



**Universidade de
Aveiro
2016**

Departamento de Ciências Médicas

**MARIA JOSÉ
MARTINS SILVA
RENTE NETO**

**ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO
NA IDADE MAIOR NO CONCELHO DE
ILHAVO**



Universidade de Aveiro
2016

Departamento de Ciências Médicas

**MARIA JOSÉ
MARTINS
SILVA RENTE
NETO**

**ENVELHECIMENTO BEM SUCEDIDO NA IDADE MAIOR NO
CONCELHO DE ILHAVO**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia, especialização em Intervenção Familiar e Comunitária, realizada sob a orientação científica da Prof. Doutora Ana Félix, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro

Dedico este trabalho à minha filha que foi o meu suporte e um grande apoio durante a última fase.

O júri

Presidente

Professor Doutor José Ignacio Guinaldo Martin
Professor Auxiliar, Universidade de Aveiro

Arguente Principal

Professora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa
Professora Associada C/ Agregação, Universidade de Aveiro

Orientador

Doutora Ana Maria Timóteo Félix
Professora Auxiliar Convidada, Universidade de Aveiro

Agradecimentos

A todos os que me ajudaram e colaboraram na realização deste estudo, muito obrigada.

À Professora Doutora Ana Félix, orientadora científica deste estudo, agradeço a disponibilidade, a amizade e carinho com que me apoiou e ajudou nas horas mais difíceis deste percurso. Agradeço-lhe também todas as correções e revisões sempre atempadas e a imensa paciência com que as fez.

À Professora Doutora Piedade Brandão pelo apoio e entusiasmo com que sempre me brindou.

À minha família pela compreensão durante todo este caminho.

Ao meu marido.

Às minhas colegas de serviço que estiveram sempre prontas a ajudar dando-me ânimo para continuar.

Aos meus amigos.

Ao meu pai, que há 23 anos é uma estrelinha no Céu e me tem iluminado sempre.

À Dr.^a Cristina Teixeira pelo apoio e disponibilidade.

A todos os que fazem parte da Divisão Social e Saúde da Câmara Municipal de Ílhavo.

Aos Gerontólogos e Animadores Sociais que estiveram comigo nos espaços da Maior Idade.

A toda a equipa da CPCJ de Ílhavo por me perdoarem as faltas que tive de dar durante todo este meu percurso e, por tantas vezes me substituírem no acompanhamento das famílias, principalmente as Dr.^{as} Constança Sarmento e Joana Vieira.

Ao Engenheiro Paulo Costa pela força que sempre me deu.

A todos os participantes neste estudo, muito obrigada. Sem vós nada teria sido feito. Bem hajam.

palavras-chave

Envelhecimento, envelhecimento ativo, capacidade funcional, atividade física, saúde mental.

resumo

O envelhecimento populacional é um fenómeno que resulta da maior longevidade dos cidadãos e que tem impacto direto ao nível individual mas que se reflete nas estruturas familiares e na comunidade no seu global. Este fenómeno terá naturalmente tendência a expandir-se nas próximas décadas mantendo-se a curva de crescimento ascendente que se verifica na atualidade.

Nesse sentido com o objetivo de manter e se possível melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas o enfoque será sempre na prevenção e na promoção de saúde. Daí que os pressupostos do envelhecimento ativo nas suas diversas componentes deva ser estimulado e acompanhado ao nível da coorte superior da pirâmide etária das comunidades humanas.

As pessoas idosas devem participar ativamente nas atividades da sua comunidade, quer ao nível da atividade física, quer da integração social ou do treino cognitivo.

O estudo efetuado tem como objetivo geral a caracterização das pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, que frequentam os espaços de maioridade existentes no Concelho de Ílhavo, centrando-se na análise e na perceção dos níveis de satisfação e qualidade de vida que estas atividades proporcionam.

Este estudo permitiu perceber as estratégias de capacitação que os idosos estabelecem no seu quotidiano de forma a obter melhor qualidade de vida, de autonomia de integração social e de satisfação com a vida.

Considera-se que o objetivo do trabalho foi atingido a diversos níveis permitindo enriquecimento dos temas, nomeadamente nas vertentes do paradigma do envelhecimento ativo e os determinantes em saúde destes idosos.

keywords

Aging, active aging, functional capacity, physical activity, mental health.

abstract

The aging of the population is a phenomenon which derives from the longer longevity of people, having a direct impact in an individual level, but also reflects on family structure and on the community. This phenomenon will naturally tend to expand in the next decades, keeping the ascending growth curve that exists today.

With the purpose of maintaining and, if possible, improving the quality of life of elderly people, the focal point will always be the prevention and the promotion of health. Therefore, the assumptions of active aging in their different components should be promoted and monitored at the upper sections of the age pyramid of human communities.

Elderly people should actively participate in their community's activities in different levels, such as physical activity, social interaction and cognitive training.

This study main purpose is to characterize seniors aged 65+ attending the Maioridade activities in Concelho de Ílhavo, focusing on analyzing and perceiving the satisfaction and quality of life levels that these activities provide.

This study enabled the perception of strategies of capacity that elderly people establish in their daily life in order to achieve a better quality of life, of independence, of social interaction and satisfaction.

It is considered that the main purpose of this study was achieved at many different levels, allowing the enrichment of subjects, particularly in the areas of active aging paradigm and the determinants of health of these seniors.

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	1
1. CONTEXTUALIZAÇÃO	2
1.1 Envelhecimento: O que é envelhecer	2
1.1.1 Envelhecimento Demográfico no Mundo	4
1.1.2 Envelhecimento Demográfico em Portugal	5
1.1.3 Envelhecimento Demográfico no Concelho de Ílhavo	6
1.1.4 Espaços Maior Idade do Município de Ílhavo	7
1.1.5 Envelhecimento e Funcionalidade/Capacidade Funcional	8
1.1.5.1 Envelhecimento e as Atividades de Vida Diária	10
1.1.6 Envelhecimento Ativo	11
2.0 METODOLOGIA	16
2.1 Objetivos	16
2.2 Operacionalização do Estudo	16
2.3 Caracterização da Amostra	17
2.4 Contexto do Estudo	17
2.5 Procedimentos de Recolha de Dados	18
2.6 Instrumentos de Medida	18
2.6.1 Questionário sobre a perceção de qualidade de vida relacionada com saúde (SF-36, Short From Health Survey, Versão 2)	19
2.7 Procedimento de Análise de Dados	21
3.0 RESULTADOS	23
4.0 DISCUSSÃO	30
5.0 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	35
6.0 CONCLUSÃO	36
BIBLIOGRAFIA	37
APÊNDICE N.º 1	41
APÊNDICE N.º 2	43

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Descrição de oito domínios do questionário SF-36	21
Tabela 2 - Tabela resumo das respostas obtidas no questionário sociodemográfico	24
Tabela 3 - Tabela resumo das respostas obtidas no questionário sociodemográfico	25
Tabela 4 - Média e desvio padrão para cada domínio	27
Tabela 5 - Teste de Mann-Witney para comparação de médias dos domínios do SF-36 e o género	28

Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Spearman entre idade e os domínios do SF-36	28
Tabela 7 -Teste de Kruskal-Wallis para comparação de médias dos domínios do SF-36 e a avaliação da saúde	29

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Envelhecimento: os mais velhos de entre os velhos	5
Figura 2 - Tendência de crescimento da população	5
Figura 3 - Evolução da população do município de Ílhavo	7
Figura 4 - Evolução dos grupos etários no município de Ílhavo	7

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO N.º 1	48
ANEXO N.º 2	50

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é das maiores conquistas da humanidade sendo em simultâneo um dos problemas centrais do século XXI. Uma população envelhecida ou tendencialmente em envelhecimento é uma realidade crescente e desafiadora, para a globalidade dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. As últimas décadas do século passado registaram um aumento ininterrupto do número de pessoas idosas que transformou as sociedades mais desenvolvidas em sociedades envelhecidas. A conjugação da queda da fecundidade com o aumento da esperança média de vida, bem como a fortíssima emigração portuguesa das décadas de 1960 e 1970 e retomadas nos primeiros anos do séc. XXI, estão também na base desse envelhecimento e da importância absoluta e relativa que a população idosa tem hoje na sociedade portuguesa (Cabral & Ferreira, 2013). As projeções demográficas não vaticinam para breve mudanças do atual padrão demográfico do envelhecimento. O envelhecimento é a evolução natural dos seres vivos sendo positivo quer para os indivíduos, quer para as sociedades. Os progressos alcançados pela humanidade em termos económicos, sociais e biomédicos, estão na génese das políticas públicas de acesso universal da população aos cuidados de saúde. No entanto, não é possível ignorar aquilo a que se poderia chamar o paradoxo do envelhecimento (Cabral & Ferreira, 2013). Sendo um fenómeno socialmente assumido como positivo, conforme acontece com o aumento generalizado da esperança de vida, ao combinar-se com a diminuição da fecundidade, gera, em contrapartida, uma série de consequências complexas e mesmo gravosas para o nosso tipo de sociedade (Cabral & Ferreira, 2013).

A pertinência deste estudo alicerça-se na disponibilidade de programas que o Município de Ílhavo disponibiliza. Neste concelho existem espaços cedidos pelo Município e Juntas de Freguesia onde se desenvolvem atividades dirigidas à população idosa. As atividades constam de programas direcionados, passam pela oferta de uma variedade de atividades físicas e atividades lúdicas (teatro, artes manuais, leitura) que têm como objetivo major retardar o déficite cognitivo.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO

1.1 Envelhecimento: O que é envelhecer

Não se pode falar em envelhecimento sem o abordar numa perspetiva holística e biopsicossocial por nos parecer importante para a compreensão da problemática.

“A partir da segunda metade do século XX, um novo fenómeno surgiu nas sociedades desenvolvidas: o envelhecimento demográfico. Não se trata de uma nova epidemia ou uma nova doença, mas de uma simples constatação quantitativa: a percentagem de pessoas nas idades mais avançadas está a aumentar” (Nazareth, 2007:118).

O envelhecimento pode ser definido como um processo progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos (DGS, 2004). Trata-se de um fenómeno inevitável (pelo menos no estado atual dos conhecimentos), inerente à própria vida, equivalente à fase final de um programa de desenvolvimento e de diferenciação (Félix, 2008). O processo de envelhecimento envolve um conjunto de vertentes que Santos & Paúl (2006) define em três níveis: 1. perspetivas biológicas e culturais; 2. perspetivas de curso de vida relacionadas com a idade encarando o envelhecimento como um fenómeno multidimensional, multidirecional e dinâmico; 3. envelhecimento ao nível do comportamento. Pode ocorrer ao longo deste processo a diminuição da capacidade do organismo para se adaptar a situações de *stress* (Sousa & Guerra, 2014). Porém, com o avançar da idade, é comum surgirem alterações nos órgãos e sistemas que se podem agrupar em quatro categorias (Correia, 2003 citado por Félix, 2008): 1) perda total da função; 2) diminuições da função associada à perda de unidades anatómicas, embora as restantes sejam capazes de assegurar a função; 3) incapacidade de manter a função apesar de perdas proporcionalmente escassas de unidades anatómicas; 4) utilização de mecanismos diferentes dos habituais. O envelhecimento nesta vertente poderia ser encarado como um processo decrescente de perda de vitalidade e de crescente incapacidade funcional. A nível social ocorrem mudanças nos papéis e redução das redes de suporte social (Organização Mundial de Saúde - OMS, 2015). Assim, segundo a OMS (2015) o envelhecimento saudável define-se como: o processo de fomentar e manter a

capacidade funcional que permite o bem-estar na velhice. Na sua operacionalização são valorizados aspetos como a autonomia e a independência a capacitação e o empoderamento, a aprendizagem ao longo da vida e a manutenção de um estilo de vida ativo (Direção Geral da Saúde - DGS, 2008).

