

Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

Mestrado em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social

**A FRAGILIDADE SENTIDA PELOS PARTICIPANTES DA
RUSCha**

(Dissertação de mestrado)

Beatriz Alexandra Fonseca Guedes

Trabalho realizado sob a orientação de
Professor Doutor Ricardo Filipe da Silva Pocinho

Leiria, 30 de setembro de 2025

Instituto Politécnico de Leiria

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

Mestrado em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social

**A FRAGILIDADE SENTIDA PELOS PARTICIPANTES DA
RUSCha**

(Dissertação de mestrado)

Beatriz Alexandra Fonseca Guedes

Trabalho realizado sob a orientação de
Professor Doutor Ricardo Filipe da Silva Pocinho

Leiria, 30 de setembro de 2025

Agradecimentos

A motivação para ajudar, inovar e comunicar conduziu-me à licenciatura em Serviço Social, concluída em 2015. Contudo, o percurso profissional nem sempre corresponde às expectativas iniciais e, após cinco anos sem o retorno desejado, decidi prosseguir a formação académica através da Pós-graduação em Direção de Organizações de Intervenção Social, com o intuito de aprofundar conhecimentos e, eventualmente, criar novas oportunidades.

No decorrer dessa etapa, e incentivada pela minha família e pelas colegas da Pós-graduação, surgiu a decisão de ingressar no Mestrado, assumindo o desafio de ampliar a minha formação. Este percurso, marcado por altos e baixos, revelou-se essencial para o meu desenvolvimento académico, profissional e pessoal.

Expresso a minha mais profunda gratidão aos meus pais e à minha irmã, pelo apoio incondicional, pela oportunidade de prosseguir estudos e pela disponibilidade constante em todas as minhas ambições.

Ao meu marido, agradeço a paciência, a compreensão e a capacidade de aceitar as minhas ausências em momentos significativos.

Manifesto igualmente reconhecimento ao Professor Doutor Ricardo Pocinho, orientador desta dissertação, pela dedicação incansável, pelos conhecimentos transmitidos e pelo apoio prestado em momentos determinantes deste processo.

A todos os seniores e coordenadoras que colaboraram neste estudo, deixo um sincero agradecimento pela disponibilidade e pela entrega demonstradas, fundamentais para a concretização desta investigação.

Lista de siglas

OCDE-Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS- Organização Mundial de Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

RUSCha- Rede de Universidades Seniores do Concelho da Chamusca

TFI-Tilburg Frailty Indicator

UTIs- Universidades da Terceira Idade

Resumo

O envelhecimento populacional constitui um dos maiores desafios sociais da atualidade, frequentemente associado ao risco de isolamento social e diminuição da qualidade de vida. Neste contexto, surgem medidas de intervenção que visam promover a inclusão e o bem-estar, como é o caso das Universidades seniores, que desempenham um papel central na promoção da socialização e da participação ativa dos mais velhos. Os municípios assumem, neste âmbito, uma responsabilidade acrescida na criação de condições de igualdade de acesso a este tipo de iniciativas.

O presente estudo teve como objetivo avaliar a eficácia da interação proporcionada pela Rede de Universidades Seniores do Concelho da Chamusca (RUSCha) na percepção de fragilidade entre os participantes.

Para a concretização dos objetivos, foi desenvolvido um estudo de natureza quantitativa, envolvendo uma amostra de 63 participantes. A recolha de dados foi realizada através de um questionário dividido em duas secções: a primeira destinada à caracterização sociodemográfica dos inquiridos e a segunda correspondente à aplicação da Escala de Fragilidade de Tilburg (TFI, Gobbens et al., 2010; Coelho et al., 2015). Foi igualmente garantido o carácter confidencial de todas as respostas fornecidas pelos participantes.

Os resultados revelaram que a amostra se situa ligeiramente abaixo do ponto de corte estabelecido para a população portuguesa (8 pontos), sugerindo que, em média, os participantes não se encontravam no limiar de fragilidade. Contudo, verificou-se heterogeneidade nos dados, evidenciando a existência de subgrupos em maior risco de fragilidade.

Palavras-chave: Envelhecimento; Isolamento Social; Universidades Seniores; Fragilidade;

Abstract

Population aging represents one of the major social challenges of contemporary society, often associated with social isolation and a decline in quality of life. In this context, intervention measures such as senior universities have emerged, aiming to promote inclusion, socialization, and active participation among older adults. Municipalities play a crucial role in ensuring equal access to these initiatives, thereby fostering social equity and community well-being.

The present study aimed to evaluate the effectiveness of the interaction promoted by the Senior Universities Network of Chamusca (RUSCha) on perceived frailty among its participants. To achieve the study objectives a quantitative study was conducted, involving a sample of 63 participants. Data were collected through a questionnaire composed of two sections: the first focused on the sociodemographic characterization of the respondents, and the second corresponded to the application of the Tilburg Frailty Indicator (TFI, Gobbens et al., 2010; Coelho et al., 2015 Portuguese version). The confidentiality of all participants' responses was also ensured.

The results indicated that the sample scored slightly below the cutoff point established for the Portuguese population (8 points), suggesting that, on average, participants were not at the threshold of frailty. However, the findings revealed heterogeneity within the sample, highlighting the presence of subgroups at higher risk of frailty.

Keywords: Aging; Social isolation; Senior universities; Frailty;

Índice

Introdução	9
Capítulo 1. Enquadramento Teórico.....	10
1.1 Envelhecimento e Fragilidade: Conceitos e Definições	10
1.2 Universidades Seniores em Portugal	16
1.3. Instrumentos de Avaliação da Fragilidade.....	20
1.4. Estudos Anteriores sobre Fragilidade em contexto Educativo	22
Capítulo 2. Enquadramento Metodológico e Objetivos	26
2.1 Finalidades e Objetivos da Investigação.....	26
2.3. Materiais utilizados.....	27
2.4. Procedimento	28
2.5. Considerações éticas	29
2.6. Análise estatística	29
Capítulo 3- Apresentação e análise de resultados	30
3.1-Análise Estatística descritiva	30
3.2-Análise detalhada dos resultados do TFI por variáveis sociodemográficas	36
Capítulo 4: Discussão dos resultados	40
4.1-Análise sociodemográfica dos alunos seniores que frequentam a RUSCha	41
4.2- Avaliação da existência de fragilidade nos alunos da RUSCha	44
4.3. Projeto Piloto Pombal Vs Projeto RUSCha.....	47
Conclusão	50
Limitações e Recomendações.....	53
Bibliografia.....	54
Anexos.....	58
Anexo I	59

Índice de Tabelas

Tabela 1- Quadro comparativo das escalas de avaliação de fragilidade	24
Tabela 2. Com quem vive atualmente	32
Tabela 3. Setor de atividade profissional	33
Tabela 4. Polo frequentado na universidade sénior	33
Tabela 5. Tempo de frequência na universidade sénior	34
Tabela 6. Número de disciplinas inscritas	34
Tabela 7. Carga horária semanal na universidade sénior	35
Tabela 8. Estado Civil	35
Tabela 9. Rendimento Mensal	36
Tabela 10. Estilo de Vida	36
Tabela 11. Doenças e/ou Perturbações Crónicas	36
Tabela 12. Eventos de vida marcantes no último ano	37
Tabela 13. Descritiva dos resultados do TFI	39
Tabela 14. Análise por género	40
Tabela 15. Análise por agregado familiar	40
Tabela 16. Análise por Universidade sénior frequentada	41
Tabela 17. Análise por frequência	41
Tabela 18. Análise por número de disciplinas frequentadas	41
Tabela 19. Análise por estado civil	42
Tabela 20. Análise por rendimento mensal	42
Tabela 21. Análise comparativa Projeto Piloto Pombal e a RUSCha	

Índice de Figuras

Figura 1. Análise comparativa da fragilidade global no T0 e no T2	23
Figura 2. Análise comparativa da fragilidade física no T0 e no T2	24
Figura 3. Análise comparativa da fragilidade social no T0 e no T2	24

Introdução

O envelhecimento populacional apresenta, nos dias de hoje, uma grande preocupação, uma vez que este fenómeno tem implicações ao nível económico e financeiro, laboral, na procura de bens e serviços, nos transportes e na proteção social. Portugal não é exceção a esta realidade demográfica, verificando-se um progressivo aumento da população idosa e uma diminuição da natalidade.

Segundo a ONU (Organização das Nações Unidas), estima-se que o número de idosos, com 60 anos ou mais, duplique até 2050 e mais do que triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100 (Organização das Nações Unidas (ONU), 2024).

Dada a transformação populacional, cabe aos países desenvolver políticas de proteção para os seniores, contribuindo para uma melhoria na sua qualidade de vida.

A fragilidade trata-se de uma síndrome clínica que se refere a um estado de vulnerabilidade exacerbada, em que o mínimo fator de stresse pode levar a resultados adversos clinicamente significativos, tais como quedas, delírio, incapacidade, institucionalização, hospitalização e morte (Abellan van Kan et al., 2008; Morley et al., 2013; Rockwood & Mitnitski, 2007). Um indivíduo frágil tem menor quantidade de recursos do que uma pessoa não-frágil/robusta e, conseqüentemente, maior dificuldade em lidar com elementos stressantes, internos ou externos (Avila-Funes et al., 2008; Rodriguez Manas et al., 2013; Zaslavsky et al., 2013; Coelho, 2014). Ainda, segundo Coelho (2014), fragilidade refere-se a um estado de vulnerabilidade aumentada que se traduz num elevado risco de incapacidade, institucionalização e morte. Trata-se de uma síndrome sobre a qual não há consenso, nomeadamente em relação à sua conceptualização e operacionalização.

Esta investigação tem o intuito de estudar a fragilidade sentida pelos participantes da rede de universidades seniores do Concelho da Chamusca. Desta forma, o principal objetivo deste estudo é medir a eficácia da interação na RUSCha com a fragilidade percebida pelos seniores. Os objetivos específicos são: a) Perceber como os seniores se sentem ao nível físico, social e psicológico; b) Entender se há uma mudança na fragilidade sentida ao longo da frequência na RUSCha; c) Relacionar os dados sociodemográficos com a escala TFI (Gobbens et al., 2010; Coelho et al., 2015, versão portuguesa do *Tilburg Frailty Indicator*).

Capítulo 1. Enquadramento Teórico

1.1 Envelhecimento e Fragilidade: Conceitos e Definições

O processo de envelhecimento é muito complexo. Este pode ser explicado através da demografia, da idade cronológica, da idade biológica e da idade psicológica, cultural e social (Carvalho, 2013)

Do ponto de vista demográfico (Carvalho, 2013), o envelhecimento é resultado da redução da fecundidade, da diminuição da mortalidade e da migração (Serafim, s.d.) Segundo Carrilho (2007), citado por Carvalho, (2013), o envelhecimento é então visto como a passagem de um modelo em que tanto a mortalidade como a fecundidade são elevadas para um modelo em que ambas são baixas.

Assim, nos últimos anos tem havido um aumento bastante significativo de pessoas idosas. Esta realidade não é exclusiva de Portugal, mas sim de países desenvolvidos. Portugal, é apontado como o sexto país mais envelhecido do mundo, sendo a população idosa de mais de 2 milhões (Público, 2013).

Segundo as Estatísticas, o Índice de Envelhecimento em Portugal é “o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos pessoas idosas do que jovens.”. Em Portugal o Índice de Envelhecimento subiu de 43,8% em 1980 para 143,9% em 2015, sendo que existiam em 2015, 143,9 idosos para cada 100 jovens (PORDATA, s.d.)

A esperança média de vida em Portugal tem vindo a aumentar cada vez mais, sendo já de 80,6 anos, em 2015 (PORDATA, s.d.). Comparativamente a antigamente Portugal tem sem dúvida uma maior longevidade, que segundo o Priberam é “Longa duração da vida.”, ou seja, vive-se até mais tarde (Priberam, 2013)

Segundo Baltes e Margaretes citados por Carvalho (2013), a idade cronológica toma em consideração as várias etapas do ciclo da vida: infância, adolescência, juventude, idade adulta e velhice. Assim, o envelhecimento é quando uma pessoa entra na velhice, e ocorrem alterações físicas, psicológicas, culturais e sociais ligadas à idade.

A idade biológica está ligada com o envelhecimento orgânico. À medida que o tempo passa, o ser humano, em termos da sua funcionalidade vai-se degradando, ou seja, o envelhecimento ocorre de forma progressiva, afirmam Fontaine (2000, citado por Carvalho, 2013), Lessa (1994, citado por Carvalho, 2013) e Ferreira (2006, citado por Carvalho, 2013).

A idade psicológica explica o envelhecimento através dos comportamentos que as pessoas idosas podem ter. Está associado a mudanças principalmente na memória e na tomada de decisões, segundo Lima (2010) citado por Carvalho (2013). O envelhecimento cultural e social está ligado aos papéis que a sociedade espera que o idoso assuma, que podem ser diferentes dos papéis que o idoso na realidade conseguiria assumir, ou seja, está ligado às expectativas que a sociedade deposita sob as pessoas idosas. A imagem que cria destes.

