



Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional
Portuguese Journal of Occupational Therapy

Marca INPI: N°668549

ISSN: 2975-8181



Número: 2

Revista Portuguesa de Terapia Ocupacional
Portuguese Journal of Occupational Therapy
✉ rpto@ipleiria.pt

DOI: <https://doi.org/10.25766/pcnz-m802>

Data de publicação: Jun 2026




POLITÉCNICO
DE LEIRIA

ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE

(CICAc): Um estudo nas Universidades Sénior do Baixo- Alentejo

António Duarte

Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Portugal
 <https://orcid.org/0000-0002-1534-176X>
 ✉ antonio.duarte@ipbeja.pt

Luís Gancinho

Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Portugal
 ✉ lgancinho@hotmail.com

Paulo Rodrigues

Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Portugal
 ✉ paulojrodrigues1@gmail.com

João Batista

Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Portugal
 ✉ jotabe84@gmail.com

Rodrigo Germano

Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Portugal
 ✉ rodrigo34germano@gmail.com

Ana Paula Martins

Escola de Saúde do Instituto Politécnico de Beja, Portugal
 <https://orcid.org/0000-0003-1394-4038>
 ✉ anapmartins@ipbeja.pt

Resumo:

Introdução A promoção da participação ocupacional e a solidariedade entre gerações, podem criar oportunidades às pessoas idosas para participarem ativamente e de forma produtiva na sociedade em que estão inseridas. As Universidades da Terceira Idade podem ser um recurso para potenciar este envelhecimento ativo; **Objetivos:** Avaliar o nível de autocuidados da população idosa pertencente às Universidades Seniores do Baixo-Alentejo, recorrendo à escala "Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado" (CICAc). **Métodos:** Estudo descritivo, transversal, de análise quantitativa. Participaram no estudo 35 de idosos portugueses com uma média de idade de 74A, sem alterações cognitivas, residentes no Baixo-Alentejo e a frequentar as Universidades Seniores de Beja, Serpa e Vidigueira. Para a recolha de dados usou-se escala "Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado" (CICAc). **Resultados** Nas suas rotinas diárias, identificam-se como frequentes as atividades de Tomar banho; Vestir; Utilização da Casa de Banho; Alimentação; Higiene Pessoal; Comunicação; Utilização do telefone; Tomar medicamentos e Lazer Social. Destas, o Tomar Banho e o Tratamento de Roupas, são atividades desempenhadas pontualmente durante a semana, já Tomar Banho e Preparar as refeições, são atividades que consideravam mais significativas para si. As atividades que menos gostam de fazer são as Tarefas Domésticas e Tratamento de Roupas. Funcionalmente são independentes e encontram-se satisfeitos com a sua rede de suporte familiar e social. **Conclusões.** Globalmente a amostra deste estudo, tem uma boa rede de suporte familiar e social, tanto formal como informal, que lhes permite satisfazer as suas necessidades globais de autocuidado.

Palavras-chave: Envelhecimento Ativo, Autocuidados, Universidades Sénior; Terapia Ocupacional, CICAc.

Abstract:

Introduction: The promotion of occupational participation and solidarity between generations can create opportunities for the old to participate actively and productively in the society in which they are inserted. Senior Universities can be a resource to enhance this active aging. **Goals:** Evaluate the level of self-care of the elderly population belonging to the Senior Universities of Baixo-Alentejo, using the scale "Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado" (CICAC). **Methods:** Descriptive, cross-sectional, quantitative analysis study. The study included thirty-five Portuguese elderly with an average age of 74yo, without cognitive alterations, living in Baixo-Alentejo and attending the Senior Universities of Beja, Serpa and Vidigueira. **Results:** In their daily routines, the activities of Taking Shower; Dress; Use of the bathroom; Feed; Personal Hygiene; Communication; Use of the Telephone; Taking Medicines and Social Leisure are identified as frequent. Of these, Taking Shower and clothing treatment are activities performed punctually during the week. Already, Shower and Preparing meals, are activities that they considered most important (Significant). The activities they least like to do are Housework and Clothing Treatment. Functionally, they are independent and satisfied with their family and social support. **Conclusions:** Overall, the sample of this study has a good familiar and social support, both formal and informal, allowing them to meet their overall self-care needs.

Keywords: active aging, self-care, Senior Universities; Occupational Therapy, CICAC.

1. Introdução

Nas últimas décadas o envelhecimento populacional, tem vindo a aumentar a nível mundial e Portugal não é exceção. Prevê-se que o envelhecimento da população portuguesa seja mais acentuado que nos restantes países da União Europeia (EU), perspetivando-se que dentro de três décadas, os indivíduos com mais de 55 anos em Portugal sejam de (47,1%), em relação à média da UE que será de (40,6%), tornando-se no país mais envelhecido da UE. É neste contexto de envelhecimento que se levantam desafios sociais, nomeadamente ao nível do mercado de trabalho, da organização familiar e do próprio sistema de proteção social, fruto da dificuldade na renovação da população, em particular, da população em idade ativa [1].

