



Janine Rodrigues Marques

## **Dissertação de Mestrado**

Os Laços Sociais e a Saúde entre Adultos com 65 ou mais anos.  
Um estudo comparativo entre adultos que frequentam e não frequentam a Universidade Sénior de Porto de Mós.

## **Mestrado em Intervenção para um Envelhecimento Ativo**

Dissertação realizada sob a orientação de Baltazar Ricardo Monteiro

Leiria, 2015



## O júri

Presidente

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

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

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

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

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

## Agradecimentos

Quero agradecer a todas as pessoas que tornaram este caminho muito mais fácil de percorrer, sem vocês não teria sido possível.

Ao Professor Baltazar Ricardo Monteiro, orientador da minha dissertação de mestrado, por todo o conhecimento transmitido, apoio, empenho e dedicação. Sempre disponível para responder às minhas dúvidas, questões e por me acompanhar em todo este processo com as suas críticas construtivas e motivadoras.

À Universidade Sénior de Porto de Mós, Dra. Clárisse Louro e respetivos alunos pela disponibilidade.

Aos idosos do concelho de Porto de Mós pela disponibilidade, simpatia e compreensão.

À minha mãe e avós, por acreditarem sempre em mim.

Ao meu namorado, Telmo, pelas palavras encorajadoras.

Ao Gabinete de Ação Social da Câmara Municipal de Porto de Mós.

Às minhas amigas.

**A todos, muito obrigada por estarem sempre presentes!**

## Resumo

O apoio social tem sido associado a uma autoavaliação de saúde positiva e estando também relacionado com as características sociodemográficas, tais como; idade, estado civil, nível de escolaridade, valor dos rendimentos, entre outros.

A presente investigação surge no sentido de conhecer os “Laços Sociais e a Saúde entre Adultos com 65 ou mais anos” dos idosos que frequentam a Universidade Sénior e os idosos que não frequentam, do Concelho de Porto de Mós. Participaram neste estudo um total de 50 idosos do Concelho de Porto de Mós, 25 idosos que frequentam a Universidade Sénior e 25 idosos que não frequentam.

O tipo de estudo recaiu sobre um estudo do tipo descritivo, comparativo, de carácter correlacional, transversal e de abordagem quantitativa e qualitativa, com o objetivo de estudar as diferenças existentes entre os frequentadores da Universidade Sénior e os não frequentadores, no que diz respeito à rede de apoio social e ao estado de saúde.

Para tal, procedeu-se à aplicação de um Questionário de Identificação Geral, Questionário da Escala de Redes Sociais de Lubben, LSNS-6, Questionário EQ-5D do grupo EuroQol e o Questionário de Comportamentos de Saúde.

Os resultados obtidos indicam que os idosos que frequentam a Universidade Sénior revelam ter mais apoio social e saúde do que os que não frequentam.

## Palavras-chave

Rede Social, Laços Sociais, Autoavaliação de Saúde, Envelhecimento Ativo.

## **Abstract**

Social support has been associated with positive health self-assessment and being also related to socio-demographic characteristics such as; age, marital status, education level, income value, among others.

This research appears in the sense of knowing the "Social Ties and Health among adults aged 65 years or more" of the elderly who attend the Senior University and the elderly who do not attend, in Porto de Mós County. The sample consisted of a total of 50 County elders in Porto de Mós, 25 elderly people attending the Senior University and 25 elderly people who do not attend.

The type of study fell on a study descriptive, comparative, correlational, cross and quantitative and qualitative approach character, with the aim of studying the differences between goers Senior University and non-goers, with regard to Social network support and health.

To this end, we proceeded to the application of a General Identification Questionnaire, Questionnaire Social Networks Scale Lubben, LSNS-6, EQ-5D EuroQol group Questionnaire and Health Behavior Questionnaire.

The results indicate that the elderly who attend the Senior University report having more social support and health than those who do not attend.

## **Keywords**

Social Network, Social Ties, Self-Assessed Health, Active Ageing

## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

DP	Desvio Padrão
DGS	Direção Geral de Saúde
EQ-VAS	Escala Visual Analógica
INE	Instituto Nacional de Estatística
LSNS- 6	Escala de Rede de Apoio Social de Lubben
M	Média
MCS	Modelo de Crenças de Saúde
N	Número de Indivíduos
OMS	Organização Mundial de Saúde
PLA	Problemas ligados ao Álcool
QV	Qualidade de Vida
QdVRS	Qualidade de Vida Relacionada com a Saúde
SO	Saúde Oral
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
<i>t</i>	Teste <i>t</i> Student
UTIs	Universidades de Terceira Idade

## Índice Geral

Introdução.....	1
<b>Capítulo I – Enquadramento Teórico .....</b>	<b>3</b>
1.O Envelhecimento.....	4
1.2 Rede e Apoio Social: Conceitos fundamentais .....	8
1.2.2 Universidades da Terceira Idade .....	9
1.3 O Efeito das Redes Sociais Sobre a Saúde .....	11
1.4 Laços Sociais ao Longo do Ciclo de Vida.....	12
1.5 Família e Apoio Social .....	15
1.6 Amigos, Vizinhos, Comunidade e Apoio Social .....	16
1.7 Solidão e Isolamento dos idosos .....	17
2. O Conceito de Saúde.....	18
2.1 A Autoavaliação de Saúde .....	20
2.2 Conjugalidade e Saúde .....	21
2.3 O Modelo de Crenças de Saúde.....	22
2.4 As relações sociais e os Comportamentos de Saúde.....	23
2.4.1 A Saúde Oral .....	23
2.4.2 A Atividade Física .....	24
2.4.3 Os Hábitos Tabágicos .....	26
2.4.4 A Ingestão de Bebidas Alcoólicas.....	26
<b>Capítulo II - Parte Empírica .....</b>	<b>28</b>
3. Metodologia .....	29
3.1. Natureza e Estrutura da Investigação.....	29
3.2. Tipo de Estudo.....	29
3.3. Objetivos e Hipóteses da Investigação .....	32
3.3.1. Instrumentos.....	33

3.4. Procedimentos de Aplicação .....	37
3.4.1. Caracterização da Amostra .....	38
3.4.2. Tratamento dos Dados .....	46
3.4.3. Considerações Éticas da Investigação .....	48
<b>Capítulo III – Apresentação e Discussão dos Resultados</b> .....	<b>50</b>
<b>Capítulo III – Conclusões</b> .....	<b>69</b>
Referências Bibliográficas .....	72
ANEXOS .....	77

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1</b> - Sistema descritivo EQ-5D .....	35
<b>Tabela 2</b> - Capacidade dos copos utilizados em Portugal para as respetivas bebidas. ....	37
<b>Tabela 3</b> - Caracterização da amostra segundo a idade. ....	38
<b>Tabela 4</b> - Caracterização da amostra segundo o sexo. ....	39
<b>Tabela 5</b> - Caracterização do estado civil segundo o sexo (frequência e percentagem). ....	40
<b>Tabela 6</b> - Caracterização do nível de escolaridade em função do sexo (frequência e percentagem). ....	42
<b>Tabela 7</b> - Caracterização da amostra segundo a fonte de rendimento. ....	43
<b>Tabela 8</b> - Caracterização do valor do rendimento mensal segundo o sexo (frequência e percentagem). ....	45
<b>Tabela 9</b> - Caracterização da situação económica atual segundo o sexo (frequência e percentagem). ....	46
<b>Tabela 10</b> - Coeficiente de Consistência Interna - Questionário LSNS-6 .....	51
<b>Tabela 11</b> - Médias obtidas do apoio social para a subescala família, amigos e pontuação total dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior. ....	52
<b>Tabela 12</b> - Resultados para a comparação do apoio social segundo o sexo dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior. ....	53
<b>Tabela 13</b> - Resultados para a comparação do apoio social segundo o estado civil dos frequentadores e não frequentadores da Universidade Sénior. ....	54
<b>Tabela 14</b> - Resultados para a comparação do apoio social segundo o nível de escolaridade dos frequentadores e não frequentadores da Universidade Sénior. ....	55
<b>Tabela 15</b> - Resultados para a comparação do apoio social segundo o valor mensal de rendimentos dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior. ....	56
<b>Tabela 16</b> - Resultados para a comparação de apoio social segundo a situação económica dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior. ....	58
<b>Tabela 17</b> - Resultados para a comparação do apoio emocional dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior. ....	60
<b>Tabela 18</b> - Resultados para a comparação da mobilidade dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior. ....	61
<b>Tabela 19</b> - Resultados para a comparação dos cuidados pessoais dos frequentadores e não frequentadores da Universidade Sénior. ....	61

<b>Tabela 20</b> - Resultados para a comparação das atividades habituais dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.....	62
<b>Tabela 21</b> - Resultados para a comparação da dor/mal-estar dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.....	62
<b>Tabela 22</b> - Resultados para a comparação da ansiedade/depressão dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.....	63
<b>Tabela 23</b> - Resultados da Escala Visual Analógica dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.....	63
<b>Tabela 24</b> - Resultados dos Comportamentos de Saúde dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.....	65
<b>Tabela 25</b> - Teste Shapiro-Wilk.....	67
<b>Tabela 26</b> - Teste de Levene para a igualdade de variâncias.....	68

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1</b> - Distribuição da amostra segundo o sexo .....	39
<b>Gráfico 2</b> - Distribuição da amostra por Habilitações Literárias. ....	41
<b>Gráfico 3</b> - Distribuição da amostra relativamente às Habilitações Literárias do sexo masculino. .....	41
<b>Gráfico 4</b> - Distribuição da amostra relativamente às Habilitações Literárias do sexo feminino. ....	42
<b>Gráfico 5</b> - Distribuição dos alunos da Universidade Sénior segundo o valor do rendimento. ....	44
<b>Gráfico 6</b> - Distribuição dos que não frequentam a Universidade Sénior segundo o valor de rendimento.....	44
<b>Gráfico 7</b> - Consumo de bebidas por amostra relativamente ao consumo diário.....	66
<b>Gráfico 8</b> - Amostra segundo nunca ter ingerido bebidas alcoólicas. ....	66

## Índice de Figuras

<b>Figura 1</b> - Pirâmide etária em Portugal, estimativas 2013; projeções/cenário central 2035/2060 .	4
<b>Figura 2</b> - Os determinantes do envelhecimento ativo. ....	6

## Introdução

O aumento da esperança média de vida e a diminuição da natalidade fizeram com que o envelhecimento demográfico fosse hoje uma realidade a nível mundial. Em 2013, em cada 100 jovens existiam 136 idosos, um número que tende a crescer exponencialmente, o envelhecimento demográfico é um fenómeno irreversível nas nossas sociedades.

Atualmente, envelhecer com saúde, autonomia e independência, constitui um desafio para todos nós. Em 2002, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu o conceito de envelhecimento ativo como um “processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento”. É neste sentido que a OMS surge com o paradigma do Envelhecimento Ativo, sendo o fator chave para atenuar os problemas e mitos associados ao envelhecimento e para combater problemas derivados do mesmo, como o elevado aumento nos custos de saúde, morbilidade e a insustentabilidade das reformas.

Desta forma, surge a necessidade de integrar os idosos em respostas sociais que visem o aumento de autonomia e independência para que estes se sintam capazes no seu dia-a-dia, de realizarem as suas atividades de vida diária, aumentando a qualidade de vida, a saúde e combatendo a solidão e o isolamento.

As Universidades Seniores surgem assim, no sentido de dar resposta a este paradigma, contribuindo para a criação de novos projetos de vida, oportunidade da aprendizagem ao longo da vida, oportunidade de estabelecer novos laços sociais, combater a solidão e o isolamento e contribuir para um aumento da qualidade de vida associada a níveis superiores de saúde.

A presente investigação surge no sentido de conhecer os “Laços Sociais e a Saúde entre adultos com 65 ou mais anos” dos idosos que frequentam a Universidade Sénior e os idosos que não frequentam, do Concelho de Porto de Mós.

O tipo de estudo recaiu sobre um estudo do tipo descritivo, comparativo, de carácter correlacional, transversal e de abordagem quantitativa e qualitativa, com o objetivo de estudar as diferenças existentes entre os frequentadores da Universidade Sénior e os não frequentadores, no que diz respeito à rede de apoio social e ao estado de saúde.

Para tal, procedeu-se à aplicação de um Questionário de Identificação Geral, Questionário da Escala de Redes Sociais de Lubben - LSNS-6, Questionário EQ-5D do grupo EuroQol e o Questionário de Comportamentos de Saúde.

A estrutura do presente trabalho procura responder às questões e aos objetivos da investigação previamente formulados. Optou-se desta forma, pela seguinte estrutura:

Introdução

Capítulo I – Enquadramento Teórico

Capítulo II – Parte Empírica

Capítulo III – Conclusões

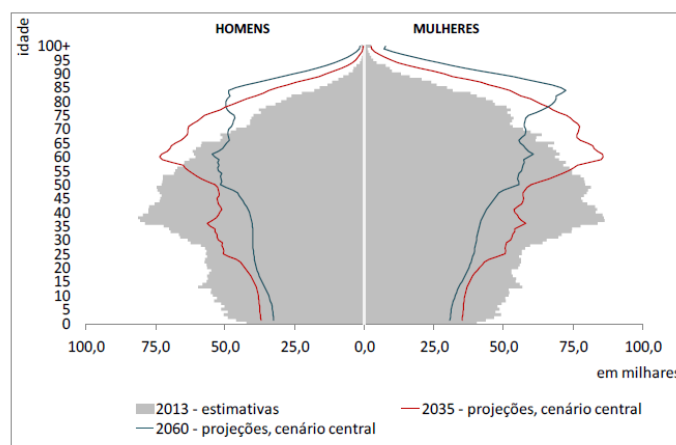
Referências Bibliográficas

## **Capítulo I – Enquadramento Teórico**

## 1. O Envelhecimento

O envelhecimento em Portugal tem vindo a aumentar, devido ao aumento do número de pessoas idosas em detrimento do número de jovens ou população em idade ativa. O número de jovens, população com menos de 15 anos, diminuiu para 15% e o número de idosos, população com 65 ou mais anos aumentou para 19%, conforme apurado pelos censos realizados de 2001 a 2011. (INE, 2014).

A base da pirâmide correspondente à população jovem diminuiu e com o aumento da população idosa, o topo da pirâmide alargou. O índice de envelhecimento da população de Portugal em 2011 foi de 128, ou seja, por cada 100 jovens existiam 128 idosos (INE, 2014).



**Figura 1 - Pirâmide etária em Portugal, estimativas 2013; projeções/cenário central 2035/2060**

De acordo com as estimativas da população residente em Portugal, o aumento da esperança média de vida, o elevado aumento do número de pessoas idosas, a elevada diminuição do número de jovens e de pessoas em idade ativa (idades entre os 15 e os 64 anos), levará a um duplo envelhecimento demográfico. Em 2013, o índice de envelhecimento foi de 136, ou seja, em cada 100 jovens existiam 136 idosos, um número que tende a crescer exponencialmente (INE, 2014).

O fenómeno do envelhecimento afetará a sociedade a todos os níveis. A nível económico com o significativo aumento do número de reformados, a nível social com os sistemas de proteção e a adaptação de infra-estruturas para esta população, a nível cultural com uma inovação de atividades adequadas e um aumento do tempo de lazer, a nível médico/biológico/psicológico tornam-se necessárias mais investigações para um aumento da compreensão dos mecanismos de envelhecimento. A necessidade da existência de estudos diversificados e aprofundados no

que respeita ao processo de envelhecimento e subsistência das pessoas com idade avançada surge, não só para que as pessoas vivam mais tempo, mas para que consigam viver mais tempo com saúde e possam experimentar uma velhice bem sucedida (Fontaine, 2000).

Fontaine (2000) refere que o envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial. O envelhecimento afeta assim todos os seres vivos e o “seu termo natural é a morte do organismo”, não sendo possível datar o seu começo porque é um processo que varia extremamente de indivíduo para indivíduo, dependendo de fatores biológicos, psicológicos e sociológicos.

Birren e Cunningham (1985) consideram que um indivíduo tem três idades distintas e não simplesmente uma idade. A idade biológica associada ao envelhecimento orgânico é referente às modificações que os órgãos sofrem durante o ciclo de vida e a capacidade que estes têm cada vez menos eficaz de auto regularem, ao que Busse (1969) denomina de “envelhecimento primário” ou “processo inato de maturação”. A idade social referente ao papel, estatuto e hábitos que o indivíduo apresenta relativamente a outros indivíduos na sociedade, está intimamente ligada à cultura e à história de um país. A nossa idade social está ligada ao papel e estatuto que a nossa sociedade nos atribui e que nós ocupamos. A passagem para a reforma pode considerar-se um “ritual de transição” para outro estatuto, de trabalhador para reformado e de ativo para inativo. Esta transição é considerada para muitos indivíduos como uma “morte social”. A idade psicológica está associada às nossas competências comportamentais, que utilizamos para dar resposta às mudanças do ambiente em que estamos inseridos. Inclui as nossas capacidades mnésicas “memória”, as nossas capacidades intelectuais (inteligência) e a motivação. A manutenção destas capacidades permitirá um aumento de auto-estima e de um elevado nível de autonomia. Busse (1969) denomina esta idade como “envelhecimento secundário” e ao contrário do “envelhecimento primário”, esta pode ser controlada e melhorada pelo indivíduo.

Com o avançar da idade, o idoso vai sofrendo perdas aos mais diversos níveis, nomeadamente nas suas relações, quer por morte ou até mesmo pelo afastamento, devido às limitações funcionais que impedem o idoso de manter estas relações no seu dia-a-dia, perdendo assim, alguns elementos da sua rede social, tornando-se o “mundo de relação” cada vez mais pequeno. É importante referir que os idosos devem construir e manter a sua rede social alargada e diversificada e que continuem a manter os laços sociais ao longo do ciclo de vida. A criação da sua rede social não deve ser apenas baseada em relações laborais, pois quando se

reformam, estas relações tendem a diminuir drasticamente, devem construir e manter relações fora da sua rede laboral (Azeredo, 2011).

Para que o envelhecimento seja uma experiência positiva, esta deve ser acompanhada de oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança. A Organização Mundial da Saúde elegeu o termo “envelhecimento ativo” para expressar o processo de conquista dessa visão. Envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem, permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do ciclo de vida e que as pessoas participem na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades e ao mesmo tempo propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua em questões sociais, económicas, culturais, espirituais e civis e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo, aliado à “saúde” que se refere ao bem-estar físico, mental e social, como definido pela Organização Mundial da Saúde. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa de uma vida saudável bem como o respetivo aumento da qualidade de vida para todas as pessoas que estão a envelhecer.

O envelhecimento ativo depende de uma diversidade de fatores “determinantes” que envolvem os indivíduos, sendo estes:



**Figura 2 -Os determinantes do envelhecimento ativo.**

Quer o gênero quer a cultura constituem fatores transversais neste processo, pois têm influência direta sobre todos os determinantes.

De acordo com a DGS (s/d), a Organização Mundial de Saúde e a Comissão da União Europeia referem que é extremamente importante adotar todas as medidas, políticas e práticas que contribuam para um envelhecimento ativo.

São valorizados vários aspetos como a autonomia, sendo esta a vertente central do envelhecimento ativo, responsável por promover a autonomia das pessoas idosas, o direito à sua autodeterminação, mantendo sempre a liberdade de escolha, a integridade e a dignidade das pessoas idosas. A aprendizagem ao longo da vida é outro aspeto que contribui para o envelhecimento ativo, porque contribui para a conservação das capacidades cognitivas. A manutenção da atividade em todas as vertentes, a nível físico, psicológico e social.