No entanto, a longevidade acarreta adaptação e vivência de uma nova realidade e um *olhar pessoal*, mais ou menos conformado. Daí que alguns autores (Rowe & Kahn, 1998) considerem existir três padrões de envelhecimento: i) bem-sucedido (*successful*), em que os parâmetros avaliados se aproximam da população adulta não idosa; ii) habitual (*usual*), em que os parâmetros são semelhantes aos da população adulta não idosa; iii) mal sucedidos (*unsuccessful*) em que os parâmetros serão inferiores aos determinados na população mais jovem. No plano individual, uma maior longevidade provoca mudanças no quotidiano nomeadamente ao nível da saúde com maior incidência das doenças crónicas e diminuição da participação na social com o declínio das redes pessoais dos idosos, quer familiares quer comunitárias. O prolongamento da vida favorece o desenvolvimento de problemas de saúde e de prevalência de multimorbilidade cuja tendência será a cronicidade, e que alguns autores chamam de “pandemia de incapacidade” (MA Botelho, 2007). As alterações da capacidade funcional não devem definir o envelhecimento, nem justificar a exclusão dos idosos da vida social, que tende a remetê-los para uma limitada sociabilidade familiar ou de vizinhança. Até porque com frequência é a solidão social que conduz o idoso para instituições desligadas dos processos de participação coletiva. O envelhecimento acentua riscos, correlativos da idade e da vulnerabilidade do estado de saúde; do isolamento social e da solidão propriamente dita; da dependência não só física e mental, como também económica, em muitos casos; e, finalmente, da estigmatização, ou seja a discriminação ou o preconceito paternalista, condescendente e minorante em relação aos chamados “velhos” (Cabral & Ferreira, 2013).

No plano coletivo, o envelhecimento traz enormes exigências em termos das relações intergeracionais. Estas relações afetam as transferências económicas entre os diversos grupos etários, em particular através do desequilíbrio crescente entre: ativos e não ativos; entre jovens e idosos. O envelhecimento acentua os

riscos inerentes à sustentabilidade dos sistemas de saúde e, sobretudo, da segurança social, incluindo reformas e pensões, cuidados pessoais à velhice dependente. Assim, torna-se inevitável a revisão dos alicerces sociais e económicos em que esses sistemas assentam, tendo em conta a necessária equidade das relações intergeracionais, em termos de transferências financeiras, da competição nos mercados de trabalho e do apoio mútuo de todas as ordens que devem supostamente existir entre as diferentes gerações (Cabral & Ferreira, 2013). O processo de envelhecimento demográfico atual associado às mudanças verificadas na estrutura e comportamentos sociais e familiares, poderá determinar, nos próximos anos, novas necessidades em saúde. Os desafios aos sistemas de saúde poderão incidir na acessibilidade e qualidade dos cuidados, na sustentabilidade dos sistemas. Naturalmente, ao aumento da esperança de vida à nascença, perspetivar-se-á um aumento da esperança de vida “com saúde” e sem dependência funcional.

Uma vida saudável, é essencial para que as pessoas mais idosas possam manter uma qualidade de vida aceitável e possam continuar a assegurar os seus contributos na sociedade, uma vez que as pessoas idosas ativas e saudáveis, para além de se manterem autónomas, constituem um importante recurso para as suas famílias, comunidades e economias. Na verdade, os domínios da saúde e da qualidade de vida são complementares, sobrepondo-se parcialmente, sendo importante distinguir o envelhecimento normal do processo de envelhecimento fortemente influenciado por fatores nocivos, como os efeitos adversos dos ambientes, estilos de vida desadequados e estados de doença (DGS, 2004).

1.1.1 Envelhecimento Demográfico no Mundo

O número de idosos triplicou nos últimos 50 anos e voltará a triplicar nos próximos 50 anos. Em 1950 existiam 205 milhões de indivíduos com idade superior a 60 anos. Em 2000 atingiram-se 606 milhões de indivíduos com idade superior a 60 anos (OMS, 2002; World Population Aging 1950-2050).

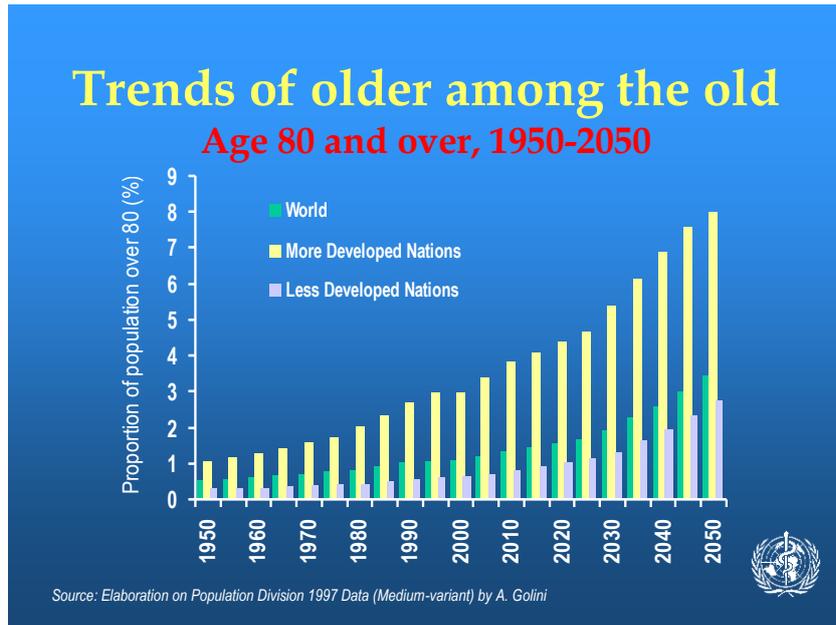


Figura 1 - Envelhecimento: os mais velhos de entre os velhos

Fonte: United Nations 1997

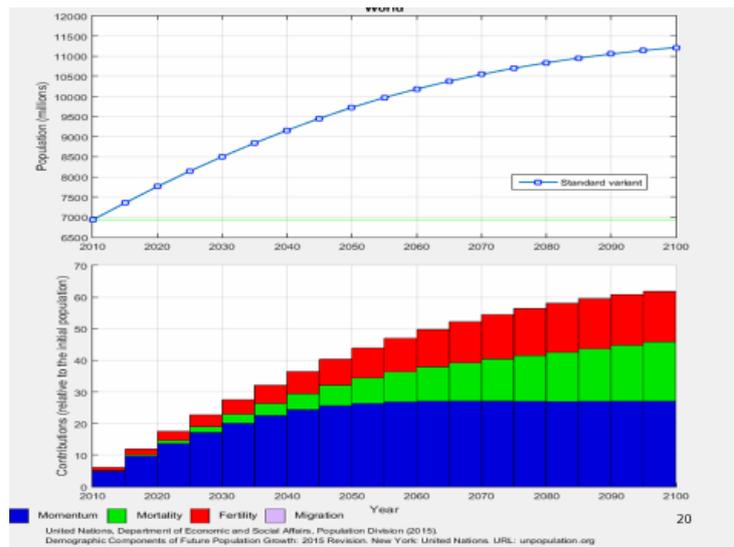


Figura 2 - Tendência de crescimento da população

Fonte: United Nations, 2015

1.1.2 Envelhecimento Demográfico em Portugal

As dinâmicas populacionais demonstram um processo acentuado de litoralização, e conseqüente despovoamento do interior facto que coloca desafios acrescidos à gestão do território (INE, 2009). Entre 1960 e 2001, o envelhecimento demográfico em Portugal caracterizou-se por um decréscimo de 36% na

população jovem (0-14 anos) e um aumento de 14% da população com 65 anos ou mais de idade. Nesta população acentua-se o envelhecimento das pessoas com idade igual ou superior a 75 anos que, em 1960, era de 2,7% e passou, em 2001, para 6,7%. As pessoas com 85 e mais anos aumentaram de 0,4% para 1,5% entre 1960 e 2001. As pessoas com 100 anos eram cerca de um milhar, sendo que a maior longevidade se verifica nas mulheres. Assistimos, assim, a um fenómeno de envelhecimento da própria população idosa em que a esperança média de vida aumentou, no mesmo período, cerca de 11 anos para os homens e cerca de 13 anos para as mulheres (Carrilho & Gonçalves, 2006; Vaz, 2008). No período de 2001 a 2008/9, houve um novo abrandamento no crescimento da população em detrimento de uma taxa de crescimento migratório de 0,09% e de uma taxa de crescimento natural praticamente nula, a taxa de crescimento efetivo foi de 0,09%, o que reflete uma desaceleração no crescimento da população (em 2007 o crescimento da população foi cerca de 0,17%) (INE, 2008). No entanto, não é somente o fluxo migratório e o aumento da esperança média de vida que contribui para o envelhecimento demográfico, também a queda da fecundidade contribui para este envelhecimento, permanecendo a níveis muito inferiores aos necessários para renovar as gerações. No período de 1991 a 2012, o índice sintético de fecundidade apresentou uma tendência de declínio com cerca de 1,28 filhos por mulher (INE, 2012).

1.1.3 Envelhecimento Demográfico no Concelho de Ílhavo

O concelho de Ílhavo insere-se na Unidade Territorial para Fins Estatísticos (NUTS) II Centro e na NUTS III Baixo Vouga. É constituído por 4 freguesias: S. Salvador, Gafanha do Carmo, Gafanha da Encarnação e Gafanha da Nazaré. O envelhecimento no concelho acompanha a tendência da região Centro embora apresente um rácio populacional mais jovem. O INE (2012) refere que a região Centro registou um decréscimo de 1% na população total. Assim, e pelos censos de 2011, mais de 80% da população residente concentra-se em três regiões do país: Norte (34,9%), Lisboa (26,7%) e Centro (22,0%) (Instituto Nacional de Estatística, 2012a). Ainda de acordo com este Censos, a proporção de pessoas idosas (65 ou mais anos) na região Centro é de 22,41%, no Baixo Vouga 18,80% e Ílhavo 16,6%.