Realizou-se em 2017, em Lisboa, a IV Conferência Ministerial da *United Nations Economic Commission for Europe*, onde os países que a compõem, incluindo Portugal, definiram três prioridades a alcançar até ao ano de 2022: (a) reconhecer o potencial da pessoa idosa, (b) encorajar o envelhecimento ativo e (c) garantir um envelhecimento com dignidade. Deste modo, reconhece-se a necessidade de uma mudança de paradigma, relativamente ao sistema de crenças e estereótipos negativos face aos idosos, ainda presentes na atual sociedade. Os estereótipos negativos qualificam os idosos perante a sociedade, geralmente como indivíduos dependentes, frágeis, incapazes, disfuncionais e tristes, o que os pode levar a desenvolver uma baixa autoestima, reduzida autoconfiança e baixa auto percepção, alterando a forma como estes se relacionam nos vários contextos sociais, podendo aumentar o risco de isolamento e exclusão social [2].

O envelhecimento é um processo universal, porém, cada indivíduo vive uma experiência única de acordo com o ambiente em que está inserido, a sua cultura, dieta, valores e escolhas de vida [3,4], é pois, um processo altamente individualizado e complexo, podendo existir diversas formas de envelhecer [5]. O processo de envelhecimento é uma parte inevitável da vida, contudo, atitudes preconceituosas podem fazer da transição para esta fase da vida, um processo temido [6]. Conforme demonstrado em pesquisas sobre preconceito em relação a outros grupos sociais, os estereótipos não são apenas crenças estáticas [7,8]; em vez disso, muitos têm consequências perniciosas a curto e longo prazo. No mundo moderno, os idosos enfrentam oportunidades sociais e económicas reduzidas, danos à autoestima e problemas de saúde física exacerbados, para citar apenas algumas consequências do tratamento anti idade. Adicionando mais complexidade, alguns observam que, juntamente com os elementos negativos dos estereótipos baseados na idade, o "ageísmo positivo" surge por meio de estereótipos de sabedoria e felicidade – além de benefícios práticos, como isenções fiscais especiais, descontos e programas habitacionais.

As experiências de manter o bem-estar e/ou de lidar com a doença são constantes na vida daqueles que enfrentam este processo, sendo necessário promover a saúde e estimular comportamentos que visem a manutenção da autonomia e o envelhecimento bem-sucedido. O conceito de envelhecimento ativo deve ser aplicado tanto em indivíduos como em grupos populacionais, levando as pessoas a perceber o seu potencial para a criação de um bem-estar físico, social e mental ao longo das suas vidas, incluindo a participação ativa daqueles com idades mais avançadas nas questões sociais, cívicas e,

igualmente, na definição das políticas sociais [9,10]. O paradigma do envelhecimento ativo surge, assim, como um programa global de intervenção na sociedade, voltado para a mudança da condição da pessoa idosa, em particular para a aprendizagem ao longo da vida, procurando responder aos problemas do aumento da longevidade.

Como o próprio nome sugere, o autocuidado nada mais é do que a atenção que dedicamos a nós próprios, reconhecendo as nossas necessidades físicas, mentais e emocionais. Neste sentido, pode ser definido como a atenção e a diligência que as pessoas têm sobre si próprias, que lhes permite, de forma livre, ter um papel ativo na prevenção e manutenção da sua saúde e qualidade de vida [9]. O indivíduo é a essência de todo este processo, pois, melhor do que ninguém, conhece as motivações e interesses que definem o seu bem-estar. A Teoria Geral do Autocuidado, desenvolvida em 2001 [11], afirma que os seres humanos distinguem-se dos demais seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmos, de simbolizar o que vivenciam e de utilizar criações simbólicas no pensamento e na comunicação dirigida a ações benéficas para si mesmos e para os outros. Nessa perspetiva, o autocuidado é definido como um conjunto de atividades que a própria pessoa executa com o propósito do seu próprio benefício, preconiza ainda que a sua realização requer uma ação deliberada, intencional e calculada e está condicionada pelo conhecimento e pelo repertório de capacidades da pessoa [9,11]. Sendo certo que o autocuidado é algo constante na vida das pessoas, podemos assumir que existem elementos que o definem e que se vão consolidando ao longo do percurso biográfico de cada um. Esta premissa, passível de ser relacionada com as categorias de fatores mais pessoais, que influenciam a forma como cada um vive e realiza o seu autocuidado, corresponderá o que alguns autores definem como “perfis de autocuidado” [12,13]. O perfil de autocuidado, de acordo com aquilo que se infere da literatura [12,13,14], traduz algo de profundo, inscrito no percurso biográfico das pessoas, sendo um conceito que não pode ser separado da vida concreta das pessoas, estando intimamente ligado com o seu passado e sendo altamente influenciador do seu presente e futuro. Neste sentido, o autocuidado deve ser entendido como um comportamento aprendido e realizado pelo indivíduo em seu próprio benefício [15], sendo necessário priorizar ações relacionadas com a promoção da saúde e a prevenção de complicações, tornando as intervenções educativas essenciais nesse contexto de atendimento, favorecendo o *empowerment* das pessoas e, conseqüentemente, potencializando a sua capacidade funcional [16].

Considera-se que o envelhecimento pode vir a ser uma experiência positiva, porém é necessário investir nas ações do cuidar, da prevenção e do controle de doenças próprias desta idade. Acredita-se que o enfoque na educação para o autocuidado dos idosos [11,17] seja um dos caminhos que possam contribuir para o seu *empowerment*, no sentido de se cuidar e, em decorrência, direcionar positivamente a sua vida, preservando a sua autonomia e mantendo a sua independência funcional nas atividades que lhes sejam mais significativas [16]. Logo, o processo educativo consiste em projetar no indivíduo a possibilidade de se apropriar da sua própria experiência e de partilhar as experiências dos outros, o que, para o idoso, significa melhoria das condições de saúde, independência e capacidade de autocuidado.