Assim, tendo em conta estes quatro pontos de vista, o envelhecimento está ligado a envelhecer. Envelhecer, segundo Lima (2010, citado por Carvalho, 2013), remete para o modo como se envelhece, para a experiência de vida e para os contextos que a determinam. A forma como a sociedade vê os mais velhos e os papéis que lhe atribui, condicionam também o envelhecimento. Envelhecer é ainda um processo complexo, multidimensional, universal, inevitável e irreversível, mas o entendimento que dele fazemos é social e culturalmente situado e condicionado (Pimentel, Lopes, & Faria, 2016)

Nem todas as pessoas veem o envelhecimento do mesmo modo. Envelhecer bem-sucedido, satisfeito e ativo não é apenas genético, mas depende também de cada pessoa dos seus padrões comportamentais, afetos, amizades, contextos de vida, tempo socioeconômico e histórico. É assim, um processo heterogêneo (Carvalho, 2013).

A velhice é uma das etapas mais longas do ciclo da vida. Segundo Veras (1994) “a velhice [...] é um termo impreciso, e sua realidade é difícil de perceber. [...] Nada flutua mais do que os limites da velhice em termos de complexidade fisiológica, psicológica e social.” (p. 25)

O conceito de velhice foi-se modificando ao longo dos tempos. Antigamente este era extremamente respeitado, era olhado como alguém com muita sabedoria. Hoje, é um problema social, havendo afastamento das pessoas idosas por parte dos jovens, desvaloriza-se a experiência e a sabedoria deste e altera-se a ideia de que estes dão bons conselhos, resultado das alterações que se têm verificado a nível familiar (Gusmão, 2003).

Se nas sociedades ocidentais, envelhecer é algo alvo de discriminação ou de estereótipos, no mundo oriental isso não acontece. Envelhecer no mundo oriental é sinónimo de respeito, sabedoria e reverência. Em pleno século XXI, podemos observar que se maltratam e estereotipam as pessoas idosas que são vistos para muitos como sinónimo de improdutivo, são alvos de situações de discriminação e exclusão, por parte até da própria família (Masc, 2013).

Envelhecimento Ativo

Nos últimos anos, passou-se a olhar para o envelhecimento com uma grande preocupação, na medida em que todos queremos envelhecer de forma positiva.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) na sequência do conceito de Envelhecimento Saudável, apresentou um novo conceito, o de Envelhecimento Ativo, que definiu como o processo de otimização de oportunidade para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento (Saúde, 2002).

Ainda segundo a OMS o conceito de envelhecimento ativo proporciona aos mais velhos continuarem a trabalhar, tendo um papel ativo na sociedade, viverem com muita saúde e satisfatoriamente e ainda manterem relações intergeracionais (Saúde, 2002).

Este conceito pretende ser mais abrangente, vai além da saúde, envolvendo aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, constituindo um modelo multidimensional que explica os resultados do envelhecimento. É, ao mesmo tempo, mais consensual, na medida em que propõe que a qualidade de vida e a saúde dos mais velhos, associando a manutenção da autonomia física, psicológica e social, levam a que os idosos estejam integrados em sociedade e que assumam uma cidadania plena (Ribeiro & Paúl, 2011).

A OMS refere que o envelhecimento ativo é um pilar para melhorar a qualidade de vida destas pessoas mais envelhecidas, que se encontram em risco de exclusão na vida ativa, cívica e sociopolítica (Saúde, 2002).

O conceito “ativo” envolve aspetos como a participação e o envolvimento nas diversas questões sociais, culturais e outras, para além de estar fisicamente ativo, fazer desporto ou trabalhar, por exemplo. Dando assim uma maior relevância à promoção do bem-estar e qualidade de vida (Azevedo & Teles, 2011).

Tal como Maria João Azevedo e Rita Teles (2011) afirmam, apesar de haver um declínio cognitivo associado à idade, este deve-se sobretudo à falta de uso das capacidades.

Segundo a Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico (OCDE), (1998, citado por Osório & Pinto, 2007), para que haja um envelhecimento ativo é necessário também, para além de uma formação constante, uma aprendizagem das novas tecnologias, que dão grande dinâmica à vida. Para incentivar este envelhecimento ativo é importante criar medidas de promoção, que são estratégias, que incentivam os idosos a serem ativos, no seu envelhecimento. Procuram para os idosos, uma vida

saudável e que intervenha em várias vertentes.

Os programas de saúde e bem-estar físico, são exemplos de programas que incentivem ao envelhecimento ativo. Estes, incentivam uma vida saudável, com comportamentos adequados, e podem ser direcionados para uma doença, para a manutenção ou melhoramento da forma física, atuar sobre o stress, ajudar a melhorar a nutrição e ajudar a que se habituem aos ambientes onde estão atualmente inseridos. Estes tipos de programas são incentivados por hospitais, igrejas, universidades, etc. (Osório & Pinto, 2007).

Isolamento social conceito, causas e consequências

O isolamento social, é um conceito complexo, que tende a ser estudado por diversas ciências.

Segundo a OMS, isolamento social é o conceito utilizado para a falta de contacto social, ausência de envolvimento na comunidade ou com o mundo exterior e ainda ausência ou dificuldade no acesso a serviços (SNS24, 2025). Ainda, de acordo com a OMS, as principais razões para o isolamento social incluem: a pobreza ou dificuldades financeiras, que podem impedir a participação em atividades sociais ou de lazer; a redução da saúde, especialmente a mobilidade limitada e a falta de acessibilidade, que facilitam o isolamento; o design das habitações, que pode resultar no isolamento físico das pessoas; a ausência de um cônjuge, amigos ou colegas, já que indivíduos sem filhos, aposentados, viúvos, que perderam outros familiares ou amigos próximos, ou que foram abandonados pela família, especialmente os mais velhos, têm um risco maior de se isolarem; mudanças súbitas e negativas, como a morte do cônjuge, uma mudança de residência ou o desemprego, ou ainda o trabalho a partir de casa, que podem provocar o isolamento e a solidão; a violência, visto que as vítimas de maus-tratos têm maior propensão a se isolar; doenças mentais, como a depressão, que aumentam o risco de isolamento e solidão; e os cuidadores informais, que estão mais vulneráveis ao isolamento, à fragilidade da saúde física e mental e ao afastamento do mercado de trabalho (SNS24, 2025).

O isolamento social é muitas vezes percecionado pela diminuição da satisfação face à rede de relações sociais. As pessoas podem sentir-se sós mesmo rodeadas de pessoas.

O Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa (CEPCEP, 2012) aponta, como indicador chave para o isolamento social, a capacidade para obter apoio se necessário.

Para Morrison (1997), o isolamento social não é saudável para os seres humanos, pelo que são as redes sociais que fazem a diferença entre saúde e doença. Nesse sentido, para abordar o isolamento social é necessário ter em conta vários conceitos, como o suporte, o apoio e as redes sociais; e pode ser influenciado pelas diferenças linguísticas, cultura, etnia ou sistema religioso (Berkman *et al*, 2000; Lubkin e Larsen; 2006).

Segundo Manso, Comosako e Lopes (2018) o isolamento social é considerado um dos grandes problemas que podem afetar a saúde do idoso. O declínio funcional é notório quando o idoso refere que sente estar abandonado ou isolado, comparado às pessoas que não se sentem sós.

O isolamento social, tem tendência a ocorrer, quando a pessoa se reforma pois, este estado traz por vezes um sentimento de desvalorização, devido à falta súbita de atividades sociais e laborais. Estar integrado no mercado de trabalho, proporciona ao indivíduo um convívio social, a perda deste pode levar a um vazio.

Para combater este vazio, é essencial existir na nossa sociedade respostas que integrem a pessoa idosa, de modo a fortalecer o papel social do idoso, promovendo mudanças comportamentais – os centros de convívio e as universidades seniores são exemplos dessas respostas, pois permitem a socialização, o desenvolvimento de diversas atividades que proporcionam melhoria da qualidade de vida e auto-reconhecimento como cidadão.

Fragilidade

A fragilidade é uma síndrome geriátrica emergente na atualidade, caracterizada pela integração de múltiplos componentes com variadas manifestações. O facto de a fragilidade não estar presente em todas as pessoas idosas sugere que a mesma está relacionada com o envelhecimento, mas que, no entanto, não representa um processo inevitável, podendo mesmo ser tratada ou prevenida (Correia, 2017).

Relativamente ao sistema musculoesquelético, sabe-se que a diminuição da força e lentificação motora são características da fragilidade, assim, a sarcopenia é uma

componente chave desta síndrome. Sarcopenia é definida como a perda de massa e força muscular que pode ocorrer rapidamente após os 50 anos, esta pode ser acelerada pela presença de doenças crónicas e contribui grandemente para desenvolvimento de incapacidade, redução da mobilidade, dificuldade no equilíbrio, e aumento do risco de quedas, fraturas e até de morte (Correia, 2017, cit.em Chen, Mao & Leng, 2014)

Doentes com síndrome de fragilidade estão em risco de um grande número de consequências adversas, tanto a curto como a longo prazo, que se pensa estarem relacionadas com a diminuição da reserva fisiológica. A fragilidade pode ser, em alguns casos, a razão pela qual um determinado indivíduo deixa de conseguir andar normal e autonomamente ou de ficar mais propenso a quedas quando confrontado com uma doença aguda, pode, também, ser a razão pela qual um doente independente ou com necessidade de apoio mínimo e com capacidade cognitivas mantidas se torne dependente e perdido no seu próprio ambiente familiar. Efeitos adversos, como aumento do número de hospitalizações, quedas, fraturas, delírio, incapacidade e morte são mais frequentes após um episódio de doença em doentes com síndrome de fragilidade do que naqueles previamente saudáveis. Doentes com esta síndrome têm, também, maior probabilidade de institucionalização do que doentes saudáveis (Clegg et al., 2013, cit. em Correia, 2017).

Esta síndrome tem uma etiologia complexa e multifatorial, pelo que apesar de vários estudos mostrarem associações entre a incidência de fragilidade e certos fatores que podem levar a esta condição, uma relação definitiva ainda não foi estabelecida e ainda é pouco clara a razão pela qual alguns fatores conduzem à fragilidade em certos indivíduos, mas não em todos.

O termo Síndrome da Fragilidade do Idoso tem sido utilizado para designar indivíduos da terceira idade que apresentam características clínicas atribuídas ao envelhecimento. As principais características envolvem a diminuição da massa e da força muscular, exaustão, alteração da marcha e do equilíbrio, anorexia e perda de peso muscular (Macedo, Gazzola & Najas, s.d.)

É importante destacar que, embora associada ao envelhecimento, nem todos os pessoas idosas irão apresentar um quadro de fragilidade.

Ainda hoje, não há uma abordagem terapêutica específica definida para tratar a Síndrome da Fragilidade como um todo, no entanto, exercício físico é uma das melhores

opções, pois contribui para o aumento da massa muscular. Os exercícios com pesos podem auxiliar a aumentar a massa óssea e muscular e reduzir o risco de quedas e fraturas. Uma dieta saudável pode prevenir ou reduzir o risco de muitas doenças que contribuem para a fragilidade (Lenartowicz, 2023).

De acordo com o modelo biológico, desenvolvido por Fried et al. (2001), a fragilidade expressa-se a nível físico, através da conjugação de uma série de componentes específicos que constituem o fenótipo de fragilidade: fraqueza muscular, lentidão, exaustão, perda de peso involuntária e baixos níveis de atividade física. Nesta perspetiva, a ênfase é colocada na deterioração da capacidade funcional dos sistemas músculo esquelético, imunológico, hormonal, metabólico e do sistema nervoso central e autónomo, assim como nas suas manifestações corporais, com destaque para a sarcopenia. Por outro lado, no modelo de acumulação de défices, proposto inicialmente por Mitnitski (2002), fragilidade é definida como um estado não específico, resultante do efeito cumulativo da conjugação de défices multidimensionais relacionados com o envelhecimento. Nesta linha de pensamento, o pressuposto é que quanto maior a quantidade de problemas, independentemente da sua natureza, maior a probabilidade de estar frágil (Rockwood & Mitnitski, 2007 como citado em Coelho, 2014 p.17)

1.2 Universidades Seniores em Portugal

As Universidades da Terceira Idade (UTIs), também chamadas de Universidades seniores, surgem em França em 1972, como forma de educação para os seniores. Pierre Vellas, fundador das universidades seniores, constatou que, em relação às pessoas idosas, as políticas implantadas nos países mais desenvolvidos e o trabalho das organizações internacionais eram bastante escassos, especialmente no que diz respeito à formação e educação (Dopson, 2004; Groombridge, 2003; Hebestreit, 2006; Swindell, Thompson, 1995; Yenerall, 2003; Williamson, 2000). Segundo Veloso (2004), a ideia era criar uma universidade para pessoas da terceira idade, sem distinção de classe social ou nível educacional prévio, que tivesse como princípio a ocupação produtiva do tempo livre por meio de atividades esporádicas de caráter intelectual, artístico, físico e recreativo. Segundo Veloso (2004, como citado por Pocinho, 2014) a intenção era reduzir o isolamento das pessoas idosas, favorecendo assim a promoção da saúde, o bem-estar e o interesse pela vida.