Figura 3 - Evolução da população do município de Ílhavo

Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dilhavo>

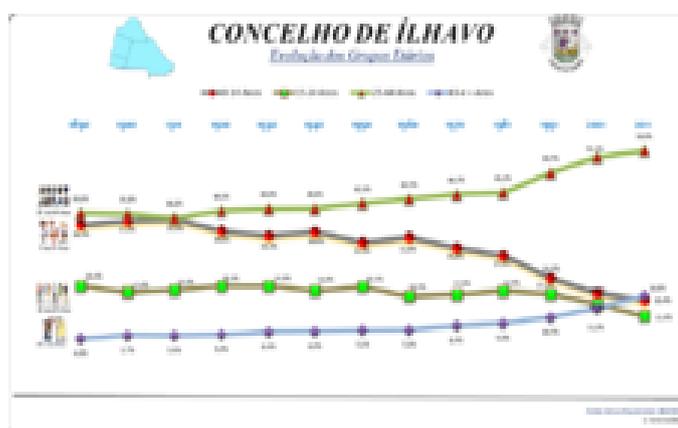


Figura 4 - Evolução dos grupos etários no município de Ílhavo

Fonte: <https://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dilhavo>

1.1.4 Espaços Maior Idade do Município de Ílhavo

Os Espaços Maior Idade tiveram início em 2007, tendo como principal objetivo o desenvolvimento de atividades socioculturais, numa filosofia que assenta na promoção do bem-estar e autoestima, no apoio aos mais velhos e no combate à sua exclusão social, valorizando as suas capacidades, competências, saberes e cultura. A sua população-alvo inclui todos os residentes no Município de Ílhavo com mais de 60 anos (Ílhavo, 2015).

Estas atividades decorrem em quatro pontos do Município (um por freguesia), uma vez por semana para cada local. São de frequência gratuita, não havendo obrigatoriedade de presença e decorrem no período da tarde com horário das

14.30h às 16.30h. Em cada encontro está sempre presente uma das dinamizadoras dos Espaços (Gerontóloga ou Animadora Social).

O Espaço da Gafanha da Nazaré funciona no Fórum Municipal da Maior idade, à segunda-feira e estão inscritos 14 utentes.

Em S. Salvador, os encontros realizam-se no Fórum Municipal da Juventude à terça-feira e tem nove pessoas inscritas.

Na Gafanha do Carmo realizam-se as sessões no Pólo de leitura da freguesia, à quarta-feira com nove utilizadores.

Na Gafanha da Encarnação, as dinâmicas realizam-se no Pólo de leitura da freguesia e conta com 20 utentes inscritos.

São também utilizadas as piscinas municipais de Ílhavo e Gafanha da Nazaré para a prática de natação e hidroginástica. Os pavilhões desportivos do concelho têm aulas de ginástica de manutenção e sessões de relaxamento para as pessoas idosas. Estas atividades apresentam um grande número de participantes, aproximando-se de 300 idosos.

Todas as atividades realizadas fazem parte do Plano Anual de Atividades elaborado por técnicos de animação, gerontologia e sociologia, com a coordenação do Pelouro da Maior Idade, e, decorrem ao longo do ano letivo, de setembro a junho.

Ao longo do ano as ações dinamizadas, são diversificadas. Algumas baseiam-se em trabalhos manuais e artesanato, mas, há também dinâmicas de grupo, com partilha de experiências e sentimentos e recorrendo-se a estratégias de estimulação cognitiva.

Ao longo do ano todos os inscritos são convidados a participar em todos os eventos organizados no Município dirigidos a esta faixa etária.

1.1.5 Envelhecimento e Funcionalidade/Capacidade Funcional

Atendendo ao paradigma do envelhecimento e dos seus reflexos na dimensão da saúde surge o conceito de funcionalidade. Segundo Botelho (2000) o conceito de funcionalidade ou capacidade funcional está relacionado com a autonomia na execução de tarefas de práticas frequentes e necessárias a todos os indivíduos, representando a sua perturbação uma consequência de determinadas situações patológicas.

O conceito de capacidade funcional é bastante complexo abrangendo os de deficiência, incapacidade, desvantagem, bem como os de autonomia e independência, mas na prática focaliza-se no conceito de capacidade/incapacidade. A incapacidade funcional define-se pela presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida quotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las (Etsuko da Costa Rosa et al., 2003).

O resultado das atividades que se inserem na prevenção terciária e quaternária apresentam resultados inferiores aos obtidos na prevenção primária da incapacidade.

Os fatores mais associados com as capacidades funcionais estão relacionados com a presença de algumas doenças, deficiências ou problemas médicos. A capacidade funcional é influenciada por fatores demográficos, socioeconómicos, culturais e psicossociais. Daí que se inclua os comportamentos relacionados com os estilos de vida como fumar, beber, comer excessivamente, fazer exercícios, sofrer de stress psicossocial, ter noção de autoeficácia e controle, manter relações sociais e de apoio como potenciais fatores explicativos da capacidade funcional (Etsuko da Costa Rosa et al., 2003).

Com o avançar da idade ocorrem mudanças morfológicas, funcionais e bioquímicas que abrangem todo o organismo e determinam a perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade. O atual conceito de saúde engloba não meramente a ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Todo o ser humano deve ser visto por uma abordagem holística. Capacidade funcional pode ser definida como o potencial que os idosos apresentam para decidir e atuar nas suas vidas de forma independente, no seu quotidiano. E a incapacidade funcional refere-se à dificuldade ou necessidade de ajuda para o indivíduo executar tarefas no seu dia-a-dia, abrangendo dois tipos de atividades: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD). A divisão em ABVD e AIVD começou com os estudos de Mahoney e Barthel e Lawton e Brody. Nas alterações relacionadas com a idade estão sempre presentes fatores de risco e ocorrência de doenças crónico-degenerativas, que determinam para o idoso um

certo grau de dependência, relacionado diretamente com a perda de autonomia e dificuldade de realizar as atividades básicas de vida diária, interferindo na sua qualidade de vida. Segundo os autores, a capacidade funcional surge, como um novo paradigma de saúde, particularmente um valor ideal para que o idoso possa viver independente, sendo esta a capacidade do indivíduo realizar suas atividades físicas e mentais necessárias para manutenção de suas atividades básicas e instrumentais, ou seja: tomar banho, vestir-se, realizar higiene pessoal, transferir-se, alimentar-se, manter a continência, preparar refeições, controle financeiro, tomar remédios, arrumar a casa, fazer compras, usar transporte coletivo, usar o telefone e caminhar uma certa distância. Referem também que a capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, é um dos importantes marcadores de um envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos. A perda dessa capacidade está associada à previsão de fragilidade, dependência, institucionalização, risco aumentado de quedas, morte e problemas de mobilidade, trazendo complicações ao longo do tempo, e gerando cuidados de longa permanência e alto custo (Guimarães et al., 2004).

A maioria dos idosos sofre de doenças crônicas, deficiências ou apresentam problemas médicos, sendo estes associados à perda da capacidade funcional. A capacidade funcional é influenciada também por fatores demográficos, socioeconômicos, culturais e psicossociais. Segundo os autores supracitados, a manutenção e a preservação da capacidade para desempenhar as atividades básicas de vida diária são pontos básicos para prolongar o maior tempo possível a independência, e com isso o idoso mantém a sua capacidade funcional. Estes autores referem que a Reabilitação Gerontológica visa a preservação da função, adiamento da instalação de incapacidades, através de medidas preventivas tendo ainda como objetivo diminuir o comprometimento imposto por incapacidades, promovendo um modo de vida mais saudável e adaptando o indivíduo de forma a proporcionar uma melhor qualidade de vida (Guimarães et al., 2004).

1.1.5.1 Envelhecimento e as Atividades de Vida Diária

Este conceito está intrinsecamente relacionado com o anterior pois a capacidade funcional através da (in) capacidade de realizar Atividades de Vida Diária Básicas

e Instrumentais torna-se relevante perceber em que consistem estas atividades (Pedrazzi, Rodrigues, & Schiaveto, 2007). As Atividades de Vida Diária Básicas podem ser descritas como atividades de autocuidado, sendo essenciais à sobrevivência no dia-a-dia como o autocuidado, alimentação e higiene.

1.1.6 Envelhecimento Ativo

O conceito de envelhecimento ativo, preconizado pela Organização Mundial da Saúde na II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, depende de uma variedade de influências, ou determinantes, que envolvem os indivíduos, as famílias e as nações. A forte evidência sobre o que determina a saúde sugere que todos estes fatores, bem como os que resultam da sua interação, constituam o referencial dos indicadores da qualidade do envelhecimento das pessoas e das populações. Se é verdade que os determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, contribuem para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida, não podemos esquecer que, em muitas situações, o declínio das funções que se associa ao envelhecimento está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais. São importantes exemplos dessas situações, pela sua prevalência, entidades clínicas como a depressão, fenómenos de solidão e de isolamento de muitas pessoas idosas (DGS, 2004).

O envelhecimento ativo não se restringe ao âmbito dos comportamentos promotores da saúde, leva também em consideração os fatores ambientais e pessoais que interagem com as condições de saúde. As envolventes que enquadram o envelhecimento, como a família

O objetivo do envelhecimento ativo é, assim, bastante mais amplo e visa aumentar a expectativa de uma vida saudável, que mantenha a autonomia e a independência, bem como “a qualidade de vida de todas as pessoas que estão a envelhecer, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados de saúde” (OMS, 2002). O objetivo da OMS consiste na resolução dos problemas que resultam do envelhecimento e da importância crucial de preservarem a saúde, sem a qual não é possível garantir a qualidade de vida. Longe de circunscrever a saúde ao perímetro do indivíduo e a

pressupostos biomédicos, a saúde engloba “o bem-estar físico, mental e social” (OMS, 2002), pelo que as políticas e os programas que promovem a saúde e as relações sociais são tão importantes como aqueles que melhoram as condições físicas de saúde.

O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de promover a qualidade de vida das pessoas que envelhecem em três pilares: saúde, participação, segurança. Em 2015, é adicionado um quarto pilar, aprendizagem ao longo da vida pela sua relevância na promoção da literacia e resiliência. A comunidade e a sociedade em que o processo ocorre exercem impacto na forma como se envelhece. Com efeito, para a OMS, “o termo ativo refere-se à participação contínua nas questões sociais, económicas, culturais, espirituais e cívicas, e não só à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho”.

Neste contexto, não se pode deixar de sublinhar que a expressão envelhecimento ativo remete para a noção biomédica, seguramente positiva, da manutenção da atividade motora e cognitiva por parte das pessoas mais velhas, nomeadamente quando passam da vida *ativa* à reforma/aposentação, ou seja, quando entram na zona de risco – não tanto ou não só do envelhecimento – mas sim da *inatividade*. Deste ponto de vista, a epítome do envelhecimento ativo são os “estilos de vida saudáveis” e os “bons hábitos de saúde”, cujas recomendações são bem conhecidas nas sociedades ocidentais e deveriam, desejavelmente, ser adotadas por todos de forma a prevenir as doenças e a promover a saúde, assim como a qualidade de vida em geral, em particular na velhice (Cabral & Ferreira, 2013).