Atividades educativas voltadas para o autocuidado são desenvolvidas, em geral, por equipas multidisciplinares com o propósito de fazer com que as pessoas conheçam mais profundamente as suas condições de saúde de modo a gerenciá-las da melhor forma. A Terapia Ocupacional tem um papel preponderante nesta equipa, nomeadamente na dinamização do autocuidado e na independência funcional da pessoa idosa, baseando a sua intervenção nos conceitos da Ciência Ocupacional, nomeadamente na conceção e delegação de estratégias que promovem o autocuidado, mediante uma análise holística da pessoa, permitindo-lhe perceber e promover o desempenho ocupacional, de forma autónoma e independente, em atividades que lhe sejam significativas [18]. Para tal a Terapia Ocupacional, procura compreender o desempenho ocupacional da pessoa idosa no seu quotidiano, através de duas grandes áreas ocupacionais: Atividades da Vida Diária (AVD) e Atividades da Vida Diária Instrumentais (AVDI's).

A utilização de instrumentos de mensuração de ações de autocuidado constitui uma ferramenta metodológica que colabora na avaliação das respostas dos doentes ao tratamento, além de permitirem a compreensão e o estudo dos problemas observados [19]. Considera-se de suma importância a avaliação do autocuidado desenvolvida para idosos utilizando instrumentos específicos para este fim. Neste estudo, recorreu-se à escala de avaliação “Classificação dos Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado” (CICAc), é uma dessas escalas padronizadas, desenvolvida com a finalidade de avaliar a capacidade de idosos, com 65 ou mais anos de idade, no desempenho dos seus autocuidados [20]. A conceção desta escala visou a uniformização dos procedimentos entre os Terapeutas Ocupacionais, permitindo-lhes condensar num só momento de recolha, a informação pertinente para deteção de possíveis *handicaps*, ao nível da capacidade de desempenho ocupacional das pessoas idosas. Este instrumento permite obter informações assertivas, acerca do

desempenho funcional, atividades significativas e práticas de autocuidado. A escala CICAc é composta por uma grelha de vinte e duas questões, divididas por quatro áreas de diagnóstico: círculo doméstico e familiar do idoso e a potencial rede de suporte; perfil social; universo ocupacional e capacidade funcional.

O círculo doméstico e familiar da pessoa idosa [20] é representado pelas pessoas que residem com o idoso, geralmente familiares diretos e que representam a principal rede de suporte do mesmo, no entanto pode abranger outros indivíduos ou grupos. As redes de apoio que prestam suporte às pessoas idosas podem classificar-se de acordo com a natureza da sua estrutura em formais e/ou informais. As redes de apoio formal são caracterizadas por instituições de utilidade pública e social como é o caso das Universidade Sénior [21]. Estas representam um serviço de proximidade colocado ao dispor da pessoa idosa, podendo complementar as redes de apoio informal nomeadamente “família, amigos, vizinhos”, auxiliando-os a tornar a pessoa idosa o mais autónoma e independente possível nos seus autocuidados permitindo-lhe disfrutar da vida o maior tempo possível. É espectável que a rede de suporte propicie proteção, cuidado, atenção e bem-estar da pessoa idosa, tendo presente os seus valores e interesses nesta fase da sua vida.

O perfil social do idoso consiste num conjunto de informações referentes às habilitações académicas, atividades laborais e fontes de rendimentos do mesmo, estando estas intimamente relacionadas com o seu Universo Ocupacional, nomeadamente no desempenho das AVD's, e das AVDI's [20]. Procura-se compreender, dentro do Universo Ocupacional da pessoa idosa, quais as são as suas rotinas diárias, bem como as atividades que realiza pontualmente, o seu nível de interesse, assim como a auto percepção da sua importância. Procura-se compreender também qual o nível da capacidade funcional da pessoa idosa, tendo em conta os vários fatores anteriormente inumerados [21].