No Reino Unido, existiu um movimento semelhante, em Cambridge e em Londres, que surgiu entre o final da década de 1970 e o início da década de 1980.

Segundo Pocinho (2014) podemos observar dois modelos principais na organização das universidades para pessoas idosas. Em primeiro lugar, o modelo francês ou continental, pioneiro, com uma visão da educação formal e, em segundo lugar, o modelo inglês ou britânico, mais livre e independente, que procura desenvolver e estimular mais intensamente os aspetos sociais e o lazer. Diferentemente do modelo anterior, o modelo inglês apresenta a ideia de incorporar professores voluntários, o que torna esse modelo único, já que pressupõem uma ajuda mútua (Cachioni, 1998; Cachioni & Neri, 2008; Dopson, 2004; Glendenning, 2001; Groombridge, 2003; Hebestreit, 2006; Kerka, 1999; Midwinter, 2005; Swindell, 2002; Swindell, Thompson, 1995; Vera & Caldas, 2004). Nesses casos, as pessoas mais idosas podem desempenhar várias funções ao mesmo tempo; podem ser estudantes, professores, voluntários e até líderes que colaboram no desenvolvimento do currículo (Dopson, 2004; Formosa, 2011; Glendenning, 2001; Groombridge, 2003; Hebestreit, 2006; Jacob & Pocinho, 2013; Kerka, 1999; Midwinter, 2005; Swindell, 2002; Swindell & Thompson, 1995; Yenerall, 2003; Williamson, 2000).

A grande parte das UTIs em Portugal segue o modelo inglês, caracterizado por acordos informais. Consiste na realização de atividades que, segundo Bax, (citado em Melo & Federighi, 1999), são "deliberadamente organizadas" e que ajudam a "desenvolver uma identidade e uma consciência de si mesmos, e a ser capazes de levar em conta suas próprias oportunidades nas relações sociais". As universidades seniores portuguesas são uma resposta educativa, com o objetivo de criar e fomentar as atividades sociais normais, a educação, a cultura e a convivência para pessoas com mais de cinquenta anos. As atividades educativas são realizadas sem fins de certificação e no contexto da educação permanente (RUTIS, 2011, citado em Jacob & Pocinho, 2012; Hebestreit, 2006; Veloso, 2004).

Portanto, no contexto português, as Universidades da Terceira Idade (UTIs) consistem numa resposta educativa voltada para pessoas com mais de cinquenta anos, cujo objetivo principal prende-se com criar e fomentar as atividades sociais normais, educativas, culturais e a socialização (RUTIS, 2011). De acordo com Mowry e O'Connor (1986, como citado em Martin, 2007), as UTIs estão incluídas no conceito de formação ao longo da vida, e desenvolvem programas de animação, estimulação, enriquecimento

peçoal, formação e capacitação direcionada às pessoas idosas. Segundo Jacob e Pocinho (2013), os estudantes podem, nesse contexto, adquirir mais conhecimentos e experiências em novas atividades, como pintura, informática, idiomas, gastronomia, atividade física, arte e cultura, entre outros. A frequência das atividades depende de cada indivíduo e é gratuita, e, embora seja necessário formalizar a inscrição prévia, as taxas são simbólicas. Alguns filiados a essas universidades estão interessados na pesquisa na área do envelhecimento (Vera & Caldas, 2004).

As UTIs têm como objetivos: (a) fomentar a participação e a organização das pessoas idosas nas atividades culturais, cidadania, educação e lazer; (b) promover o estudo da história, das ciências, das tradições, da solidariedade, da arte, da tolerância e outros fenômenos culturais entre as pessoas idosas; (c) ser um ponto de serviços de informação e divulgação sobre deveres e direitos; (d) desenvolver as relações interpessoais e sociais entre as diferentes gerações; (e) promover a pesquisa sobre temas de qualidade (Jacob, 2012).

As UTIs não se limitam apenas à abertura de cursos de capacitação nem se referem exclusivamente ao desenvolvimento intelectual de seus estudantes, mas procuram promover a integração e a permanência das pessoas idosas nas estruturas sociais, bem como contribuir para uma melhor qualidade de vida dessa população, tanto por meio da prevenção do deterioramento psicológico e social quanto pela contribuição à pesquisa científica sobre o envelhecimento e pela conscientização da população sobre a importância da inclusão social e da participação na comunidade. Finalmente, destaca-se também sua contribuição na geração de uma nova forma de viver a terceira idade (Jacob & Pocinho, 2012; Pocinho, 2014; RUTIS, 2011; Vera & Caldas, 2004)..

O caso do projeto RUSCHA

A necessidade de criar respostas sociais inovadoras para enfrentar os desafios do envelhecimento ativo tem vindo a ganhar expressão crescente em Portugal. No concelho da Chamusca, onde a população idosa supera largamente a jovem, com um índice de envelhecimento de 291, esta exigência torna-se particularmente evidente, exigindo estratégias municipais capazes de promover inclusão, participação e aprendizagem ao longo da vida (Projeto RUSCha, 2023).

Com este propósito, a Câmara Municipal apoiou, inicialmente, as freguesias na constituição das suas Universidades e Academias Seniores. Contudo, rapidamente se evidenciaram desafios significativos, nomeadamente a assimetria entre estruturas, especialmente no que respeita à oferta formativa e às oportunidades de envolvimento voluntário. As freguesias mais distantes da sede do concelho enfrentaram maiores dificuldades, revelando desigualdades no acesso a experiências educativas e culturais.

Neste contexto, em 2023, foi criado o Projeto RUSCha (Rede de Universidades Seniores da Chamusca), integrado no plano de ação municipal para a promoção do envelhecimento ativo. Este projeto configura-se como um modelo inovador e evolutivo da educação sénior, promovido pela Câmara Municipal em parceria com as Juntas de Freguesia, com o objetivo de:

Promover e fortalecer o envelhecimento ativo e saudável da população idosa, garantindo igualdade de acesso a oportunidades educativas e culturais de qualidade em todas as freguesias do concelho, bem como estimular a participação ativa e inclusiva dos idosos no desenvolvimento das suas comunidades (Livre, 2023).

Atualmente, a rede conta com mais de 100 seniores inscritos, provenientes de diferentes freguesias, prevendo-se o aumento progressivo do número de participantes. O plano curricular integra 12 disciplinas comuns, das quais quatro correspondem a aulas práticas de duas horas semanais e oito a aulas teóricas de uma hora semanal. As áreas de ensino abrangem desporto, saúde, conhecimento e cultura geral, tecnologias da informação e comunicação (TIC) e ciências. Cada Universidade mantém, ainda assim, autonomia para oferecer disciplinas complementares adaptadas aos interesses e necessidades do seu público (Projeto RUSCha, 2023).

Para além da componente curricular, a RUSCha promove visitas de estudo, atividades comunitárias, iniciativas intergeracionais, presença em eventos culturais e apresentações públicas de trabalhos desenvolvidos em disciplinas de formação musical e artes performativas. Destacam-se ainda as galas de encerramento do ano letivo, momentos simbólicos em que são atribuídas insígnias e realizado o tradicional traçar da capa, reforçando o sentimento de pertença e identidade dos participantes.

A participação na RUSCha está sujeita a critérios definidos: ter idade igual ou superior a 50 anos (ou, excecionalmente, inferior mediante apresentação de atestado

médico), possuir capacidade para participar nas atividades, subscrever os princípios e valores do projeto, preencher a ficha de inscrição e proceder ao pagamento da propina anual. O funcionamento decorre ao longo de todo o ano, com interrupções nas épocas festivas (Natal, Carnaval e Páscoa) e durante o mês de julho. Nos meses de agosto e setembro, as atividades retomam com menor intensidade, privilegiando caminhadas e formação musical. Os horários das aulas e atividades decorrem, regra geral, entre as 9h30 e as 16h00.

Ao procurar garantir igualdade no acesso a oportunidades educativas e culturais, a RUSCha constitui uma resposta social estruturada e estratégica para os desafios do envelhecimento no concelho da Chamusca, promovendo não só aprendizagens significativas, mas também o reforço da participação cívica, da inclusão social e da coesão comunitária.

1.3. Instrumentos de Avaliação da Fragilidade

A fragilidade tem sido objeto de crescente interesse na comunidade científica, refletido no desenvolvimento de diversas escalas de avaliação. Muitos desses instrumentos são de origem europeia, indicando um aumento da atenção para o tema e a necessidade de validação de medidas adaptadas aos grupos populacionais locais.

No entanto, um número considerável de instrumentos foca-se predominantemente nos aspetos físicos ou biológicos do funcionamento humano. Por exemplo, o Fenótipo de Fragilidade proposto por Fried et al. (2001) destaca-se por incluir componentes como lentidão/mobilidade, perda de peso/nutrição e exaustão/fadiga, refletindo uma abordagem centrada no modelo biológico da fragilidade.

Em contraste, a Tilburg Frailty Indicator (TFI), desenvolvida por Gobbens et al. (2010), adota uma conceptualização mais abrangente da fragilidade, incorporando não apenas os domínios físico e psicológico, mas também o social. A versão portuguesa do TFI foi validada por Coelho et al. (2015), demonstrando boa fiabilidade e validade para a população idosa.

A tabela a seguir resume as principais características das escalas mencionadas e outras:

Tabela 1- Quadro comparativo das escalas de avaliação de fragilidade

Escala	Componentes Principais	Domínios Avaliados	Abordagem teórica
Fenótipo de Fried	Lentidão, Perda de Peso, Exaustão/Fadiga	Físico/biológico	Modelo Biológico
SOF INDEX	Perda de Peso, Baixos Níveis de Energia, Incapacidade Funcional	Físico/Biológico	Modelo Biológico
SHARE-FI	Diminuição do Apetite, Limitação da Mobilidade, Exaustão, Baixos Níveis de Atividade Física, Fraqueza Muscular	Físico/psicológico/Social	Modelo biopsicossocial
TFI- Versão Portuguesa	Saúde Física, Perda de Peso Involuntária, Dificuldade em Andar, Dificuldade em Manter o Equilíbrio, Problemas de Audição e Visão, Falta de Força nas Mãos, Fadiga, Problemas de Memória, Sintomatologia Depressiva e Ansiosa, Dificuldades em Lidar com os Problemas, Viver Sozinho, Insatisfação com Relações, Suporte Social	Físico/Psicológico/Social	Modelo Integral

A escolha da escala a ser utilizada depende dos objetivos específicos do estudo ou da intervenção. Enquanto instrumentos como o Fenótipo de Fried e o SOF Index oferecem uma avaliação focada nos aspetos físicos da fragilidade, a escala TFI proporciona uma visão mais holística, considerando também os fatores psicológicos e sociais que influenciam o envelhecimento.

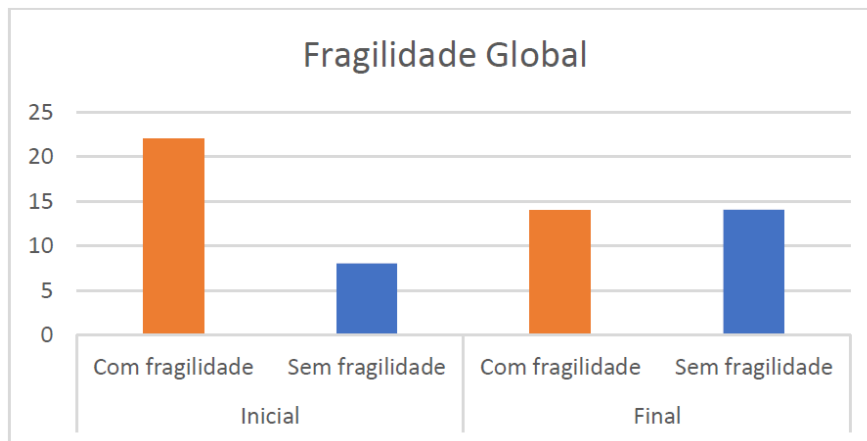
1.4. Estudos Anteriores sobre Fragilidade em contexto Educativo

Após a realização de uma pesquisa exploratória, identificou-se o Centro Educativo para Seniores – Projeto Piloto de Pombal como caso de estudo. Este projeto teve como um dos seus principais objetivos, para além da promoção de atividades de estímulo fundamentadas cientificamente, a realização de três momentos de avaliação, de forma a analisar o impacto das intervenções no bem-estar biopsicossocial dos participantes (AGEING@LAB, 2023).