Pode entender-se o envelhecimento como um processo progressivo e inevitável, caracterizado pela diminuição das funções fisiológicas e de todas as capacidades físicas, o qual torna essa população dependente de terceiros para conseguir realizar as atividades quotidianas (Lopes & Siedler, 1997). As alterações na saúde mental, na cognição e no humor também são comuns na população idosa (Costill, 1986). Além disso, as alterações fisiológicas e músculo articulares associadas à inatividade física levam, geralmente, o idoso a uma condição degenerativa crescente das suas capacidades físicas e fisiológicas, acarretando o aparecimento de problemas como a perda de equilíbrio (ataxia), o

comprometimento da marcha e os problemas psicológicos como a baixa de auto estima e depressão (Matsudo, Matsudo, & Barros Neto, 2001). Grande parte desses aspetos deletérios do envelhecimento pode ser amenizada com a prática de exercícios físicos regulares (Mazini Filho et al., 2010). Têm sido apontados diversos benefícios da atividade física (Matsudo et al., 2001): melhoria da sensibilidade à insulina, levando a um melhor controlo glicémico, podendo prevenir o desenvolvimento de diabetes, aumento da fração HDL, diminuição do LDL, redução significativa dos triglicérideos. Com o envelhecimento ocorre um aumento percentual da gordura corporal e diminuição da massa muscular, porém a atividade física reduz essas modificações. Além disso, ajuda a melhorar a massa óssea quando jovem, e, prevenir a perda na fase adulta, diminuindo o risco de fraturas; melhora a imunidade, que pode diminuir a incidência de infeções e, possivelmente, de certos tipos de cancro; melhora a função autónoma, e da variabilidade da frequência cardíaca. É muito importante a prática regular de exercício físico não apenas na juventude, mas, sim, ao longo de toda a vida. A prática constante de algum exercício físico revela-se importante na medida em que pode proporcionar um aumento na qualidade de vida do idoso, auxiliar na manutenção da sua capacidade funcional e na manutenção plena das habilidades físicas e mentais que adquiriu ao longo de sua vida (Mazini Filho et al., 2010).

Embora a grande maioria dos idosos seja portadora de, pelo menos, uma doença crónica nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam uma vida perfeitamente normal, com as suas doenças controladas e expressa satisfação na vida (Ramos et al., 1993). Um idoso com uma ou mais doenças crónicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controlo destas, com sequelas decorrentes e incapacidades associadas. Assim, o conceito clássico de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças. Na verdade, o que está *em jogo* na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que atinja as várias fases da velhice capaz de gerir sua própria vida e determinar

quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho (produção em algum nível) poderá ser considerada uma pessoa saudável. Mesmo quando essa pessoa é hipertensa, diabética, cardíaca e toma medicação para a depressão, uma combinação frequente. O importante é que, como resultado de um tratamento bem-sucedido, mantenha a sua autonomia, se sinta feliz e integrada socialmente. Uma outra pessoa com a mesma idade e as mesmas doenças, porém sem controle, poderá apresentar um quadro diferente. Essa pessoa poderá apresentar uma progressiva reclusão social, com tendência ao sedentarismo, comprometimento cognitivo, perda de autoestima e abandono de autocuidados. A saúde é, assim, o resultado das experiências passadas em termos de estilos de vida, de exposição aos ambientes onde se vive e dos cuidados de saúde que se recebem; a qualidade de vida, nas pessoas idosas, é largamente influenciada pela capacidade em manter a autonomia e a independência. Os últimos anos de vida são muitas vezes acompanhados, apesar dos enormes progressos da medicina nas últimas décadas, por aumento das situações de doença e de incapacidade, frequentemente relacionadas com situações suscetíveis de prevenção (DGS, 2004). A promoção da saúde e os cuidados de prevenção, dirigidos às pessoas idosas, aumentam a longevidade e melhoram a saúde e a qualidade de vida e ajudam a racionalizar os recursos da sociedade. Está provada a eficácia da prevenção dos fatores de risco comuns a várias patologias incapacitantes de evolução prolongada, pelo que é prioritária uma atuação concertada, de todos os atores da sociedade, para melhorar os cuidados com uma boa nutrição, desincentivar o consumo excessivo de álcool, a cessação ou redução do consumo de tabaco, a prática regular de atividade física e o controlo dos fatores de *stress*. Tendo em conta os determinantes comportamentais de um envelhecimento ativo ao longo da vida, a adoção de estilos de vida mais saudáveis e uma atitude mais participativa na promoção do autocuidado serão fundamentais para se viver com mais saúde por mais anos, contrariando um dos mais frequentes mitos negativos, ligados ao envelhecimento, que considera ser tarde demais, quando se é mais idoso, para se alterar o modo como se vive (DGS, 2004). Apesar de, como já se referiu, a maioria das pessoas idosas não ser doente nem dependente, há que ter em conta as múltiplas

necessidades decorrentes de um contexto específico de patologia crônica múltipla, mais frequente à medida que a idade avança. Tal torna necessário um modelo coordenado e compreensivo de continuidade de cuidados, que respeite o princípio da proximidade aplicado a uma população a envelhecer rapidamente.

Há que ter em atenção que muitos dos fatores determinantes da saúde das pessoas idosas e do impacto sobre as suas famílias, ultrapassa os limites da ação do setor específico da saúde, nomeadamente os relacionados com: segurança e inadaptação dos ambientes urbanos ou rurais; relacionados com a proteção social; habitação e transportes; educação; trabalho formal e informal; violência, ou abusos físico, psicológico, sexual ou financeiro.

2.0 METODOLOGIA

Nos capítulos anteriores foram exploradas as temáticas relacionadas com o envelhecimento demográfico das sociedades e o conceito relacionado com o paradigma da OMS referente ao envelhecimento ativo. Neste capítulo apresenta-se a metodologia de investigação que foi utilizada na realização deste trabalho. Inclui a conceptualização e operacionalização do estudo, a descrição da amostra, o instrumento de recolha de dados e os procedimentos utilizados para responder à questão de investigação: Qual a relação/associação entre a frequência dos Espaços de Maior Idade pelas pessoas idosas e a perceção do seu estado de Saúde?

2.1 Objetivos

Este estudo tem como objetivo geral a caracterização das pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos, que frequentam os espaços de maioridade existentes no Concelho de Ílhavo, centrando-se na análise e na perceção dos níveis de satisfação que estas atividades proporcionam. Os objetivos específicos são:

- a) Caracterizar a coorte de pessoas idosas com idade igual ou superior a 65 anos a frequentar espaços de maioridade no Concelho Ílhavo. Para tal será efetuada uma avaliação integrada com perspetiva multidimensional, incluindo: características sociodemográficas, tais como idade, sexo e estado civil, avaliação de saúde;
- b) Analisar eventuais correlações entre o estado de saúde/satisfação dos idosos e a influência das atividades que desenvolvem.

2.2 Operacionalização do Estudo

O trabalho desenvolveu-se em três fases essenciais. A primeira incidiu sobre a revisão da literatura e principais temáticas em estudo. A segunda envolveu a construção da amostra e do instrumento utilizado e a aplicação do pré teste, que foi efetuado no centro de Saúde de Ílhavo a 10 idosos da consulta. A sua finalidade foi perceber se as perguntas eram compreendidas, e o tempo necessário á sua aplicação.

Depois seguiu-se a recolha de dados nos Espaços de Maioridade de Ílhavo. A última fase correspondeu ao tratamento estatístico de dados, apresentação de resultados, discussão e referencia à literatura revista.

2.3 Caracterização da Amostra

A escolha da temática foi motivada pelo conhecimento do trabalho realizado por equipas multidisciplinares que se dedicam ao apoio destes idosos. Antes da operacionalização, o projeto foi aprovado pelo Vereador dos Pelouros da Maior Idade e da Cidadania e Igualdade da Câmara Municipal de Ílhavo, e pela Chefe de Divisão de Ação Social e Saúde (Apêndice n.º 1). Para atingir os objetivos deste estudo será utilizada uma abordagem quantitativa do tipo descritivo que se caracteriza por evidenciar relações entre as variáveis permitindo a generalização dos resultados obtidos com a amostra em estudo à população em geral (Fortin, 2009).

2.4 Contexto do Estudo

A realização deste estudo decorrerá nos espaços de Maioridade existentes no Concelho de Ílhavo. Neste estudo será utilizada uma amostra de conveniência, sem cálculo amostral pois a dimensão da amostra corresponde à totalidade dos utilizadores destes espaços. Não foi possível aplicar o questionário à totalidade dos utilizadores destes espaços, por não estarem presentes nos dias em que o mesmo foi feito.

Critérios de inclusão: Idade \geq a 65 anos e participar com regularidade nas atividades das instituições e aceitar participar no estudo

Critérios de Exclusão: idade $<$ a 65 anos

A amostra em estudo é composta por 41 pessoas idosas que aceitaram colaborar neste estudo e pertencentes a um universo de 52 idosos inscritos nos espaços de maioridade de Ílhavo.

Os questionários foram realizados nos Espaços da Maior idade onde decorriam as sessões e participaram as pessoas que aceitaram após explicação de estudo e assinatura de consentimento informado. Conseguimos que 41 pessoas idosas respondessem ao nosso questionário, tendo sempre o apoio do dinamizador da sessão em curso (Gerontólogo ou Animador Socio Cultural).

Os restantes 11 idosos não colaboraram porque estiveram ausentes nos dias em que os inquéritos foram aplicados.

Em S. Salvador, no Fórum Municipal da Juventude oito pessoas acederam a participar no estudo. Na Gafanha da Nazaré no Fórum Municipal da Maior idade, participaram todos os que estavam presentes no dia em que foi aplicado o questionário e eram em número de dez.

Na Gafanha do Carmo, no Pólo de leitura da freguesia, a participação de oito utilizadores.

Na Gafanha da Encarnação, no Pólo de leitura da freguesia, participaram quinze pessoas que eram as presentes no dia em que foram aplicados os inquéritos.

2.5 Procedimentos de Recolha de Dados

O processo de recolha de dados decorreu entre Janeiro de 2016 e Abril de 2016. Os dados foram recolhidos através da aplicação de um questionário elaborado pela autora do trabalho através da entrevista presencial a cada um dos participantes.

Este é efetuado juntamente com informações ao participante e com a apresentação do termo de consentimento informado (Anexo n.º 1).

A autora deslocou-se aos vários locais onde decorriam as atividades e após explicação prévia sobre o estudo e o questionário a aplicar dava o consentimento informado a assinar e depois com a colaboração do gerontólogo ou do animador distribuía os questionários pelas pessoas. Ao longo do preenchimento dos questionários e, se, surgissem dúvidas iam sendo esclarecidas.

Após ser preenchido é identificado com um código a fim de ser garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados.