Experiências de envelhecimento bem-sucedido são retratadas, por exemplo, em idosos que frequentam as universidades seniores. Estas têm o poder de mudar as representações sociais associadas ao envelhecimento, desmistificando e descartando a imagem negativa, funcionam como um espaço educativo não formal que proporciona a inserção e integração social do idoso ao mesmo tempo que permite a elevação de sentimentos como a autoestima e auto valorização e a conquista de novos saberes que contribuem para uma consciencialização dos seus direitos e deveres enquanto cidadãos [22]. A participação da pessoa idosa neste tipo de projetos é benéfica, uma vez que pretende desenvolver competências sociais, educativas, culturais, de convívio e de comunicação, valorizando e estimulando os seus interesses ocupacionais, assim como manter ou redefinir os seus padrões de desempenho traduzindo-se em hábitos, rotinas, rituais e papéis. As Universidades Seniores, são um importante meio de promoção dos padrões de desempenho ocupacional da população idosa, assumindo um papel muito importante no combate ao isolamento e à exclusão social, nomeadamente após a vida profissional ativa, uma vez que permitem aos alunos explorar os seus interesses, realizar projetos antigos, reviver, partilhar experiências e assim dar significado ao seu tempo livre, mantendo uma rotina que lhes permita viver esta nova etapa da vida. Estas instituições possibilitam maior contacto social, resultando numa redução do sentimento de solidão, de melhor autoestima, suporte emocional e acrescidas capacidades sociais, assim como uma maior bagagem de conhecimento e informação, permitindo que os idosos vivam as mudanças e o processo de envelhecimento de forma harmoniosa. Os idosos após um contacto com a Universidade Sénior têm uma atitude diferente perante a vida, assim como com a sua saúde, comprovando-se que a interação social, a aprendizagem ao longo da vida e a participação cívica são fatores primordiais para a qualidade do envelhecimento [23, 24]. As relações de amizade são igualmente referidas pelos idosos como uma excelente consequência de frequentar este tipo de instituições, alargam e constituem uma nova rede de amigos e, conseqüentemente, adquirem uma nova percepção da realidade e novos conhecimentos que sozinhos não conseguiriam [25]. Nesta etapa tardia da vida, os idosos revelam que as relações interpessoais são essenciais uma vez que conferem e acrescentam à sua vida alegria e vivacidade, encarando-a de forma mais positiva [26]. Num estudo efetuado a idosos na Universidade Sénior de Machico (USM), permitiu confirmar que a sua participação nas atividades propostas, potenciou-lhes uma maior independência, tornando-os mais ativos e criativos ao mesmo tempo que fomentaram as amizades [27]. O estudo permitiu evidenciar que a população envelhecida está a tornar-se mais saudável, longínqua e mais culta. Verificou-se, também, que cada vez mais, há por parte de pessoas mais novas, ainda na idade ativa, uma forte adesão ao tipo de atividades promovidas pela USM, demonstrando interesse em adquirir novos conhecimentos e a preparar o seu processo de envelhecimento.

É sabido que o interior de Portugal, em particular o Baixo-Alentejo, sofre há várias décadas com o êxodo rural e subsequente desertificação populacional, sendo que grande parte desta população é idosa vive isolada, potenciando a alteração do seu estado emocional, nomeadamente o sentimento de solidão, que pode levar a perda da sua capacidade funcional e exclusão social. Daí ter-se considerado pertinente o presente estudo que

tem como objetivo avaliar o nível dos autocuidados da população idosa que frequenta as Universidades Seniores do Baixo-Alentejo.

2. Metodologia

2.1 Natureza e Tipo de Pesquisa

Tendo em conta a natureza desta investigação, desenhou-se um estudo transversal quantitativo, exploratório, do tipo descritivo onde se pretende analisar a variável autocuidados, em idosos que frequentem as Universidades Seniores do Baixo-Alentejo, mais precisamente mais nas regiões de Beja, Serpa e Vidigueira.

Definiram-se como critérios de inclusão subjacentes à constituição da amostra que os idosos tivessem nacionalidade portuguesa, possuíssem 65 ou mais anos de idade, que frequentassem as Universidades Seniores do Baixo-Alentejo e não apresentassem défices cognitivos que pudessem condicionar a interpretação das questões colocadas.

Após tomados todos os procedimentos éticos, e contactadas as 13 universidades seniores do Baixo-Alentejo, face às restrições implementadas pela Direção Geral de Saúde, decorrentes da atual situação pandémica e da qual resultou o encerramento temporário e sem previsão de abertura das mesmas, apenas foi possível recolher a amostra nas Universidades Seniores de Beja, Vidigueira e Serpa. Os dados foram recolhidos através de chamada telefónica, após os investigadores explicarem o propósito do estudo e os participantes darem a sua anuência para participar no mesmo, só depois responderam à escala CICAc.

Participaram no estudo, 35 idosos (20 do sexo feminino, equivalente a 57,1% e 15 do sexo masculino, correspondente aos restantes 42.9%). A média da idade dos participantes é de 74 anos, sendo que o mais novo tinha 65 anos e o mais velho possui 86 anos. Verificou-se que 57.1% dos participantes eram casados (n=20), 28.6% viúvos (n=10) e 14.3% divorciados (n=5). Dos idosos que participaram no estudo, maioritariamente (N=23; 65,71%) tinham como escolaridade o ensino secundário e destes, 9 tinham uma licenciatura.

2.3 Instrumentos

A escala CICAc –Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado –foi construída tendo por base um estudo metodológico, efetuado através três etapas: Roteiro Preliminar, Roteiro Ajustado e Primeira Versão do Instrumento. O Roteiro Preliminar foi elaborado a partir de referenciais da Terapia Ocupacional, da área de Gerontologia e da teoria do Autocuidado. A aplicação do Roteiro Preliminar foi realizado por entrevistas a idosos (n = 24) de Unidades Básicas de Saúde (UBS), seguida de análise temática e formal do conteúdo (validado por 15 terapeutas ocupacionais com especialidade em gerontologia através da Técnica Delphi), o que possibilitou a apreensão de informações relevantes sobre a perceção de autocuidado para estes idosos, do que resultou a elaboração do Roteiro Ajustado. A aplicação deste roteiro em entrevistas aos idosos (estudo piloto), seguida da sua análise, resultou na primeira versão da escala. [22,28]

Para avaliar a sua confiabilidade, foi aplicado duas vezes a idosos (n=30). Os itens da escala obtiveram índices médios de aprovação pelos especialistas (86,7% para a semântica e 93,3% para o conteúdo). A sua estabilidade, calculada através do coeficiente Kappa apresentou índices que variaram entre moderada a excelente. A escala apresentou valores moderados de consistência interna para as dimensões das atividades básicas e instrumentais de vida diária, com Alphas de Cronbach de 0,713 e de 0,704, respetivamente [28]. A escala CICAc, após os ajustes sofridos durante a sua validação, ficou composta por 22 itens distribuídos por quatro domínios (círculo doméstico e familiar do idoso, perfil social, universo ocupacional e capacidade funcional) e permite classificar idosos quanto à sua capacidade para o autocuidado.