O estudo contou com a participação de 30 seniores. A primeira avaliação (T0) incluiu a aplicação de um questionário sociodemográfico e da escala Tilburg Frailty Indicator (TFI), versão portuguesa (Coelho, 2014), assim como de outros instrumentos complementares. No domínio clínico, para avaliar a funcionalidade, foram aplicadas a Escala de Barthel e o Índice de Lawton e Brody. Na avaliação cognitiva, recorreu-se ao Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens (6-CIT), versão portuguesa de Apóstolo e Paiva (2012). Para aferir a ansiedade, utilizou-se o Inventário de Ansiedade Geriátrica, versão portuguesa de Ribeiro, Paúl, Simões e Firmino (2011). A avaliação da depressão foi realizada através da Escala de Depressão Geriátrica, versão portuguesa de Pocinho, Farate, Dias, Lee e Yesavage (2009). Após seis meses, foi conduzida uma reavaliação intermédia, através de entrevista, com o intuito de identificar pontos de melhoria e recolher sugestões dos participantes. Por fim, ao término de 12 meses, foi realizada uma avaliação final (T2) (AGEING@LAB, 2023).

Segundo o relatório final do centro educativo para seniores-Pombal, os resultados da primeira avaliação do estudo com recurso ao TFI indicaram que 73% dos participantes apresentavam fragilidade global, sendo o subdomínio social o mais comprometido (n=16; 53%). No subdomínio psicológico, 47% evidenciaram fragilidade, enquanto no subdomínio físico verificou-se vulnerabilidade em 37% da amostra.

Figura 1. Análise comparativa da fragilidade global no T0 e no T2

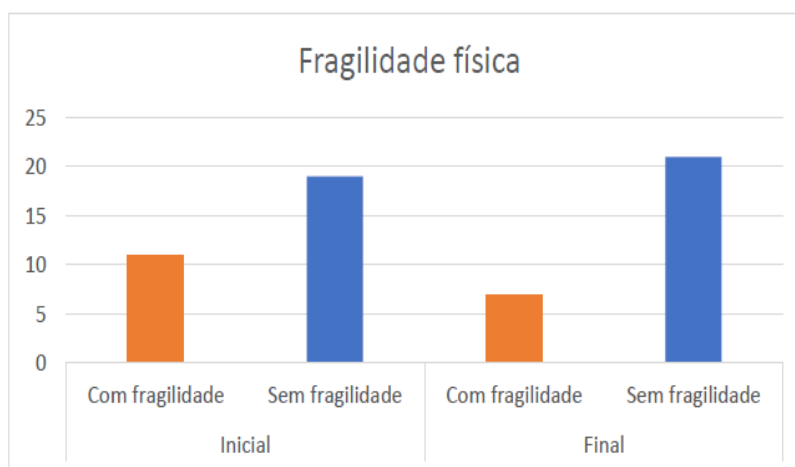


Fonte: AGEING@LAB. (2023). *Laboratório Internacional de Estudos sobre o Envelhecimento: Relatório final*

No que concerne aos subdomínios da fragilidade, observou-se uma redução de 12% na dimensão física, passando de 37% na avaliação inicial (T0) para 25% na avaliação final (T2). Apesar da melhoria, persistiram algumas limitações reportadas pelos participantes, nomeadamente diminuição da força manual associada a artroses, dificuldades visuais mesmo após correção, e constrangimentos na deambulação devido a dores articulares (AGEING@LAB, 2023).

Estes resultados colocam em manifesto a importância de desenvolver programas de avaliação e intervenção preventivos em idosos, de forma que se mantenham pelo maior tempo possível e com qualidade de vida e bem-estar no seu domicílio, atrasando e/ou evitando o declínio físico, psicológico e social e consequente a institucionalização.

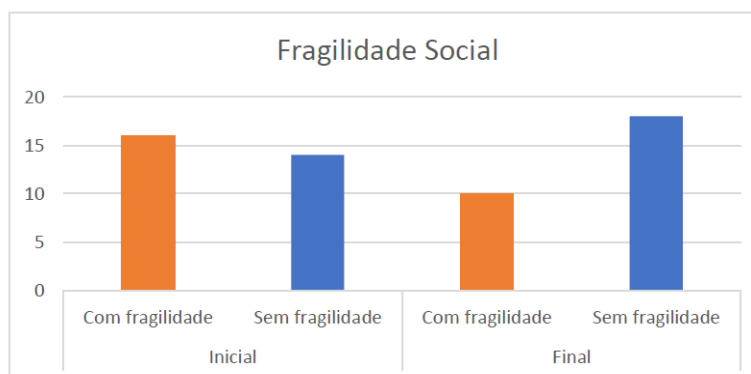
Figura 2. Análise comparativa da fragilidade física no T0 e no T2



Fonte: AGEING@LAB. (2023). *Laboratório Internacional de Estudos sobre o Envelhecimento: Relatório final*

Por fim, no que se refere à fragilidade social, verificou-se uma melhoria de 17%, passando de 53% dos participantes no momento inicial (T0) para 36% na avaliação final (T2). Apesar desta evolução positiva, permaneceram as vulnerabilidades sobretudo associadas à condição de viverem sozinhos, fator que continuou a impactar negativamente este domínio (AGEING@LAB, 2023).

Figura 3. Análise comparativa da fragilidade social no T0 e no T2



Fonte: AGEING@LAB. (2023). *Laboratório Internacional de Estudos sobre o Envelhecimento: Relatório final*

Os contextos educativos assumem-se como espaços privilegiados de aprendizagem ao longo da vida, promovendo não apenas a aquisição de novos conhecimentos, mas também a valorização das experiências pessoais e sociais dos seus participantes. O envolvimento em atividades educativas, culturais e sociais contribui de forma significativa para o fortalecimento das redes de apoio, para a manutenção de um estilo de vida ativo e para o desenvolvimento de um maior sentimento de pertença comunitária.

Neste contexto, a perceção da fragilidade não se limita apenas à dimensão física, mas abrange igualmente os domínios psicológico e social. A participação em contextos educativos possibilita que os indivíduos desenvolvam maior consciência sobre a sua própria condição, ao mesmo tempo que encontram estratégias para lidar com as vulnerabilidades associadas ao envelhecimento. Assim, estes espaços configuram-se como ambientes de prevenção, onde a fragilidade pode ser identificada, compreendida e, em muitos casos, atenuada através da interação social, do estímulo cognitivo e da prática de atividades adaptadas às necessidades dos seniores.

Deste modo, torna-se evidente que os contextos educativos não só contribuem para a promoção do envelhecimento ativo, como também desempenham um papel central na forma como os idosos percecionam e experienciam a fragilidade, oferecendo recursos que favorecem a autonomia, a autoestima e a qualidade de vida. Como mencionado no relatório final estes resultados colocam em manifesto a importância de desenvolver programas de avaliação e intervenção preventivos em idosos, de forma a que se mantenham pelo maior tempo possível em seu domicílio, com qualidade de vida e bem-estar, atrasando ou evitando o declínio físico, psicológico e social e, consequentemente, a institucionalização (AGEING@LAB, 2023).

Capítulo 2. Enquadramento Metodológico e Objetivos

2.1 Finalidades e Objetivos da Investigação

❖ Objetivo geral

- a) Medir a eficácia da interação na RUSCha com a fragilidade percecionada pelos seniores;

❖ Objetivo específico

- a) Perceber como os seniores se sentem ao nível físico, social e psicológico;
- b) Entender se há uma mudança na fragilidade sentida ao longo da frequência na RUSCha;
- c) Relacionar os dados sociodemográficos com a escala TFI (TFI, Gobbens et al., 2010; Coelho et al., 2015)

2.2. Caracterização da amostra

A amostra do presente estudo foi recolhida nas cinco universidades seniores que compõem a RUSCha. Primeiramente, foi enviado um *link* de formulário realizado no *google forms* para as coordenadoras das universidades, que posteriormente iriam passar os questionários aos seniores.

CrITÉRIOS de Inclusão:

- Participantes ativos da Rede de Universidades Seniores do Concelho da Chamusca;
- Idade igual ou superior a 60 anos;
- Capacidade de compreensão e resposta aos questionários;
- Consentimento informado para participação no estudo.

CrITÉRIOS de Exclusão:

- Participantes com limitações cognitivas graves que impedissem a compreensão dos questionários;
- Recusa em participar no estudo.

Justificação do Tamanho da Amostra:

A amostra de 63 participantes representa aproximadamente 63% do total de inscritos na RUSCha, constituindo uma amostra de conveniência adequada para um estudo exploratório. Reconhece-se que esta dimensão limita a generalização dos resultados à população sénior mais ampla.

2.3. Materiais utilizados

Os instrumentos utilizados, de modo a avaliar este estudo, foram selecionados tendo em conta os objetivos definidos e a população-alvo. Assim sendo, este é um estudo quantitativo onde foi aplicado um questionário dividido em 2 partes, cuja duração média de preenchimento foi de 10 minutos e a sua administração respeitou a seguinte ordem: Questionário Sociodemográfico e Escala TFI (versão portuguesa do Tilburg Frailty Indicator; Coelho, 2015).

a) Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico, permite inquirir um maior número de pessoas, sendo a obtenção de dados mais rápida e sem deslocações. As informações recolhidas vão ao encontro da pesquisa a que o investigador se propõe.

Assim sendo, este questionário foi desenvolvido para esta investigação, de forma a recolher informação quanto às características sociodemográficas dos alunos da RUSCha, constituído por questões sobre a idade, género, habilitações literárias, naturalidade, profissão que exerceu, em que setor se encontra e com quem vive. Foram ainda feitas questões mais específicas sobre a sua participação na universidade sénior, nomeadamente, em que polo frequenta, há quantos anos frequenta, em quantas disciplinas se encontra inscrito, qual a carga horária.

b) Escala TFI (Versão portuguesa do Tilburg Frailty Indicator);

Para medir a fragilidade foi utilizado o TFI – Tilburg Frailty Test validado para a população portuguesa por Coelho et al, 2015). Este teste encontra-se estruturado em 3 sub-domínios: o físico, o psicológico e o social. Confere uma pontuação global e por subdomínios sendo que o ponto de corte para a população portuguesa é de 8 pontos.

O Tilburg Frailty Test validado para a população portuguesa por Coelho et al, (2005) é uma ferramenta útil e eficaz para o rastreamento da fragilidade em pessoas idosas, especialmente em contextos de cuidados primários e na previsão de necessidades de saúde futura. A sua aplicação é simples e rápida. É um questionário breve de autorrelato para rastrear a fragilidade em pessoas idosas que vivem na comunidade, com duas subescalas:

- Parte A: 6 itens sobre determinantes da fragilidade (ex.: estado civil, doenças crónicas e renda).
- Parte B: 15 perguntas divididas em três domínios (físico, psicológico e social), focando exclusivamente nos componentes da fragilidade.

O conjunto de itens da parte B informa a pontuação total de fragilidade e a pontuação de cada domínio da seguinte forma: 11 itens têm duas categorias de resposta (sim/não), enquanto quatro itens têm três categorias (sim/não/às vezes). No entanto, todos os itens são pontuados com 0 ou 1. O domínio físico do TFI inclui oito perguntas sobre saúde física, perda de peso inexplicada, dificuldade de caminhar, dificuldade em manter o equilíbrio, problemas de audição, problemas de visão, falta de força nas mãos e cansaço físico. O domínio psicológico abrange quatro itens relacionados à cognição, sintomas depressivos/ansiosos e mecanismos de enfrentamento. O domínio social inclui três itens: viver sozinho, relações sociais e apoio social (Coelho, 2014)

2.4. Procedimento

O procedimento metodológico utilizado consistiu num estudo onde os materiais usados foram o questionário sociodemográfico e a Escala TFI – Tilburg Frailty Test existindo uma posterior análise quantitativa dos resultados obtidos. A amostra foi recolhida na Rede de Universidades Seniores do Concelho da Chamusca. Ao aplicar os questionários, os participantes foram informados acerca dos objetivos gerais do estudo, garantindo que o mesmo era confidencial, que todos os dados fornecidos seriam anónimos e que a participação era voluntária. A duração média da administração dos questionários foi de 10 minutos, não sendo imposto um tempo limite de preenchimento. A aplicação dos instrumentos foi realizada de acordo com uma ordem, nomeadamente o questionário sociodemográfico e em seguida a Escala TFI (Versão portuguesa do Tilburg Frailty Indicator Coelho, 2014), que foi respeitada por todos os participantes. O preenchimento dos questionários foi realizado nas aulas de TIC, administradas pela professora responsável.

2.5. Considerações éticas

O presente estudo foi desenvolvido respeitando os princípios éticos fundamentais da investigação com seres humanos. Todos os participantes foram informados sobre os objetivos do estudo, procedimentos, riscos e benefícios potenciais.

Foi garantido o consentimento informado de todos os participantes, bem como o direito de retirada a qualquer momento sem penalizações. A confidencialidade e anonimato dos dados foram assegurados através sendo os resultados utilizados unicamente para fins académicos e científicos, sem possibilidade de identificação individual dos participantes.

2.6. Análise estatística

As análises estatísticas dos dados do presente estudo foram realizadas através do programa SPSS versão 30.