2.6 Instrumentos de Medida

Para alcançar os objetivos propostos foi desenvolvido o questionário que permitiu aglutinar informação sobre a situação sociodemográfica desta amostra (Apêndice n.º 2). Foi ainda utilizado o questionário SF-36 validado para a população portuguesa para estudo da qualidade de vida em saúde das pessoas idosas inquiridas (Anexo n.º 2) (Ferreira, Ferreira, & Pereira, 2012).

2.6.1 Questionário sobre a percepção de qualidade de vida relacionada com saúde (SF-36, Short From Health Survey, Versão 2)

O Short From Health Survey (SF-36) é um dos instrumentos mais utilizados em todo o mundo para realizar a avaliação da Qualidade de vida (QV), tanto na população em geral, como em subgrupos da população ou em grupos doentes (Bartsch et al., 2011; Gandek, Sinclair, Kosinski, Ware, & Jr., 2004; Gonçalves et al., 2011; Hawthorne, Densley, Pallant, Mortimer, & Segal, 2008; Hopman et al., 2000; Juniper, Norman, Cox, & Roberts, 2001; Loge & Kaasa, 1998; Ruta, Hurst, Kind, Hunter, & Stubbings, 1998; Soto et al., n.d.)

O SF-36 é um questionário multidimensional que compreende 36 itens e aborda oito diferentes domínios: função física (FF), desempenho físico (DF), desempenho emocional (DE), a intensidade e o desconforto causado pela dor (DC), estado geral de saúde (SG), vitalidade (VT), função social (FS), e saúde mental (SM) (Ferreira et al., 2012; Gonçalves et al., 2011) Para além destes oito domínios, possui ainda um item isolado que classifica as mudanças relativamente ao estado de saúde (MS) (Netz, 2009).

Domínios	Itens	Descrição
Função física (FF)	3.a, 3.b, 3.c, 3.d, 3.e, 3.f, 3.g, 3.h, 3.i e 3.j.	Medição do impacto na qualidade de vida das limitações físicas, em situações do dia-a-dia (vestir-se, tomar banho, etc), praticar desportos mais exigentes fisicamente ou carregar os sacos das compras, ajoelhar-se ou andar uma determinada distância e subir degraus;

Desempenho Físico (DF)	4.a, 4.b, 4.c e 4.d.	Avalia o impacto das limitações em saúde devidas a problemas físicos, ao tipo e à quantidade do trabalho realizado, à necessidade de reduzir o trabalho ou à dificuldade em realizá-lo;
Desempenho Emocional (DE)	5.a, 5.b, 5.c e 5.d.	Avalia o impacto das limitações em saúde devidas a problemas emocionais, ao tipo e à quantidade do trabalho realizado, à necessidade de reduzir o trabalho ou à dificuldade em realizá-lo;
Intensidade e desconforto causado pela dor (DR)	7 e 8.	Mede a intensidade, o desconforto causado pela dor corporal e de que modo é que interfere com o trabalho normal;
Estado Geral de Saúde (SG)	1 e 11.a, 11.b, 11.c e 11.d.	Avalia a percepção holística da saúde, englobando a saúde atual, resistência à doença e o aspeto saudável;
Vitalidade (VT)	9.a, 9.e, 9.g e 9.i.	Inclui os níveis de energia e de fadiga;

Saúde Mental (SM)	9.b, 9.c, 9.d, 9.f e 9.h.	Inclui os conceitos de ansiedade, de depressão, de perda de controlo comportamental ou emocional e de bem-estar psicológico;
Função Social (FS)	6 e 10.	Inclui os conceitos relativos à quantidade e à qualidade das relações sociais, assim como o impacto dos problemas físicos e emocionais nas mesmas.

Tabela 1 - Descrição de oito domínios do questionário SF-36

(adaptado de Ferreira et al., 2012, p. 164)

O instrumento SF-36 já possui uma versão validada para a população portuguesa (Ferreira et al., 2012). Na validação da primeira versão deste questionário, avaliou-se a sensibilidade às alterações de condições de saúde, a coerência interna, a fiabilidade teste-re-teste e as validades de conteúdo, discriminante, construção e critério (Ferreira, 1998; Pedro Lopes Ferreira, 2000)

Para ser feita uma análise do resultado após a aplicação deste instrumento, soma-se as questões e agrupa-se de acordo os domínios e, de seguida, calcula-se o *raw-scale*. Para esse efeito são considerados o valor obtido, o valor mínimo e a variação de cada um dos domínios multiplicados por 100, terminando com o mesmo peso para todos os domínios (Gonçalves et al., 2011).

De acordo com os mesmos autores, cada domínio do SF-36 possui um valor que varia entre 0 e 100, onde 0 é a pior e 100 a melhor perceção de qualidade de vida relacionada com a saúde.

2.7 Procedimento de Análise de Dados

A análise dos dados foi feita através de uma análise estatística descritiva e inferencial e respeitando as normas aplicadas para o SF-36. Com a utilização

deste questionário foram efetuadas questões sobre capacidade funcional, limitação por aspetos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspetos sociais, limitação por aspetos emocionais e saúde mental. Os dados foram analisados com o suporte do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 24.

Em seguida, foram analisadas as associações entre o género, a idade e a avaliação da saúde que constam do questionário sociodemográfico, com seis domínios do questionário SF-36 (capacidade funcional, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspetos sociais e saúde mental) (tabelas 1, 2 e 3). Devido à anormalidade na distribuição dos dados foram utilizados testes não paramétricos, como o de Mann-Whitney, o coeficiente de correlação de Spearman e o teste de Kruskal-Wallis. Para a comparação dos scores obtidos nos domínios, por cada participante, no SF-36 e o género dos mesmos, foi efetuado o teste de Mann-Whitney e $\alpha=0,05$. De modo a ser estabelecida uma correlação entre os scores obtidos para os diversos domínios e a idade dos participantes, foi determinado o coeficiente de correlação de Spearman. Por fim, para se estabelecer uma comparação entre as diferentes avaliações de saúde (muito boa ou boa, regular e má) e os scores obtidos nos domínios, foi aplicado o teste de Kruskal-Wallis, com $\alpha=0,05$.

3.0 RESULTADOS

A amostra é composta por um total de 41 pessoas idosas, inseridas num universo de 52 idosos inscritos nos espaços de Maioridade.

Da amostra estudada 80,48% dos indivíduos são do sexo feminino (N=33) e 19,52% são do sexo masculino (N=8).

Relativamente ao estado civil verifica-se que 58,54% são casadas ou vivem em união de fato (N=24), correspondendo a viuvez a 34,15% do total (N=14);

92,68% (N=38) reside no concelho de Ílhavo.

No respeitante às habilitações literárias verifica-se que 78,05% dos inquiridos tem o 4º ano de escolaridade (N=32). Verifica-se ainda que em 4,88% dos inquiridos (N=2) possui habilitações académicas superiores (licenciatura). De registar que apenas num caso se verifica a situação de analfabetismo, que corresponde a uma mulher. No que se refere à situação perante o trabalho, 87,81% estão aposentados (N=36) e 9,76% são domésticas (N=4).

Com a aplicação do questionário sociodemográfico foram obtidos os resultados que se descrevem:

1. No respeitante à ocupação do tempo livre para além da frequência dos Espaços de Maior Idade, 75,61% (N=31) realizam atividades domésticas, nomeadamente ocupando-se da lida da casa, da confeção das refeições. 9,76% (N=4) do total da amostra refere realizar trabalhos manuais (como: tricô, desenho, pintura) enquanto 9,76% (N=4) passa o seu tempo livre a ver televisão e apenas 2,44% (N=1) gosta de ler.
2. No respeitante à fonte de rendimentos verificou-se que era variável, 48,78% (N=20) destes idosos têm reforma por idade, 19,51% (N=8) recebem reforma por invalidez e 19,51% (N=8) vive com pensão de viuvez. Na amostra encontrou-se uma pessoa sem qualquer tipo de apoio financeiro, que corresponde a uma mulher.
3. No respeitante à avaliação empírica da sua saúde atual, 60,98% (N=25) diz ter uma saúde razoável, 19,51% (N=8) avaliam a sua saúde como boa e 17,07% (N=7) refere que a sua saúde é má.

4. Na hierarquia das suas preocupações surge em primeiro lugar a saúde com 56,10% (N=23) e a seguir a preocupação com a família com 17,07% (N=7), sendo o *dinheiro* a terceira preocupação referida por 14,63% (N=6).
5. O motivo pelo qual frequentam as atividades dos Espaços de Maior idade é na sua maioria por convívio, 82,93% (N=34). É de referir que 12,20% (N=5) referem a solidão como motivo principal para frequentarem estas actividades.

Variáveis:	n	%
Sexo		
Masculino	8	20%
Feminino	33	80%
Estado civil		
Casado(a)/União de Fato	24	59%
Solteiro(a)	1	2%
Divorciado(a)	2	5%
Viuvo(a)	14	34%
Naturalidade		
Aveiro	33	80%
Braga	3	8%
Lisboa	1	2%
Porto	2	5%
Viseu	2	5%
Área Residência		
Ilhavo	15	37%
Gafanha Nazaré	14	34%
Gafanha Encarnação	8	20%
Gafanha Aquém	1	2%
Calvão	2	5%
Ouca	1	2%
Ler e Escrever		
Sim	40	98%
Não	1	2%
Habilitações Literárias		
4ª Classe	32	78%
Secundário	5	13%
Licenciatura	2	5%
Outro - 3ª Classe	1	2%
Outro - 6º Ano	1	2%
Situação Perante o trabalho		
Empregado	0	0%
Desempregado	1	2%
Trabalhador P/Conta Própria	0	0%
Reformado	36	88%
Outra - Domestica	4	10%
Como ocupa atualmente o seu tempo, para além do Espaço de Maior Idade?		
Não Faz Nada	1	2%
Realiza Atividades domésticas	31	76%
Realiza Trabalhos manuais (croché, tricô, desenho, pintura,...)	4	10%
Vê Televisão	4	10%
Ler (jornais, revistas, livros, etc)	1	2%

Tabela 2 - Tabela resumo das respostas obtidas no questionário sociodemográfico

Variáveis:	n	%
Atualmente qual é a sua principal fonte de rendimento		
Trabalho	1	2%
Pré-Reforma	1	2%
Reforma por idade	20	50%
Reforma por Invalidez	8	20%
Pensão de Viuvez	8	20%
Não tem qualquer apoio financeiro	1	2%
Outro - Seguro Reforma	1	2%
Outro - Rendas de casas	1	2%
Como avalia a sua saúde		
Muito Boa	1	2%
Boa	8	20%
Regular	25	61%
Má	7	17%
Qual a sua principal preocupação hoje?		
Saúde	23	56%
Família	7	17%
Dinheiro	6	15%
É o futuro	2	5%
Amor	1	2%
Independência/Autonomia	2	5%
O que o levou a frequentar estas atividades?		
Exercício Físico	2	5%
Convívio	34	83%
Solidão	5	12%

Tabela 3 - Tabela resumo das respostas obtidas no questionário sociodemográfico

Com o questionário sobre a perceção da qualidade em saúde (SF-36), adaptado à população portuguesa, foram obtidos os resultados que passaremos a descrever. À primeira pergunta, sobre a classificação do seu estado de saúde, 56% consideram a sua saúde razoável e 24% consideram-na boa, havendo no entanto, 17% que a consideram fraca. Na segunda questão solicita-se que seja efetuada uma comparação do seu estado atual de saúde com o mesmo mas há um ano atrás.