É necessário existir um equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades a nível individual, mental e físico, para que exista um envelhecimento saudável. A prevenção das doenças é de extrema importância, porque irá atrasar o seu aparecimento ou irá diminuir a sua gravidade. Uma componente fundamental do envelhecimento saudável é a prevenção de doenças e para isso é importante a prática de atividade física regular adequada à idade e ao estado de saúde da pessoa idosa, a diminuição ou até mesmo cessar os hábitos tabágicos e ter uma alimentação saudável e equilibrada.

A promoção do envelhecimento ativo também tem como principal vertente da prevenção da solidão e do isolamento social das pessoas idosas. A qualidade de vida, o bem-estar e a manutenção das qualidades cognitivas também estão relacionadas com a atividade social, o convívio e com o sentir-se útil para a família, amigos e comunidade. É fulcral que os idosos participem em atividades de grupo, de preferência intergeracionais, atividades de aprendizagem e que conheçam novos lugares.

Para a promoção da saúde mental, numa perspetiva de atenuar sentimentos de tristeza ou depressão, a prática de atividade física, atividades ao ar livre e aulas de grupo, surgem como das principais terapias. Conviver, é fundamental para a prevenção de diversos problemas associados ao envelhecimento e para a promoção do envelhecimento ativo.

Todas as estratégias que promovam o convívio e a sociabilidade são uma mais-valia para as pessoas idosas, tendo um efeito extremamente benéfico na sua saúde, qualidade de vida e bem-estar.

## 1.2 Rede e Apoio Social: Conceitos fundamentais

A nível conceitual, existe uma diversidade de conceitos e terminologias relacionadas com a rede social, cujos contornos e conteúdos são muitos semelhantes ou coincidem.

Guzmán (2003) define rede social como uma prática simbólica e cultural que envolve um conjunto de relações interpessoais que integram um indivíduo com o seu meio ambiente cultural e que lhe permite manter e melhorar o seu bem-estar material, físico e emocional. Deste modo, evita danos reais ou imaginários que podem ter início quando surgem dificuldades, crises ou conflitos que possam afetar o indivíduo.

Devemos numa primeira fase, abordar os indivíduos e as relações sociais que estes estabelecem e mantêm entre si. Nesta perspetiva, é importante salientar a forma como cada um se relaciona e a forma como os relacionamentos são efetuados, explicando assim o posicionamento social de cada um em relação a um conjunto de indivíduos. Os relacionamentos que os indivíduos estabelecem entre si, podem ser mais ou menos alargados e variar de intensidade, permitindo a compreensão da posição mais ou menos distanciada do indivíduo dentro de um sistema ou subsistema. Estes podem ser mais ou menos ativos, se os relacionamentos forem para além dos vínculos diretos, ou seja, dependências que decorrem dos laços familiares. Quando maior for o número e intensidade das relações sociais, maior importância terá a rede social (Maia, 2002).

O apoio social é uma das funções primordiais exercidas pelas redes sociais. Um sistema de apoio é uma rede de apoio social, um conjunto de indivíduos ligados através de um conjunto de laços e relações de apoio emocional, formando uma rede social (Wellman, 1981 citado por Paúl, 1997).

As redes sociais de apoio aos idosos podem ser divididas em dois grupos principais: as redes de apoio formal e redes de apoio informal. Por sua vez, estas redes prestam, de acordo com a sua natureza, dois tipos de apoio. O apoio psicológico, ligado à satisfação da vida e ao bem-estar psicológico e o apoio instrumental, que visa a ajuda física em situações de diminuição das capacidades funcionais dos idosos e a perda de autonomia física, temporária ou permanente.

Nas redes de apoio formal, incluem-se os serviços estatais de segurança social e os organizados pelo poder local, a nível concelhio ou de freguesia, criados para servir a população idosa, como lares, apoio domiciliário, centros de dia e centros de convívio. As redes de apoio informal da

população idosa dividem-se em dois grandes grupos, as redes constituídas pelas famílias do próprio idoso e as constituídas pelos amigos e vizinhos.

As redes sociais asseguram ao idoso sentimentos como o de ser e pertencer a algo, reduzem o isolamento e são importantes para a manutenção da saúde, uma vez que os laços sociais estimulam e reforçam o significado da vida, dando uma razão para viver (Matsuruka, Maturano & Oishi, 2002). Os programas para a Terceira Idade são formas de alargar a rede de suporte social e de construir novas formas de sociabilidade no processo de envelhecimento (Cachioni & Neri, 2008).

### **1.2.2 Universidades da Terceira Idade**

As Universidades de Terceira Idade (UTIs) surgiram em França, em 1973, como um movimento específico de ensino para seniores, na Universidade de Toulouse através do Dr. Pierre Vellas (Médico e Investigador). Em Portugal, a primeira Universidade da Terceira Idade surge na década de 70, mais concretamente em 1976, com a criação da Universidade Internacional da Terceira Idade de Lisboa (UITIL). Em Portugal a maioria das UTIs seguem o modelo inglês. Semelhante ao modelo Francês, surge em 2009 alguns projetos como o programa 60+, do Instituto Politécnico de Leiria (Jacob, 2012).

As Universidades de Terceira Idade (UTIs) ou Universidade Sénior “ são uma resposta socioeducativa, que visa criar e dinamizar regularmente atividades sociais, educacionais, culturais e de convívio, preferencialmente para e pelos maiores de 50 anos. As atividades educativas são realizadas em regime não formal, sem fins de certificação e no contexto de formação ao longo da vida” (Rutis, 2011 citado por Jacob, 2012, p.16).

As UTIs são um modelo de formação de seniores com elevado sucesso a nível mundial, proporcionando uma grande variedade de atividades culturais, recreativas, científicas e de aprendizagem. As UTIs enquadram-se assim no conceito de aprendizagem ao longo da vida (Lifelong Learning). O facto mais importante é que as UTIs são Universidades “da” Terceira Idade em vez de Universidades “para a” Terceira Idade, visto que os seniores desempenham um papel ativo, podendo mesmo desempenhar até três papéis em simultâneo, como alunos, professores ou até mesmo dirigentes (Jacob, 2012).

Ainda segundo Jacob, os seniores participam nestes projetos devido à vontade de aprender, atualizar os seus conhecimentos e partilhá-los com o grupo, manterem-se ativos e participativos, à necessidade de convívio e à vontade de conhecer novas pessoas, combater o isolamento, a necessidade de criarem novos projetos de vida e de participarem em atividades lúdicas e culturais. O autor defende que frequentar uma Universidade Sénior dá “status” e aumenta a autoestima, oferecendo às pessoas idosas uma esperança, até mesmo para combater uma doença.

Segundo Florindo (2009) citado por Jacob (2012, p.21), “percecionamos que após algum tempo na posição de reformado, a pessoa sente necessidade de ocupação e então aí procura atividades, pois a inatividade leva à decadência e isolamento e necessitam manter-se ativos ou então encontram algum sonho que a vida profissional não lhes deu oportunidade de realizar”. Ainda segundo o mesmo autor, a principal justificação para voltar a estudar é a vontade de aprender e melhorar os seus conhecimentos (40%), e de continuar a ter uma atividade (13%). As UTIs oferecem uma grande diversidade de disciplinas tais como: saúde, informática, história, línguas, cidadania, ginástica, música e muitas mais.

Para Giovanni Cistranini (2001) citado por Jacob (2012) as UTIs têm como principal objetivo favorecer a integração das pessoas idosas e contribuir para a saúde, através de condutas de autocuidado e prevenção, como:

- Contribuir para a diminuição do declínio psicossociológico;
- Contribuir para a investigação científica sobre a viuvez;
- Formar a população sénior para a sua participação a nível comunitário e a sua inserção social;
- Contribuir para a nova arte de viver a Terceira Idade.

É importante realçar que as UTIs em todo mundo são frequentadas na maioria por mulheres (76% em Portugal, 70% na França, 80% na Finlândia., 75% nos EUA, entre outras). Os homens (50%) que frequentam as UTIs são na maioria casados e são levados pelas suas esposas, uma vez que estas já as frequentam.

As Universidades Seniores são uma resposta social que usa estratégias e ações para combater o isolamento social e o sentimento de solidão. É importante que os idosos tenham uma velhice bem sucedida, um bom acompanhamento psicológico, apoio social e ocupação dos seus tempos

livres. As UTIs contribuem assim para a melhoria da qualidade de vida do idoso e contribuem o envelhecimento ativo.

Alcidio (2010) realizou uma investigação para determinar a importância das UTIs na qualidade de vida e na solidão dos idosos que frequentam esta resposta social. Ele incluiu dois grupos de pessoas, os idosos que frequentam e idosos que não frequentam as UTIs. O autor verificou que, em geral, os participantes que frequentam revelam uma maior qualidade de vida, em comparação com o grupo dos não frequentadores. Os mesmos resultados foram comparados com variável de solidão, ou seja, as pessoas idosas que frequentam estas instituições apresentam um menor grau de solidão. Além disso, o autor realizou uma análise de correlação entre as variáveis solidão e qualidade de vida das duas amostras testadas. Em relação a este aspecto, verificou que o componente físico e qualidade de vida estão significativamente correlacionadas, e que existe uma relação inversamente proporcional, inversamente com a variável de solidão, ou seja, quanto melhor a qualidade de vida percebida, menor é a solidão. O autor acrescenta que esses resultados podem ser a razão que levou os idosos a frequentarem as UTIs, a fim de minimizar o seu isolamento social, reduzir os sentimentos de tristeza e depressão, permanecer ativo e encontrar atividades gratificantes, a fim de encontrar um novo significado para suas vidas. Esta pesquisa permitiu consolidar os resultados de outras pesquisas nesta área, especialmente aqueles que enfatizam o papel da UTIs como uma resposta social para algumas variáveis que podem acompanhar o envelhecimento, uma vez que desenvolveu um conjunto de ações e estratégias para reduzir isolamento social e solidão, bem como a melhoria da qualidade de vida através da promoção do envelhecimento ativo para os idosos.

### **1.3 O Efeito das Redes Sociais Sobre a Saúde**

Sluzki (1997, p.69) afirma que “ a pobreza relativa de relações sociais constitui um fator de risco para a saúde comparável ao fumar, à pressão arterial elevada, à obesidade e à ausência de atividade física” tendo naturalmente implicações no planejamento da saúde pública.

Sluzki (1997, p.67) de uma maneira bastante clara, analisa os modos pelos quais a rede social afeta a saúde do indivíduo e a saúde do indivíduo afeta a rede social. Verifica-se uma relação circular, em que uma afeta a outra, potencializando as suas propriedades, gerando saúde ou agravando doenças. O autor denomina este mútuo efeito como “círculo vicioso” quando a ação

da rede social ajuda a proteger a saúde dos indivíduos e quando o indivíduo saudável fortalece e amplia a sua rede social.

O “ciclo vicioso” acontece quando a situação de doença gera o afastamento do grupo de convivência com o indivíduo doente, essa ausência gera um maior agravamento da situação e contribui para um maior afastamento, provocando um novo agravamento, denominado pelo autor de “espiral de deterioração recíproca.”

Consideram-se quatro processos principais pelos quais as redes sociais favorecerem a saúde dos indivíduos em níveis distintos da sua vida (Sluzki, 1996). As redes sociais servem como moderadores de stress, reduzindo reações alarmistas perante o desconhecido ou situações que possam ser prejudiciais para o indivíduo; favorecem comportamentos do tipo corretivo; a rede atua como um monitor para a saúde, indica se for necessário o caminho para os cuidados de saúde; favorece muitas atividades pessoais que estão positivamente associadas com a saúde.

Segundo Sluzki (1996), a doença leva a um evitamento generalizado do relacionamento interpessoal. Frequentemente a doença restringe a mobilidade, limitando as possibilidades de começar ou manter contatos sociais, levando a alguma inércia de parte a parte e à desativação de alguns vínculos, reduzindo-se gradualmente a rede social e levando ao isolamento do indivíduo. No entanto, a doença também pode potenciar a formação de novas redes sociais, nomeadamente ao nível das relações entre os serviços sociais e os serviços de saúde.

#### **1.4 Laços Sociais ao Longo do Ciclo de Vida**

Paugam (2009, p.63) afirma que os laços sociais “ são múltiplos e de natureza diferente, mas todos eles fornecem aos indivíduos simultaneamente a proteção e o reconhecimento necessário à sua existência social. A proteção remete para um conjunto de suporte que o indivíduo pode mobilizar face aos acasos da vida, (recursos familiares, comunitários, profissionais sociais), o reconhecimento remete para a interação social que estimula o indivíduo, fornecendo-lhe a prova da sua existência e a sua valorização aos olhos do outro e dos outros”.

Podemos distinguir quatro tipos de laços sociais através dessas duas dimensões, sendo estas: filiação, participação eletiva, participação orgânica e cidadania (Paugam, 2009).

De acordo com o autor, a filiação reporta-se aos laços de consanguinidade, sobretudo entre pais e filhos, a nível da socialização e da própria construção identitária dos indivíduos. Podemos analisar este laço através das duas dimensões, a proteção (solidariedade entre familiares) e o reconhecimento (dimensão afetiva). Este laço permite uma solidariedade entre gerações, cuja rutura conduz a uma rutura deste laço de filiação, haverá um défice de proteção, gerando assim, um sentimento de abandono e rejeição devido à impossibilidade de contar com os nossos pais ou filhos.

A participação eletiva remete para a socialização extra familiar (cônjuges, amigos, entres outros). O indivíduo através de um processo de seleção é o responsável pela construção da sua rede, este laço assume assim uma dimensão de seleção, pela individualidade de construção. A rutura do laço de participação eletiva pode dar origem ao isolamento devido à rejeição do grupo de pares, gerando assim um sentimento de traição e/ou abandono.

A participação orgânica remete para laços que são estabelecidos entre indivíduos em meio laboral, existindo um reconhecimento das funções laborais que são desempenhadas pelo indivíduo. A rutura do laço de participação orgânica pode gerar sentimentos de inutilidade e de humilhação social.

A cidadania remete para os laços que são estabelecidos entre os membros da comunidade política, tendo proteção jurídica (direitos civis, políticos e sociais), reconhecem o indivíduo como cidadão através do princípio da igualdade perante a lei. A rutura deste laço pode levar a um não reconhecimento dos direitos civis, políticos e sociais.

Na obra “A Divisão do Trabalho Social”, Durkheim (1893), citado por Paugam (2009 p.8) apresenta duas formas de laço social, a solidariedade mecânica e a solidariedade orgânica. Paugam (2009) retoma e analisa estas duas formas de laço social. A solidariedade mecânica é referente à organização social comunitária (sociedade tradicional), uma sociedade em que os indivíduos compartilham os mesmos valores e sentimentos e seguem as mesmas crenças. Na solidariedade orgânica (sociedade moderna), os indivíduos têm funções independentes e desempenham um papel especial. O laço social neste tipo de sociedade assume um cariz societário, sendo a consciência coletiva ultrapassada pela consciência individual.

Para apelar à consciência de cada indivíduo, a solidariedade e as suas práticas não podem ser mecânicas, “para que se possa apreender como um segmento que concorre para o bom funcionamento do todo social” (Leandro, 2011, p.32).

É importante salientar a importância da confiança nos laços sociais, pois estes têm um papel preponderante na construção dos mesmos e na manutenção das relações sociais. A quebra de confiança pode acontecer devido a diversos fatores, podendo levar à ruptura dos laços sociais estabelecidos entre os indivíduos (Balsa, 2006 e Leandro, 2011). O enfraquecimento dos laços sociais poderá potencializar desfiliação. Castel (2003, p.50) caracteriza esse conceito como sendo uma “ruptura em relação às redes de integração primária no que respeita às regulações dadas a partir do encaixe na família, na linhagem, no sistema de interdependências fundadas sobre o pertencimento comunitário”. Poderá haver risco de desfiliação quando “o conjunto das relações de proximidade que um indivíduo mantém a partir de sua inscrição territorial, que é também sua inscrição territorial familiar e social, é insuficiente para reproduzir sua existência e para assegurar sua proteção” (Castel 2003, p.51).

Como afirma Chadi (2007), durante o nosso ciclo de vida somos parte integrante de redes que formam e alimentam a nossa identidade social, pois desde o nascimento até à morte, o ser humano faz parte de grupos sociais. Estes grupos modificam-se no tamanho, qualidade e quantidade, ao longo do ciclo de vida, verifica-se que “as características da nossa rede transformam-se e podem ser construídas e reconstruídas segundo contextos que exploramos ou não, consoante as nossas escolhas, circunstâncias e constrangimentos pessoais e sociais” (Daniel, Ribeiro, & Guadalupe, 2011).

A rede social contrai à medida que envelhecemos e existe uma diminuição dos laços sociais, devido às perdas por morte, migração, debilidade dos membros, dificuldades de ativação, entre outras. As oportunidades para renovar a rede social e manter os laços sociais, assim como a motivação para o fazer, diminui progressivamente e os processos de manutenção são mais complicados, devido à diminuição de energia e à falta de motivação para manter vínculos ativos (Sluzki, 1996).

Marques (2006), refere que a perda do papel profissional e a entrada na reforma pode levar à quebra de laços, afastando-o do mundo social. Paúl (1997) refere que a partir da reforma até à morte dos seus pares, o surgimento de limitações físicas, a perda de autonomia e a consequente falta de independência, tornam os idosos mais vulneráveis ao stress. A redução da rede social na velhice pode por vezes sobrecarregar o valor das relações restantes (Sluzki, 1996).

## 1.5 Família e Apoio Social

Em relação ao apoio informal, a coabitação familiar é considerada como uma das formas mais comuns de apoio em pessoas idosas (Guzmán, 2003).

No entender de Pimentel (2005, p.67) a família surge como “ a rede alargada de parentes, como um grupo de parentes com os quais o idoso mantém um conjunto de trocas e interações mais ou menos intensas”.

A família existe desde os primórdios da humanidade e o seu conceito tem vindo a sofrer alterações ao longo dos anos. As funções que a família exerce têm-se mantido ao longo do tempo, mas a importância das relações tem vindo a sofrer alterações, nomeadamente no que diz respeito ao cuidar do idoso (Azeredo, 2011).

Azeredo (2011, p. 90) refere que “o ciclo vital da família não é mais que a sua história, a sua evolução e transformação ao longo do tempo (...) constituído por diversas fases, bem definidas, não só relativamente à sua sequência, mas também em relação à sua duração”.

O tipo de família também se tem vindo a alterar. Antigamente predominava a família tradicional alargada, que com o passar do tempo cedeu lugar à família nuclear. Surgem assim novos tipos de família que antigamente não tinham expressão, como as famílias monoparentais, famílias reconstruídas e famílias unitárias, também denominadas unipessoais. Estas duas últimas surgiram devido ao aumento do número de divórcios, aumento da esperança média de vida e do conseqüente envelhecimento da população. Podemos assim encontrar famílias que para além de terem que cuidar de idosos, simultaneamente têm que cuidar dos filhos, o que pode gerar uma sobrecarga emocional (Azeredo, 2011).

Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2006) citado em Azeredo (2011, p. 94) afirmam que “ apesar de muitos cuidadores informais considerarem a tarefa de prestação de cuidados a um familiar idoso como algo de emocionalmente gratificante e uma oportunidade de enriquecimento pessoal, é inegável que este encargo acarreta conseqüências negativas”. As autoras anteriormente referidas, mencionam impactos negativos que também devem ser considerados, como a sobrecarga, (conjunto de problemas físicos, psicológicos e sócioeconómicos que advém da tarefa de cuidar do idoso), na saúde física e mental (noites mal dormidas, fadiga e esforço físico), na atividade profissional, (sobrecarga de trabalho, acréscimo de responsabilidades e os

horários), financeiros (sobrecarga financeira devido à redução de horas laborais e despesas que advém do cuidar) e nos tempos livres e de lazer, (cuidar de um idoso exige muito tempo e dedicação, ficando desta forma o cuidador com menos tempo para a família, para a sua rede social e com menos horas para cuidar de si próprio).

Apesar dos impactos negativos que possam existir, também são referidos impactos positivos, referidos pelas mesmas autoras como a satisfação de cuidar de alguém evitando desta forma a institucionalização da mesma, sentimento de gratidão da pessoa cuidada e a manutenção da sua dignidade, manutenção da relação afetiva entre cuidador e pessoa cuidada e a possível recompensa económica, no imediato ou a longo prazo.

Segundo Pimentel (2005), para qualquer idoso que pretenda viver de forma equilibrada e sem grande descontinuidades, permanecer no seu meio familiar e social é o cenário ideal, até porque o apoio prestado pelos familiares é geralmente o mais adequado às necessidades de cada indivíduo. Os diferentes tipos de suporte fornecidos pela família, sendo estes emocionais ou funcionais, estão ligados aos efeitos positivos exercidos pelo suporte social. A existência de apoio social faz com que os idosos se sintam amados, compreendidos, seguros para lidar com os seus problemas e para que tenham uma elevada autoestima (Ramos, 2002).

### **1.6 Amigos, Vizinhos, Comunidade e Apoio Social**

A relação com os amigos e vizinhos difere da que se mantém com os familiares, porque esta resulta de uma escolha livre, baseada na partilha de interesses dentro do meio social do indivíduo (Guzmán, 2003). Segundo Paúl (2005) os indivíduos escolhem a sua rede de amigos, sendo esta uma escolha voluntária, potencialmente mais positiva que a rede familiar.

A amizade tem significados diferentes para os homens e mulheres. “As amizades masculinas são baseadas em atividades compartilhadas, enquanto amizades femininas são mais íntimas e intensas e tendem a concentrar-se na conversa e apoio mútuo” (Scott & Wenger, 1996 citado por Guzmán, 2003).

Outros estudos têm explorado a amizade das mulheres em idades mais avançadas e notaram que as mulheres mais velhas têm relações dinâmicas e estreitas com os amigos e mantêm esses amigos por longos períodos de tempo (MacRae, 1996; Robert, 1997 citado por Himes & Reidy, 2000). As relações de amizade prolongam a independência na velhice, através do apoio

emocional, explicada pela motivação e promoção de hábitos saudáveis. De acordo com outros autores, o suporte informal fornecido pelos amigos é provavelmente mais apreciado do que o apoio prestado pela família (Antonucci & Jackson, 1987 citado por Guzmán, 2003).

As redes comunitárias também diferem entre homens e mulheres. Nas sociedades em que existe um conceito de tempo de lazer, em que o indivíduo já não tem que trabalhar e tem poder económico, pode assim participar em grupos voluntários.

Algumas pesquisas têm-se dedicado a investigar o impacto dos relacionamentos de amizade sobre o desenvolvimento humano durante as várias fases do ciclo de vida.

Os relacionamentos de amizade ocupam um grande espaço nas redes sociais. Segundo Killworth et al. (1984) citado por Sousa & Santos (2011), o número total de indivíduos que compõem a rede social de uma pessoa – definidos como aqueles que a pessoa conhece pelo nome e com quem tem algum grau de contato pessoal, 86% são identificados como amigos, menos de 10% são identificados como familiares. Hill & Dunbar (2003) citado por Sousa & Santos (2011) chegaram ao resultado de que 63% dos relacionamentos na rede são de amizade, 25% dos relacionamentos são familiares, 8% colegas de trabalho e 4% vizinhos. Esta conclusão aponta para a significativa predominância dos amigos nas redes sociais.

### **1.7 Solidão e Isolamento dos idosos**

Solidão e isolamento não são sinónimos, contudo, o isolamento pode gerar solidão. Estes dois fenómenos são de carácter multidimensional e têm vindo a criar algumas dificuldades na sua concetualização.

São vários os autores que definem solidão. Para Pimentel (2009) a solidão é influenciada por fatores sociais, no entanto, cada pessoa sente-a de diversas maneiras e atribui-lhe diferentes significados. Fernandes (2000) também define a solidão como sendo uma experiência subjetiva que pode ser sentida não só quando se está sozinho, mas quando se está acompanhado de pessoas com as quais não se deseja estar. As queixas de solidão acontecem quando o tipo de relações que se tem é reduzido e pouco satisfatório.

Na verdade, muitos autores têm tentado definir a solidão, centrada em três aspetos “ a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; esta

experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; a solidão resulta de alguma forma de um relacionamento deficiente” (Neto, 2000, p.321).

Em relação ao isolamento, Maia (2002, p.216) refere que “ o significado vulgar de isolamento remete para afastamento”. O afastamento pode ser físico (indivíduo que vive afastado de alguém ou de algo) ou psicológico (estado psíquico de um indivíduo que se sente moralmente só ou perdido).

Pinquart & Sorenson (2003) citado por (Monteiro e Neto, 2008) referem os quatro fatores associados à solidão. O estado civil e os laços sociais são determinantes para o aparecimento de solidão, sendo a falta de integração e de apoio social, uma das principais causas de solidão. As variáveis sócio-demográficas (sexo, idade e estatuto sócioeconómico) são também fatores geradores de solidão. Consta-se também que as mulheres mais velhas têm um maior nível de solidão do que os homens devido à viuvez. A saúde e o estado funcional dos idosos também são determinantes muito importantes, porque os problemas de saúde impossibilitam as atividades de vida diária levando à solidão.

Os vários efeitos da solidão acumulam-se ao longo do ciclo de vida, conduzindo mesmo a um envelhecimento físico. Outros fatores como os da personalidade (timidez, introversão) podem tornar o indivíduo mais vulnerável à solidão.

De outra forma, podemos concluir que a solidão resulta de fatores situacionais e de características pessoais. Nos fatores situacionais incluem-se a diminuição de contato social, entraves ao contato social e estatuto social, perda relacional, redes sociais inadequadas, novas situações, fracasso e fatores temporais. Nas características pessoais podem ser enumerados vários fatores que geram o sentimento de solidão; depressão, timidez, baixa autoestima, autoconceito e habilidades sociais (Neto, 2000).

## **2. O Conceito de Saúde**

Fernandes (2005) refere que “é necessário dar mais atenção aos nossos velhos, conhecer melhor as suas dificuldades e aspirações para promover mais o bem-estar”, o campo da saúde tem uma intervenção de caráter prioritário.

A definição de saúde como “ausência de doença”, ou estado de desconforto físico, é uma perspectiva bastante redutora que nos leva a ignorar as componentes emocionais e sociais da

saúde e da doença, principalmente se tivermos em conta que a atual meta dos cuidados de saúde é alcançar uma vida efetiva de bem-estar pleno e não apenas a ausência de doença.

Reconhecendo como limitada e inadequada a anterior definição de saúde, a Organização Mundial de Saúde, definiu saúde como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doenças ou enfermidades”. Esta definição vem mostrar que a saúde é um estado positivo e um conceito multidimensional, envolvendo três domínios: saúde física, saúde psicológica e saúde mental (Straub, 2005).

O'Donnel, citado por Cordeiro (1999) defende que a saúde abrange cinco dimensões, cada uma delas inclui várias dimensões que devem coexistir equilibradamente;

- Saúde emocional: relacionada com gestão do stress e cuidados com crises emocionais;
- Saúde social: relacionada com a interação entre amigos, família e a comunidade;
- Saúde intelectual: abrange a educação, desenvolvimento da carreira e a realização intelectual;
- Saúde espiritual: envolve aspetos como o amor, a esperança e objetivos de vida;
- Saúde física: Refere-se a uma alimentação saudável, cuidados médicos e controlo do uso de substâncias.

Cordeiro (1999) refere ainda que o estado de saúde não depende somente da idade cronológica, mas sim do ciclo de vida, cada um tem a sua perceção pessoal e subjetiva da sua saúde, apesar de existirem autores que defendem que a idade cronológica esta relacionada com a saúde.

Para Squire (2005) sempre houve uma associação entre idade cronológica e saúde, devido à visível deterioração gradual de saúde que o corpo humano experiencia durante o envelhecimento, existe um aumento de doenças e incapacidades, sendo necessário um aumento de cuidados sociais e de saúde. O envelhecimento ativo trouxe de alguma forma uma mudança para a minimização dos estereótipos. O mesmo autor refere ainda que a saúde atual de uma pessoa é influenciada por aspetos pessoais, psicológicos, fisiológicos e sociais, nomeadamente: experiências do passado, educação, estado psicológico, estatuto económico, contatos sociais, condições habitacionais, capacidade física e independência, atitudes e crenças.

## 2.1 A Autoavaliação de Saúde

A autoavaliação de saúde também pode ser designada por autopercepção de saúde, a palavra *percepção* deriva do latim *perceptiōne* e tem o seguinte significado: “ato ou efeito de perceber; tomada de conhecimento sensorial de objetos ou acontecimentos exteriores; os resultados ou dados da percepção; perceto; recebimento; receita; ação de conhecer, pela consciência, independentemente dos sentidos; ação de conhecer, pela inteligência ou entendimento, independente dos sentidos” (Costa & Sampaio, 1999).

A autoavaliação de saúde é uma medida que o indivíduo utiliza para descrever o seu estado de saúde. A autoavaliação de saúde é determinada por uma simples pergunta, “De uma maneira geral, como você considera a sua saúde?” é um dos indicadores mais utilizados em investigações na população sénior, pois esta prediz de forma consciente a mortalidade e o declínio funcional (Idler, 1997).

Muitas variáveis são levadas em conta quando se trata de definir saúde. A autoavaliação de saúde representa a única medida que permite uma avaliação global, completa e confiável do estado de saúde individual e bem-estar geral. Avaliar a própria condição, permite explicar simultaneamente todas as dimensões que constituem o conceito de saúde (Pirani & Salvini, 2012).

Um estudo desenvolvido por Oliveira et al. (2008) “Estudo do Perfil do Envelhecimento da População Portuguesa” veio trazer contributos a respeito da auto-avaliação de saúde dos idosos portugueses. Para definir o perfil do envelhecimento da população portuguesa foram incluídos vários aspetos tais como; a percepção do estado de saúde, sendo a percepção do estado da saúde relacionada com a idade, género e região do país. Os resultados obtidos foram os seguintes:

- Os indivíduos mais idosos, comparativamente com os mais novos, apresentavam uma maior percentagem de situações desfavoráveis quanto à percepção do seu estado de saúde;
- A percepção da saúde estava estatisticamente associada ao género dos indivíduos, sendo que os indivíduos do sexo feminino apresentam uma percentagem mais desfavorável relativamente na autoavaliação da saúde;

- Existe relação entre a percepção do estado da saúde e a região do país, os indivíduos que apresentam uma pior percepção em relação ao seu estado saúde são os da Região Centro, e a Região da Lezíria e Vale do Tejo.

Segundo Blanco (2007) “o próprio idoso pode ter uma fraca consciência sobre o seu nível de saúde interpretando mal os sintomas que atribui ao processo de envelhecimento, ou por temer uma hospitalização que poderá significar uma perda de independência e de poder de decisão”.

## 2.2 Conjugalidade e Saúde

Décadas de pesquisa sugerem que o casamento protege os indivíduos contra uma morte prematura e de doenças, no entanto, os melhores resultados a nível de saúde continuam a ser encontrados nos indivíduos casados. Estes estudos indicam que os adultos casados vivem mais tempo e têm uma saúde física superior, comparativamente aos adultos solteiros, divorciados, separados e viúvos.

O casal que se case e permaneça casado irá aumentar a sua longevidade e reduzir o risco de doenças crónicas durante a sua vida. No entanto, os efeitos do casamento sobre a saúde tendem a ser diferentes entre homens e mulheres.

Os homens, em geral, beneficiam fisicamente do estatuto de ser casado. A sua saúde e *status* têm melhorias significativas, os sintomas físicos negativos tendem a diminuir e comportamentos positivos tendem a aumentar (Meadows, 2007, citado por Staton, 2008). Schoenborn (2004) citado por Staton (2008) refere que estudos recentes indicam que a única exceção é que os homens casados têm tendência para o aumento de peso e, posteriormente, se não for controlado para a obesidade.

Enquanto a saúde dos homens mostra benefícios imediatos, a saúde das mulheres casadas só aumenta com a duração do casamento. Para cada ano de casamento o risco da mulher morrer prematuramente diminui (Lillard & Waite, 1995). Para as mulheres, a má qualidade do relacionamento parece estar associado com o aumento do risco de morte prematura e um risco aumentado de doença cardíaca (Berson e Williams, 2004; Coyne et al, 2001; Gallo, Troxel e Matthews, 2003; Kielcolt e Glaser, 2001; citado por Staton, 2008).

Contundo, os indivíduos casados quando não têm uma relação satisfatória, mas sim uma relação conflituosa, deixam de ter suporte social, passando a estar associados à doença. Não basta ter uma relação, a relação tem que ser boa para trazer benefícios.

Gove e colaboradores verificaram que quando a relação era descrita como boa (62%) os indivíduos tinham menos problemas de saúde física, mas quando descreviam a relação como má (4%) estes apresentavam mais problemas que os indivíduos solteiros.

Os indivíduos solteiros, independentemente do sexo, apresentam níveis superiores de depressão, ansiedade ou perturbações psicológicas. Além disso, os solteiros têm taxas mais elevadas de doenças, mais incapacidade e apresentam baixos níveis de autoperceção de saúde em geral.

### **2.3 O Modelo de Crenças de Saúde**

O modelo de crenças de saúde (MCS) é uma teoria sem estágios que identifica três crenças de saúde que influenciam a tomada de decisão relativamente a comportamentos saudáveis: a perceção de suscetibilidade a uma ameaça de saúde; a perceção da gravidade da doença/condição e a perceção dos benefícios e as barreiras dos comportamentos.

Segundo o MCS as decisões estão relacionadas com os comportamentos de saúde, estas baseiam-se em três fatores que interagem entre si e influenciam as perceções do indivíduo em relação à doença (Strecher e Rosenstock, 1997 citado por Straub, 2005).

- Suscetibilidade percebida a uma ameaça à saúde – Quanto maior for a suscetibilidade percebida, maior será a motivação para a prática de comportamentos que promovam a saúde.
- Gravidade percebida da doença ou condição – Entre os aspetos considerados estão o facto de a dor, deficiência ou morte poderem ocorrer, deste modo a doença terá impacto na família e amigos.
- Benefícios percebidos e barreiras ao tratamento – O indivíduo avalia os prós e os contras de determinado comportamento de saúde. A relutância em parar de fumar com

medo de engordar é um exemplo de como os indivíduos cedem a pressões sociais percebidas.

O MCS também reconhece que os conselhos da família/amigos, campanhas de saúde no meios de comunicação e fatores sociodemográficos tais como: a idade, género e *status* socioeconómico, influenciam a maneira como o indivíduo agirá futuramente.

## **2.4 As Relações Sociais e os Comportamentos de Saúde**

Segundo Odgen (2004), a psicologia da saúde baseia-se num modelo holístico, encarando assim, o indivíduo como um todo e como agente ativo na mudança, responsável pela sua própria saúde e doença. O que nos leva a compreender, o seu interesse crescente pelo estudo da influência dos comportamentos, cognições e emoções aliadas à saúde, para compreender o processo de tomada de decisão que determina a adoção dos designados, comportamentos de saúde e comportamentos de risco.

Os comportamentos de saúde, em termos mais amplos, referem-se a uma série de ações pessoais que influenciam a saúde, incapacidade e mortalidade. Alguns comportamentos, como a prática de atividade física e a alimentação saudável promovem a saúde e previnem doença, enquanto outros comportamentos como o tabagismo, o abuso de substâncias e a má alimentação podem prejudicar a saúde do indivíduo. A importância dos comportamentos de saúde para a saúde global é indiscutível (McGinnis et al. 2002).

### **2.4.1 A Saúde Oral**

Saúde oral é definida pela OMS, como sendo a ausência de dor crónica facial ou na boca, de feridas orais, de cancro oral e/ou de garganta, de defeitos congénitos (lábio ou fenda palatina), doença periodontal, perda de dentes e outras doenças ou perturbações que possam afetar a cavidade oral e a boca.

Esta definição representa um estado saúde oral ideal, mas a verdade é que em algum momento da vida, a maioria das pessoas irá ter problemas de saúde oral (SO). Atualmente o modo de vida

que levamos, com uma má alimentação à base de açúcares e de gorduras, hábitos tabágicos e consumo de álcool, são fatores que levam a ter problemas de SO, apesar dos avanços médicos e nos tratamentos.

Um dos modelos mais utilizados para avaliar o estado da SO é o modelo conceitual de Locker (1988). Na classificação da OMS, este modelo baseia-se na classificação da OMS (WHO, 1980, citado por Allen, 2003) acerca dos conceitos de deterioração, incapacidade e desvantagem.

O modelo de Locker refere que os problemas de SO podem trazer consequências negativas, tais como, deterioração, limitação funcional, dor ou desconforto, incapacidade tanto a nível físico, psicológico e social e desvantagem (Baker, 2007).

A deterioração como a perda de dentes pode levar à limitação funcional como a dificuldade em mastigar, a dor ou desconforto pode levar a sintomas físicos e psicológicos. Estes fatores podem levar à incapacidade do indivíduo nas suas atividades de vida diária, assim como uma alimentação insatisfatória devido à dificuldade em mastigar os alimentos e a desvantagem pode levar ao isolamento do indivíduo devido a situações de embaraço.

O modelo de Locker tenta desta forma, uma compreensão das doenças orais e as suas consequências a nível físico, psicológico e social (Baker, 2007).

Os problemas de SO afetam e muito a população idosa, trazendo assim muitas consequências negativas nas sua AVD'S, diminuindo a sua qualidade de vida desta faixa etária específica.

Estes problemas refletem-se negativamente na dieta e na nutrição dos idosos, consequentemente no seus organismos, autoimagem/ autoestima, no seu bem-estar e posteriormente na sua qualidade de vida. Torna-se fulcral a importância de uma boa higiene oral nesta faixa etária, para que não haja tanto desconforto/dor e numa tentativa de aumento da QV.

#### **2.4.2 A Atividade Física**

O envelhecimento é um processo inevitável, que tem vindo a aumentar consideravelmente, assim como o aumento da esperança média de vida da população. Precisamos não só de aumentar como melhorar e proporcionar condições de vida mais saudáveis aos nossos idosos. Atualmente, existem cada vez mais pessoas idosas a experienciar uma vida saudável, uma vez

que é importante não só viver mais, mas viver melhor, praticando hábitos de vida saudável, como a prática de atividade física, com o objetivo de conservar as funções vitais e o bom funcionamento do corpo (Otto, 2000).

Segundo Barata (2006), a atividade física, é tudo aquilo que implica movimento, força ou manutenção da postura corporal contra a gravidade e se traduza num consumo de energia.

A atividade física diminui o stress, inibe o sedentarismo e tem como objetivo principal manter a capacidade funcional do idoso para que estes realizem as suas atividades de vida diária, fazendo com que estes se sintam úteis no seu dia-a-dia (Porto, 2008).

