychres.2009.06.001

Tuckman, Bruce W. (2000). *Manual de investigação em educação*. 4ª Edição, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Valle, E. A., Castro-Costa, É., Firmo, J. O. A., Uchoa, E., & Lima-Costa, M. F. (2009). *Estudo de base populacional dos fatores associados ao desempenho no Mini Exame do Estado Mental entre idosos: Projeto Bambuí*. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(4), 918–926. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2009000400023>

Ventegodt, Merrick, Anderson. (2003). *Quality of life Philosophy I. Quality of life, happiness, and meaning in life*. The Scientific World Journal. Denmark.

Veras R. P., Ramos, L. R., & Kalache, A. (1987). *Crescimento da população idosa no Brasil: transformações e consequências na sociedade*. *Rev. Saúde Pública*, 21, 225-233. Recuperado em 01 julho, 2015 (doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101987000300007>).

Veras, R. P., et al. (1995). *Terceira Idade: um envelhecimento digno para o cidadão do futuro*. Rio de Janeiro, RJ: Relume-Dumará. (cap. 1: Idoso e universidade: parceria para a qualidade de vida), 11-27.

Veríssimo, M. T. (2006). *Avaliação Multidimensional do idoso*. Em, H.Firmino (Ed.), *Psicogeriatrics* (489-498). Coimbra: Psiquiatria Clínica

Yassunda, M. (2006). *Memória e envelhecimento saudável*. In E. Freitas. F. Cansado. J.doll

Zimerman, G. I., (2000) *Velhice – aspetos biopsicossociais*. Porto Alegre, Artmed Editora.

## Anexos

## ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

O presente questionário tem como objetivo recolher dados para uma investigação a desenvolver no âmbito do Projeto Final do Mestrado em Ciências da Educação e Desenvolvimento Comunitário, da Escola Superior de Educação e Ciências Sociais de Leiria, cuja temática é *a tipologia de resposta social e a forma de envelhecimento*. Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais.

Desde já agradeço a sua colaboração

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Sexo:**

Masculino

Feminino

**Estado Civil:**

Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

**Habilitações Literárias:**

Não sabe ler nem escrever

Sabe ler e escrever

1-4 anos

5-6 anos

7-9 anos

10-12 anos

Estudos Universitários