Então foram obtidas as seguintes respostas: i) 59% disseram que se sente praticamente na mesma; ii) 15% referem sentir-se melhor; iii) 17% referem sentir-se um pouco pior; iv) 10% dizem sentir-se muito pior.

A terceira questão refere-se à influência da saúde na limitação de desempenho de atividades.

Assim quanto à prática de atividades mais violentas (como correr, levantar pesos) 39% sentem-se muito limitados e 24% dizem não ter limitações; nas atividades moderadas (como aspirar a casa) 46% sentem-se um pouco limitados e 34% não referem limitações; para levantar compras na mercearia, 51% sentem alguma limitação e 34% não têm limitações; subir vários lanços de escadas 44% referem

alguma limitação e 32% não refere qualquer limitação; subir um lanço de escadas, 53% não tem limitações e 37% tem alguma; em ajoelhar-se, 54% refere alguma limitação e 22% diz não ter; andar mais de 1 km, 34% não tem limitação e também 34% refere alguma; andar várias centenas de metros, 41% não refere limitações e 32% diz ter alguma; andar uma centena de metros, 51% não tem limitação e 34% tem alguma; tomar banho e vestir-se sozinho, 85% não tem qualquer limitação e 12% refere alguma.

Na questão seguinte pede-se que respondam em relação ao tempo gasto nas suas atividades relacionando com o seu estado de saúde, e tal como na questão anterior, referiremos só os resultados mais relevantes que foram: diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras atividades 37% responderam nunca, 24% pouco tempo e também 24% algum tempo; fez menos do que queria 32% respondeu nunca, 24% referiu algum tempo e 20% respondeu pouco tempo, sentiu-se limitado no trabalho ou outras atividades; dificuldade em executar o trabalho ou outra atividade 34% respondeu nunca, 32% disse que se sentiu limitado a maior parte do tempo e 20% sentiu-se limitado algum tempo.

A pergunta cinco pretende avaliar a relação entre as atividades profissionais ou ocupacionais e eventuais alterações emocionais (Ex: sentir-se deprimido ou ansioso).

Foram obtidos os seguintes resultados: 49% dos inquiridos refere nunca ter diminuído o tempo de trabalho ou de outras atividades, 24% diz ter reduzido algum tempo e 20% responde que reduziu a maior parte do tempo;

No item “fazer menos do que queria”, 41% responde nunca, 22% responde a maior parte do tempo, 15% refere algum tempo e também 15% refere pouco tempo;

Relativamente ao item “cuidado com que realizou o trabalho ou as atividades”: i) 41% diz que tal nunca aconteceu; ii) 29% diz que isto se passou a maior parte do tempo; iii) 12% refere este acontecimento durante pouco tempo.

Na questão seis foi relacionada a saúde física/ problemas emocionais e a sua interferência com o relacionamento social. Foram verificados os seguintes resultados: i) 56% dos inquiridos referiu não ter tido interferência; ii) 27% refere

que interfere moderadamente; iii) 12 % dos inquiridos refere que interfere muito pouco.

A questão seguinte pretende avaliar as dores sentidas nas últimas quatro semanas. Foram apurados os seguintes dados: i) 34% dos inquiridos refere dores fortes; ii) 24% dos inquiridos refere dores moderadas; iii) 17% dos inquiridos refere dores ligeiras e 10% não refere ter tido dores.

Na última pergunta, as “dores interferiram com o trabalho normal”, e, 39% disseram moderadamente, 27% responderam pouco, 20% referiram bastante e, ainda 16% responderam não ter havido interferência.

Numa fase inicial, foram determinados, para cada domínio em estudo, os valores da média e desvio padrão para a totalidade da amostra em estudo (Tabela 4).

No âmbito do tratamento estatístico dos dados não foram considerados os domínios da “limitação por aspetos físicos” e “limitação por aspetos emocionais”. Este fato ocorreu após obtenção de scores individuais superiores a 100. Esta situação pode estar relacionada com a interpretação incorreta feita pelos participantes. Assim o tratamento estatístico destes dados poderia resultar em viés nos resultados do estudo.

Domínio	Média	Desvio Padrão
CF	60,24	26,243
Dor	47,80	24,751
EGS	52,85	19,567
Vitalidade	46,95	15,807
AS	79,88	18,088
SM	56,59	15,246

Tabela 4 - Média e desvio padrão para cada domínio

Legenda: CF – capacidade funcional; AS – aspetos sociais; SM – saúde mental; EGS – estado geral de saúde

Para a comparação dos scores obtidos em cada domínio e o género (Tabela 5), foi aplicado o teste de Mann-Whitney e com $\alpha=0,05$. Verifica-se existir uma diferença estatisticamente significativa entre homens e mulheres no domínio capacidade funcional (CF), indicando que os homens apresentam significativamente melhor capacidade funcional que as mulheres (p -

value=0,039 para $\alpha=0,05$).

SF-36	Género				p-value
	Masc (N=8)		Fem (N=33)		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
CF	77,50	19,821	56,06	26,123	0,039
Dor	60,38	21,010	44,76	24,902	0,063
EGS	54,25	14,897	52,52	20,723	0,704
Vitalidade	48,75	10,607	46,52	16,932	0,868
AS	82,81	19,975	79,17	17,861	0,574
SM	61,50	12,995	55,39	15,688	0,247

Tabela 5 - Teste de Mann-Witney para comparação de médias dos domínios do SF-36 e o género

Aqui e apesar das diferenças significativas verificadas após a aplicação deste teste verifica-se que a CF e as dores apresentam *p-value* (0,039 e 0,063) com força de associação diferentes entre a variável género e a EGS, vitalidade, AS e SM.

Na tabela 6 apresentam-se as correlações entre idade e os vários domínios do SF-36, utilizando o Coeficiente de Spearman. Não se obtiveram valores significativos, sendo que as correlações são sempre negativas e baixas.

ρ de Spearman	CF	Dor	EGS	Vitalidade	AS	SM
Coeficiente de Correlação	-0,134	-0,111	-0,209	-0,015	-0,116	-0,012
p-value	0,404	0,489	0,189	0,927	0,468	0,938

Tabela 6 - Coeficiente de correlação de Spearman entre idade e os domínios do SF-36

Em termos da comparação da avaliação da saúde com os domínios do SF-36 verifica-se que as diferenças são sempre significativas, com exceção do domínio CF (capacidade funcional) (tabela 7). Assim, os dados indicam que quando pior os participantes avaliam a sua saúde mais apresentam problemas de dor, pior EGS, menor vitalidade, menor apoio social e pior saúde mental.

Para a avaliação da variável saúde e a sua correlação com a CF, dor, EGS, vitalidade, AS e SM, foi utilizado o Teste de Kruskal-Wallis, com $\alpha=0,05$ porque torna possível estabelecer uma comparação entre as diferentes avaliações de saúde (muito boa ou boa, regular e má) e os scores obtidos nos domínios.

Em termos da correlação da avaliação da saúde com os domínios do SF-36 verifica-se que as diferenças são sempre significativas, com exceção do domínio CF (capacidade funcional) (tabela 7). Assim, existe correlação fortemente significativa entre as variáveis em estudo (p-value 0,000 a 0,052 para $\alpha=0,05$). Parece existir uma correlação positiva entre o nível de saúde percebida e as variáveis em estudo, o que significará que a verbalização das queixas poderá corresponder a problemas reais (dor, pior EGS, menor vitalidade, menor apoio social e pior saúde mental).

SF-36	Avaliação da Saúde						p-value
	Muito Boa ou Boa (N=9)		Regular (N=25)		Má (N=7)		
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	
CF	77,78	21,376	58,00	23,184	45,71	33,220	0,052
Dor	65,44	17,586	47,08	23,885	27,71	21,211	0,003
EGS	74,56	13,182	50,44	16,396	33,57	8,997	0,000
Vitalidade	57,78	8,333	46,00	16,137	36,43	14,920	0,020
AS	83,33	21,651	83,00	16,089	64,29	13,363	0,039
SM	64,44	10,477	57,76	14,701	42,29	14,209	0,018

Tabela 7 -Teste de Kruskal-Wallis para comparação de médias dos domínios do SF-36 e a avaliação da saúde

4.0 DISCUSSÃO

O objetivo deste capítulo prende-se com a discussão dos resultados obtidos, evidenciando os aspetos que mais se destacaram pelo seu significado, procurando, ainda, relacioná-los com outros estudos neste âmbito.

A conceção deste estudo teve a seguinte orientação: na primeira fase foi realizada a revisão bibliográfica, seguindo-se a definição de objetivos, a amostra, que não abrangeu todas as pessoas idosas frequentadoras dos espaços de Maior Idade, por não estarem presentes nos dias em se aplicou o questionário. A discussão de resultados será elaborada de acordo com os objetivos propostos.

Verifica-se na amostra um número de mulheres, 80,48% dos participantes destes espaços, muito superior ao dos homens, 19,52%; quanto ao estado civil, 58,54% são casados ou vivem em união de fato e 34,15% são viúvas, sendo todas mulheres. Estes dados encontrados são consistentes com a literatura demográfica (Nazareth, 2007). Também nesta amostra se verifica que as mulheres são em maior número, o estado de viuvez só tem pessoas do sexo feminino.

No que respeita às habilitações literárias a única pessoa em situação de analfabetismo é uma mulher, assim como a pessoa que não tem qualquer apoio financeiro também é do sexo feminino.

Quanto à avaliação empírica que fazem sobre o seu estado de saúde, 60,98% refere ter uma saúde razoável e 19,51% consideram-na boa e 17,07% consideram ser má.

Quanto aos resultados obtidos com a aplicação do questionário SF-36, verifica-se que 59% diz não ter sofrido qualquer alteração no seu estado de saúde no último ano, mas 15% referem melhorias.

Relativamente às limitações sentidas no desempenho de atividades mais violentas, 24% não se sentem limitados; nas atividades moderadas 34% também não se sente limitado. Ainda na mesma questão e relativamente a andar a pé, subir escadas ou ajoelhar-se há aumento do número de pessoas que referem ter limitações., e, nas atividades de higiene encontrou-se 85% de pessoas sem qualquer limitação em tomar banho e/ou vestir-se, o que nos faz pensar que mantêm conservada a sua autonomia.

Quanto ao tempo gasto para desenvolverem a atividade que praticam e resultante do seu atual estado de saúde, entre 32% e 37% referem não ter tido qualquer alteração.

Em relação aos problemas emocionais, depressão ou ansiedade, quase metade dos inquiridos (entre 41% e 49%) não sentiu que estes tivessem influenciado diretamente no desempenho das suas atividades.