Existem inúmeros aspetos que se vão modificando juntamente com o processo do envelhecimento, como os aspetos biológicos, fisiológicos e psíquicos, estes aspetos influenciam diretamente outros fatores como as relações sócio afetivas (Maireles, 1997).

Para Geis (2003) a prática da atividade física regular e orientada é muito importante, uma vez que esta fortalece os músculos, articulações, ossos, aumenta a capacidade respiratória, resistência física e facilita a circulação sanguínea, diminuindo a fadiga. O corpo humano é como uma máquina e precisa de ser movimentada regularmente. A atividade física também pode ajudar o idoso a combater o sentimento de solidão, visto que muitas destas atividades são feitas em grupo, e alguns estudos comprovam que também existe uma diminuição no consumo de medicamentos.

De acordo com o mesmo autor, é necessário adaptar a atividade física de indivíduo para indivíduo, de acordo com as limitações do indivíduo. Esses cuidados são importantes para não desmotivar os idosos que muitas vezes não conseguem realizar as atividades propostas pelo professor e para que estes não deixem de praticar atividade física.

Segundo Porto (2008), a atividade física é importante para a qualidade de vida dos idosos, existindo melhorias significativas no índice de saúde. Existe um combate nos efeitos do processo de envelhecimento para que o idoso mantenha uma vida independente, social e ativa, devido ao aumento da autoestima, da autoconfiança e a da socialização. A manutenção da saúde da população idosa só é benéfica a longo prazo, com a diminuição dos custos na saúde pública.

### **2.4.3 Os Hábitos Tabágicos**

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) o tabagismo foi responsável pela morte de 100 milhões de pessoas no século XX e se não for controlada vai ser responsável no presente século XXI pela morte de mil milhões (WHO, 2008).

A OMS (2008) refere que fumar é a primeira causa de morte evitável de doença, incapacidade ou morte prematura nos países desenvolvidos, contribuindo para as primeiras causas de morte a nível mundial. O tabagismo é um fator de risco de inúmeras doenças, como vários tipos de cancro (pulmão, laringe, boca, esófago, pâncreas, bexiga, rins, estômago, entres outros), e de doenças arterioscleróticas (doença coronária, doença vascular periférica, derrame cerebral), doença pulmonar obstrutiva crónica e úlcera péptica (WHO, 2012).

Para além do impacto na mortalidade fumar contribui para a incapacidade e retira anos de vida saudável. Parte da população portuguesa, não percebe o tabagismo como grande fator de risco para a saúde sendo muito importante continuar a investir na prevenção e controlo deste importante problema de saúde pública.

### **2.4.4 A Ingestão de Bebidas Alcoólicas**

Em Portugal, verifica-se um elevado consumo de bebidas alcoólicas e de prevalência de Problemas Ligados ao Álcool (PLA). Nos últimos anos, tem vindo a integrar-se na política geral europeia de controlo dos PLA para uma melhor saúde do indivíduo e da comunidade (DGS, 2011).

O álcool está interligado com as principais causas de morte, nomeadamente com as doenças cardiovasculares e oncológicas, acidentes, suicídios, cirrose hepática, entre outras. Estima-se que em Portugal, em 1996, 8758 portugueses morreram por este motivo. Um estudo sobre as relações entre Alcoolismo e Suicídio em Portugal concluiu que 20% dos suicídios masculinos em Portugal, podem ser atribuídos ao abuso de álcool. Nesta base, o aumento de 1 litro, no consumo “per capita”, produz um aumento de 1.9%, na taxa de suicídio masculino.

Segundo Mello (2001) citado por (DGS, 2011), é à Organização Mundial de Saúde que se deve o maior empenho na definição de alcoolismo e de alcoólico. Nos termos das suas definições, “o alcoolismo não constitui uma entidade nosológica definida, mas a totalidade dos problemas

motivados pelo álcool, no indivíduo, estendendo-se em vários planos e causando perturbações orgânicas e psíquicas, perturbações da vida familiar, profissional e social, com as suas repercussões económicas, legais e morais” e “os alcoólicos são bebedores excessivos, cuja dependência em relação ao álcool se acompanha de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do seu comportamento social e económico. Devem submeter-se a tratamento.” Nestas definições o alcoolismo surge como doença, e o alcoólico como doente, mas existem já referências às extensões do problema para lá do plano individual.

## **Capítulo II - Parte Empírica**

### **3. Metodologia**

#### **3.1. Natureza e Estrutura da Investigação**

Na elaboração e desenvolvimento de um projeto de investigação, torna-se necessário um planeamento cuidadoso e reflexões conceituais sólidas alicerçadas nos conhecimentos já existentes. A metodologia ou fase do planeamento do método é a explicação, minuciosa, detalhada, rigorosa e exata de todas as ações desenvolvida ao longo do trabalho de pesquisa. Inclui todos os elementos que ajudam a conferir à investigação um caminho ou direção (FREIXO, 2009, p. 177). Desta forma, a análise da metodologia adotada na presente investigação compreenderá a conceitualização do tipo de estudo, os objetivos e as hipóteses de investigação, os instrumentos de recolha de dados utilizados, a caracterização da amostra e todos os procedimentos efetuados.

Em função da revisão bibliográfica realizada, a escolha para a presente investigação, recaiu sobre um estudo do tipo descritivo, comparativo, de carácter correlacional, transversal e de abordagem quantitativa e qualitativa, com o objetivo de estudar as diferenças existentes entre os frequentadores da Universidade Sénior e os não frequentadores, no que diz respeito à rede de apoio social e ao estado de saúde.

#### **3.2. Tipo de Estudo**

Pretendeu-se caracterizar o fenómeno em estudo de uma forma precisa, daí a pertinência em utilizar o estudo descritivo simples, uma vez que segundo Freixo (2010, p.106-107). “Este método assenta em estratégias de pesquisa para observar e descrever comportamentos, incluindo a identificação de fatores que possam estar relacionados com um fenómeno em particular” e que tem como finalidade “...fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento”. Ainda de acordo com o autor, um estudo descritivo é utilizado quando o investigador dá início a um estudo numa nova área e com o intuito de identificar as principais variáveis existentes/intervenientes numa dada situação (Freixo, 2010).

Em alternativa aos modelos de investigação experimentais (ou porque este modelo não é aplicável) outros podem ser utilizados, como seja o caso do modelo de investigação correlacional/método diferencial, ou como os estudos qualitativos.

De acordo com Taylor, citado por Marconi & Lakatos (2003, p.107) “[...] o método comparativo é usado tanto para comparações de grupos no presente, no passado, ou entre os existentes e os do passado, quanto entre sociedades de iguais ou de diferentes estágios de desenvolvimento... permite analisar o dado concreto, deduzindo do mesmo os elementos constantes, abstratos e gerais”.

A aplicação do método comparativo, na sua forma mais corrente, apresenta as técnicas de homogeneização e de análise estatística descritiva. As primeiras, ao ajustarem (homogeneizarem) os dados recolhidos, permitem comparar propriedades que entre si apresentam características diversas. As técnicas de análise estatística, por sua vez, permitem descrever a população dos dados, através da determinação de certos parâmetros estatísticos (média, moda, desvio padrão, percentis e outros), e possibilitam para uma dada margem de segurança (confiança) enunciar um valor ou leque de valores, mais prováveis para a variável em estudo. (Freixo, 2010)

O modelo correlacional situa-se entre os métodos descritivos ou compreensivos da realidade (estudos qualitativos) e os estudos experimentais.

Em relação aos estudos qualitativos, o método correlacional permite ir além da mera descrição de fenómenos, pois permite o estabelecer de relação entre variáveis, quantificando essa relação, embora não consiga atingir o significado de causalidade das relações encontradas nos estudos experimentais.

A estatística aplicada nos estudos correlacionais é o índice de correlação ( $r$ ), que assenta em 2 parâmetros:

- a) A direção;
- b) O grau de relação entre as variáveis estudadas;

No que diz respeito ao grau, este apresenta valores que podem variar entre o (-1) e o (+ 1), pelo que quanto mais as variáveis estiverem relacionadas entre si, mais o valor do coeficiente/índice de relação se aproxima de 1 (positivo ou negativo). Por outro lado, se não existir qualquer tipo de relação entre as variáveis, o grau de relação aproxima-se de zero.

Para além do coeficiente de correlação, também podemos utilizar o coeficiente de determinação, que é obtido elevando ao quadrado o coeficiente de correlação ( $r^2$ ). Por exemplo: Se,  $r = 0.6$ ,  $r^2 =$

$0.36 = 36\%$ . Isto significaria que 36% de variância da 1ª variável pode ser prevista a partir do conhecimento dos valores da 2ª variável.

Como tal, o coeficiente de determinismo é um coeficiente de previsibilidade e não um coeficiente explicativo da relação entre variáveis. A utilização do método correlacional permite, através do coeficiente de correlação entre variáveis obtermos a determinação, ou seja, a percentagem de variância de uma variável previsível através dos resultados de outra variável, ou variância conjunta de variáveis.

Embora estejamos perante um coeficiente de previsibilidade e não de um coeficiente explicativo da natureza de relação entre variáveis, a correlação assume-se como um dos aspetos da causalidade, pois para que uma variável ou fenómeno seja causa de outra(o), os seus valores devem encontrar-se associados. Desta forma, como não manipulamos sistematicamente todas as condições ou valores das variáveis, não podemos avançar para explicações do tipo causal.

No entanto, a existência de relação entre estas é considerada satisfatória, especialmente em estudos exploratórios ou condicionados por razões éticas e profissionais, para além da causa do próprio fenómeno. Reside aqui a grande diferença entre o Método Experimental e o Método correlacional: os estudos correlacionais, permitem o estabelecimento de previsões mas é errado pensar que o índice de correlação fornece uma prova de causalidade, pois a determinação de causa de um fenómeno só é possível na investigação experimental.

Segundo o mesmo autor, um estudo correlacional refere-se ao estudo das relações entre duas ou mais variáveis, sem que o investigador intervenha ativamente para influenciar estas variáveis. (Freixo, 2010).

Tendo a recolha de dados sido realizada num determinado momento temporal não existindo período de seguimento dos participantes, trata-se de uma investigação transversal (Freixo, 2009).

Uma abordagem quantitativa, na perspetiva de Freixo (2010, p.144) constitui "...um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis. É baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e de fenómenos que existem independentemente do investigador. Assim, esta abordagem reflete um processo complexo que conduz a resultados que devem conter o menor enviesamento possível". O mesmo autor acresce ainda que a principal finalidade do método de investigação quantitativo passa pelo desenvolvimento e validação dos conhecimentos.

Uma abordagem quantitativa para além de permitir “recolher os factos e estudar a relação entre eles” permite ainda “comparar as médias relativamente ao grau de variação dos resultados, para determinar a probabilidade das diferenças obtidas” (Tuckman, 2002, p.370).

Por último, uma abordagem qualitativa enfatiza “a descrição, a indução, a teoria fundamentada e o estudo das perceções pessoais” (Bogdan & Biklen 1994, p.11). Neste entendimento Erickson (1986 citado por Zabalza, 1994) refere que “a investigação qualitativa baseia-se fundamentalmente em interpretações ou, pelo menos, recorre frequentemente a elas para dar sentido aos dados e às informações”. A investigação qualitativa, nas palavras de Bogdan e Biklen (1994, p.272) “é rica em relatos realizados pelos próprios sujeitos”, ou seja, o sujeito inquirido tem a possibilidade de expressar as suas ideias e suas vivências. Desta forma, recai sobre o investigador a responsabilidade da redução de ações ou discurso dos sujeitos inquiridos, em função das condições e produção destes, bem como os objetivos da investigação (Hérbert, Goyette, Boutin, 1994).

### **3.3. Objetivos e Hipóteses da Investigação**

A definição do objetivo significa, primeiramente, a meta, o fim.

Segundo Freixo (2010, p.164), o objetivo indica o que o investigador pretende fazer ao longo do processo de investigação. Deve ser elaborado “...com grande economia de palavras, ou seja, [...] deve estabelecer uma relação causa/efeito que se pretende obter com o projeto de intervenção”.

Neste ensaio, o principal objetivo assenta sobre o estudo comparativo das variáveis rede social e saúde dos idosos residentes no concelho de Porto de Mós. Desta forma, o objetivo geral é comparar os laços sociais e a saúde dos idosos que frequentam e dos que não frequentam a Universidade Sénior.

Assente na revisão bibliográfica realizada, as hipóteses de partida que serviram de fio condutor à presente investigação foram:

- Os idosos que frequentam a Universidade Sénior de Porto de Mós possuem redes sociais mais densas em termos de familiares e de amigos, em relação aos que não frequentam a Universidade Sénior.

- Os idosos que frequentam a Universidade Sénior têm uma auto percepção de saúde superior aos idosos que não frequentam a Universidade Sénior.

### 3.3.1. Instrumentos

De Bruyne et al. (1975), citado por Hébert, Goyette, Boutin, 1994) aponta três tipos de recolha de informação: o inquérito, que pode ser em forma oral (entrevistas), ou em forma escrita (questionários), a observação, que pode ser directa, sistemática ou participante e a análise documental. Apresenta, a diferentes pessoas, as mesmas questões é uma estratégia para obter uma variedade de perspetivas diferentes sobre as mesmas, uma vez que as respostas de cada pessoa refletirão as suas perceções e interesses (Tuckam, 2002).

Pode considerar-se que o uso do questionário possibilitou uma recolha de dados descritivos de acordo com as perceções do próprio sujeito, de forma a obter uma ideia clara sobre a maneira como os mesmos interpretam alguns aspetos dos próprios e do meio que os rodeia.

Para cumprir com os objetivos deste estudo construiu-se um questionário que incorpora os seguintes grupos de variáveis: sociodemográficas, rede de apoio social, saúde, e comportamentos de saúde. Como se descreverá de seguida, as variáveis que integram o questionário de dados sociodemográficos foi construído propositadamente para este estudo. Os restantes foram recolhidos de outros estudos, devidamente validados para a população nacional, como grupos etários semelhantes.

- **Questionário dos Dados Sociodemográficos**

Este questionário permite caracterizar socialmente as amostras e explorar as suas características sociodemográficas. Considera várias variáveis como o sexo, idade, estado civil, profissão que exercia antes de se reformar, freguesia onde habita, escolaridade, fonte de rendimento, valor do rendimento e situação económica atual (Anexo II).

- **Questionário da Escala de Rede de Apoio Social de Lubben – LSNS-6**

“A Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar a integração social e o risco de isolamento social em idosos residentes na comunidade”. (Ribeiro, Teixeira, Duarte, Azevedo, Araújo, Barbosa & Paúl, *in press*, p. 217).

A LSNS-6 tem por base dois conjuntos de questões que avaliam as relações familiares e por outro lado as relações de amizade. Os itens relativamente às questões sobre a família (*Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...*) são: (1) “Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês, (2) “De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?” e (3) “Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?”. As mesmas questões também se aplicam relativamente aos amigos, substituindo a palavra “familiares” pela palavra “amigos” (Anexo III).

A pontuação total da LSNS-6 resulta da soma dos 6 itens. A pontuação vai de 0 a 30 pontos, sendo que as respostas de cada um dos itens variam numa escala entre 0 e 5 (“0”, “1”, “2”, “3 ou 4”, “5 a 8” e “9 e mais”). O ponto de corte na escala original é identificado como sendo de 12, os indivíduos que apresentem uma pontuação inferior são identificados como socialmente isolados. A versão portuguesa da Escala de Redes Sociais de Lubben apresenta uma consistência interna de 0,798, medida através do *alpha* de Cronbach, para a escala total, indicando uma consistência interna adequada.

Na versão portuguesa da escala não é apresentado nenhum ponto de corte. Como tal, é necessário continuar a investigar as características psicométricas da escala em outras populações. Da mesma forma a nível das pontuações, obter uma pontuação inferior a 6 na subescala dos três itens do LSNS-6, relativamente à família, considera-se que os indivíduos apresentam laços de família marginais e aqueles com um índice inferior a 6 nos três itens do LSNS-6 relativo aos amigos, são considerados indivíduos com laços de amizade marginais (Ribeiro et al., *in press*).

- **Questionário do Grupo EuroQol: EQ-5D**

O EQ-5D é um instrumento genérico de medição de qualidade de vida relacionada com a saúde (QdVRS) e de autopreenchimento. Este instrumento gera um índice que representa o valor do estado de saúde do indivíduo. Foi desenvolvido por um grupo denominado EuroQol e tornou-se público em 1990, este baseia-se num sistema classificativo que descreve a saúde em cinco dimensões: mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Cada uma destas dimensões tem três níveis de gravidade associados, o nível 1 corresponde a (sem problemas), o nível 2 (alguns problemas) e nível 3 (problemas extremos). Este sistema permite descrever um total de  $3^5 = 243$  estados de saúde distintos (Anexo IV).

**Tabela 1 - Sistema descritivo EQ-5D**

Dimensão	Nível
Mobilidade	(1) Não tenho problemas em andar
	(2) Tenho alguns problemas em andar
	(3) Tenho de estar na cama
Cuidados Pessoais	(1) Não tenho problemas em cuidar de mim
	(2) Tenho alguns problemas a lavar-me ou vestir-me
	(3) Sou incapaz de me lavar ou vestir sozinho/a
Atividades Habituais	(1) Não tenho problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
	(2) Tenho alguns problemas em desempenhar as minhas atividades habituais
	(3) Sou incapaz de desempenhar as minhas atividades habituais
Dor/ Mal-estar	(1) Não tenho dores ou mal-estar
	(2) Tenho dores ou mal-estar moderados
	(3) Tenho dores ou mal-estar extremos
Ansiedade/Depressão	(1) Não estou ansioso/a ou deprimido/a
	(2) Estou moderadamente ansioso/a ou deprimido/a
	(3) Estou extremamente ansioso/a ou deprimido/a

Para cada indivíduo, o resultado desta descrição é representado através de um número de cinco dígitos, por exemplo, o estado 21132 corresponde ao estado de saúde de uma pessoa com alguns problemas em andar, sem problemas em cuidar de si e em desempenhar as suas atividades habituais, com dores ou mal-estar extremos e moderadamente ansiosa ou deprimida.

Para além desta descrição, e para garantir uma primeira aproximação dos ganhos em saúde, em especial quando se trata de uma primeira avaliação, o EQ-5D permite ainda que o respondente forneça, comparando com o seu nível geral de saúde nos 12 meses anteriores, uma perceção do seu estado de saúde. Nesta comparação, é pedido que escolha entre as opções de resposta 'melhor', 'o mesmo' e 'pior'.

O EQ-5D é ainda constituído por uma escala visual analógica (EQ-VAS), semelhante a um termómetro, em que 0 representa o pior estado de saúde imaginável e o 100 representa o melhor estado de saúde imaginável. Esta parte do questionário tem como intuito avaliar a própria saúde por parte do indivíduo que está a responder ao questionário, tendo o mesmo de marcar qual o valor que atribui ao seu estado de saúde atual. Deve-se utilizar esta escala visual analógica associada às cinco dimensões atrás descritas, de forma a ser definido mais precisamente o estado de saúde do indivíduo. O valor  $\alpha$  de Cronbach para a validação do instrumento EQ-5D foi de 0,716 indicando uma coerência interna aceitável.

- **Questionário de Comportamentos de Saúde**

No questionário de comportamentos de saúde (Anexo V), foram utilizadas questões acerca da saúde oral, atividade física, hábitos tabágicos e consumo de bebidas alcoólicas. Estas questões foram escolhidas devido a serem as mais indicadas para a presente investigação, apesar de existirem inúmeros comportamentos de saúde.