Capítulo 3- Apresentação e análise de resultados

3.1-Análise Estatística descritiva

A análise descritiva dos dados referentes à composição do agregado familiar indica que a maioria dos participantes vive com o cônjuge (44,4%). Uma proporção considerável dos seniores reside sozinha (33,3%). Outros 11,1% vivem com filhos, genro(a) e netos, enquanto 6,3% vivem com outro familiar. Apenas 4,8% afirmaram viver com um(a) filho(a).

Tabela 2. Com quem vive atualmente

	Frequência	Percentagem (%)
Sozinho(a)	21	33,3
Outro Familiar	4	6,3
Cônjuge	28	44,4
Filho(a)	3	4,8
Filho(a) com genro e netos	7	11,1
Total	63	100

Em relação ao setor profissional onde os participantes desenvolveram a sua principal atividade laboral, a maioria provém do setor primário (46,0%), seguido do setor terciário (28,6%) e do setor secundário (25,4%).

Tabela 3. Setor de atividade profissional

	Frequência	Percentagem (%)
Primário	29	46
Secundário	16	25,4
Terciário	18	28,6
Total	63	100

Relativamente à distribuição pelas universidades seniores frequentadas, verificou-se uma maior concentração de participantes no polo Ulme-Semideiro (30,2%), seguido de Vale

de Cavalos (19,0%) e Carregueira (17,5%). Pinheiro Grande (17,5%) e Chouto-Parreira (15,9%) registaram proporções ligeiramente inferiores.

Tabela 4. Polo frequentado na universidade sénior

	Frequência	Percentagem (%)
Ulme-Semideiro	19	30,2
Pinheiro Grande	11	17,5
Vale de Cavalos	12	19
Chouto-Parreira	10	15,9
Carregueira	11	17,5
Total	63	100

No que respeita ao tempo de frequência na universidade sénior, a maioria dos participantes frequenta há mais de 4 anos (57,1%), enquanto 36,5% indicaram frequentar há 1 a 3 anos. Apenas 6,3% referiram estar a iniciar este ano.

Tabela 5. Tempo de frequência na universidade sénior

	Frequência	Percentagem (%)
Estou a iniciar este ano	4	6,3
1 a 3 anos	23	36,5
Mais de 4 anos	36	57,1
Total	63	100

No que concerne o número de disciplinas, a maioria dos seniores (69,8%) está inscrita em mais de 6 disciplinas. Uma percentagem significativamente menor (12,7%) encontra-se inscrita em até 2 disciplinas ou em 5 a 6 disciplinas. Apenas 4,8% referiram estar em 3 a 4 disciplinas.

Tabela 6. Número de disciplinas inscritas

	Frequência	Percentagem (%)
Até 2 disciplinas	8	12,7
3 a 4 disciplinas	3	4,8

5 a 6 disciplinas	8	12,7
Mais de 6 disciplinas	44	69,8
Total	63	100

Por fim, quanto à carga horária semanal, a maioria dos participantes (61,9%) frequenta entre 8 a 14 horas semanais. Cerca de 25,4% indicaram mais de 15 horas, e 12,7% relataram uma carga horária de até 7 horas por semana.

Tabela 7. Carga horária semanal na universidade sénior

	Frequência	Percentagem (%)
Até 7 horas	8	12,7
De 8 a 14 horas	39	61,9
Mais de 15 horas	16	25,4
Total	63	100

PARTE A – Análise descritiva: Instrumento de avaliação

Relativamente ao Estado Cível, dos 63 participantes, 62 forneceram informação válida quanto ao estado civil. Destes, 50% são casados, 33,9% são viúvos e 16,1% solteiros. Houve 1 caso omissa (1,6%).

Tabela 8. Estado Civil

	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem válida (%)
Casado	31	49,2	50
Viúvo	21	33,3	33,9
Solteiro	10	15,9	16,1
Total Válido	62	98,4	100
Omisso	1	1,6	—
Total	63	100	—

Relativamente ao rendimento mensal, 51 participantes forneceram respostas válidas. A maioria indicou rendimentos entre 150 e 500 euros (49%), seguidos do grupo com 500 a

1000 euros (37,3%). Um pequeno grupo (9,8%) declarou ter rendimentos entre 1000 e 1500 euros, e apenas 2% indicaram mais de 1500 euros ou menos de 150 euros. Houve 12 casos omissos (19%).

Tabela 9. Rendimento Mensal

	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem Válida (%)
Menos de 150	1	1,6	2
150 a 500	25	39,7	49
500 a 1000	19	30,2	37,3
1000 a 1500	5	7,9	9,8
Mais de 1500	1	1,6	2
Total válido	51	81	100
Omisso	12	19	-
Total	63	100	-

Quando questionados sobre a perceção do seu estilo de vida, a maioria (68,3%) considerou o seu estilo de vida “mais ou menos saudável”, 23,8% declararam ter um estilo de vida “saudável” e 7,9% consideraram-no “não saudável”.

Tabela 10. Estilo de Vida

	Frequência	Percentagem (%)
Não Saudável	5	7,9
Mais ou menos saudável	43	68,3
Saudável	15	23,8
Total	63	100

Entre os 62 participantes que responderam, 46,8% relataram ter duas ou mais doenças ou perturbações crónicas, enquanto 53,2% afirmaram não as ter. Houve 1 caso omissos (1,6%).

Tabela 11. Doenças e/ou Perturbações Crónicas

	Frequência	Percentagem (%)	Percentagem Válida (%)
--	------------	-----------------	---------------------------

Sim	29	46	46,8
Não	33	52,4	53,2
Total Válido	62	98,4	100
Omisso	1	1,6	-
Total	63	100	-

Foram avaliados diferentes eventos de vida potencialmente impactantes:

- Doença grave em si próprio: 23,8% dos participantes indicaram ter vivido esta situação;
- Morte de pessoa querida: reportada por 33,3% dos 54 participantes que responderam (9 casos omissos);
- Doença grave numa pessoa querida: 24,1% dos 54 participantes indicaram a ocorrência deste evento;
- Divórcio ou término de relação íntima: 5,6% relataram esta experiência (9 casos omissos);
- Acidente de viação: relatado por 3,7% (9 casos omissos);
- Ter sido vítima de crime: nenhum participante reportou esta situação.

Tabela 12. Eventos de vida marcantes no último ano

Evento	Frequência (válido)	Percentagem Válida (%)
Doença grave em si próprio	15	23,8
Morte de pessoa querida	18 (de 54)	33,3
Doença grave em pessoa querida	13 (de 54)	24,1
Divórcio/fim de relação	3 de (54)	5,6
Acidente de viação	2 (de 54)	3,7
Vítima de crime	0 (de 54)	0

A análise descritiva dos determinantes e eventos de vida revela um perfil caracterizado por maior proporção de pessoas casadas, rendimentos baixos (150 a 500 euros), e perceção de estilo de vida “mais ou menos saudável”. Os eventos de vida mais

frequentes no último ano foram a morte de pessoa querida e doença grave em si próprio ou em alguém próximo.

Estas informações fornecem um enquadramento essencial para explorar as associações com a fragilidade e os seus componentes (físico, social e psicológico) que é descrito seguidamente.

PARTE B - Análise descritiva da pontuação de fragilidade (TFI)

O Tilburg Frailty Indicator (TFI, Coelho, 2014) é uma ferramenta que avalia a fragilidade em três subdomínios: físico, psicológico e social, fornecendo ainda um índice global de fragilidade. O ponto de corte para a população portuguesa, definido por Coelho et al. (2005), é de 8 pontos.

A pontuação global do questionário variou entre 1 e 13, com uma média de 6,48 pontos ($DP = 2,72$). Este valor indica, em média, uma fragilidade abaixo do ponto de corte (8 pontos), embora exista variabilidade considerável entre os participantes (mínimo de 1, máximo de 13).

O subdomínio físico apresentou uma média de 3,78 pontos ($DP = 1,89$), com um mínimo de 0 e máximo de 8 pontos. Este resultado sugere que a componente física é a que apresenta maior impacto na fragilidade global, em consonância com a tendência observada na literatura para esta faixa etária.

A pontuação média no subdomínio psicológico foi de 1,71 pontos ($DP = 0,84$), numa escala de 0 a 3 pontos. Esta pontuação relativamente moderada aponta para uma perceção de fragilidade psicológica significativa, mas menos acentuada do que a física.

Por fim, o subdomínio social revelou uma média de 1,00 ponto ($DP = 0,84$), também numa escala de 0 a 3 pontos. Apesar de mais baixa, esta pontuação destaca a existência de algum grau de fragilidade social nos participantes.

Tabela 13. Descritiva dos resultados do TFI

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Fragilidade Total	63	1,00	13,00	6,48	2,72

Físico	63	0,00	8,00	3,78	1,89
Psicológico	62	0,00	3,00	1,71	0,84
Social	63	0,00	3,00	1,00	0,84

Em média, os participantes apresentam uma pontuação global de fragilidade ligeiramente inferior ao ponto de corte (8), sugerindo uma amostra não-frágil em termos globais, mas com variações significativas (mínimo = 1; máximo = 13).

Destaca-se que a fragilidade física apresenta maior peso, enquanto as dimensões psicológica e social têm pontuações mais baixas, mas ainda assim relevantes. Estes resultados estão em linha com a evidência que reconhece o domínio físico como o mais prevalente em populações idosas (Gobbens et al., 2010), mas que não excluem a importância das dimensões psicológica e social para a qualidade de vida das pessoas idosas.

No seguimento, exploram-se as associações destas pontuações com as variáveis sociodemográficas e contextuais, para identificar fatores protetores ou de risco para a fragilidade dos participantes.

3.2-Análise detalhada dos resultados do TFI por variáveis sociodemográficas

Relativamente ao género, a média da fragilidade total foi mais elevada nas mulheres (M=6,76; DP=2,70) em comparação com os homens (M=5,38; DP=2,60). Ainda, no subdomínio físico, as mulheres também apresentaram maior média (M=3,96) face aos homens (M=3,08) e no subdomínio psicológico, as mulheres registaram 1,82 e os homens 1,31, sugerindo maior fragilidade psicológica nas mulheres. No social, ambos registaram médias idênticas (1,00).

Tabela 14. Análise por género

	Total Fragilidade (Média±DP)	Físico (Média±DP)	Psicologico (Média±DP)	Social (Média±DP)
Masculino	5,38 ± 2,6	3,08 ± 1,85	1,31 ± 0,95	1 ± 0,82
Feminino	6,76 ± 2,7	3,96 ± 1,87	1,82 ± 0,78	1 ± 0,86

Relativamente à composição do agregado familiar, verificou-se que a fragilidade total foi mais elevada entre participantes que vivem com filhos e genro/netos ($M=7,14$) ou que vivem sozinhos ($M=7,1$). Os que vivem com cônjuge apresentaram média inferior ($M=5,96$). No subdomínio social, destaca-se que os que vivem sozinhos têm média mais alta ($M=1,57$), indicando maior vulnerabilidade social.

Tabela 15. Análise por agregado familiar

	Total (Média±DP)	Físico	Psicológico	Social
Sozinho(a)	7,10 ± 2,98	3,76	1,8	1,57
Outro familiar	6,00 ± 2	3,75	1,5	0,75
Cônjuge	5,96 ± 2,58	3,61	1,64	0,71
Filho(a)	6,00 ± 1	3,67	1,67	0,67
Filho(a), genro(a) e netos	7,14 ± 3,34	4,57	1,86	0,71

Em relação à universidade frequentada, os dados revelam que a fragilidade total é mais elevada em Vale de Cavalos ($M=7,17$) e Ulme-Semideiro ($M=6,95$). O polo com menor média foi Pinheiro Grande ($M=5,36$). O subdomínio físico destaca-se no Carregueira ($M=4,18$), enquanto o psicológico é mais alto em Vale de Cavalos ($M=2,17$).

Tabela 16. Análise por Universidade sénior frequentada

	Total	Físico	Psicológico	Social
Ulme-Semideiro	6,95	4,26	1,72	1
Pinheiro Grande	5,36	3,09	1,36	0,91
Vale de Cavalos	7,17	4,08	2,17	0,92
Chouto- Parreira	5,7	2,8	1,8	1,1
Carregueira	6,73	4,18	1,45	1,09

Já em relação ao tempo de frequência, os dados revelam que os seniores que estão a iniciar têm média de 5,75, mas a maior pontuação total foi registada nos que frequentam há mais de 4 anos ($M=6,56$). O subdomínio social tende a diminuir com maior tempo de frequência.

Tabela 17. Análise por frequência

	Total	Físico	Psicológico	Social
Início este ano	5,75	2,75	1,5	1,5
1 a 3 anos	6,48	3,65	1,56	1,26
Mais de 4 anos	6,56	3,97	1,83	0,78

No que concerne o nº de disciplinas, curiosamente, a fragilidade total é mais elevada nos que frequentam apenas 1-2 disciplinas ($M=7,63$) e diminui ligeiramente nos que frequentam mais de 6 disciplinas ($M=6,30$). O subdomínio físico é mais elevado nos que têm até 2 disciplinas ($M=4,75$).