No entanto, sobre a influência da saúde física e problemas emocionais e o relacionamento social obteve-se 27% de respostas afirmativas.

Apesar de 34% das pessoas ter referido dores fortes e 24% dores moderadas, verifica-se que apenas 39% referiam que estas interferiram moderadamente com o desempenho das suas atividades e 16% referiram que não tiveram qualquer interferência.

Quando se relaciona o género com a capacidade funcional, verifica-se que os homens têm capacidade funcional superior às mulheres $p=0,039$.

Em relação ao domínio dor, há diferenças sendo os homens quem refere mais dores, mas não apresentam resultados estatisticamente significativos ($P=0,063$). Quanto aos domínios estado global de saúde, vitalidade, aspetos sociais e saúde mental obtiveram-se resultados sem grande valor estatístico.

A correlação entre a idade e os vários domínios também não obteve valores significativos, ou seja, as correlações são sempre negativas e baixas com $p>0,05$.

Na correlação entre a avaliação empírica de saúde feita pelos participantes e os vários domínios do SF-36, verifica-se que as diferenças são significativas exceto na capacidade funcional, $p=0,052$.

A avaliação empírica da sua saúde está de acordo com os resultados obtidos no SF-36.

Os que pior avaliaram a sua saúde referem mais dor, têm menor vitalidade, menor capacidade social e pior saúde mental.

Existe alguma concordância com um estudo realizado em 2013, por Toldrá, C, R *et al*, 2013. Na amostra estudada por estes autores o sexo feminino tinha um peso maioritário (88%). De igual modo é o sexo feminino que apresenta menor capacidade funcional. Apesar de algumas limitações, todas as pessoas idosas da amostra participavam ativamente em atividades da comunidade. Parece estar

patente a ideia de que quanto mais ativa estiver a pessoa idosa melhor a sua capacidade funcional.

Um estudo feito por Juliana da Silva Sousa et al., em 2013, revela que a variável capacidade funcional global tem um bom resultado (58.25 ± 24.07), tal como aconteceu no nosso estudo (60.24 ± 26.24).

Esta é uma correlação muito positiva tendo em conta que este domínio está relacionado com a capacidade que a pessoa tem para desempenhar as atividades de vida diária, como os cuidados básicos de higiene, capacidade de se vestir, levantar-se da cama e sentar-se, utilizar a casa de banho sem ajuda, comer e caminhar pequenas distâncias, mantendo assim a sua autonomia (Nakagava & Rabelo, 2007, citado por Sousa *et al* em 2013). Também em relação a este estudo os valores obtidos na amostra do concelho de Ílhavo são concordantes. Observa-se que os idosos que participam ativamente em atividades físicas ou outras na sua comunidade mantêm a sua autonomia conservada. A participação em atividades de grupo na comunidade minimiza o declínio da capacidade funcional. Podemos ainda referir concordância com um estudo realizado por Jesus & Silva em 2010, citado por Sousa *et al* (2013), que apresenta valores para a capacidade funcional de 77.33 ± 41.25 .

No que se refere ao domínio dor com valores médios obtidos de 47.80 ± 24.75 , que se podem considerar bons, não estão em concordância com o estudo de Sousa *et al*, realizado em 2013, que obtiveram neste domínio o score 61.95 ± 22.19 para $\alpha=0,05$. Pesquisas realizadas por Oliveira et al (2010), citado por Sousa *et al* (2013), revelaram que cerca de 80% das pessoas entrevistadas relataram que a dor restringia a sua atividade diária. O estudo agora feito em Ílhavo aproxima-se mais do estudo realizado por Toscano & Oliveira (2009), citado por Sousa *et al* (2013), em que o domínio dor teve a pontuação média de 59.9 ± 24.7 .

Em relação ao domínio estado geral de saúde obteve-se um valor médio de 52.85 ± 19.57 , que se pode considerar um bom resultado e não é concordante com o valor obtido por Sousa et al (43.87 ± 22.24) no estudo já referido. Segundo Nakagava & Rabelo (2007), citado por Sousa *et al* (2013), estado geral de saúde está relacionado com bem-estar que inclui um bom funcionamento do corpo, ter

uma sensação de bem-estar psicológico e boa qualidade nas relações que o indivíduo mantém com os outros e o meio ambiente.

O domínio da vitalidade obteve uma pontuação mais baixa, mas que se pode considerar média devido aos scores atingidos (46.95 ± 15.81) para $\alpha=0,05$. Comparando com o estudo de Sousa *et al* (2013) que tem um score médio de 37.08 ± 21.19 , pode-se dizer que a vitalidade dos nossos participantes é superior. Segundo Nakagava & Rabelo (2007), citado por Sousa *et al* (2013), a vitalidade é a capacidade que o corpo humano tem de se manter unido e animado através de ações automáticas, instintivas, irracionais, irrefletidas, sujeitas às leis orgânicas do corpo incapaz de agir segundo a razão e a reflexão.

Da análise do domínio aspetos sociais, verifica-se um score médio atingido de 79.88 ± 18.09 , para $\alpha=0,05$ que é o valor mais elevado obtido nesta aplicação do questionário SF-36.

Neste domínio há discordância com os valores médios de score obtidos por Sousa *et al* (2013), 49.5 ± 19.02 . O valor positivo neste domínio, pode conduzir à conclusão de que a prática das atividades nos espaços de maior idade influencia positivamente a qualidade de vida dos idosos que a frequentam; aumentando a sua socialização, e, diminuindo a solidão e exclusão social de que tantas vezes sofrem, conseguindo assim melhorar a sua qualidade de vida. No entanto, um estudo realizado por Rodrigues *et al.*, (2009), citado por Sousa *et al* (2013), mostrou resultados positivos, onde mais de 70% dos entrevistados relataram que o aspeto social foi excelente, levando à diminuição da exclusão social destes indivíduos.

No domínio da saúde mental obteve-se um score médio de 56.59 ± 15.25 que é um valor mais alto que o obtido por Sousa *et al* (2013), 42.4 ± 20.97 . A participação nos espaços tem influência neste domínio porque para além das atividades físicas aí desenvolvidas, também são trabalhadas áreas ligadas à saúde mental, como a autoestima, os afetos, a cognição, entre outros. No estudo realizado por Nakagava & Rabelo (2007), citado por Sousa *et al* (2013), este foi o domínio que obteve a pontuação mais alta demonstrando que a atividade física melhorou significativamente a qualidade de vida em relação à saúde mental, na mesma sequência científica definida por Okuma (2002), citado por Sousa *et al* (2013).

Segundo Okuma (2002), a saúde mental é representada pelo equilíbrio de vários fatores como a cognição, a percepção, o afeto, a personalidade, o autoconceito, a autoestima e, a ausência de patologias a depressão, a ansiedade, o stress, a deficiência mental e outras, nas quais se observa uma relação inversa entre a incidência dessas disfunções e a prática regular de atividade física.

5.0 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Existem limitações neste estudo que são inerentes ao fato da amostra deste trabalho não ser aleatória mas ser uma amostra de conveniência, não existindo assim a probabilidade de um elemento ser selecionado.

Outra limitação relaciona-se com o fato da recolha de dados ter sido efetuada nos espaços de Maioridade do Concelho de Ílhavo o que impossibilita a generalização dos resultados aos outros concelhos do país.

Outra limitação prende-se com o fato da escolaridade dos elementos desta amostra ser maioritariamente baixa (escolaridade mínima) o que dificultou eventualmente a compreensão das perguntas e a perceção da resposta.

Porém, e apesar das limitações, considera-se que o objetivo do trabalho foi atingido a diversos níveis, entre eles, o nível científico pois permitiu o enriquecimento dos temas subjacentes ao tema em apreço, nomeadamente nas vertentes do paradigma do envelhecimento ativo.

Permitiu perceber os determinantes em saúde que norteiam estes idosos

6.0 CONCLUSÃO

Pode-se dizer que a socialização é um fator primordial para se ter um envelhecimento saudável. É através dela que o indivíduo exercita a sua personalidade, adquire padrões de conduta, valores, ideias e normas, e, também as coloca em prática. Neste contexto a importância dos relacionamentos sociais é uma condição vital para que os idosos vivam com qualidade.

Neste trabalho foi possível perceber, ainda que de forma discreta, as estratégias de *empowerment* e de capacitação que os idosos estabelecem no seu cotidiano de forma a obter melhor qualidade de vida, de autonomia de integração social e de satisfação com a vida.

Porém, estas componentes são parcialmente comprometidas pela baixa escolaridade dos inquiridos o que compromete a sua literacia em saúde e o seu empoderamento.

Pode concluir-se que estas equipas dedicadas e integradas contribuem para a melhor qualidade de vida destes idosos, para a sua satisfação com a vida, para a sua integração social e *empowerment*.

BIBLIOGRAFIA

- Bartsch, L. J., Butterworth, P., Byles, J. E., Mitchell, P., Shaw, J., & Anstey, K. J. (2011). Examining the SF-36 in an older population: analysis of data and presentation of Australian adult reference scores from the Dynamic Analyses to Optimise Ageing (DYNOPTA) project. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation*, 20(8), 1227–36. <https://doi.org/10.1007/s11136-011-9864-0>
- Botelho, M. (2000). *Autonomia Funcional dos Idosos*. (E. Bial, Ed.).
- Botelho, M. (2007). Idade avançada: características biológicas da multi-morbilidade. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*.
- Cabral, M. V., & Ferreira, P. M. (2013). Processos de Envelhecimento em Portugal.
- Carrilho, M. J., & Gonçalves, C. (2006). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos*, 21–38.
- COSTILL, D. L. (1986). *Inside Running: Basics of Sports Physiology*. Indianapolis: Benchmark Press.
- DGS. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. *A Direcção-Geral Da Saúde-Notas Históricas*. Retrieved from <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Dirac??o-Geral+da+Sa?de#3>
- Etsuko da Costa Rosa, T., Helena, M. D., Benício, A., & do Rosário Dias de Oliveira Latorre Luiz Roberto Ramos, M. (2003). Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos Determinant factors of functional status among the elderly, 37(1), 40–8. Retrieved from www.fsp.usp.br/rsp
- Félix, A. (2008). Quem cuida do cuidador: o custo invisível do ato de cuidar.
- Ferreira, P. L. (1998). A Medição do Estado de Saúde: Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36.
- Ferreira, P. L., Ferreira, L. N., & Pereira, L. N. (2012). Medidas sumário física e mental de estado de saúde para a população portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30, 163–171. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2012.12.007>
- Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação - da conceção à realização*. (LUSOCIÊNCIA, Ed.). Loures.