Para a saúde oral foram usadas duas questões, a primeira "Tem a dentição completa?" e a segunda " Durante os últimos dois anos foi a uma consulta ao dentista?", ambas de resposta dicotómica sim/não.

Na atividade física foram usadas duas perguntas como " Praticou atividade física regular (caminhadas, bicicleta, passeira, natação, pelo menos três vezes por semana, com duração mínima de 30 minutos) no mês passado?" e "praticou atividade física com orientação de um profissional (individualmente ou em classe/grupos) " ambas de resposta dicotómica sim/não. Nos hábitos tabágicos foi usada a pergunta " Fumou durante o mês passado?" resposta dicotómica sim/não.

Para avaliar o consumo de bebidas alcoólicas foram utilizadas as seguintes capacidades dos copos utilizados em Portugal para as respetivas bebidas, de acordo com a direção geral de saúde (2011).

**Tabela 2 - Capacidade dos copos utilizados em Portugal para as respetivas bebidas.**

	<b>Cerveja</b>	<b>Vinho</b>	<b>Aperitivo</b>	<b>Aguardente</b>
<b>Capacidade do copo</b>	3dl	1,65dl	0,5dl	0,5dl

Este item foi avaliado com uma única questão: “ Tendo em atenção as capacidades descritas: Durante o último ano que passou, como que frequência bebeu duas ou mais unidades (copos) das bebidas acima referenciadas?” também de resposta dicotómica sim/não.

### **3.4. Procedimentos de Aplicação**

Numa primeira abordagem foi estabelecido contacto com a Professora Doutora Clarisse Louro, da Universidade Sénior de Porto de Mós para apresentar os objetivos e metodologia do presente estudo, com vista a obter permissão para a aplicação dos questionários aos idosos que frequentam esta Universidade. Após obtenção da autorização, os questionários foram aplicados na aula de informática lecionada pela Dra. Estela Ribeiro e numa aula lecionada pela Dra. Clarisse Louro.

- Para a aplicação dos questionários foram referidos os objetivos do estudo e a necessidade de colaboração dos indivíduos, tendo, nesse sentido, sido prestados esclarecimentos, nomeadamente através da leitura do inquérito por questionário, para que estes o preenchessem individualmente. É importante realçar que o estudo não abrange a totalidade dos alunos, dado que alguns têm idade inferior à estabelecida.
- A amostra de participantes Inscritos na Universidade Sénior é de vinte e cinco alunos com as características enunciadas. O preenchimento dos questionários teve uma média de duração de 30 minutos e foram aplicados entre Novembro e Dezembro de 2014.
- O questionário aplicado aos vinte e cinco idosos que não frequentam a Universidade foram feitos porta-a porta, nas freguesias da Calvaria de Cima, Porto de Mós, Alqueidão da Serra, Mendiga, Alvados, São Bento e Arrimal. A seleção dos participantes seguiu os critérios de idade (seniores com mais de 65 anos), de ambos os géneros, em consonância com as características dos seniores frequentadores da universidade sénior, de forma a conferir

homogeneidade às características demográficas e utilizar como fator de diferenciação a frequência da universidade sénior.

- Neste caso os questionários foram preenchidos pelo investigador visto que estes idosos demonstraram dificuldade em escrever. Os questionários foram aplicados em Novembro, relativamente à duração do preenchimento do questionário rondou os 40 minutos visto que muitos deles tinham necessidade de conversa.

### 3.4.1. Caraterização da Amostra

- **Idade**

Neste estudo foram inquiridos um total de 50 idosos com 65 ou mais anos, sendo estes 25 idosos da Universidade Sénior de Porto de Mós e 25 idosos residentes no concelho de Porto de Mós que não frequentam a Universidade Sénior. As idades estão compreendidas entre os 65 anos e os 92 anos, residentes nas freguesias do concelho de Porto de Mós (Juncal, Porto de Mós, Calvaria de Cima, Pedreiras, Alqueidão da Serra, Mendiga, Alvados, São Bento, Arrimal). Conforme descrito na tabela 3, a média de idades dos participantes que frequentam a Universidade Sénior é de 73 anos (DP=6.21), a mediana é de 72 anos e a moda é de 71 anos. A média de idades dos participantes que não frequentam a Universidade Sénior é de 77 anos (DP=6.89), a mediana é de 79 anos e a moda igualmente de 79 anos.

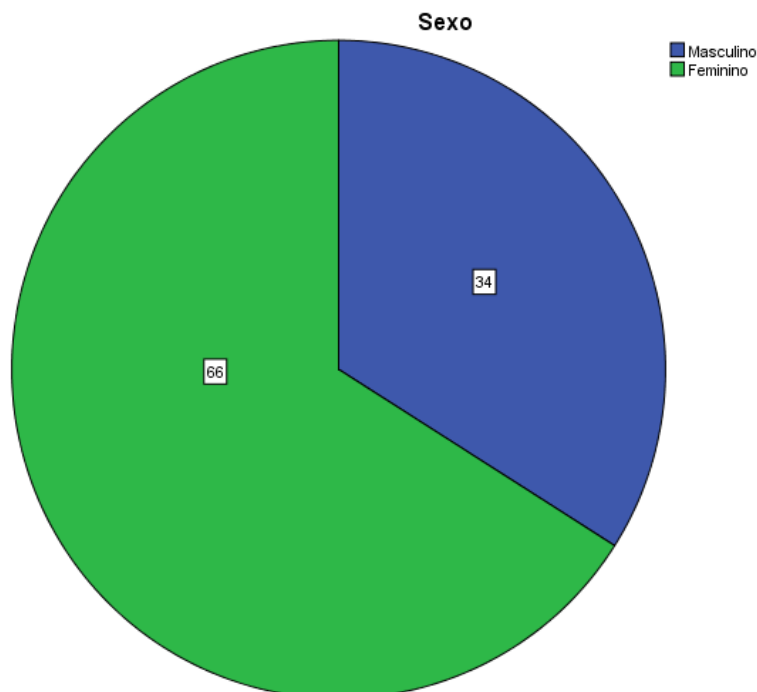
Os resultados podem ser observados na tabela 3.

**Tabela 3 - Caracterização da amostra segundo a idade.**

	N	X <sub>min</sub>	X <sub>máx</sub>	Média	Mediana	Moda	DP
<b>Frequentadores da Universidade Sénior</b>	25	65	92	73	72	71	6,21
<b>Não frequentadores da Universidade Sénior</b>	25	65	92	77	79	79	6,89

- **Sexo**

Relativamente ao sexo dos participantes, do total dos participantes inquiridos, 68% são do sexo feminino, e 34% do sexo masculino, conforme representado no gráfico 1.



**Gráfico 1 - Distribuição da amostra segundo o sexo**

Dos idosos que frequentam a Universidade Sénior de Porto de Mós, 72% são do sexo feminino e 28% são do sexo masculino. Os idosos que não frequentam, 60% são do sexo feminino e 40% são do sexo masculino. Por motivos de representação populacional, devido também ao facto das mulheres terem mais longevidade, o sexo feminino é predominante, quer na análise da população total, quer na separação da amostra de acordo com a frequência da Universidade Sénior.

Os resultados podem ser observados na tabela 4.

**Tabela 4 - Caracterização da amostra segundo o sexo.**

	Frequentadores da Universidade Sénior		Não frequentadores da Universidade Sénior	
	N	%	N	%
<b>Sexo</b>				
Feminino	18	72	15	60
Masculino	7	28	10	40
Total	25	100	25	100

- **Estado Civil**

Dos participantes que frequentam a Universidade Sénior 48% são casados, 32% viúvos, 12% divorciados e 8% solteiros. Quanto aos participantes que não frequentam, 48% são casados, 44% são viúvos e 8% solteiros, não existindo divorciados.

Por outro lado, relativamente aos grupos sobre estado civil e sexo dos alunos da Universidade Sénior, observa-se que o maior grupo é composto por mulheres casadas (28%), seguido dos homens (20%). No entanto, as mulheres também têm uma elevada percentagem de casos de viuvez (32%), um valor um pouco mais alto que a percentagem de mulheres casadas. Mais uma vez, de realçar que as mulheres têm uma esperança média de vida mais elevada em comparação com os homens e portanto, há um maior número de viúvas.

Os resultados podem ser observados na tabela 5.

**Tabela 5 - Caracterização do estado civil segundo o sexo (frequência e percentagem).**

	Frequentadores da Universidade Sénior				Não frequentadores da Universidade Sénior			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
<b>Estado Civil</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Solteiro	1	4	1	4	2	8	0	-
Casado	5	20	7	28	5	20	7	28
Viúvo	0	-	8	32	3	12	8	32
Divorciado	1	4	2	8	0	-	0	-
Total	7	28	18	72	10	40	15	60

- **Escolaridade**

Em termos da amostra global, 50% dos participantes no inquérito, para a presente investigação, apresentaram um nível de escolaridade igual a 4 anos de escolaridade, sendo a percentagem de idosos sem escolaridade de 18%. Os restantes participantes representaram uma percentagem mais baixa, ficando distribuídos entre os seis anos de escolaridade (10%), nove anos de escolaridade (14%), onze e doze anos de escolaridade (2%) e apenas 4% com formação superior.

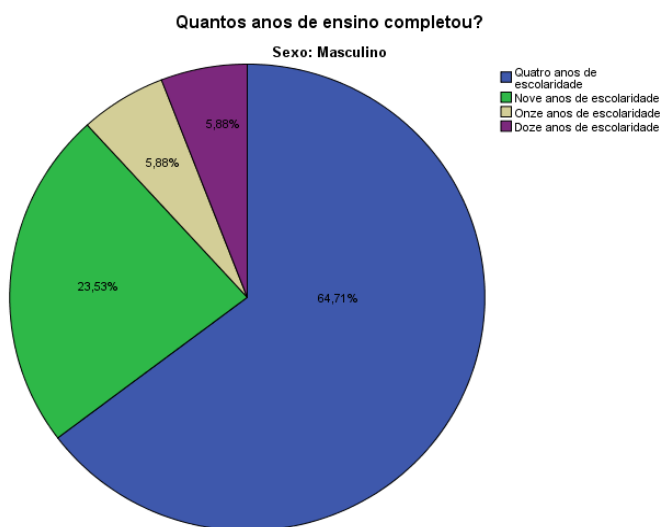
Os resultados podem ser observados no gráfico 2.



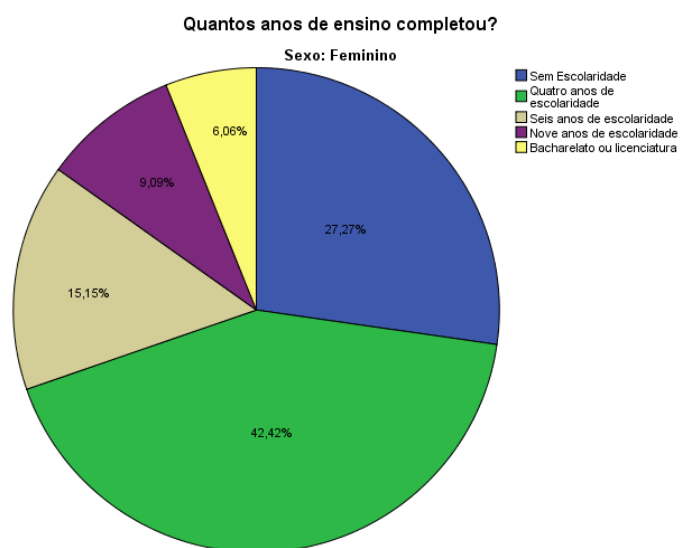
**Gráfico 2 - Distribuição da amostra por Habilitações Literárias.**

Através da análise comparativa entre os dois grupos de participantes, os idosos que frequentam a Universidade, 32% frequentaram quatro anos de escolaridade, 28% nove anos de escolaridade e 8% bacharelato ou licenciatura. Os idosos que não frequentam a Universidade, 68% frequentaram quatro anos de escolaridade e 32% não têm escolaridade, revelando assim que os indivíduos que não frequentam a Universidade Sénior, têm níveis de escolaridade muito mais baixos do que os alunos da Universidade.

A caracterização a nível da escolaridade em função do género mostra-nos que os homens em ambas as amostras apresentam níveis de escolaridade superior às mulheres, facto que pode ser observado através dos gráficos 3 e 4.



**Gráfico 3 - Distribuição da amostra relativamente às Habilitações Literárias do sexo masculino.**



**Gráfico 4 - Distribuição da amostra relativamente às Habilitações Literárias do sexo feminino.**

De acordo com a tabela 6, os alunos que frequentam a Universidade Sénior apresentam um nível superior de escolaridade em comparação com os homens que não frequentam a Universidade Sénior. As mulheres frequentadoras da Universidade Sénior apresentam níveis de escolaridade superior às mulheres que não frequentam, sendo que duas destas mulheres possuem Bacharelato/Licenciatura. Das mulheres que não frequentam a Universidade Sénior, 32% não possuem qualquer nível de escolaridade.

Os resultados podem ser observados na tabela 6.

**Tabela 6 - Caracterização do nível de escolaridade em função do sexo (frequência e percentagem).**

Escolaridade	Frequentadores da Universidade Sénior				Não frequentadores da Universidade Sénior			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sem Escolaridade	0	0	1	4	0	0	8	32
Quatro anos de escolaridade	1	4	7	28	10	40	7	28
Seis anos de escolaridade	0	0	5	20	0	0	0	0
Nove anos de escolaridade	4	16	3	12	0	0	0	0
Onze anos de escolaridade	1	4	0	0	0	0	0	0
Doze anos de escolaridade	1	4	0	0	0	0	0	0
Bacharelato ou licenciatura	0	0	2	8	0	0	0	0
Total	7	28	18	72	10	40	15	60

- **Fonte de rendimento**

Quanto à fonte de rendimento, tanto os frequentadores como os não frequentadores da Universidade Sénior, 100% da fonte de rendimentos é relativa a pensões, devido ao facto de todos os inquiridos terem 65 ou mais anos e estarem reformados.

Os dados podem ser observados na tabela 7.

**Tabela 7 - Caracterização da amostra segundo a fonte de rendimento.**

	Frequentadores da Universidade Sénior		Não frequentadores da Universidade Sénior	
	N	%	N	%
<b>Fonte de rendimento</b>				
<b>Pensões</b>	25	100	25	100
<b>Total</b>	25	100	25	100

- **Valor do rendimento**

O valor do rendimento dos alunos da Universidade é maioritariamente um valor mensal entre 301€ e 400€ (20%). De entre os restantes alunos, os rendimentos encontram-se divididos entre os valores de 801€ e 900€ (12%) e entre 1001€ e 1500€ (12%) com a mesma percentagem. Relativamente aos idosos que não frequentam a Universidade, o valor mensal também é maioritariamente entre 301€ e 400€ (28%), entre 501€ e 600€ (16%) e entre 201€ e 300€ (16%) com a mesma percentagem. Os alunos da Universidade Sénior apresentam no geral, valores de rendimentos superiores aos que não frequentam, conforme representado nos gráficos 1 e 2, cujas representações foram realizadas através do agrupamento dos participantes por frequência da Universidade Sénior.

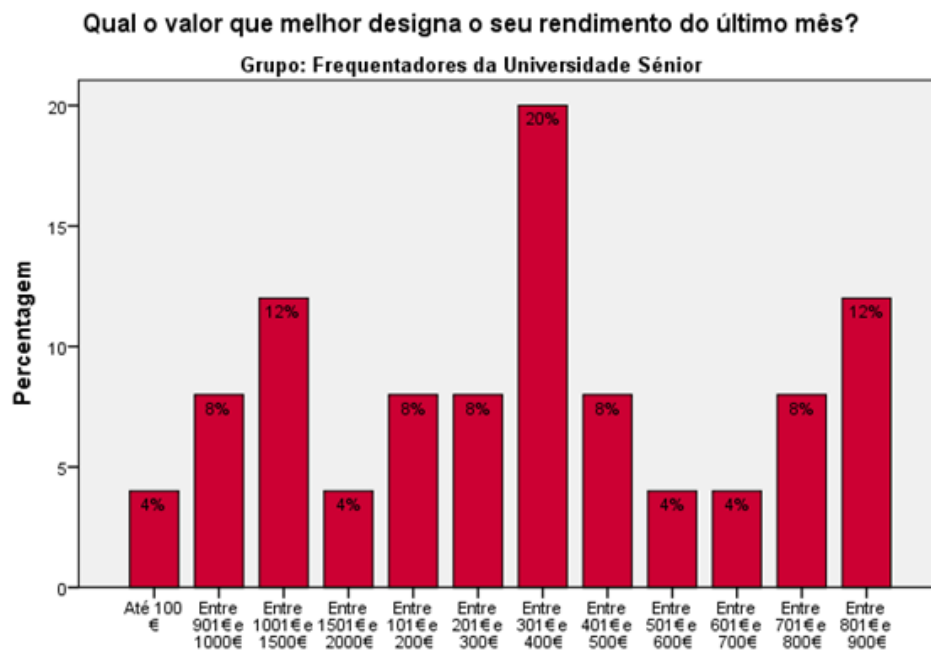


Gráfico 5 - Distribuição dos alunos da Universidade Sénior segundo o valor do rendimento.

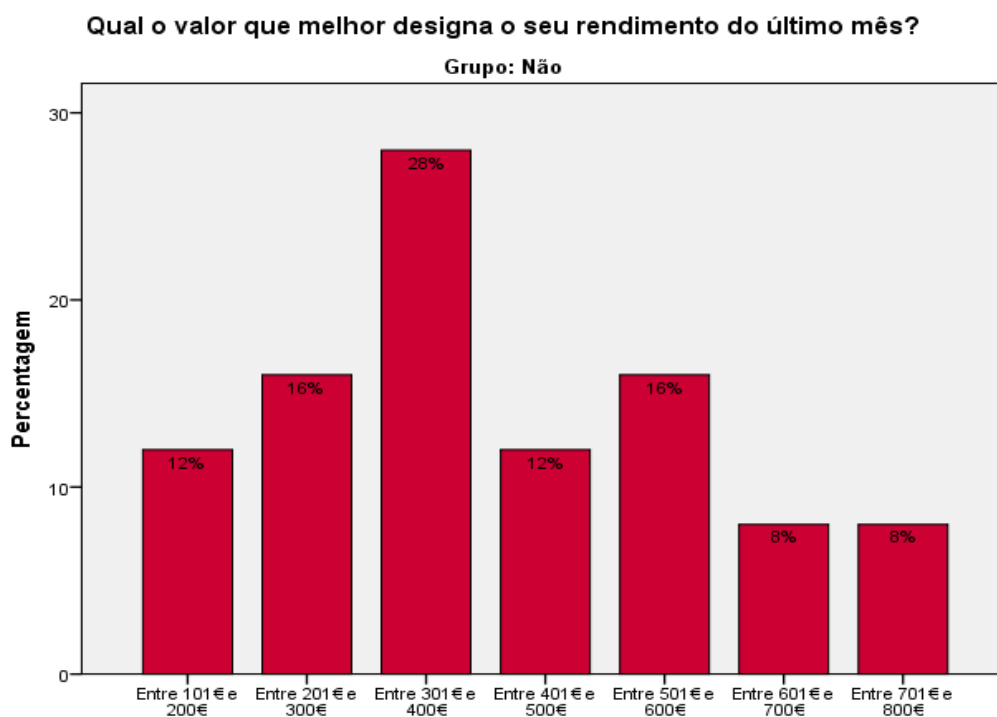


Gráfico 6 - Distribuição dos que não frequentam a Universidade Sénior segundo o valor de rendimento.