3. Resultados

A aplicação da escala CICAc permitiu-nos definir o perfil tipo dos idosos que frequentam as Universidades Seniores de Beja, Vidigueira e Serpa, relativamente aos autocuidados (tabela 1). Pela análise da tabela 1 podemos salientar que, maioritariamente, os idosos do nosso estudo residem com o cônjuge e têm filhos.

Têm uma rede social alargada (parentes, amigos e vizinhos) e encontram-se satisfeitos quer com a frequência com que mantêm contactos com essa rede social e quer com o tipo de relacionamento que com ela mantém. Os nossos idosos referem que têm uma boa rede de suporte, maioritariamente o cônjuge e os filhos mas, caso adoeçam e necessitem de apoio, sabem que podem contar com o apoio dos vizinhos e de outros parentes. Têm níveis de escolaridade elevado (ensino secundário e licenciatura) e quando trabalhavam, tinham empregos diferenciados. Não desempenham qualquer trabalho remunerado, os seus recursos financeiros advêm das suas reformas, havendo uma minoria que refere, que para além desta, tem outras fontes de rendimento.

No que respeita ao seu perfil ocupacional, as atividades que mais realizam nas suas rotinas diárias são: Tomar banho; Vestir; Utilização da Casa de Banho; Alimentação; Higiene Pessoal; Comunicação; Utilização do telefone; Tomar medicamentos e Lazer Social. Destas, identificam o Tomar Banho e o Tratamento de Roupas, como sendo atividades que durante a semana fazem pontualmente, já Tomar Banho e Preparar as refeições, são as atividades que consideravam mais importantes para si. As atividades que menos gostam de fazer são as Tarefas Domésticas e Tratamento de Roupa.

Quanto à capacidade Funcional, as atividades que os idosos sentiram mais dificuldade em desempenhar foram o Vestir, as Transferências e a Mobilidade, devido essencialmente a fatores biológicos e/ou comportamentais. Quando questionados como agem perante essa dificuldade, a maioria refere que apela à ajuda da família (especialmente do cônjuge), dos vizinhos ou dos amigos, não referindo necessidade recorrer a estratégias compensatórias para compensar essa dificuldade (ou pelo menos não as identificam como tal).

Não identificam quaisquer atividades em que necessitem de ajuda e quando levados a pensar sobre coisas que gostariam de ter feito na sua vida mas que nunca fizeram, não mencionam qualquer uma, referindo que sempre fizeram tudo o que tinham planeado e da forma como o planearam.

Tabela 1. Perfil tipo dos idosos frequentam as Universidades Seniores de Beja, Vidigueira e Serpa, relativamente aos autocuidados.

| Domínios | Questões | Resultados |
|---|---|---|
| A. Círculo doméstico e familiar do idoso e potencial rede de suporte. | 1. O(A) senhor(a) reside com outras pessoas na mesma casa? | 1. 24 idosos (68,6%) refere que sim; |
| | 2. Tem filhos? | 2. Apenas 1 idoso refere que não tem filhos; |
| | 3. Com que frequência se relaciona com... | 3. Diariamente, 68,6% (N=24) dos idosos refere que se relaciona com os filhos; 48,6% (N=17) com vizinhos; 45,7% (N=16) com amigos e 62,9% (N=22) frequentam associações. Apenas 7 idosos (20%) se relaciona diariamente com outros parentes; |
| | 4. Está satisfeito(a) com a frequência com que se relaciona com... | 4. 80% (N=28) dos idosos está satisfeito com a frequência com que se relaciona com os filhos e com vizinhos; 94,3% (N=33) com amigos, 88,6% (N=31) com as associações e 68,6% (N=24) com outros parentes; |
| | 5. Como se sente com a relação que mantém com... | 5. 18 idosos (51,4%) encontram-se muito satisfeitos com as pessoas que residem na mesma habitação, apesar de 17 dos idosos se encontrarem muito satisfeitos com pessoas da família que não residem na mesma habitação; Ainda que se sintam satisfeitos, a relação com os vizinhos e os amigos têm níveis de satisfação mais baixos; |
| | 6. Tem alguém que cuida do(a) sr.(a) quando está doente? | 6. 25 dos idosos (71,4%) responderam positivamente desses, 10 (28,6%), referem ter auxílio do cônjuge, 31,4% (N=11) do filho/a. Os restantes referem que são os amigos e família que os auxilia quando estão doentes. |
| B. Perfil Social | 7. Grau de escolaridade do idoso | 7. Maioritariamente (N=23; 65,71%) têm como escolaridade o ensino secundário e destes, 9 têm uma licenciatura; |
| | 8. Qual a sua atividade profissional principal? | 8. As atividades profissionais dos participantes eram diversas e, para a maioria, diferenciada; |
| | 9. Exerce essa atividade profissional atualmente? | 9. Todos referiram que atualmente não desempenham essa atividade profissional; |
| | 10. Tem trabalho remunerado atualmente? | 10. Todos referem não desempenhar quaisquer trabalhos remunerados; |
| | 11. Quais são os seus recursos financeiros atualmente? | 11. Todos referem que os seus recursos financeiros advêm da sua reforma, no entanto, 7 idosos (20%) possuem mais de uma fonte de rendimento; |
| C. Universo Ocupacional | 12. Com a sua situação económica atual, de que forma satisfaz as suas necessidades de alimentação, casa, saúde, etc.? | 12. 13 idosos (37,1%) responderam muito bem, 19 (54,3%) responderam bem e apenas 3 (8,6%), responderam mais ou menos |
| | 13. Qual a sua rotina diária, desde que acordar até que se deita? | 13. As atividades que os idosos referem que mais realizam nas suas rotinas diárias foram: Tomar banho; Vestir; Utilização da Casa de Banho; Alimentação; Higiene Pessoal; comunicação; Utilização do telefone; Tomar medicamentos e Lazer Social; |