Tabela 18. Análise por número de disciplinas frequentadas

	Total	Físico	Psicológico	Social
Até 2 disciplinas	7,63	4,75	1,63	1,25
3-4 disciplinas	6,67	5	1	0,67
5-6 disciplinas	6,25	3,12	2,13	1
Mais de 6 disciplinas	6,3	3,64	1,7	0,97

Relativamente ao estado civil, a fragilidade total é maior nos viúvos ($M=7,19$), seguida dos casados ($M=6,45$) e dos solteiros ($M=5,00$). No subdomínio social, os viúvos também apresentam a média mais elevada ($M=1,33$).

Tabela 19. Análise por estado civil

Estado Civil	Total	Físico	Psicológico	Social
Casado	6,45	4,03	1,68	0,74
Viúvo	7,19	3,86	2,05	1,33

Solteiro	5	2,7	1,2	1,1
----------	---	-----	-----	-----

Em relação aos rendimentos, verificou-se que os que auferem entre 150-500€ têm a média mais elevada ($M=7,00$), seguidos dos que recebem de 1000-1500€ ($M=7,40$). O subdomínio físico é mais elevado também entre os que têm rendimentos entre 150-500€ ($M=4,16$).

Tabela 20. Análise por rendimento mensal

Rendimento	Total	Físico	Psicológico	Social
<150€	5	4	1	0
150-500€	7	4,16	1,75	1,12
500-1000€	5,95	3,63	1,53	0,79
1000-1500€	7,4	4	2	1,4
>1500€	8	3	3	2

Capítulo 4: Discussão dos resultados

O presente estudo teve como objetivo principal avaliar a eficácia da participação na Rede de Universidades Seniores da Chamusca (RUSCha) na perceção de fragilidade dos seniores. Para tal, procurou-se compreender de que forma variáveis como o tempo de frequência na universidade, a carga horária semanal, o número de disciplinas frequentadas e o polo de inscrição se relacionam com a fragilidade percebida.

De forma complementar, foram definidos objetivos específicos que incidem na análise das dimensões física, social e psicológica do bem-estar dos participantes, articulando estes fatores com os dados sociodemográficos recolhidos. A avaliação da fragilidade foi realizada através da Escala Tilburg Frailty Indicator (TFI), versão portuguesa, instrumento validado que permite uma análise multidimensional da fragilidade em adultos mais velhos (Coelho et al., 2015).

Com base nestes objetivos, tornou-se necessário construir um perfil sociodemográfico dos alunos da RUSCha, considerando variáveis como género, idade, estado civil, escolaridade, trajetória profissional e situação habitacional, entre outras. Esta caracterização é fundamental, uma vez que estudos prévios em Portugal têm evidenciado que fatores como a escolaridade e a rede de suporte social influenciam diretamente a perceção de fragilidade e a capacidade de envelhecimento ativo (Paúl & Ribeiro, 2012; Carreira, 2014).

Assim, de forma geral, este trabalho pretende constituir-se como um estudo exploratório sobre os perfis sociodemográficos dos seniores que frequentam a RUSCha e verificar em que medida a participação nesta rede influencia a perceção de fragilidade.

A amostra foi recolhida no seio da Rede de Universidades Seniores do Concelho da Chamusca, projeto desenvolvido pela Câmara Municipal em parceria com as Juntas de Freguesia, que visa proporcionar igualdade de acesso a oportunidades de aprendizagem e participação social à população sénior. Embora a rede conte atualmente com cerca de 100 membros, a amostra final foi composta por 63 participantes.

A recolha de dados foi conduzida de acordo com as boas práticas de investigação científica. Todos os participantes foram previamente informados acerca dos objetivos do estudo, da natureza voluntária da sua participação, bem como da garantia de anonimato e

confidencialidade relativamente aos dados fornecidos. O tempo médio para a administração do protocolo de avaliação situou-se entre cinco e dez minutos, não tendo sido estabelecido limite temporal fixo, assegurando-se a prestação de todos os esclarecimentos necessários durante o processo.

Adicionalmente, o protocolo de avaliação foi conduzido em estrita consonância com os objetivos delineados, permitindo não apenas identificar a perceção de fragilidade dos estudantes da RUSCha, mas também discutir o papel das Universidades Seniores enquanto instrumentos de promoção do envelhecimento ativo e saudável (Carvalho, 2016; Ribeiro & Paúl, 2011).

4.1-Análise sociodemográfica dos alunos seniores que frequentam a RUSCha

A caracterização sociodemográfica dos participantes constitui um passo fundamental para compreender o perfil dos alunos seniores que integram a Rede de Universidades Seniores da Chamusca (RUSCha). A amostra deste estudo foi composta por 63 participantes, dos quais 79,4% eram mulheres e 20,6% homens, evidenciando uma clara predominância do género feminino.

Esta maior representação das mulheres em contextos de educação sénior não constitui uma realidade exclusiva da RUSCha, mas antes uma tendência recorrente em estudos nacionais e internacionais. Diversas investigações realizadas em Portugal (Carvalho, 2016; Simões, 2016) confirmam que as mulheres participam de forma mais expressiva em iniciativas educativas e socioculturais na idade sénior, enquanto os homens apresentam, em geral, menor adesão.

As razões apontadas para este fenómeno são múltiplas. Por um lado, relacionam-se com a maior esperança média de vida das mulheres, que se traduz numa presença numérica superior deste grupo etário (Paúl & Ribeiro, 2012). Por outro lado, diversos autores sublinham que as mulheres tendem a procurar mais ativamente espaços de socialização, aprendizagem e participação comunitária, enquanto os homens mantêm, em alguns casos, uma perceção mais restrita da sua participação em atividades deste tipo (Carreira, 2014).

Neste sentido, a predominância feminina na amostra da RUSCha acompanha os resultados obtidos em outras Universidades Seniores portuguesas, refletindo não apenas

a realidade demográfica do país, mas também diferenças de género ao nível da motivação, das redes de suporte social e das dinâmicas de envelhecimento ativo.

No que respeita à variável idade, os participantes inquiridos situam-se entre os 44 e os 87 anos, revelando uma discrepância geracional significativa dentro da rede. Esta heterogeneidade etária constitui um desafio relevante, uma vez que influencia não apenas a forma como as atividades são recebidas, mas também o modo como estas necessitam de ser ajustadas às diferentes expectativas e capacidades funcionais dos participantes. Como defendem Paúl e Ribeiro (2012), a idade cronológica não deve ser entendida de forma isolada, mas sim em articulação com fatores como a saúde, a autonomia e a participação social, elementos que determinam a qualidade do envelhecimento.

Relativamente à situação habitacional, verificou-se que 44,4% dos participantes vivem com o cônjuge, 33,3% residem sozinhos e 11,1% partilham o domicílio com filhos, genros e netos. Estes resultados evidenciam a diversidade de contextos familiares em que os seniores se inserem.

O ambiente familiar constitui um fator central no processo de envelhecimento, influenciando o bem-estar psicológico e a perceção de suporte social. Em Portugal, estudos indicam que a coabitação com familiares próximos tende a reforçar os laços intergeracionais e a proporcionar maior segurança emocional. Por outro lado, viver sozinho pode, em determinados casos, associar-se a sentimentos de solidão e a uma maior vulnerabilidade social (Carreira, 2014; Ribeiro & Paúl, 2011).

Neste sentido, compreender as dinâmicas familiares dos alunos da RUSCha é essencial para avaliar o papel que esta rede desempenha na redução do isolamento social e na promoção do envelhecimento ativo através de oportunidades de convívio, aprendizagem e participação comunitária.

No que concerne ao setor profissional de origem, 46% dos inquiridos declararam ter exercido atividade no setor primário, 25,4% no setor secundário e 28,6% no setor terciário. Esta distribuição revela a forte ligação do concelho da Chamusca a atividades tradicionais do setor agrícola e florestal, refletindo o contexto socioeconómico da região. Como salientam Simões (2016) e Carvalho (2016), a trajetória profissional prévia condiciona a forma como os indivíduos se envolvem em atividades educativas na idade

sénior, já que pode influenciar tanto as competências adquiridas ao longo da vida como as motivações para a aprendizagem em idade avançada.

Dimensão participativa dos alunos seniores

A análise dos dados relativos à participação dos alunos na RUSCha permite caracterizar os padrões de frequência e envolvimento nas atividades formativas da rede.

No que concerne ao número de disciplinas frequentadas, a maioria dos participantes (69,8%) encontra-se inscrita em mais de seis disciplinas. Uma parcela menor frequenta até duas disciplinas (12,7%), entre três e quatro (4,8%) e entre cinco e seis (12,7%). Estes dados indicam que grande parte dos seniores demonstra um elevado nível de compromisso com as atividades oferecidas, refletindo uma participação ativa e diversificada nas diferentes áreas formativas disponibilizadas pela RUSCha.

Relativamente à carga horária semanal, observou-se que a maior parte dos participantes (61,9%) dedica entre 8 e 14 horas às atividades da universidade sénior. Um grupo menor (25,4%) cumpre mais de 15 horas semanais, enquanto 12,7% participam até sete horas por semana. Esta distribuição sugere que a RUSCha oferece oportunidades de participação flexíveis, capazes de acomodar diferentes níveis de disponibilidade e capacidade de envolvimento dos alunos.

No que diz respeito à distribuição pelos polos de ensino, os polos de Ulme e Semideiro concentraram o maior número de inquiridos, perfazendo 30,2% da amostra, enquanto o polo menos representado foi o de Parreira-Chouto (15,9%). É importante salientar que, devido à aplicação dos questionários durante períodos específicos de aula, nem todos os participantes puderam ser alcançados, dado que nem todos frequentam todas as disciplinas.

Quanto ao tempo de frequência na universidade sénior, 57,1% dos participantes reportaram frequentar a RUSCha há mais de quatro anos, 36,5% entre um e três anos, e 6,3% iniciaram a frequência no ano em curso. Estes resultados sugerem uma elevada fidelização dos alunos à rede, refletindo a importância da RUSCha como espaço de aprendizagem contínua, socialização e participação comunitária.

No conjunto, a análise dos dados evidencia que os alunos da RUSCha apresentam um perfil de participação ativa e diversificada, com envolvimento significativo tanto em

número de disciplinas quanto em carga horária semanal, consolidando o papel da universidade sénior enquanto instrumento de promoção do envelhecimento ativo e da inclusão social (Carvalho, 2016; Simões, 2016).

4.2- Avaliação da existência de fragilidade nos alunos da RUSCha

Para a avaliação da fragilidade dos participantes da RUSCha foi utilizada a Escala Tilburg Frailty Indicator (TFI), versão portuguesa, instrumento validado e amplamente utilizado em estudos de envelhecimento em Portugal (Coelho, Paúl, Gobbens, & Fernandes, 2015). A TFI é composta por duas partes distintas.

A Parte A centrasse nos determinantes da fragilidade, permitindo recolher informações sobre variáveis sociodemográficas e de saúde, tais como o estado civil, a perceção subjetiva de saúde e os rendimentos do indivíduo, entre outros fatores que podem influenciar a vulnerabilidade do sénior.

A Parte B da escala incide sobre a fragilidade propriamente dita, organizada em três domínios: físico, social e psicológico. Cada questão deste segmento é pontuada entre 0 e 1, sendo as respostas codificadas como “sim”, “não” ou “por vezes”. Esta configuração permite identificar, de forma quantitativa, o grau de fragilidade em cada dimensão, possibilitando a análise multidimensional do estado funcional, psicológico e social dos participantes.

O ponto de corte recomendado para a população portuguesa situa-se nos 8 pontos, sendo valores iguais ou superiores indicativos da presença de fragilidade. A utilização da TFI permite, assim, não apenas quantificar a fragilidade, mas também correlacioná-la com variáveis sociodemográficas e padrões de participação nas atividades da universidade sénior, fornecendo evidência sobre o impacto potencial da aprendizagem ao longo da vida e do envolvimento comunitário na mitigação da fragilidade em idade avançada.

A partir das análises descritivas e comparativas, observou-se que a pontuação média global do TFI situou-se nos 6,48 pontos, ligeiramente abaixo do ponto de corte para a população portuguesa (8 pontos), sugerindo que, em média, a amostra não se encontrava no limiar de fragilidade. No entanto, a presença de participantes com valores até 13 evidencia heterogeneidade e existência de subgrupos em maior risco.

Fragilidade por género e perfil social

As mulheres revelaram maior fragilidade total ($M=6,76$) em todos os subdomínios, sobretudo no psicológico ($M=1,82$). Este resultado confirma padrões já descritos em estudos prévios, que apontam para maior vulnerabilidade feminina em idade avançada, frequentemente associada a uma vida laboral com mais interrupções, menor segurança financeira e maior incidência de doenças crónicas (Fried et al., 2001; Gobbens et al., 2010).