No que diz respeito ao rendimento em função do sexo, auferiu-se que de entre os participantes da Universidade Sénior existem diferenças mais significativas entre homens e mulheres, estando a maior percentagem para os homens, centrada num rendimento entre 801€ e 900€ (12%) enquanto a classe com maior percentagem para as mulheres se situa no rendimento entre 301€

e 400€ (20%). Entre o grupo dos não frequentadores, a classe mais significativa, é a de um rendimento entre 301€ e 400€ para homens e mulheres com percentagens de 12% e 16%, respetivamente.

Os resultados podem ser observados na tabela 8.

**Tabela 8 - Caracterização do valor do rendimento mensal segundo o sexo (frequência e percentagem).**

	Frequentadores da Universidade Sénior				Não frequentadores da Universidade Sénior			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
Valor do rendimento	N	%	N	%	N	%	N	%
Até 100€	0	-	1	4	0	-	0	-
Entre 101€ e 200€	0	-	2	8	0	-	3	12
Entre 201€ e 300€	0	-	2	8	2	8	2	8
Entre 301€ e 400€	0	-	5	20	3	12	4	16
Entre 401€ e 500€	0	-	2	8	2	8	1	4
Entre 501€ e 600€	1	4	0	0	1	4	3	12
Entre 601€ e 700€	1	4	0	0	1	4	1	4
Entre 701€ e 800€	0	-	2	8	1	4	1	4
Entre 801€ e 900€	3	12	0	0	0	-	0	-
Entre 901€ e 1000€	1	4	1	4	0	-	0	-
Entre 1001€ e 1500€	1	4	2	8	0	-	0	-
Entre 1501€ e 2000€	0	-	1	4	0	-	0	-
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>28</b>	<b>18</b>	<b>72</b>	<b>10</b>	<b>40</b>	<b>1</b>	<b>60</b>

- **Situação económica percebida**

Os alunos da Universidade Sénior referem, na sua maioria ter uma situação remediada (60%), 28% referem ter uma situação má e 12% referem ter uma situação boa. Quanto aos participantes que não frequentam, 56% referem ter uma situação remediada, 32% referem ter uma situação má. Apesar dos alunos da Universidade Sénior terem valores de rendimentos mensais superiores em relação aos que não frequentam, têm uma perceção da sua situação económica como sendo remediada.

Na caracterização da situação económica atual, as mulheres referem ter uma situação económica pior que os homens. O que se pode relacionar com o facto de as mulheres terem valores

mensais de rendimentos inferiores aos homens, conforme referido anteriormente e de acordo com a Tabela 8 do presente estudo.

Os resultados podem ser observados na tabela 9.

**Tabela 9 - Caracterização da situação económica atual segundo o sexo (frequência e percentagem).**

	Frequentadores da Universidade Sénior				Não frequentadores da Universidade Sénior			
	Masculino		Feminino		Masculino		Feminino	
<b>Situação económica atual</b>	N	%	N	%	N	%	N	%
Muito boa	0	-	0	-	0	-	1	4
Boa	1	4	2	8	1	4	1	4
Remediada	6	24	9	36	7	28	7	28
Má	0	-	7	28	2	8	6	24
Total	7	28	18	72	10	40	15	60

Após uma caracterização exaustiva da amostra, na qual são identificadas *à priori*, diferenças significativas entre os grupos em estudo, procedeu-se à análise de dados, que se apresenta em seguida, através da utilização dos instrumentos considerados adequados, de forma a dar resposta às hipóteses em estudo.

### 3.4.2. Tratamento dos Dados

No tratamento estatístico dos dados foi utilizada a versão 20 do programa informático SPSS Statistics (Statistical Package for the Social Sciences). Os procedimentos estatísticos foram selecionados de acordo com os objetivos, assim como o tipo de variáveis em causa.

Numa fase inicial, foi calculada a consistência interna da Escala de Rede de Apoio Social de Lubben, assim como das duas subescalas (amigos e família) através do *Alpha* de Cronbach ( $\alpha$ ), medida de fiabilidade interna do instrumento. O *Alpha* varia numa escala de 0 e 1, ou seja, quanto mais elevadas forem as correlações entre os itens do instrumento, maior é consistência da escala. Quanto mais o coeficiente se aproximar do 1, significa que mais consistente e fiável é o instrumento.

Considera-se que um *alpha* inferior a 0,5 é inaceitável, entre 0,50 e 0,60 é mau, entre 0,60 e 0,70 é aceitável, entre 0,70 e 0,80 é bom, entre 0,80 e 0,90 é muito bom, e quando igual ou maior a 0,90, é considerado excelente (DeVellis, 2012).

No que respeita ao tratamento dos dados obtidos através de inquérito por questionário, foi efetuada uma análise descritiva dos dados e uma análise inferencial. A análise descritiva permitiu caracterizar a amostra deste estudo, nomeadamente com o cálculo da média, mediana, moda, desvio-padrão, valores mínimo e máximo. Na análise inferencial recorreu-se à avaliação da normalidade e homogeneidade das amostras no que respeita às variáveis em estudo.

A análise inferencial teve como objectivo analisar as pressupostas diferenças no que respeita às redes e apoio entre os frequentadores da universidade sénior e os não frequentadores. Foram aplicados testes paramétricos, sempre que as variáveis de natureza quantitativa seguissem a distribuição normal, tendo-se utilizado o teste de Shapiro-Wilk para testar a normalidade da distribuição das amostras. A escolha do teste Shapiro-Wilk deveu-se ao tamanho de cada uma das amostras em estudo, já que para amostras de dimensão inferior a 30, este é o teste mais fiável.

Posteriormente, e cumprido o pressuposto da normalidade, aplicou-se o teste T-student para estudar a homogeneidade das amostras independentes no que respeita à rede social e para avaliação da relação entre a frequência da universidade sénior e o estado de saúde. Os testes de homogeneidade são utilizados quando se estudam duas, ou mais, populações diferentes e se quer pretende saber se são homogéneas relativamente a determinada característica categórica.

As inferências realizadas aos resultados dos testes dependem do nível de significância escolhido, e da comparação do mesmo com a estatística de teste (*p*-value). O nível de significância representa a probabilidade de ocorrência de aceitação da hipótese nula sendo esta verdadeira. A estatística de teste permite tomar decisões no que respeita à rejeição da hipótese nula (afirmação que se pretende ver comprovada), não permitindo conclusões em caso de rejeição. O nível de significância utilizado no presente estudo foi de 5% ( $\alpha=0,05$ ).

Deste modo as decisões recaem sobre as seguintes premissas:

- Se  $p \geq 0,05$ , não existe evidência contra a  $H_0$ , não é possível rejeitar a hipótese nula;
- Se  $p < 0,05$ , fraca evidência contra a  $H_0$ ; - Se  $p < 0,05$ , evidência significativa contra a  $H_0$ , é possível rejeitar a hipótese nula;

- Se  $p < 0,05$ , evidência altamente significativa contra a  $H_0$ , é possível rejeitar a hipótese nula;
- Se  $p < 0,05$ , evidência muito altamente significativa contra a  $H_0$ , é possível rejeitar a hipótese nula.

### 3.4.3. Considerações Éticas da Investigação

De acordo com van den Hoonard, W. (2008), entre um dos maiores problemas que os investigadores qualitativos têm de enfrentar estão os éticos e formais. A questão centra-se sobre o individualismo. As políticas a este nível centram-se sobretudo em questões de índole humana (da pessoa enquanto entidade orgânica – um legado biomédico), em vez de se preocupar com questões de natureza social e cultural.

Para melhor se fazer a observância das regras em vigor, adotaram-se as Normas da “American Psychological Association for the Protection of Human Research Participants” (2002), citadas por van den Hoonard, W. (2008).

Destas Normas (em nove pontos) retirámos os seguintes elementos essenciais e aplicáveis ao estudo actual:

- Utilizar um formulário de Consentimento Informado, o qual deve incluir: (a) a finalidade da investigação, a sua duração e procedimentos; (b) o direito a não aceitar participar do estudo, bem como o direito de interromper a sua participação a todo o momento; (c) as potenciais consequência de declinar o convite à participação ou de interromper a sua participação; (d) tratamento alternativo, caso a pessoa não aceite participar do estudo ou dele se retire a todo o tempo; (e) compensação por custos de participação.

Para além destas questões que foram observadas no Consentimento Informado (ver Anexo I), obedeceu-se ao Código de Nuremberga (citado por van den Hoonard, W. (2008), especialmente nos seguintes aspetos:

- A participação deve ser voluntária e o participante deve ter capacidade legal para consentir no estudo. A pessoa deve ser completamente informada sobre a natureza e duração do estudo.
- A investigação deve beneficiar a sociedade e os dados não podem ser obtidos por nenhum outro método.
- (...) deve ser evitado qualquer dano físico ou psicológico aos participantes.

- (...) o grau de risco de participação não deve exceder o benefício alcançado com a pesquisa.
- (...) a investigação deve ser conduzida por investigadores treinados.
- Durante a investigação o participante pode pedir para desistir a todo o tempo.
- O investigador deve estar ciente de que deve interromper a entrevista (ou outro procedimento) desde que reconheça que a sua continuação pode incorrer em risco para o participante.

Finalmente, foi respeitado o princípio da confidencialidade, já que tinham de ser recolhidos os nomes das pessoas. Foi assegurado o acesso dos participantes aos dados fornecidos. As declarações de consentimento informado foram guardadas separadamente dos dados obtidos nas entrevistas. Ambos foram guardados e irão manter-se na posse do investigador pelo tempo legalmente recomendado.

## **Capítulo III – Apresentação e Discussão dos Resultados**

Os resultados obtidos na avaliação da consistência interna da Escala LSNS-6, utilizando o *alpha* de Cronbach, encontram-se na Tabela 10.

**Tabela 10 - Coeficiente de Consistência Interna - Questionário LSNS-6**

Amostra	Instrumento	Alpha de Cronbach
Frequentadores da Universidade Sénior	LSNS-6	0,899
Não frequentadores da Universidade Sénior	LSNS-6	0,844

O *alpha* de Cronbach encontrado para os frequentadores da Universidade Sénior foi de 0,90 e para os que não frequentam foi de 0,84. De acordo com DeVellis (1991) a consistência interna encontrada no estudo é muito boa, situando-se entre 0,80 e 0,90. Podemos verificar que os resultados de consistência interna são adequados.

Na validação portuguesa da Escala de Lubben, o valor de *alpha* de Cronbach para a escala total foi de 0,798 indicando uma consistência interna adequada.

- **Resultados do Questionário LSNS-6**

Os resultados obtidos neste estudo revelam que os idosos que frequentam a Universidade Sénior de Porto de Mós, apresentam uma média de apoio social de 8,24 (DP=3,78) na subescala da família, enquanto na subescala de amigos apresentam uma média de apoio social de 9,76 (DP=3,65). Na pontuação total da escala de Lubben, o valor médio do apoio social é de 18 (DP=6,77). O valor da subescala dos amigos apresenta um valor superior à subescala da família, podemos então verificar uma rede de amigos superior à rede familiar.

Os autores originais da escala definem o ponto de corte como sendo de 12 valores, podemos então verificar que os alunos da Universidade Sénior não apresentam risco de isolamento social.

Os idosos que não frequentam a Universidade Sénior de Porto de Mós, apresentam uma média de apoio social de 6,48 (DP=2,75) na subescala da família, enquanto na subescala de amigos apresentam uma média de apoio social de 4,96 (DP=3,25). Na pontuação total da escala de Lubben, o valor médio do apoio social é de 11,56 (DP=4,91). O valor da subescala da família

apresenta um valor superior à subescala dos amigos, podemos então verificar uma rede familiar superior à rede de amigos. Os idosos que não frequentam a Universidade Sénior de Porto de Mós apresentam risco de isolamento social com um ponto de corte abaixo do valor definido pelos autores originais.

Os resultados podem ser observados na tabela 11.

**Tabela 11 - Médias obtidas do apoio social para a subescala família, amigos e pontuação total dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.**

	Frequentadores da Universidade Sénior		Não frequentadores da Universidade Sénior	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
<b>Subescala Família</b>	8,24	3,78	6,48	2,75
<b>Subescala Amigos</b>	9,76	3,65	4,96	3,25
<b>Escala Total</b>	18	6,77	11,56	4,91

- **Resultados do questionário LSNS-6 segundo o sexo.**

Os resultados indicam que os idosos que frequentam a Universidade Sénior, do sexo masculino, apresentam um nível de apoio social superior ( $M=20,0$ ;  $DP=7,46$ ) comparativamente aos idosos do sexo feminino ( $M=17,22$ ;  $DP=6,54$ ). Relativamente à subescala da família o sexo masculino tem uma média de apoio de 9,29 ( $DP=3,90$ ) superior à média de apoio do sexo feminino de 7,83 ( $DP=3,77$ ). Na subescala de amigos a média continua a ser superior no sexo masculino de 10,71 ( $DP=4,42$ ) comparativamente ao sexo feminino com uma média de 9,39 ( $DP=3,38$ ). Podemos verificar que o sexo masculino tem uma média de apoio em todas as subescalas superior ao sexo feminino.

Relativamente aos idosos que não frequentam a Universidade Sénior a média de apoio social continua a ser superior no sexo masculino ( $M=12,50$ ;  $DP=5,79$ ) comparativamente ao sexo feminino ( $M=10,93$ ;  $DP=4,33$ ). Na subescala de família o índice médio de apoio social é de 6,70 ( $DP=3,23$ ) ligeiramente superior para o sexo masculino e uma média de 6,33 ( $DP=2,49$ ) para o sexo feminino. Na subescala de amigos a média continua a ser superior para sexo masculino ( $M=5,70$ ;  $DP=3,62$ ) e para o sexo feminino ( $M=4,47$ ;  $DP=3,02$ ).

Os resultados podem ser observados na tabela 12.

**Tabela 12 - Resultados para a comparação do apoio social segundo o sexo dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.**

	Frequentadores da Universidade Sénior			Não frequentadores da Universidade Sénior		
	N	Média	DP	N	Média	DP
<b>Escala Total</b>						
Masculino	7	20,00	7,46	10	12,50	5,79
Feminino	18	17,22	6,54	15	10,93	4,33
<b>Subescala Família</b>						
Masculino	7	9,29	3,90	10	6,70	3,23
Feminino	18	7,83	3,77	15	6,33	2,49
<b>Subescala Amigos</b>						
Masculino	7	10,71	4,42	10	5,70	3,62
Feminino	18	9,39	3,38	15	4,47	3,02

- **Resultados do questionário LSNS-6 segundo o Estado Civil.**

Os alunos da Universidade Sénior, relativamente à variável estado civil, são os indivíduos casados que apresentam um valor médio de apoio social mais elevado, 19,92 (DP=6,65), seguido dos indivíduos solteiros, 18,50 (DP=0,70). Os indivíduos divorciados e viúvos apresentam um índice médio de apoio social inferior, 14,33 (DP=13,05) e 16,38 (DP=4,86), respetivamente.

Relativamente à subescala família, pode verificar-se que o índice médio de apoio social de 9,75 (DP= 2,95) presente no grupo de indivíduos casados é superior à média presente nos grupos de indivíduos solteiros (M=8,50; DP=0,70), viúvos (M=6,38; DP=3,58) e divorciados (M=7,00; DP=7,00).

No que diz respeito à subescala de amigos, os indivíduos casados são os que apresentam um valor médio de apoio social mais elevado, com 10,17 (DP=4,30), seguido dos indivíduos

solteiros, 10,00 (DP=1,41) e viúvos, 10,00 (DP=1,69), com o mesmo índice de apoio social. Os divorciados apresentam um nível inferior de apoio social, 7,33 (DP=6,11).

Os resultados podem ser observados na tabela 13.

**Tabela 13 - Resultados para a comparação do apoio social segundo o estado civil dos frequentadores e não frequentadores da Universidade Sénior.**

	Frequentadores da Universidade Sénior			Não frequentadores da Universidade Sénior		
	N	Média	DP	N	Média	DP
<b>Escala Total</b>						
Solteiro	2	18,50	0,70	2	9,00	2,82
Casado	12	19,92	6,65	12	13,42	5,46
Viúvo	8	16,38	4,86	11	9,55	4,05
Divorciado	3	14,33	13,05	0	0	0
<b>Subescala Família</b>						
Solteiro	2	8,50	0,70	2	3,00	1,41
Casado	12	9,75	2,95	12	8,08	1,92
Viúvo	8	6,38	3,58	11	5,18	2,78
Divorciado	3	7,00	7,00	0	0	0
<b>Subescala Amigos</b>						
Solteiro	2	10,00	1,41	2	6,00	5,33
Casado	12	10,17	4,30	12	5,33	3,82
Viúvo	8	10,00	1,69	11	4,36	2,61
Divorciado	3	7,33	6,11	0	0	0

- **Resultados do questionário LSNS-6 segundo o nível de escolaridade.**

Quanto à variável nível de escolaridade para pontuação total da escala de Lubben, são os idosos com nove anos de escolaridade que apresentam um valor médio de apoio social mais elevado, com 22,00 (DP=6,75).

Quanto à subescala família, os idosos com nove anos de escolaridade também apresentam um valor médio de apoio social mais elevado com 10,00 (DP=5,03).

Relativamente à subescala de amigos continuam a ser os idosos com nove anos de escolaridade, que apresentam valor médio de apoio social mais elevado, com uma média de 12,00 (DP=2,82). Os resultados podem ser observados na Tabela 14.

**Tabela 14 - Resultados para a comparação do apoio social segundo o nível de escolaridade dos frequentadores e não frequentadores da Universidade Sénior.**

	Frequentadores da Universidade Sénior			Não frequentadores da Universidade Sénior		
	N	Média	DP	N	Média	DP
<b>Escala Total</b>						
Sem escolaridade	1			8	10,00	4,66
Quatro anos de escolaridade	8	19,75	4,40	17	12,00	5,16
Seis anos de escolaridade	5	12,00	6,72			
Nove anos de escolaridade	7	22,00	6,75			
Onze anos de escolaridade	1					
Doze anos de escolaridade	1					
Bacharelato/Licenciatura	2	17,00	1,41			
<b>Subescala Família</b>						
Sem escolaridade	1			8	5,38	2,44
Quatro anos de escolaridade	8	8,88	2,94	17	6,88	2,95
Seis anos de escolaridade	5	6,00	3,16			
Nove anos de escolaridade	7	10,00	5,03			
Onze anos de escolaridade	1					
Doze anos de escolaridade	1					
Bacharelato/Licenciatura	2	8,00	1,41			
<b>Subescala Amigos</b>						
Sem escolaridade	1			8	4,63	3,50
Quatro anos de escolaridade	8	10,88	1,88	17	5,12	3,23
Seis anos de escolaridade	5	6,20	4,32			
Nove anos de escolaridade	7	12,00	2,82			
Onze anos de escolaridade	1					
Doze anos de escolaridade	1					
Bacharelato/Licenciatura	2					

- **Resultados do Questionário LSNS-6 segundo o valor dos rendimentos.**

Relativamente ao valor do rendimento que apresenta uma maior índice de apoio total é o valor entre 501€ e 600€, tanto para os frequentadores com (M=27,00) como nos não frequentadores (M=12,75) da Universidade Sénior. Ao nível da subescala da família o valor do rendimento que apresenta um maior índice de apoio dos frequentadores da Universidade é o valor entre 701€ e 800€ (M=13,00; DP=2,828), dos não frequentadores o valor é entre 501€ e 600€ (M=7,75; DP=3,403). Ao nível da subescala de amigos, os frequentadores apresentam superior apoio com o valor de rendimento, entre 601€ e 700€ (M=15,00), por outro lado os não frequentadores apresentam uma maior índice de apoio a nível de amigos no rendimento mais baixo, entre 101€ e 200€ (M=6,67). Podemos então concluir que os idosos apresentam um índice total superior de apoio nos valores de rendimentos mais altos, à exceção dos não frequentadores que apresentam um índice superior de apoio relativamente à subescala de amigos com o valor de rendimento mais baixo.