| | | |
|-------------------------|---|---|
| | <p>14. Existe alguma atividade que o sr.(a) faz pontualmente</p> <p>15. Das Atividades que o(a) sr.(a) faz, quais são as que considera mais importantes para si</p> <p>16. – Das atividades que o(a) sr.(a) faz, quais gosta menos?</p> | <p>14. 9 idosos referiram, das atividades anteriormente identificadas, que Tomar Banho e Tratamento de Roupas, são atividades que, durante a semana, fazem pontualmente;</p> <p>15. Também 12 idosos referiram que Tomar Banho e Preparar as refeições, eram as atividades que consideravam mais importantes para si;</p> <p>16. As atividades que os idosos menos gostavam de fazer eram as Tarefas Domésticas e Tratamento de Roupas;</p> |
| E. Capacidade Funcional | <p>17. O(a) sr.(a) tem dificuldade em desempenhar alguma atividade?</p> <p>18. Como é que o(a) Sr.(a) age perante essa dificuldade?</p> <p>19. Caso tenha encontrado uma forma mais fácil de fazer, como faz?</p> <p>20. Pense nas coisas que faz com ajuda, com dificuldade sem ajuda ou tenha deixado de fazer.</p> <p>21. Como poderia ser feito?</p> <p>22. Pense nas coisas que gostaria de ter feito na sua vida mas nunca fez ou fez há muito tempo e gostaria de voltar a fazer</p> | <p>17. As atividades que os idosos sentiram mais dificuldade em desempenhar foram o Vestir, as Transferências e a Mobilidade, devido essencialmente a fatores biológicos e/ou comportamentais;</p> <p>18. A maioria refere que apela à ajuda da família (especialmente o cônjuge), vizinhos ou amigos;</p> <p>19. Não referem estratégias compensatórias ou pelo menos não as identificam como tal;</p> <p>20. Não mencionam;</p> <p>21. Não mencionam;</p> <p>22. Não mencionam.</p> |

4. Discussão dos Resultados

No presente estudo participaram idosos de ambos os sexos, tendo havido uma maior adesão de participantes do sexo feminino (57,1%), tal como em outros estudos realizados no âmbito do envelhecimento ativo e autocuidado [3,4,17]. Verificou-se também que a maioria dos participantes são casados (57,1%), referido que o seu apoio vem precisamente do cônjuge, o que não acontece em outros estudos (no estudo referido anteriormente, onde a maioria dos idosos, não possui este suporte conjugal.

Observa-se ainda que (31,4%) dos participantes vive só, o que poderá ser um fator de “risco” para a pessoa idosa, caso tenha um deficit funcional acentuado ou uma fraca rede de suporte [13, 21, 23], o que não é o caso dos idosos do nosso estudo, onde todos os participantes que compõem a amostra, mesmo os que residem sós, se relacionam diariamente com a sua rede de suporte (filhos, vizinhos, amigos e associações) e estão satisfeitos com a frequência e tipo de relação. Constata-se que a frequência com que os participantes se relacionam diariamente com os filhos representam (68,6%), sendo que os vizinhos representam (48,6%), os amigos (45,7%) e as associações (62,9%). Constata-se que os filhos têm um papel importante no suporte dos progenitores e na manutenção da participação ocupacional e promoção do envelhecimento ativo dos mesmos [3, 6, 21, 22].

Relativamente às habilitações literárias dos participantes do nosso estudo, podemos verificar que na sua maioria são detentores de licenciatura e do ensino secundário completo, levando os investigadores a pensar que poderão ser pessoas informadas, conscientes e preocupadas com a manutenção das suas rotinas diárias em prol de um envelhecimento ativo [6,22,26]. Esta distribuição revela assim um perfil geral de qualificação bastante melhorado destes seniores, na comparação com seus congéneres portugueses do mesmo grupo de idades.

Nas suas rotinas diárias, identificam-se como frequentes as atividades de Tomar Banho; Vestir; Utilização da Casa de Banho; Alimentação; Higiene Pessoal; Comunicação; Utilização do Telefone; Tomar Medicamentos e Lazer Social [13]. Destas, o Tomar Banho e o Tratamento de Roupas, são atividades desempenhadas pontualmente durante a semana, já o Tomar Banho e Preparar as Refeições, são atividades que consideravam mais importantes (significativas) para si. As atividades que menos gostam de fazer são as Tarefas Domésticas e o Tratamento de Roupas. Funcionalmente são independentes e encontram-se satisfeitos com a sua rede de suporte familiar e social [9,12].