No estado civil, os viúvos destacaram-se como o grupo mais frágil, em especial no domínio social ($M=1,33$). Tal é consistente com investigações anteriores (Perissinotto et al., 2012), que evidenciam o impacto do luto e da solidão na saúde física e mental. A ausência de uma rede de suporte próxima parece ser determinante para a perceção de maior fragilidade.

Papel do ambiente familiar e social

O facto de viver sozinho ou em arranjos familiares multigeracionais (com filhos/netos) mostrou-se associado a maior fragilidade. Viver sozinho pode traduzir isolamento social, diminuindo as oportunidades de interação e de suporte emocional (Nicholson, 2012). Por outro lado, viver em contextos de coabitação com descendentes pode gerar sobrecarga ou conflitos intergeracionais, que aumentam o stress e impactam negativamente o bem-estar psicológico. Este resultado reforça a visão da fragilidade como fenómeno multidimensional e dinâmico, em que fatores relacionais assumem peso semelhante ao estado físico (Hoogendijk et al., 2014).

O caso das Universidades Seniores de Ulme-Semideiro e Vale de Cavalos

Um dos contributos mais interessantes do estudo prende-se com as diferenças entre universidades seniores. As Universidades Seniores de Ulme-Semideiro e Vale de Cavalos apresentaram médias de fragilidade mais elevadas do que as restantes. Este dado pode ser explicado pela combinação de fatores estruturais e comunitários.

No caso de Ulme-Semideiro, há elementos contextuais relevantes: trata-se de uma localidade com predomínio do trabalho agrícola, onde a população ativa em idade jovem tende a emigrar para centros urbanos. Assim, a comunidade apresenta uma média etária mais elevada e menor renovação geracional. A distância de cerca de 20 km dos principais

serviços de saúde e apoio social agrava a vulnerabilidade, uma vez que limita a acessibilidade a cuidados médicos e atividades de integração social. Estes fatores ajudam a compreender porque os seniores deste polo se encontram em maior risco de fragilidade, reforçando a importância de políticas de proximidade e programas de mobilidade e apoio social adaptados a zonas rurais.

No caso de Vale de Cavalos, localizada a cerca de 10 km da sede do concelho, caracteriza-se por um contexto rural predominantemente agrícola. Historicamente, as atividades económicas da região centravam-se na viticultura, mas atualmente verifica-se uma predominância da exploração de madeira.

A migração dos jovens para centros urbanos tem conduzido a um envelhecimento da população residente, resultando em comunidades compostas maioritariamente por indivíduos mais velhos, muitas vezes sozinhos. Esta configuração demográfica aumenta a suscetibilidade ao isolamento social e limita as oportunidades de participação comunitária.

Estes resultados estão em linha com evidência científica que destaca o impacto do contexto rural no envelhecimento: comunidades mais isoladas, com menos recursos institucionais, tendem a apresentar maiores índices de fragilidade (Wang et al., 2019).

Rendimento e vulnerabilidade

A análise do rendimento sugere que participantes com rendimentos mais baixos (150-500€) e aqueles no patamar 1000-1500€ apresentam fragilidade mais elevada ($M=7,00$ e $M=7,40$, respetivamente). Estes dados reforçam a relação entre vulnerabilidade socioeconómica e fragilidade (Hoogendijk et al., 2014).

Estudos realizados em Portugal reforçam esta associação, evidenciando que seniores com rendimentos reduzidos apresentam maior risco de fragilidade física, psicológica e social, refletindo não apenas desigualdades económicas, mas também limitadas redes de suporte social e restrições ao acesso a atividades de lazer e educação ao longo da vida (Paúl & Ribeiro, 2012; Carreira, 2014).

Os resultados confirmam a multidimensionalidade da fragilidade e a influência de determinantes sociodemográficos, tal como propunham as hipóteses do estudo.

Destaca-se que:

- A fragilidade física foi o domínio com maior média ($M=3,77$), evidenciando a importância de monitorizar condições de saúde física;
- A fragilidade social revelou disparidades claras entre quem vive sozinho e quem tem maior integração familiar;
- O papel da frequência e intensidade de participação na universidade sénior mostra-se relevante, embora não de forma linear, destacando a necessidade de personalizar as intervenções.

Estes dados devem ser interpretados considerando o tamanho reduzido da amostra ($n=63$), mas apontam caminhos claros para intervenções futuras que valorizem o reforço do convívio social, apoio psicológico e adaptação das atividades físicas nas universidades seniores.

4.3. Projeto Piloto Pombal Vs Projeto RUSCha

Tabela 21. Análise comparativa Projeto Piloto Pombal e a RUSCha

	Projeto Piloto Pombal	RUSCha
Objetivo	Avaliar o impacto das atividades educativas no bem-estar biopsicossocial dos seniores.	Caracterizar a perceção de fragilidade e relacioná-la com fatores sociodemográficos
Metodologia	Longitudinal	Transversal
Amostra	30 Participantes	63 Participantes

Instrumentos	Tilburg Frailty Indicator (TFI), Questionário Sociodemográfico, Escala de Barthel e o Índice de Lawton e Brody, Questionário clínico, Teste de Declínio Cognitivo de 6 Itens (6-CIT), Inventário de Ansiedade Geriátrica; Escala de Depressão Geriátrica,	Tilburg Frailty Indicator (TFI), questionário sociodemográfico
Momentos de Avaliação	T0 (início), T1 (intermédio), T2 (final)	Único momento de avaliação
Principais Resultados	Prevalência inicial elevada de fragilidade global (73%), sobretudo no domínio social. Redução de 12% na fragilidade física e 17% na fragilidade social ao longo de 12 meses.	Média global de fragilidade: 6,48 pontos (< ponto de corte de 8 pontos). Subgrupos mais vulneráveis: mulheres, viúvos, pessoas a viver sozinhas e com baixos rendimentos.
Domínio mais comprometido	Físico	Físico
Conclusão geral	Participação continuada em atividades educativas reduz fragilidade e melhora o bem-estar biopsicossocial.	Caracterização transversal da fragilidade e identificação de fatores sociodemográficos associados.

A análise comparativa entre o Projeto Piloto de Pombal e o estudo RUSCha revela contribuições complementares para a compreensão do impacto das atividades educativas no envelhecimento ativo. O estudo de Pombal adotou uma abordagem longitudinal, permitindo observar a evolução da fragilidade ao longo de 12 meses, enquanto a investigação da RUSCha utilizou uma abordagem transversal, oferecendo uma caracterização aprofundada da perceção de fragilidade num momento específico.

Os resultados evidenciam pontos comuns e divergentes. No estudo de Pombal, observou-se uma prevalência inicial elevada de fragilidade global (73%), particularmente no domínio social, seguida de uma redução significativa ao longo do tempo (12% na fragilidade física e 17% na fragilidade social). Estes dados reforçam o papel protetor da

participação continuada em contextos educativos. Na RUSCha, a média global de fragilidade foi de 6,48 pontos, inferior ao ponto de corte definido para a população portuguesa (8 pontos; Coelho et al., 2015), sugerindo ausência de fragilidade global. Contudo, identificaram-se subgrupos mais vulneráveis — mulheres, viúvos, pessoas a viver sozinhas e com baixos rendimentos —, salientando a importância dos fatores sociodemográficos.

Ambos os estudos apontam o domínio físico como o mais comprometido, seguindo-se as dimensões psicológica e social, corroborando estudos prévios (Gobbens et al., 2010; Paúl & Ribeiro, 2012). Estes achados sublinham a necessidade de intervenções multidimensionais, que integrem não apenas componentes biológicos, mas também sociais e psicológicos.

Em suma, a convergência dos dois estudos sustenta que os contextos educativos, como as Universidades Seniores, desempenham um papel central na promoção do envelhecimento ativo, da inclusão social e do bem-estar biopsicossocial. Contudo, a eficácia dessas intervenções pode ser potencializada pela consideração das características sociodemográficas dos participantes.

Conclusão

O envelhecimento constitui, atualmente, um dos maiores desafios sociais e de saúde pública, assumindo-se como um processo complexo, multidimensional e inevitável, que envolve alterações de ordem biológica, psicológica e social. A par do aumento da esperança média de vida, surgem igualmente riscos acrescidos de isolamento, perda de funcionalidade e diminuição da qualidade de vida. Neste contexto, a fragilidade destaca-se como um conceito central, entendido não apenas como vulnerabilidade física, mas também como uma condição multidimensional que integra dimensões físicas, psicológicas e sociais. Reconhecer e compreender a fragilidade é, por isso, essencial para prevenir situações de dependência e exclusão, promovendo um envelhecimento mais saudável e ativo (Gobbens, van Assen, Luijckx, Wijnen-Sponselee, & Schols, 2010; Hoogendijk et al., 2014; Clegg, Young, Iliffe, Rikkert, & Rockwood, 2013).

As universidades seniores emergem como uma das respostas comunitárias mais relevantes neste âmbito, ao possibilitarem a socialização, o estímulo cognitivo e a participação em atividades significativas. Para além do contributo educativo, estas instituições desempenham um papel fundamental na promoção da autoestima e da resiliência, funcionando como espaços de combate ao isolamento social.

O envolvimento dos municípios na dinamização e apoio a estas iniciativas assume-se igualmente como decisivo, uma vez que garante maior igualdade de acesso e reforça as políticas locais de inclusão.

Foi neste quadro que se desenvolveu o presente estudo, cujo objetivo consistiu em avaliar a eficácia da interação proporcionada pela Rede de Universidades seniores da Chamusca (RUSCha) na perceção de fragilidade dos participantes, considerando ainda a forma como estes se sentem ao nível físico, social e psicológico.

Para tal, procedeu-se à caracterização sociodemográfica dos seniores inscritos, atendendo a variáveis como género, idade, agregado familiar, escolaridade e profissão, e analisou-se também a frequência de participação na universidade, incluindo número de disciplinas, carga horária e polo frequentado.

A utilização da Escala de Fragilidade de Tilburg (TFI, versão portuguesa, Coelho, 2014) revelou-se um instrumento fundamental para avaliar a fragilidade de forma estruturada e multidimensional, permitindo relacionar os dados sociodemográficos com os níveis de vulnerabilidade percecionada.

A amostra, composta por 63 elementos, apresenta um perfil maioritariamente feminino (79,4%), com idades compreendidas entre os 44 e os 85 anos, predominando a faixa etária dos 65 aos 84 anos. Estes resultados vão ao encontro do que é descrito na literatura, onde se observa uma maior participação feminina em contextos de aprendizagem ao longo da vida.

De forma global, verificou-se que os participantes da RUSCha apresentaram valores médios de fragilidade abaixo do ponto de corte de referência. Estes resultados reforçam a importância das Universidades Seniores enquanto espaços de promoção de saúde e bem-estar. No entanto, a análise diferenciada evidenciou que determinados subgrupos se encontram mais vulneráveis, nomeadamente:

- Mulheres, que registaram níveis mais elevados de fragilidade, em linha com evidência internacional que associa a maior longevidade feminina a riscos acrescidos de vulnerabilidade;
- Viúvos e pessoas que vivem sozinhas, cujo isolamento social tende a agravar o risco de fragilidade;
- Indivíduos com rendimentos baixos, demonstrando a relevância das desigualdades socioeconómicas no envelhecimento.

Em termos dimensionais, o domínio físico foi o mais comprometido, seguindo-se os domínios psicológico e social, resultado que se encontra em consonância com a literatura, confirmando que a fragilidade deve ser entendida como um fenómeno multidimensional.

Este estudo evidencia o valor das Universidades Seniores como agentes de envelhecimento ativo, com impacto direto na redução da fragilidade percebida. Para além da aquisição de conhecimento, estas instituições proporcionam interações sociais, sentido de pertença e estímulo cognitivo, fatores protetores comprovados contra o declínio biopsicossocial.

Do ponto de vista científico, a investigação contribui para a validação empírica do uso do TFI em contexto educativo sénior em Portugal, ampliando o corpo de conhecimento existente sobre fragilidade em ambientes comunitários. Do ponto de vista social, reforça a necessidade de políticas públicas que reconheçam e apoiem as Universidades Seniores como espaços de inclusão e promoção da qualidade de vida dos idosos.

Este estudo demonstra que a fragilidade, embora presente em diversos níveis nos participantes da RUSCha, pode ser mitigada por contextos educativos que promovem a aprendizagem ao longo da vida, a socialização e a participação ativa na comunidade. As Universidades Seniores revelam-se, assim, mais do que espaços de formação: constituem-se como comunidades de prática e apoio mútuo, fundamentais para enfrentar os desafios do envelhecimento em Portugal.

Conclui-se, portanto, que envelhecer com qualidade não é apenas uma questão individual, mas um objetivo coletivo, que exige a articulação de políticas públicas, instituições educativas e comunidades locais. Investir nas Universidades Seniores é investir em envelhecimento ativo, saudável e digno.