Os resultados podem ser observados na Tabela 15.

**Tabela 15 - Resultados para a comparação do apoio social segundo o valor mensal de rendimentos dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.**

	Frequentadores da Universidade Sénior			Não frequentadores da Universidade Sénior		
	N	Média	DP	N	Média	DP
<b>Escala Total</b>						
Até 100€	1	22,00				
Entre 101€ e 200€	2	20,00	0,00	3	12,67	3,78
Entre 201€ e 300€	2	19,50	0,70	4	7,25	3,30
Entre 301€ e 400€	5	12,60	6,77	7	12,71	6,92
Entre 401€ e 500€	2	19,00	11,31	3	8,33	1,53
Entre 501€ e 600€	1	27,00		4	12,75	4,43
Entre 601€ e 700€	1	22,00		2	11,00	5,66
Entre 701€ e 800€	2	25,50	4,95	2	15,00	2,83
Entre 801€ e 900€	3	21,67	2,51			
Entre 901€ e 1000€	2	9,50	7,78			
Entre 1001€ e 1500€	3	15,33	7,02			
Entre 1501€ e 2000€	1	18,00				

Total	25					
<b>Subescala Família</b>						
Até 100€	1	11,00				
Entre 101€ e 200€	2	8,00	1,41	3	6,00	2,00
Entre 201€ e 300€	2	9,50	0,71	4	5,75	1,89
Entre 301€ e 400€	5	6,40	2,79	7	7,00	3,42
Entre 401€ e 500€	2	8,00	7,07	3	3,67	0,58
Entre 501€ e 600€	1	12,00		4	7,75	3,40
Entre 601€ e 700€	1	7,00		2	5,00	4,24
Entre 701€ e 800€	2	13,00	2,83	2	9,00	0,00
Entre 801€ e 900€	3	11,00	2,64			
Entre 901€ e 1000€	2	3,50	2,12			
Entre 1001€ e 1500€	3	6,00	5,57			
Entre 1501€ e 2000€	1	9,00				
Total	25					
<b>Subescala Amigos</b>						
Até 100€	1	11,00				
Entre 101€ e 200€	2	12,00	1,41	3	6,67	2,52
Entre 201€ e 300€	2	10,00	0,00	4	1,50	2,38
Entre 301€ e 400€	5	6,20	4,32	7	5,71	4,61
Entre 401€ e 500€	2	11,00	4,24	3	4,67	2,08
Entre 501€ e 600€	1	15,00		4	5,00	2,16
Entre 601€ e 700€	1	15,00		2	6,00	1,41
Entre 701€ e 800€	2	12,50	2,121	2	6,00	2,83
Entre 801€ e 900€	3	10,67	1,528			
Entre 901€ e 1000€	2	6,00	5,657			
Entre 1001€ e 1500€	3	9,33	1,528			
Entre 1501€ e 2000€	1	9,00				
Total	25					

- **Resultados do questionário LSNS-6 segundo a situação económica percebida.**

No que diz respeito à situação de apoio social percebida, existem diferenças significativas na classificação dessa situação, por parte dos participantes que frequentam a Universidade sénior e os que não frequentam. De acordo com a tabela 21, a pontuação total obtida apresenta maiores

valores de média para a categoria “Remediada” em ambos os grupos, sendo que a média para o grupo dos frequentadores é substancialmente superior (20,27, D.P= 5,51), assumindo para o grupo dos não frequentadores, o valor de 13,07 (D.P=5,21).

Em relação às subescalas família e amigos, as diferenças mais significativas surgem na subescala amigos, onde, apesar de a maioria dos participantes estar igualmente centrado na categoria “remediada”, os participantes frequentadores da universidade sénior quantificaram esta categoria com uma média de 10,80 (D.P= 3,09), enquanto o valor médio para o grupo dos não frequentadores foi de 6,29 (D.P= 3,24).

Os resultados podem ser observados na tabela 16.

**Tabela 16 - Resultados para a comparação de apoio social segundo a situação económica dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.**

	Frequentadores da Universidade Sénior			Não frequentadores da Universidade Sénior		
	N	Média	DP	N	Média	DP
<b>Escala Total</b>						
Muito boa				1		
Boa	3	10,00	7,21	2	8,50	2,12
Remediada	15	20,27	5,57	14	13,07	5,21
Má	7	16,57	6,80	8	8,88	5,35
<b>Subescala Família</b>						
Muito boa				1		
Boa	3	3,67	4,72	2	5,00	4,24
Remediada	15	9,47	3,33	14	6,79	2,99
Má	7	7,57	3,04	8	5,75	2,49
<b>Subescala Amigos</b>						
Muito boa				1		
Boa	3	6,33	3,78	2	3,50	2,12
Remediada	15	10,80	3,09	14	6,29	3,24
Má	7	9,00	4,12	8	3,13	2,85

- **Resultados do Questionário referente ao Apoio Emocional.**

Os idosos da Universidade Sénior na questão “ Precisar de ir urgentemente a algum lugar”, 80% respondeu que tinha, menos 8% dos que não frequentam, isto pode-se dever ao facto dos alunos da Universidade terem mais autonomia nas suas atividades de vida diária.

Na questão “ estar em casa doente”, os alunos apresentam uma percentagem superior no valor de 88% contra 76% dos que não frequentam, estando relacionado com o facto de estes apresentarem uma rede social superior, tanto na subescala da família como dos amigos, referido anteriormente.

Na questão “precisar urgentemente de dinheiro” 72% dos alunos refere que sim, no entanto, os indivíduos que não frequentam apresentam um valor inferior de 56%, o facto de estes terem uma maior rede social, irá ter influência no número de pessoas a quem estes podem recorrer.

Na questão “Falar sobre os seus problemas ou tomar uma decisão difícil” os resultados são superiores para os indivíduos que não frequentam a Universidade, com um valor de 76% e um valor de 72% para os alunos que apresentam uma percentagem inferior.

Por último, na questão “Durante o último ano sentiu que poderia ter pedido mais ajuda do que aquela que obteve”, 68% dos alunos da Universidade Sénior refere que não, já os indivíduos que não frequentam 56% também refere que não. Este último ponto está relacionado com o anterior, devido ao facto dos alunos acharem que não deveriam ter pedido mais ajuda do que aquela que obtiveram, visto que 72% refere anteriormente que não fala sobre os seus problemas para tomar uma decisão difícil.

Os resultados podem ser observados na tabela 17.

Tabela 17 - Resultados para a comparação do apoio emocional dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.

Apoio Emocional	Frequentadores da Universidade Sénior		Não frequentadores da Universidade Sénior	
	N	%	N	%
<b>Precisar de ir urgentemente a algum lugar.</b>				
Sim	20	80	22	88
Não	5	20	3	12
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Estar em casa doente.</b>				
Sim	22	88	19	76
Não	3	12	6	24
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Precisar urgentemente de dinheiro.</b>				
Sim	18	72	14	56
Não	7	28	11	44
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Falar sobre os seus problemas ou tomar uma decisão difícil.</b>				
Sim	18	72	19	76
Não	7	28	6	24
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Durante o ultimo ano sentiu que poderia ter pedido mais ajuda do que aquela que obteve.</b>				
Sim	8	32	11	44
Não	17	68	14	56
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

- **Resultados do Questionário EQ-5D do Grupo EuroQol.**

Os alunos da Universidade Sénior não apresentam praticamente problemas de mobilidade com uma percentagem de 80%, os idosos que não frequentam apresentam 80% de problemas moderados a nível da mobilidade.

Os resultados podem ser observados na Tabela 18.

**Tabela 18 - Resultados para a comparação da mobilidade dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.**

EQ-5D		Frequentadores da Universidade Sénior		Não frequentadores da Universidade Sénior	
		N	%	N	%
<b>Mobilidade</b>	Sem problemas	20	80	5	20
	Problemas moderados	25	20	20	80
	Problemas extremos	0	-	0	-
	<b>Total</b>	25	100	0	100

A nível dos cuidados pessoais, os alunos da Universidade Sénior apresentam melhores resultados dos que não frequentam, 96% dos alunos não tem qualquer problema a nível dos seus cuidados pessoais, já os que não frequentam apresentam 24% de problemas moderados e 8% de problemas extremos a nível dos cuidados pessoais.

Os resultados podem ser observados na tabela 19.

**Tabela 19 - Resultados para a comparação dos cuidados pessoais dos frequentadores e não frequentadores da Universidade Sénior.**

EQ-5D		Frequentadores da Universidade Sénior		Não frequentadores da Universidade Sénior	
		N	%	N	%
<b>Cuidados Pessoais</b>	Sem problemas	24	96	17	68
	Problemas moderados	1	4	6	24
	Problemas extremos	0	-	2	8
	<b>Total</b>	25	100	25	100

Ao nível das atividades habituais, os alunos da Universidade Sénior continuam a apresentar melhores resultados, 76% refere que não tem qualquer tipo de problema na realização das suas atividades habituais. Os idosos que não frequentam apresentam problemas moderados (36%) e problemas extremos (28%).

Os resultados podem ser observados na tabela 20.

**Tabela 20 - Resultados para a comparação das atividades habituais dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.**

EQ-5D		Frequentadores da Universidade Sénior		Não frequentadores da Universidade Sénior	
		N	%	N	%
<b>Atividades Habituais</b>	Sem problemas	19	76	9	36
	Problemas moderados	6	24	9	36
	Problemas extremos	0	0,0	7	28
	<b>Total</b>	25	100	25	100

Os frequentadores da Universidade Sénior apresentam melhores resultados a nível de Dor/Mal-estar, 48% dos frequentadores refere não ter problemas, já os não frequentadores referem ter 72% de problemas moderados a nível de dor/mal-estar.

Os resultados podem ser observados na Tabela 21.

**Tabela 21 - Resultados para a comparação da dor/mal-estar dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.**

EQ-5D		Frequentadores da Universidade Sénior		Não frequentadores da Universidade Sénior	
		N	%	N	%
<b>Dor/Mal-estar</b>	Sem problemas	12	48	4	16
	Problemas moderados	12	48	18	72
	Problemas extremos	1	4	3	12
	<b>Total</b>	25	100	25	100

A nível da ansiedade/depressão, 52% dos frequentadores refere não estar ansioso ou deprimido, já os não frequentadores, apenas 28% refere que não está ansioso ou deprimido e 64% está moderadamente ansioso/deprimido. Os alunos da Universidade Sénior apresentam valores inferiores a nível de ansiedade e de depressão.

**Tabela 22 - Resultados para a comparação da ansiedade/depressão dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.**

EQ-5D		Frequentadores da Universidade Sénior		Não frequentadores da Universidade Sénior	
		N	%	N	%
<b>Ansiedade/ Depressão</b>	Sem problemas	13	52	7	28
	Problemas moderados	10	40	16	64
	Problemas extremos	2	8	2	8
	<b>Total</b>	25	100	25	100

Os alunos da Universidade Sénior apresentam uma média de auto-perceção de saúde superior aos que não frequentam a Universidade. Ao apresentarem uma auto-perceção de saúde superior está relacionado com o facto de estes apresentarem melhores resultados em todas as dimensões do EQ-5D.

Os resultados podem ser observados na tabela 23.

**Tabela 23 - Resultados da Escala Visual Analógica dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.**

EQ-VAS	N	X <sub>min</sub>	X <sub>máx</sub>	Média	DP
<b>Frequentadores da Universidade Sénior</b>	25	0	100	62,88	49,44
<b>Não frequentadores da Universidade Sénior</b>	25	0	100	20,02	15,80

- **Resultados do Questionário de Comportamentos de Saúde**

**Saúde Oral** - Ambos os grupos referem não ter a dentição completa mas os alunos que frequentam a Universidade Sénior, referem em 84% que foram a uma consulta ao dentista nestes últimos dois anos e só 32% dos idosos que não frequentam é que foram ao dentista nestes últimos dois anos.

**Atividade Física** – Os alunos da Universidade Sénior apresentam uma percentagem superior no que toca à prática de atividade física, 72 % pratica atividade física e 56% desses alunos com orientação de um profissional. No grupo dos não frequentadores só 28% é que pratica atividade física e só um com orientação de um profissional.

**Hábitos Tabágicos** - Nenhum dos alunos da Universidade Sénior tem hábitos tabágicos e só 2 idosos do grupo dos não frequentadores têm hábitos tabágicos.

**Consumo de Bebidas Alcoólicas** – Relativamente ao consumo de bebidas alcoólicas, tanto os que frequentam como os que não frequentam, apresentam um nível quase nulo de consumo de bebidas alcoólicas por dia, relativamente a nunca ter ingerido bebidas alcoólicas, o resultado é igual para as duas amostras, 34 idosos refere nunca ter ingerido bebidas alcoólicas neste ano e 16 idosos referem ter consumido bebidas alcoólicas durante o ano.

Os resultados podem ser observados na tabela 24 e nos gráficos 7 e 8.

**Tabela 24 - Resultados dos Comportamentos de Saúde dos frequentadores e dos não frequentadores da Universidade Sénior.**

Comportamentos de saúde	Frequentadores Universidade Sénior		Não frequentadores Universidade Sénior	
	N	%	N	%
<b>Saúde Oral</b>				
<b>Tem a dentição completa?</b>				
Sim	3	12	24	4
Não	22	88	1	96
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Durante os últimos dois anos foi a uma consulta ao dentista?</b>				
Sim	21	84	8	32
Não	4	16	17	68
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Atividade Física</b>				
<b>Praticou atividade física regular?</b>				
Sim	18	72	7	28
Não	7	28	18	72
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Praticou atividade física com orientação de um profissional?</b>				
Sim	14	56	1	4
Não	11	44	24	96
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>
<b>Hábitos tabágicos</b>				
<b>Fumou durante o mês passado?</b>				
Sim	0	-	2	8
Não	25	100	23	92
<b>Total</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>25</b>	<b>100</b>

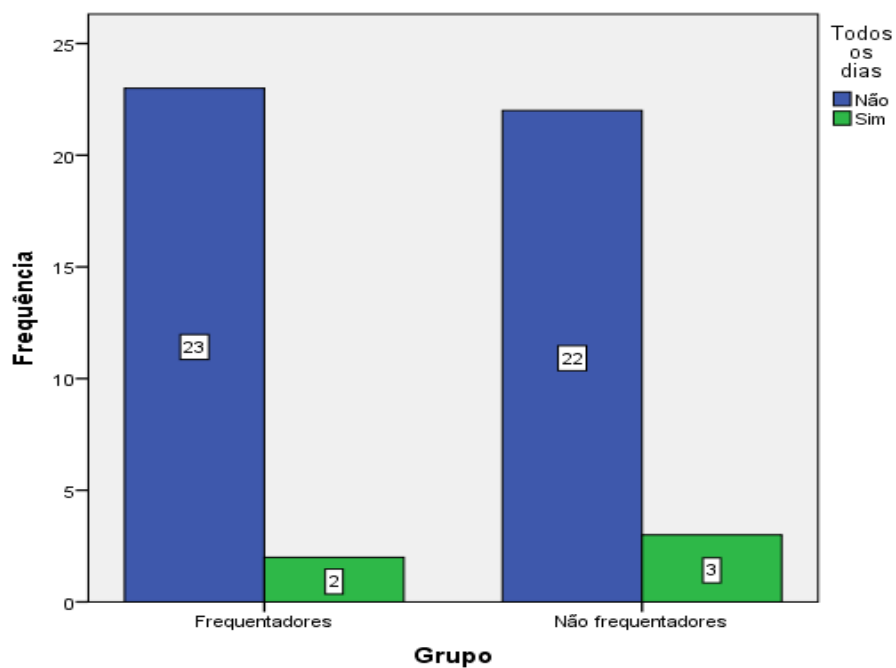


Gráfico 7 - Consumo de bebidas por amostra relativamente ao consumo diário.

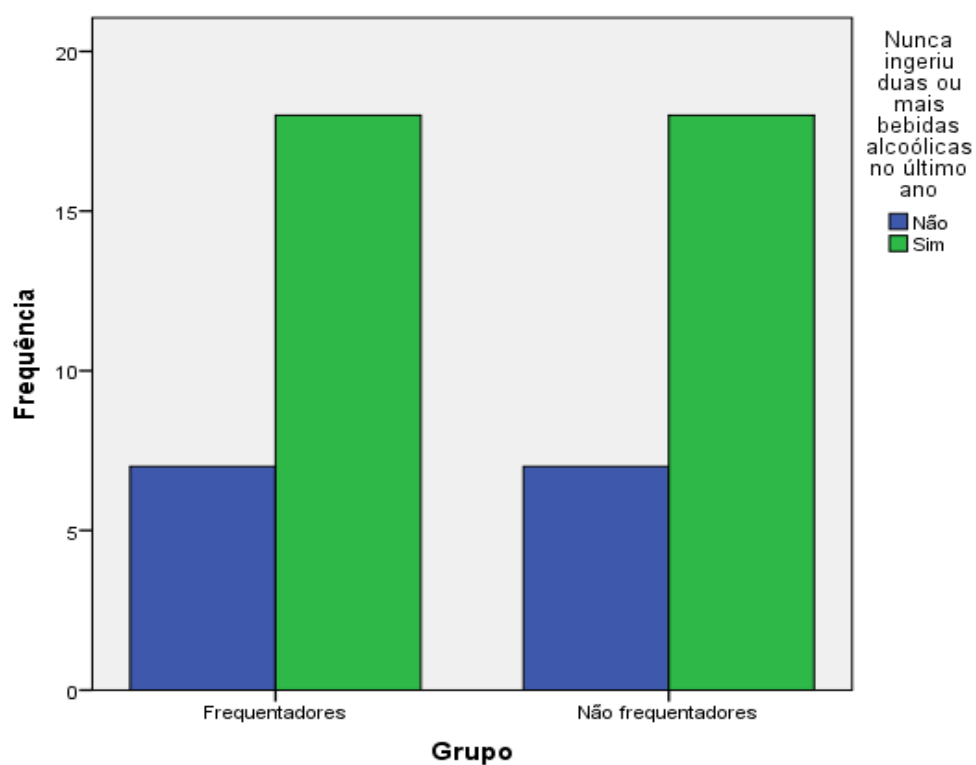


Gráfico 8 - Amostra segundo nunca ter ingerido bebidas alcoólicas.

- **Teste às Diferenças entre grupos no que toca a escala família e amigos**

De forma a responder às hipóteses em estudo, foram testadas através de um teste de homogeneidade, as diferenças existentes entre o comportamento dos grupos relativamente à pontuação obtida para o apoio amigos e família. Para tal, foi inicialmente realizado um teste Shapiro-Wilk para analisar o comportamento das amostras. Os resultados obtidos para a estatística de teste – 0,069 e 0,077 para o grupo de Frequentadores e não frequentadores, respectivamente - permitem afirmar que as amostras apresentam uma distribuição normal, já que um valor de p-value >0,05, não rejeita a hipóteses da normalidade.

Os resultados podem ser observados na tabela 25.