Dentre as pesquisas gerontológicas que apontam as universidades sénior como um local que procura garantir condições necessárias para um envelhecimento ativo, conscientizando a população mais jovem para a “valorização do sujeito mais velho”, essas universidades permitem ao ser que envelhece, mais contato social, ocupação do tempo livre e outras atividades que incentivam o autodesenvolvimento físico, mental e emocional [24,25,27]. Embora, estas universidades séniores tenham um papel significativo em relação ao envelhecimento ativo as atenções dos seus alunos estão também voltadas para os problemas relacionados com a saúde e o

envelhecimento saudável. Os resultados do nosso estudo, ainda que com uma amostra reduzida, apontam neste sentido. Encontram-se realizados perante a sua vida, não identificam quaisquer atividades em que necessitem de ajuda e quando levados a pensar sobre coisas que gostariam de ter feito na sua vida, mas nunca o fizeram, não mencionam qualquer uma, referindo que sempre fizeram tudo o que tinham planeado e que têm os seus dias preenchidos.

5. Considerações Finais

Após análise dos resultados, foi possível identificar o perfil tipo do idoso que frequenta as Universidades Sêniores do Baixo-Alentejo, levando a concluir maioritariamente são casados e residem com outras pessoas na mesma residência. A maioria detém níveis de escolaridade avançados, fator este também determinante na promoção do envelhecimento ativo. Os dados obtidos revelam também, existir uma relação diária dos inquiridos com os filhos, vizinhos, amigos e associações, comprovando-se uma satisfação na frequência com que são estabelecidas as relações.

A significativa participação, deve-se ao facto de estarem disponíveis para participarem em atividades novas e colaborarem nas associações e em diversas atividades proposta pelas Universidades.

No que concerne aos cuidados prestados por terceiros em situação de doença, a maior parte dos inquiridos refere dispor deste suporte, sendo que os filhos se apresentam como os principais prestadores, seguindo-se os cônjuges e em último recurso surgem de forma residual os amigos.

Quanto às rotinas diárias dos participantes, estes deram maior ênfase às AVD's tomar banho, vestir, utilização da casa de banho, alimentação, higiene pessoal e comunicação. Quanto às AVDI's, foram referidas como as mais significativas, a utilização do telefone e a toma diária dos medicamentos. Ainda no que diz respeito às atividades com maior importância, referem o tomar banho e a preparação de refeições. Como tarefas que gostam menos, estes referem as tarefas domésticas e o tratamento de roupas.

As atividades nomeadas pela grande maioria dos participantes, como as que apresentam maior dificuldade na sua realização, necessitando de ajuda de terceiros, foram as relacionadas com a mobilidade e as tarefas domésticas, sendo que os filhos, enteados e sobrinhos, os que mais suportam no auxílio dos autocuidados referidos.

Percebemos que os motivos levaram os nossos idosos a frequentar as universidades sénior foram a procura de novos conhecimentos, novas amizades, ocupação do tempo livre e um novo sentido para vida. Participar em atividades que lhes proporcione prazer, que lhes preencham um vazio interior, são essenciais para a sua existência e dão-lhes sentido à vida.

Como limitações do estudo, não podemos deixar de referir a atual situação pandémica que em muito dificultou a recolha dos dados, com especial constrangimento na dimensão da amostra, cuja dimensão não nos possibilita generalizar os resultados. A complexa composição da escala CICAc, associada ao facto dos idosos, terem de responder via telefone, poderá ter dificultado a sua compreensão e levado os participantes a não responderem assertivamente.

Por fim, tratando-se de um instrumento concebido por Terapeutas Ocupacionais para avaliar os autocuidados de idosos das Unidades de Saúde e não se encontrar validado para a população portuguesa, ao ser aplicado em idosos de Universidades Seniores do Baixo-Alentejo, os resultados de verão ser lidos com algum cuidado. Contudo, o presente estudo permitiu o enriquecimento de conhecimentos, sobre a importância dos autocuidados e da sua preservação na vida das pessoas idosas, aquando das atividades significativas promotoras de qualidade de vida, bem-estar e satisfação existencial. Observar e analisar estes autocuidados, possibilita aos Terapeutas Ocupacionais redirecionar o raciocínio clínico no sentido de adaptar e personalizar as metodologias de avaliação e intervenção, assim como compreender "*in loco*" a evolução de escolhas de hábitos e rotinas que a população idosa tem vindo a manifestar e assim puder atualizar a capacidade de resposta na preservação dos cuidados de reabilitação ocupacional. Também deve esta matéria servir de ímpeto à função dos Terapeutas Ocupacionais de sensibilizar e advogar junto dos restantes profissionais e organismos, no sentido de promover a sinergia inter e multidisciplinar na objetivação do sucesso comum.