Limitações e Recomendações

Apesar da riqueza e diversidade dos dados obtidos, o presente estudo apresenta algumas limitações metodológicas que devem ser consideradas na interpretação dos resultados. Em primeiro lugar, a amostra é relativamente pequena e localizada, circunscrevendo-se a participantes da Rede de Universidades Seniores da Chamusca (RUSCha). Esta característica restringe a generalização dos resultados para outras populações seniores, especialmente em contextos urbanos ou em regiões com diferentes dinâmicas socioeconómicas e culturais (Paúl & Ribeiro, 2012).

Em segundo lugar, os dados foram autorrelatados, o que pode introduzir vieses relacionados com a memória, a perceção subjetiva de saúde ou a interpretação das questões pelos participantes. Adicionalmente, a representatividade de alguns grupos é limitada; por exemplo, apenas um participante integrou o grupo com rendimentos superiores a 1500€, o que compromete a robustez das análises comparativas em determinados estratos socioeconómicos. Este tipo de limitação é frequente em estudos de população sénior e reforça a necessidade de interpretação cautelosa, considerando a variabilidade individual e contextual na perceção de fragilidade e bem-estar (Carreira, 2014; Ribeiro & Paúl, 2011).

Não obstante estas limitações, o estudo apresenta contribuições significativas para a compreensão do envelhecimento ativo e saudável em contextos rurais. Os dados obtidos fornecem evidência empírica relevante que pode orientar políticas públicas e programas comunitários, destacando a importância de abordagens interdisciplinares que integrem educação, socialização, saúde e participação comunitária. Este tipo de investigação apoia a conceção de estratégias que promovam coesão social, mitigação do isolamento e redução da fragilidade em seniores, reforçando o papel das Universidades Seniores como instrumentos de inclusão, aprendizagem ao longo da vida e promoção do bem-estar na idade avançada (Carvalho, 2016; Simões, 2016).

Bibliografia

AGEING@LAB. (2023). *Laboratório Internacional de Estudos sobre o Envelhecimento: Relatório final — Centro Educativo para Séniores, Projeto Piloto Pombal (23 de janeiro de 2023 a 31 de dezembro de 2023)*.

Antena Livre. (2023). Município apresenta projeto RUSCha. Recuperado de <https://www.antenalivre.pt/saude/municipio-apresenta-projeto-ruscha-uma-rede-de-sabedoria-> [Acedido a 15 de dezembro de 2023].

Azevedo, & Teles. (2011). *Revitalize a sua mente*. Lisboa: Lidel.

Bax, M. (1999). Educação e envelhecimento: Estudos sobre as universidades da terceira idade. In A. Melo & P. Federighi (Orgs.), *Políticas de educação de adultos em Portugal* (pp. 145–162). Porto: Universidade do Porto.

Carvalho, A. (2016). *Universidades Seniores em Portugal: Contextos, práticas e contributos para o envelhecimento ativo*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Carvalho, M. I. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Lisboa: LIDEL – Edições Técnicas.

CEPCEP. (2012). *O envelhecimento da população: dependência, activação e qualidade (Relatório Final)*. Universidade Católica Portuguesa, Faculdade de Ciências Humanas. Disponível em http://www.ces.pt/download/1483/Relatorio%20Final_UCP_ago%202012.pdf [Acedido a 15 de março de 2025].

Coelho, T. (2014). *Modelo integral da fragilidade no idoso* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/84687/2/33504.pdf> [Acedido a 6 de janeiro de 2025].

Correia, A. L. F. D. (2017). *Síndrome de fragilidade no idoso* (Trabalho final de Mestrado Integrado em Medicina). Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Direção-Geral da Saúde. (2002). *Envelhecimento ativo*. Recuperado de <https://www.sns.gov.pt/sns/envelhecimento-ativo-e-saudavel/> [Acedido a 15 de dezembro de 2023].

Gusmão. (2003). *Infância e velhice – pesquisa de ideias*. Alínea.

Hebestreit, L. K. (2006). *An evaluation of the role of the University of the Third Age in the provision of lifelong learning* (Tese de doutoramento, School of Education, University of South Africa). Recuperado de <https://uir.unisa.ac.za/bitstream/handle/10500/2045/00front.pdf> [Acedido a 5 de maio de 2025].

Hoogendijk, E. O., Afilalo, J., Ensrud, K. E., Kowal, P., Onder, G., & Fried, L. P. (2014). Frailty: Implications for clinical practice and public health. *The Lancet*, 383(9929), 752–762. Recuperado de [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60690-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60690-9) [Acedido a 5 de maio de 2025].

Jacob, L., & Pocinho, M. (2012). As universidades da terceira idade em Portugal: Trajetórias e perspetivas. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 46(2), 75–92.

Lenartowicz, M. (2023, maio). Prevenção da fragilidade. *Altais Health Solutions*. Revisado por M. R. Wasserman. Recuperado de Prevenção da fragilidade - Geriatria - Manuais MSD edição para profissionais [Acedido a 05 de maio de 2025].

Macedo, C., Gazzola, J. M., & Najas, M. (s.d.). Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia / Frailty syndrome in elderly patients: the importance of physiotherapy. *Revista Portal de Divulgação*, 58(Ano IX), pp. xx–xx. Recuperado de www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova [Acedido a 05 de maio de 2025].

Manso, M. E. G., Comosako, V. T., & Lopes, R. G. C. (2018). Idosos e isolamento social: algumas considerações. *Revista Portal de Divulgação*, (58), Ano IX, Out/Nov/Dez. Recuperado de <https://www.portaldoenvelhecimento.com/revista-nova> [Acedido a 3 de abril de 2025].

MASc, S. (2013). O olhar ao idoso no Japão e na China. Universidade Federal de Juiz de Fora. Recuperado de <http://www.ufjf.br/ladem/2013/06/28/o-olhar-ao-idoso-no-japao-e-na-china-por-silvia-masc/> [Acedido a 20 de maio de 2025].

Município da Chamusca. (2023). *RUSCha — Rede de Universidades Seniores do Concelho da Chamusca*. Recuperado de <https://www.cm-chamusca.pt/autarquia/documentos-de-gestao/protocolos-municipais/protocolos-2023/8439-protocolo-colaboracao-administrativa-e-financeira-freguesia-de-ulme-rucha-2023-2024?format=html> [Acedido a 5 de maio de 2025].

Nicholson, N. R. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *The Journal of Primary Prevention*, 33(2–3), 137–152. Recuperado de <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2> [Acedido a 5 de maio de 2025].

ONU. (2024). *Envelhecimento*. Recuperado de <https://unric.org/pt/envelhecimento/> [Acedido a 30 de dezembro de 2024].

- Osório, A., & Pinto, F. (2007). *As pessoas idosas*. Lisboa: Editora.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento ativo em Portugal: Perceções e desafios. *Revista Kairós: Gerontologia*, 15(6), 23–39.
- Pimentel, L., Lopes, S. M., & Faria, S. (2016). *Envelhecendo e Aprendendo: A Aprendizagem ao Longo da Vida no Processo de Envelhecimento Ativo*. Coisas de Ler.
- Pocinho, R. (2014). *Séniiores em contexto de aprendizagem: Caracterização e efeitos psicológicos nos alunos das Universidades Séniores em Portugal* (Tese de doutoramento). Universidade de Valência.
- PORDATA. (2025). *Indicadores de envelhecimento*. Recuperado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526> [Acedido a 5 de maio de 2025].
- Priberam. (2013). *Longevidade*. Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. Recuperado de <https://www.priberam.pt/DLPO/longevidade> [Acedido a 5 de maio de 2025].
- Público. (2013, 8 de novembro). Portugal é o sexto país mais envelhecido do mundo. *Público*. Recuperado de <https://www.publico.pt/2013/11/08/sociedade/noticia/portugal-e-o-sexto-pais-mais-envelhecido-do-mundo-1611852> [Acedido a 5 de maio de 2025].
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Envelhecimento e fragilidade: Contributos para uma perspetiva multidimensional. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 29(2), 151–158.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual do Envelhecimento Ativo* (1.^a ed.). Lisboa: Lidel – Edições Técnicas.
- Rockwood, K., & Mitnitski, A. (2007). Frailty in relation to the accumulation of deficits. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 62(7), 722–727. Recuperado de <https://doi.org/10.1093/gerona/62.7.722> [Acedido a 26 de dezembro de 2024].
- RUTIS. (2024). *Universidades séniores*. Recuperado de <https://rutis.pt/universidades-seniores/> [Acedido a 26 de dezembro de 2024].
- Serafim, F. M. M. P. (s.d.). Envelhecimento demográfico. Recuperado de <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/659/7/3.Envelhecimento%20demogr%C3%A1fico.pdf> [Acedido a 5 de maio de 2025].
- Simões, A. (2016). Educação e envelhecimento ativo: A importância da aprendizagem ao longo da vida. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 50(1), 97–115.

SNS24. (2025). *A solidão e o isolamento social*. Serviço Nacional de Saúde.
<https://www.sns24.gov.pt/tema/prevencao-e-cuidados-de-saude/a-solidao-e-o-isolamento-social/> [Acedido a 11 de novembro de 2024]

Veras, R. (1994). *País jovem com cabelos brancos: A saúde do idoso brasileiro*. Relume Dumará.

Anexos

Anexo I

Questionário- A fragilidade sentida pelos participantes na RUSCha

1. Este estudo decorre no âmbito do Mestrado em Direção e Gestão de Organizações de Intervenção Social;
2. O objetivo do estudo passa por entender o grau de fragilidade sentida pelas pessoas idosas que frequentam a universidade sénior;
3. O estudo pretende relacionar fatores sociodemográficos e a fragilidade sentida;
4. O questionário é realizado de forma anónima;
5. A resposta ao questionário é muito importante para o estudo em causa;
6. As questões são maioritariamente de escolha múltipla;
7. O questionário encontra-se dividido entre fatores sociodemográficos e a versão portuguesa do Tilburg Frailty Indicator (TFI);
8. Demora 10 minutos;

Obrigado desde já pela sua participação!

Questionário Sociodemográfico

Género:

Feminino

Masculino

Idade: _____

Habilitações literárias

Ensino Primário

5º-9º

12ºano

Licenciatura/Bacharelato

Mestrado

Com quem vive?

Sozinho(a)

Conjugal

Filho(a)

Filho(a) com genro e netos

Outro familiar

Naturalidade:

Qual era a sua profissão?

Em que setor se enquadrava a sua profissão?

Setor primário

Setor secundário

Setor Terciário

Em que polo frequenta a universidade sénior?

Ulme-Semideiro

Chouto- Parreira

Pinheiro Grande

Carregueira

Vale de Cavalos

Há quantos anos frequenta a universidade?

Estou a iniciar este ano

1 ano

2 anos

3 anos

Mais de 4 anos

Em quantas disciplinas se encontra inscrito?

1-2

3-4

4-5

5-6

+6

Qual a carga horária que passa na universidade por semana?

2h-4h

5h-7h

8h-10h

11h-13h

14h-16h

17h

Parte A: Determinantes de Fragilidade

Estado civil?

Casada(o)

Viúva(o)

Solteira(o)

Em que categoria inclui os seus rendimentos mensais?

250€ ou menos

251€-500€

501€-750€

1001€-1500€

1501€ ou mais

Globalmente, em que medida diria que o seu estilo de vida é saudável?

Não Saudável

Saudável

Nem muito nem pouco Saudável

Tem duas ou mais doenças e/ou perturbações crónicas?

Sim

Não

Aconteceu-lhe uma ou mais das seguintes situações durante o ano passado?

	Sim	Não
1.Uma doença grave em si próprio		
2.A morte de uma pessoa querida		
3.Uma doença grave numa pessoa querida		

4. Um divórcio ou o fim de uma relação íntima importante		
5. Um acidente de viação		
6. Um crime		

Está satisfeito com o ambiente em sua casa?

Sim

Não

Parte B. Componentes de fragilidade

B1. Componentes físicos

Sente-se fisicamente saudável?

Sim

Não

Perdeu muito peso recentemente sem desejar fazê-lo? ('muito' é: 6 kg ou mais, durante os últimos seis meses, ou 3 kg ou mais, durante o último mês)

Sim

Não

Tem problemas na sua vida diária devido a...

Dificuldade em andar

Dificuldade em manter o seu equilíbrio

Dificuldade de audição?

Dificuldade de visão?

Falta de força nas suas mãos?

Cansaço físico?

B2. Componentes psicológicas

Tem problemas com a sua memória?

Sim

Por vezes

Não

Tem-se sentido em baixo durante o ultimo mês?

Sim

Por vezes

Não

Tem-se sentido nervoso ou ansioso durante o ultimo mês?

Sim

Por vezes

Não

É capaz de lidar bem com os problemas?

Sim

Não

B3. Componentes Sociais

Vive sozinho?

Sim

Não

Por vezes, sente falta de ter pessoas à sua volta?

Sim

Por vezes

Não

Recebe apoio suficiente de outras pessoas?

Sim

Não

Obrigado pela participação!