**Tabela 25 - Teste Shapiro-Wilk.**

	Grupo	Shapiro-Wilk		
		Estatística	Df	Sig.
Família e Amigos –LSNS-6	Frequentadores	,926	25	,069
	Não frequentadores	,928	25	,077

Posteriormente, foi realizado um teste T-Student, para amostras independentes, para avaliação de médias e testar a homogeneidade das amostras. Uma vez que no teste de comparação de médias não foram apresentadas diferenças significativas. São apresentados na Tabela 27, os resultados obtidos para a homogeneidade, os quais permitem afirmar com um nível de significância de 5%, a existência de diferenças entre a homogeneidade das amostras de frequentadores e não frequentadores, já que, a estatística de teste p-value.>0,05 (0,182).

Os resultados podem ser observados na tabela 26.

**Tabela 26 - Teste de Levene para a igualdade de variâncias.**

		Teste de Levene para igualdade de variâncias	
		Z	Sig.
Família e Amigos - LSNS	Variâncias iguais assumidas	1,834	,182

Os restantes testes para homogeneidade, nomeadamente para a avaliação das diferenças relativas à saúde entre grupos não permitiram obter resultados significativamente relevantes, pelo que as inferências a realizar terão como base a análise descritiva supracitada.

## **Capítulo III – Conclusões**

Apesar de os resultados não serem estatisticamente significativos, podemos chegar a conclusões através da análise descritiva. De acordo com as características da amostra e com a apresentação e discussão dos resultados podemos retirar as seguintes elações:

- Podemos concluir que os alunos da Universidade Sénior de Porto de Mós apresentam um nível superior de escolaridade e um nível superior de rendimentos comparativamente aos não frequentadores.
- Podemos concluir que os alunos da Universidade Sénior de Porto de Mós, relativamente ao questionário LSNS-6, apresentam um índice de apoio superior na escala total, subescala de família e subescala de amigos, comparativamente aos idosos que não frequentam a Universidade Sénior.
- Podemos concluir que os idosos casados, tanto os frequentadores como os não frequentadores, apresentam valores superiores de apoio nas duas subescalas, família e amigos, verificando assim, o efeito protetor do casamento.
- Podemos concluir que os alunos da Universidade Sénior de Porto de Mós, relativamente ao questionário EQ-5D, apresentam resultados superiores a nível da saúde em todas as dimensões; a nível da mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão, comparativamente com os idosos que não frequentam a Universidade Sénior.
- Podemos concluir que os alunos da Universidade Sénior de Porto de Mós, relativamente à escala visual analógica do questionário EQ-5D, apresentam um índice de auto-perceção de saúde superior aos idosos que não frequentam a Universidade Sénior, uma média de 62,88 de auto-perceção de saúde para os frequentadores e uma média de 49,44 para os não frequentadores.
- Podemos concluir que os alunos da Universidade Sénior de Porto de Mós, relativamente ao questionário de Comportamentos de Saúde, apresentam resultados superiores a nível da saúde oral, 84% refere que foi ao dentista nos últimos dois anos e só 34% dos não frequentadores refere ter ido a uma consulta no dentista nos últimos dois anos.
- Podemos concluir que 72 % dos alunos da Universidade Sénior pratica atividade física e 56% desses com orientação de um profissional. No grupo dos não frequentadores só 28% é que pratica atividade física e só um com orientação de um profissional. A prática

de atividade física está relacionada com o aumento do nível de saúde e uma diminuição de estados depressivos, podemos comprovar que a prática de atividade física está relacionada com os resultados superiores em todas as dimensões de saúde comparativamente ao grupo dos não frequentadores.

Em síntese, os resultados obtidos no estudo permitem concluir que os idosos que frequentam a Universidade Sénior apresentam níveis superiores relativamente à rede social e valores superiores relativamente à saúde, comparativamente com os idosos que não frequentam esta resposta social. Podemos concluir que a Universidade Sénior de Porto de Mós, tem benefícios para os idosos que a frequentam a nível de apoio social e a nível da saúde, sendo uma resposta que combate a solidão e o isolamento aumentando assim a qualidade de vida dos idosos. Desta forma, podemos concluir que a Universidade Sénior é uma resposta que visa o envelhecimento ativo, permitindo ao idoso alargar a sua rede social contribuindo para melhores níveis de saúde.

### **Sugestões**

Considero pertinente sugerir algumas recomendações para futuras investigações:

- Realizar a mesma investigação utilizando amostras com dimensões superiores.
- Realizar uma investigação que permita comparar a diferenças da rede social e saúde antes e depois da entrada numa Universidade Sénior

## Referências Bibliográficas

- ALCIDIO, J. (2010). *A importância da Universidade sénior na qualidade de vida e solidão dos seniores em Gondomar*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social do Instituto Superior de Serviço Social do Porto
- ALLEN, P. F. (2003). Assessment of oral health related quality of life. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1 (40)
- AZEREDO, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicossoma
- BARATA, T (Ed.) (2006). *Actividade Física e Medicina Moderna*, (pp. 246-255). Odivelas: Europress.
- BAKER, S. R. (2007). Testing a Conceptual Model of Oral Health: a Structural Equation Modeling Approach. *Journal of Dental Research*, 86(8), 708-712
- BALSA, C. (2006). *Relações de Confiança e Modalidades de Laço Social*. in C. Balsa. *Confiança e Laço Social* (p. 9-22). Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- BIRREN, J. E. & CUNNINGHAM, W. R. (1985). Research on the psychology of aging: principles, concepts and theory (pp. 3-34), In J. Birren & K. Shaie (Eds.)
- BLANCO, H. (2007). *Envelhecimento e doença* in H. Blanco: *Síndromes Geriátricas*. Versão Portuguesa. Revisfarma – Edições Médicas, Lda.
- BOGDAN, R., BIKLEN, S., (1994). *Investigação Qualitativa em Educação – uma introdução à teoria e aos métodos*. Porto: Porto Editora.
- BUSSE, E. W. (1969). *Theories of Aging*. In E. W. Busse & E. Pfeiffer (Eds.), *Behavior and adaptation in later life* Boston: Little Brown.
- CASTEL, R. (2003). *As metamorfoses da questão social: uma crónica do salário*. Petrópolis: Editora Vozes.
- CHADI, M. (2007). *Redes sociales en el trabajo social*. Buenos Aires. Espacio Editorial.
- CORDEIRO, M.P. (1999). *O idoso: problemas e realidades*, 1ª ed, Coimbra: Sinais Vitais
- COSTA & SAMPAIO, (1999). *Dicionários da Língua Portuguesa* (8ª Edição) Porto: Porto Editora

DANIEL, F., RIBEIRO, A.M., & GUADALUPE, S. (2011). Recursos sociais na velhice: um estudo sobre as redes sociais de idosos beneficiários de apoio domiciliário. In A.D. Carvalho (coord.), *Solidão e solidariedade: entre os laços e as fracturas sociais* (pp.73-85). Porto: Edições Afrontamento.

DEVELLIS, R. (2012) – *Scale Development, Theory and Applications (3ªed.)*, University of North Carolina, Chapel Hill, USA

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 15 de Outubro 2014 em [www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74.../i006346.pdf](http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74.../i006346.pdf)

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (s/d). Envelhecimento saudável. Acedido a 15 de Outubro de 2014 em <http://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/envelhecimento-saudavel-pdf.aspx>

DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE (2011). Álcool e problemas ligados ao álcool em Portugal. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Acedido a 23 de Fevereiro de 2015 em <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/alcool-e-problemas-ligados-ao-alcool-em-portugal-pdf.aspx>

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

FERNANDES, A.(2005) - “Envelhecimento e Saúde” in *Revista Portuguesa de Saúde Pública* VOL. 23, Nº 2, Julho/Dezembro

FERREIRA, P, L. FERREIRA, L, N. FERREIRA, L, N. (2013). Contributos para a Validação da Versão Portuguesa do EQ-5D. *Acta Médica Portuguesa* 2013 Nov-Dec; 26 (6): 664-675. Acedido a 15 de Setembro de 2014 em <http://www.actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/1317/3807>

FREIXO M. (2009) – *Metodologia científica: fundamentos, métodos e técnicas*. Lisboa : Instituto Piaget.

FREIXO, M. (2010). *Metodologia Científica: Fundamentos, Métodos e Técnicas (2ª ed.)*. Lisboa: Instituto Piaget.

- FONTAINE, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa, CLIMEPSI Editores.
- FORTIN, M. F. (1999). *O processo de investigação- Da concepção à realização*, Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas Lda.
- GEIS, P. (2008). *Atividade Física e Saúde na Terceira Idade*, São Paulo: Artmed – 5ª edição
- GUZMÁN, J. M., HUENCHUAN, S., Mondes de Oca, V (2003). Redes de apoio social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de Población XXIX (77)*, 35-70.
- HÉBERT, L, GOYETTE, G. BOUTIN, G. (1994), *Investigação Qualitativa: Fundamentos e Práticas*, Lisboa, Instituto Piaget.
- HIMES, C.L. & REIDY, E.B.(2000). The role of friends in caregiving. *Research on Aging*.
- HOWARD, W. (2008). Ethics Review Process. In GIVEN, L. (Ed.). *The Sage encyclopedia of qualitative research methods*. Sage Publications, Thousand Oaks. 2008. ISBN 978-1-4129-4163-1
- IDLER, E. L., & BENYAMINI, Y. (1997). Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38, 21–37.
- INE (2014), Instituto Nacional de Estatística. Dia Mundial da População. Acedido a 25 Outubro de 2014 em [http://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look\\_parentBoui=218948085&att\\_display=n&att\\_download=y](http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=218948085&att_display=n&att_download=y)
- JACOB, L. (2012). *Universidades Seniores: Criar novos projetos de vida*. Coleção Rutis. Edição RUTIS. Lisboa
- LEANDRO, (2011). Os laços sociais em questão. *Metamorfoses sociais, metamorfoses de uma nação*. in M. Leandro (coord.). *Laços familiares e sociais* (p. 27-57). Viseu: Editora Psicossoma.
- LILLARD, L.A. & WAITE, L.J. (1995). Till death do us part: Marital disruption and mortality. *American Journal of Sociology*, 100, 1131-1156.
- MAIA, R. L. (2002). *Dicionário de sociologia*. Porto: Porto Editora.
- MARCONI & LAKATOS (2003), *Fundamentos de Metodologia Científica*, Editora Atlas São Paulo

- MARQUES, P. Z. (2006). Homens Idosos e as suas Redes Sociais. Brasil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul
- MEIRELES, M. (1997). Atividade física na Terceira Idade. Rio de Janeiro
- MATSURUKA, T., MATURANO, E. & OISHI, J. (2002). O questionário de Suporte Social (SSQ): estudos da adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(5), 675-681.
- MONTEIRO H., & NETO, F. (2008). Universidades da Terceira Idade. Da solidão aos motivos para a sua frequência. Porto: Legis Editora.
- NERI, A.L. (2005). *Palavras-chave em Gerontologia*, 172-200. Campinas (SP): Alínea.
- NETO, F. (2000). Psicologia social. Lisboa: Universidade Aberta.
- OLIVEIRA, J. (2008). Psicologia do idoso. Porto: Legis Editora.
- OGDEN, J. (2004). Psicologia da Saúde. Lisboa: Climepsis Editores.
- OTTO, E. (2000). Exercícios físicos para a Terceira Idade, São Paulo: Editora Manole
- PAÚL, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287
- PAÚL, C. (1997). Lá para o fim da vida: Idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Livraria Almedina
- PAUGAM, S. (2009). *Le lien social*. (2ª Edição). Paris: Puf.
- PIMENTEL, L. (2005). O lugar do idoso na família. Coimbra: Quarteto.
- PIMENTEL, L. (2009). Quando a solidão está no meio da multidão: o papel dos assistentes sociais no desenvolvimento de estratégias de articulação entre as famílias e as instituições de acolhimento a pessoas idosas, *Intervenção Social*, Nº35 (2009)
- PIRANI, E. & SALVINI, S. (2012). Socioeconomic Inequalities and Self-Rated Health: A Multilevel Study of Italian Elderly. *Population Research and Policy Review*, 31, 97-117.
- PORTO, J. (2008). A longevidade: atividade física e envelhecimento. Maceió: Edufal.
- RAMOS, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7, 156-175

RIBEIRO, O; TEIXEIRA, L; DUARTE, N; AZEVEDO, M. J; ARAÚJO, L; BARBOSA, S; PAÚL, C. (in press). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), Revista Kairós de Gerontologia. Acedido a 18 de Setembro de 2014 em <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12787>

STATON, J. (2008). What is the Relationship of Marriage to Physical Health? National healthy marriage resource center

SLUZKI, C. E. (1996). La Red Social: Frontera de la Practica Sistemica. Barcelona. Editorial Gedisa, S.A.

SLUZKI, C.E (1997). A rede social na prática sistêmica – alternativas terapêuticas. São Paulo: Casa do Psicólogo.

SOUSA, D. & SANTOS, E. (2011). Redes sociais e relacionamentos de amizade ao longo do ciclo vital. Revista psicopedagogia,28(85), 53-66.

STRAUB, R. O. (2005). Psicologia da saúde. Porto Alegre: Artmed

SQUIRE, A. (2005). Saúde e bem-estar para pessoas idosas – Fundamentos básicos para a prática. H. Godinho & J. Barros (trad.), Loures: Lusociência.

TUCKMAN, B. (2002). Manual de investigação em educação - como conceber e realizar um processo de investigação em educação (2ªed.) Lisboa. Fundação Calouste Gulbenkian.

WHO (World Health Organization) (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Who. Genebra.

## **ANEXOS**

## **Anexo I – Consentimento Informado**

# LASSA65+

## OS LAÇOS SOCIAIS E A SAÚDE ENTRE ADULTOS COM 65 OU MAIS ANOS

**Baltazar Ricardo Monteiro,**

[ricardo.monteiro@ipleiria.pt](mailto:ricardo.monteiro@ipleiria.pt)

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

Informamos que os dados constantes deste questionário destinam-se a estudar a relação das redes sociais individuais com a saúde, os comportamentos de saúde e a qualidade de vida de cada um. Acreditamos que existe uma relação estreita entre todas estas variáveis e que os resultados que obtivermos podem ajudar em decisões de política social.

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

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

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

Pode dirigir quaisquer outras questões à investigadora ou ao responsável pela orientação da investigação (Professor Doutor Baltazar Ricardo Monteiro, [ricardo.monteiro@ipleiria.pt](mailto:ricardo.monteiro@ipleiria.pt))

Após a publicação da tese de mestrado e a seu pedido, ser-lhe-á facultada uma cópia das principais conclusões do estudo.

Compreendo o que o estudo envolve e concordo em participar.

## **Anexo II – Questionário dos Dados Sociodemográficos**

## I. Dados sociodemográficos

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

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

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

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

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

6. Frequenta: (Mais de **2 dias** na semana. Marque com uma X o que se aplicar. Pode marcar mais de uma)

6.1 Uma universidade sénior .....

6.2 Uma academia sénior .....

6.3 O Programa IPL 60+ .....

6.4 Outro tipo de associativismo (sénior ou não) .....

6.5 Não frequento nenhum tipo de associativismo (sénior ou não) .....

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

7.1 Sem escolaridade .....

7.2 Quatro anos de escolaridade .....

7.3 Seis anos de escolaridade .....

7.4 Nove anos de escolaridade .....

7.5 Onze anos de escolaridade .....

7.6 Doze anos de escolaridade .....

7.7 Bacharelato ou licenciatura .....

7.8 Mestrado .....

7.9 Doutoramento .....

8. A sua principal fonte de rendimento atual é: (Marque com uma X a que se aplicar)

- 8.1 Trabalho .....
- 8.2 Subsídio de desemprego .....
- 8.3 RSI .....
- 8.4 Rendimentos .....
- 8.5 Pensão/ões .....
- 8.6 Investimentos .....
- 8.7 Outro/s. Qual/ais? \_\_\_\_\_

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

- 9.1 até 100€ .....
- 9.2 Entre 101€ e 200€ .....
- 9.3 Entre 201€ e 300€ .....
- 9.4 Entre 301€ e 400€ .....
- 9.5 Entre 401€ e 500€ .....
- 9.6 Entre 501€ e 600€ .....
- 9.7 Entre 601€ e 700€ .....
- 9.8 Entre 701€ e 800€ .....
- 9.9 Entre 801€ e 900€ .....
- 9.10 Entre 901€ e 1000€ .....
- 9.11 Entre 1001€ e 1500€ .....
- 9.12 Entre 1501€ e 2000€ .....
- 9.13 Entre 2001€ e 2500€ .....
- 9.14 Mais de 2501€ .....

10. Acha que a sua situação económica atual é: (Marque com uma X a que se aplicar)

- 10.1 Muito boa .....
- 10.2 Boa .....
- 10.3 Remediada .....
- 10.4 Má .....

### **Anexo III – Questionário da Escala de Redes Sociais de Lubben – LSNS-6**

## LSNS - 6

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

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

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

<b>APOIO EMOCIONAL:</b> HÁ SITUAÇÕES PARA AS QUAIS AS PESSOAS PROCURAM E GOSTAM DE TER AJUDA. TERIA ALGUÉM QUE OIA AJUDASSE NAS SEGUINTE SITUAÇÕES:	Sim	Não
1. Precisar urgentemente de ir a algum lugar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Estar em casa doente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Precisar urgentemente de dinheiro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Falar sobre os seus problemas ou tomar uma decisão difícil.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Durante o último ano sentiu que poderia ter pedido mais ajuda do que aquela que obteve.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Anexo IV – Questionário EQ-5D**

## EQ-5D

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

**Mobilidade**

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

**Cuidados Pessoais**

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

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

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

**Dor/Mal estar**

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

**Ansiedade/Depressão**

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

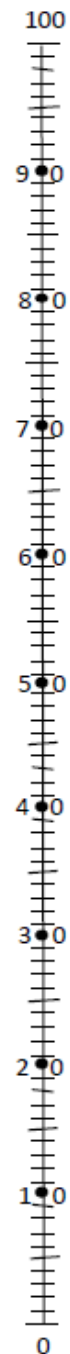
## EQ-5D

O melhor estado de saúde imaginável

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

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

**O seu estado de saúde hoje**



O pior estado de saúde imaginável

## **Anexo V – Questionário dos Comportamentos de Saúde**

## Comportamentos de Saúde

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

<b>1. Saúde oral</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1.1 Tem a sua dentição completa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Durante os últimos dois anos foi a uma consulta ao dentista?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2. Atividade física</b>		
2.1 Praticou atividade física regular ( <i>caminhadas, bicicleta, passeira, dança, natação, pelo menos 3 vezes por semana, com duração mínima de 30 minutos</i> ) no mês passado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.2 Praticou atividade física com orientação de um profissional ( <i>individualmente ou em classes/grupos</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3. Hábitos tabágicos</b>		
3.1 Fumou durante o mês passado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Comportamentos de Saúde

### 4. Bebidas alcoólicas

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

	Cerveja	Vinho	Aperitivo	Aguardente
Capacidade do copo	3 dl	1,65 dl	0,5 dl	0,5dl
<b>4.2 Tendo em atenção as capacidades descritas: DURANTE O ANO QUE PASSOU, COM QUE FREQUÊNCIA BEBEU <b>DUAS OU MAIS</b> UNIDADES (COPOS) DAS BEBIDAS ACIMA REFERENCIADAS? MARQUE COM X A OPÇÃO QUE MELHOR DESCREVA O SEU HÁBITO.</b>			<b>SIM</b>	<b>NÃO</b>
Todos os dias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 a 6 vezes por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 a 4 vezes por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1 a 2 vezes por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 a 3 vezes por mês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uma vez por mês	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 a 11 vezes no ano passado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 a 6 vezes no ano passado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Uma vez no ano passado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nunca ingeriu duas ou mais bebidas alcoólicas no último ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>