6. Referências

1. Eurostat. Eurostat regional yearbook. Luxembourg: Publications Office of the European Union. 2019
2. Torres TL, Camargo BV, Bousfield ABS. Estereótipos sociais do idoso para diferentes grupos etários. *Psic.: Teor. e Pesq.* 2016; 32 (1):209–218.
3. Freitas MC., Queiroz TA, Sousa, JV. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. *Rev Esc Enferm USP.* 2010; 44(2):407–12. DOI: 10.1590/S0080-62342010000200024.
4. Faria MC, Ramalho JP, Nunes AC, Fernandes AI. Visões sobre o Envelhecimento. Portugal: IPBeja Editorial. 2020.
5. Dionigi R. A. Stereotypes of Aging: Their Effects on the Health of Older Adults. *J. Geriatr.* 2015; (2015) : DOI: 10.1155/2015/954027.
6. North MS, Fiske ST. An inconvenienced youth? Ageism and its potential intergenerational roots. *Psychol Bull.* 2012;138(5):982–97. DOI: 10.1037/a0027843.
7. Palmore E. Ageism: Negative and positive. 2th edition. New York: Springer; 1999.
8. Palmore E. Ageism comes of age. *The Gerontologist.* 2003; 43(3):418–420. DOI:10.1093/geront/43.3.418.
9. Morando MG, Schmitt JC, Ferreira EC. Envelhecimento, autocuidado e memória: intervenção como estratégia de prevenção. *Rev. Kairós Gerontologia.* 2017; 20(2): 353–74. DOI: 10.23925/2176-901X.2017v20i2p353-374.
10. Páscoa GMG, Gil HPT. As universidades seniores e o envelhecimento ativo: os impactos junto das pessoas idosas em Portugal. *Rev. Kairós Geront.* 2020; 22(1), 41–58. DOI: 10.23925/2176-901X.2019v22i1p41-58.
11. Orem D. *Nursing: Concepts of practice.* 6th edition. St. Louis: Mosby. 2001.
12. Backman K. Hentinen M. Model for the self-care of home-dwelling elderly. *J Adv Nur.* 1999; 30: 564–572. DOI: 10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x
13. Backman K, Hentinen M. Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Nordic College of Caring Sciences. Scand J Caring Sci.* 2001; 15: 195–202. DOI: 10.1046/j.1471-6712.2001.00007.x.
14. Zeleznik D. Self-care of the Home Dwelling Elderly People Living in Slovenia. 2007 [Consultado em 22 de Maio de 2022]. Available from: URL:<http://herkules oulu.fi/isbn9789514286377/isbn9789514286377.pdf>.
15. Denyes MJ, Orem DE, Bekel G. Self-care: a foundational science. *Nurs Sci Q.* 2001;14(1):48–54. DOI: 10.1177/089431840101400113.
16. Oliveira NF, Souza MCB, Zanetti ML, Santos MA. Diabetes Mellitus: desafios relacionados ao autocuidado abordados em Grupo de Apoio Psicológico. *Rev Bras Enferm.* 2011; 64(2):301–7. DOI: 10.1590/S0034-71672011000200013.
17. Celich K, Bordin A. Educar Para O Autocuidado Na Terceira Idade: Uma Proposta Lúdica. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano.* 2008; 5(1):119–129. DOI:10.5335/rbceh.2012.102.
18. Marques A, Trigueiro M. *Enquadramento da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo, 2ª edição.* Porto: Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Porto. 2011.
19. Curcio R, Lima MHM, Alexandre NMC. Instrumentos relacionados ao diabetes mellitus adaptados e validados para a cultura brasileira. *Rev Eletr Enf.* 2011 [consultado em 22 maio de 2022];13(2):331–7. Available from: <https://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/pdf/v13n2a20.pdf>.
20. Almeida, MHM. Elaboração e validação do instrumento CICAc: classificação de idosos quanto à capacidade para o autocuidado. *Rev. Ter. Ocup. Univ. São Paulo.* 2004; 15(3): 112–20. DOI: DOI: 10.11606/issn.2238-6149.v15i3p112-120.
21. Silva PA. Individual and social determinants of self-rated health and well-being in the elderly population of Portugal. *Cad Saude Publica.* 2014; 30(11):2387–2400. DOI:10.1590/0102-311x00173813.
22. Amaral I, Antunes A, Daniel F. Representações sociais na velhice. *Anál. Psicol.* 2015; 33 (3), 291–301. Available from: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v33n3/v33n3a04.pdf>
23. Galinha SA. Bem-estar e envelhecimento ativo: para uma intervenção socioeducativa em idade avançada. *Quaderns d'Animació i Educació social.* 2016 [consultado em 15 maio de 2022]; 23: 1–17. Available from: http://quadernsanimacio.net/ANTERIORES/veintitres/index_html_files/BemEstar.pdf.
24. Galinha S A, São João R, Jacob L. Virtual senior university as a promoter of sustainability and the democratization of education – satisfaction and continuity. *South Florida Journal of Development.* 2021; 2(3): 4070–4083. DOI: 10.46932/sfjdv2n3-021.
25. Machado F, Medina T. As universidades seniores: motivações e repercussões de percursos em contextos de aprendizagem. *Rev ESC: Educação, Sociedades e Culturas.* 2012 [consultado em 22 maio de 2022]; 37: 151–167. Available from: http://www.fpce.up.pt/ciie/sites/default/files/ESC37_F_Machado_T_Medina.pdf.
26. Chaves M, Fragoso V. Educação Emocional para Seniores. Viseu: *Psicosoma.* 2012.
27. Teixeira E, Galinha SA. A Importância da Universidade Sénior para um Envelhecimento Ativo: Universidade Sénior de Machico – Um Estudo de Caso na RAM. *Rev. da UIIPS – Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém.* 2017 [consultado em 22 maio de 2022]; 5(3): 142–159. Available from: <http://ojs.ipsantarem.pt/index.php/REVUIIPS>.
28. Almeida, MHM, Spínola, AWP, Iwamizu, PS, Okura, RIS, Barroso, LP, Lima, ACP. Confiabilidade do Instrumento para Classificação de Idosos quanto à Capacidade para o Autocuidado. 2008. *Rev Saúde Pública.* 42(2):317–23. DOI: 10.1590/S0034-89102008005000003.