- Gandek, B., Sinclair, S. J., Kosinski, M., Ware, J. E., & Jr. (2004). Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. *Health Care Financing Review*, 25(4), 5–25. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15493441>
- Gonçalves, A. K., Teixeira, A. R., Freitas, C. de la R., Blessmann, E. J., Roedel, L., Martins, M. G., ... Bós, Â. J. G. (2011). QUALIDADE DE VIDA RELACIONADA À SAÚDE (HRQL) DE ADULTOS ENTRE 50 E 80 ANOS PRATICANTES DE ATIVIDADE FÍSICA REGULAR: APLICAÇÃO DO SF-36. *Estudos Interdisciplinares Sobre O Envelhecimento*, 16(esp).
- Guimarães, L. H. de C. T., Galdino, D. C. A., Martins, F. L. M., Abreu, S. R., Lima, M., & Vitorino, D. F. de M. (2004). Avaliação da capacidade funcional de idosos em tratamento fisioterapêutico. *Revista de Neurociências*.
- Hawthorne, G., Densley, K., Pallant, J. F., Mortimer, D., & Segal, L. (2008). Deriving utility scores from the SF-36 health instrument using Rasch analysis. *Quality of Life Research*, 17(9), 1183–1193. <https://doi.org/10.1007/s11136-008-9395-5>
- Hopman, W. M., Towheed, T., Anastassiades, T., Tenenhouse, A., Poliquin, S., Berger, C., ... Papadimitropoulos, E. (2000). Canadian normative data for the SF-36 health survey. Canadian Multicentre Osteoporosis Study Research Group. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 163(3), 265–71. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10951722>
- Ílhavo, C. M. de. (2015). Plano Estratégico.
- INE. (2008). Estatísticas Demográficas. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEstipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107661&seITab=tab0&xlang=pt
- INE. (2009). Estatísticas Demográficas. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEstipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107661&seITab=tab0&xlang=pt
- INE. (2012). Estatísticas Demográficas. Retrieved from https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOEstipo=ea&PUBLICACOEScolecao=107661&seITab=tab0&xlang=pt
- Juliana da Silva Sousa, M., Santiago de Souza Leão Fernandes, D., Valéria vieira de

- Oliveira, M., Macedo Santos, W., & Pereira Rolim, K. (2013). QUALIDADE DE VIDA DE UM GRUPO DE IDOSOS QUE PRATICAM ATIVIDADES FÍSICAS NO MUNICÍPIO DE BREJO SANTO-CE, 9(17).
- Juniper, E. F., Norman, G. R., Cox, F. M., & Roberts, J. N. (2001). Comparison of the standard gamble, rating scale, AQLQ and SF-36 for measuring quality of life in asthma. *European Respiratory Journal*, 18(1).
- Loge, J. H., & Kaasa, S. (1998). Short form 36 (SF-36) health survey: normative data from the general Norwegian population. *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 26(4), 250–8. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9868748>
- Lopes, M. A., & Siedler, M. J. (1997). *Atividade Física: agente de transformação dos idosos*. Florianópolis: Texto & Contexto - A Enfermagem e o Envelhecer Humano.
- Matsudo, S. M., Matsudo, V. R., & Barros Neto, T. L. (2001). Atividade física e envelhecimento: aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Medicina Do Esporte*, 7(1), 2–13. <https://doi.org/10.1590/S1517-86922001000100002>
- Mazini Filho, M. L., Zanella, A. L., Aidar, F. J., Silva, A. M. S. da, Salgueiro, R. da S., & Matos, D. G. de. (2010). Atividade física e envelhecimento humano: a busca pelo envelhecimento saudável. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 7(1), 97–106. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2010.010>
- Nazareth, J. M. (2007). *Demografia A Ciência da população*. (E. PRESENÇA, Ed.) (2^a ed.). Lisboa.
- OMS. (2002). *Active Aging. A policy framework*. Geneve, Switzerland.
- Pedrazzi, E. C., Rodrigues, R. A. P., & Schiaveto, F. V. (2007). Morbidade referida e capacidade funcional de idosos. *Cienc Cuid Saude*, 6(4), 407–413.
- Pedro Lopes Ferreira. (2000). Criação da Versão Portuguesa do MOS SF-36 - Parte II: Testes de validação. *Acta Médica Portuguesa*, (13), 119–127.
- Ramos, L. R., Etsuko, T., Rosa, D. C., Oliveira, Z. M., Célia, M., Medina, G., & Santos, F. R. G. (1993). Perfil do idoso em área metropolitana na região sudeste do Brasil: resultados de inquérito domiciliar.
- Rowe, J. W. (John W., & Kahn, R. L. (1998). *Successful aging*. Pantheon Books.
- Ruta, D. A., Hurst, N. P., Kind, P., Hunter, M., & Stubbings, A. (1998). Measuring health status in British patients with rheumatoid arthritis: reliability, validity and

responsiveness of the short form 36-item health survey (SF-36). *British Journal of Rheumatology*, 37(4), 425–36. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9619895>

Santos, P. M., & Paúl, C. (2006). Psicogeriatría. desafios na Saúde Mental dos mais velhos: o outro lado da terapia. *Psiquiatria Clínica*.

Soto, M., Failde, I., Márquez, S., Benítez, E., Ramos, I., Barba, A., & López, F. (n.d.). Physical and mental component summaries score of the SF-36 in coronary patients. *Quality of Life Research*, 14(3), 759–768. <https://doi.org/10.1007/PL00022069>

Sousa, L., & Guerra, S. (2014). *Apoio Social à Pessoa Idosa*. Coimbra: Lidel - Edições Técnicas.

Vaz, C. R. de O. T. (2008). Satisfação dos doentes idosos face aos cuidados de enfermagem no serviço de urgência.

APÊNDICE N.º 1

Autentica
c/c check VASS.

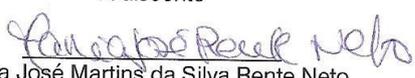
Ex.mo Sr. Eng. Paulo Costa
Vereador do Pelouro da Maior Idade
da Câmara Municipal de Ílhavo


PS 41.416
Tomei conhecimento
of. 1. en. 2016
Sofia

No âmbito do Mestrado em Gerontologia ministrado pela Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro eu, **Maria José Martins da Silva Rente Neto**, solicito a necessária autorização para a realização de visitas presenciais aos diversos espaços onde decorrem as atividades promovidas no âmbito do Pelouro da Maior Idade do Município de Ílhavo, a fim de recolher dados para o projeto em programas de Envelhecimento Bem Sucedido.
Sem mais de momento, subscrevo-me com os melhores cumprimentos, na expectativa do necessário deferimento.

Ílhavo, 4 de janeiro de 2016

A discente


Maria José Martins da Silva Rente Neto

APÊNDICE N.º 2



Universidade de Aveiro
Secção Autónoma das Ciências da Saúde

Mestrado em Gerontologia
Especialização em Intervenção Comunitária
2016

A. Dados Sociodemográficos

1. Sexo: F M 2. Idade: ____ anos

3. Estado Civil: _____

4. Naturalidade: Distrito _____ Concelho _____

5. Área de Residência: Freguesia _____ Concelho _____

6. Habilitações literárias: Ler e escrever: Sim Não

4ª Classe

Secundário

Licenciatura

Outro _____

7. Profissão Atual (ou a última exercida): _____

8. Situação perante o trabalho:

Empregado/a

Desempregado/a

Trabalhador por conta própria

Aposentado/a

Outra: _____

9. Se é aposentado/a, com que idade se aposentou? _____.

10. Como ocupa atualmente o seu tempo, para além do Espaço de Maior Idade?

- | | |
|--|--------------------------|
| Não faz nada | <input type="checkbox"/> |
| Realiza atividades domésticas | <input type="checkbox"/> |
| Realiza trabalhos manuais (croché, tricô, desenho, pintura, ...) | <input type="checkbox"/> |
| Vê televisão | <input type="checkbox"/> |
| Conversa | <input type="checkbox"/> |
| Vai ao teatro | <input type="checkbox"/> |
| Vai ao cinema | <input type="checkbox"/> |
| Vai ao café | <input type="checkbox"/> |
| Toma conta dos netos | <input type="checkbox"/> |
| Ginástica | <input type="checkbox"/> |
| Carpintaria / Canalização e outras atividade domésticas | <input type="checkbox"/> |
| Ler (jornais, revistas, livros, etc.) | <input type="checkbox"/> |
| Culinária | <input type="checkbox"/> |
| Agricultura | <input type="checkbox"/> |
| Outras atividades | <input type="checkbox"/> |

Quais? _____

11. Atualmente qual é a sua principal fonte de rendimento?

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------|
| Trabalho | <input type="checkbox"/> |
| Pré- Reforma | <input type="checkbox"/> |
| Reforma por Idade | <input type="checkbox"/> |
| Reforma por Invalidez | <input type="checkbox"/> |
| Subsídio por Doença | <input type="checkbox"/> |
| Subsídio de Desemprego | <input type="checkbox"/> |
| Transferências Financeiras da Família | <input type="checkbox"/> |
| Pensão de viuvez | <input type="checkbox"/> |
| Rendimento Social de Inserção | <input type="checkbox"/> |
| Não tem qualquer apoio financeiro | <input type="checkbox"/> |
| Outro. | <input type="checkbox"/> |

Qual? _____

12. Como avalia a sua saúde?

- | | |
|-----------|--------------------------|
| Muito boa | <input type="checkbox"/> |
| Boa | <input type="checkbox"/> |
| Regular | <input type="checkbox"/> |
| Má | <input type="checkbox"/> |

13. Qual a sua principal preocupação hoje?

- | | |
|--------------------------|--------------------------|
| Não tem preocupações | <input type="checkbox"/> |
| Saúde | <input type="checkbox"/> |
| Família | <input type="checkbox"/> |
| Dinheiro | <input type="checkbox"/> |
| É o futuro | <input type="checkbox"/> |
| Amor | <input type="checkbox"/> |
| Lazer | <input type="checkbox"/> |
| Independência/ Autonomia | <input type="checkbox"/> |
| Segurança | <input type="checkbox"/> |
| Amigos | <input type="checkbox"/> |
| Outras | <input type="checkbox"/> |

Descreva _____

14. O que o levou a frequentar estas atividades? _____

ANEXO N.º 1

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996; Edimburgo 2000 e Seul 2008)

Avaliação da satisfação e qualidade de vida dos idosos em espaços de Maioridade

Esta investigação, tem como objetivo avaliar a satisfação e qualidade de vida das pessoas idosas que frequentam os espaços de Maioridade do município de Ílhavo estando sob a orientação da Prof. Doutora Ana Maria Timóteo Félix, da Universidade de Aveiro e será desenvolvido pela Enf.^a Maria José Martins Silva Rente Neto, estudante do Mestrado de Gerontologia, do Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Aveiro.

Eu, abaixo-assinado, Compreendi a explicação que me foi dada acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que serei incluído. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e de todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada e garantido que todos os dados relativos à minha identificação são confidenciais e que será mantido anonimato. Por isso, consinto que me seja aplicado o método e o inquérito propostos pelo investigador.

Nome completo do participante do estudo (ou seu representante legal):

Data: __/__/__

Assinatura: _____

Nome completo da responsável pelo desenvolvimento do estudo:

Data: __/__/__

Assinatura: _____

Caso surja alguma dúvida da sua parte, ou queira desistir do estudo, agradeça que contactasse: Maria José Rente mjrente@gmail.com TM:

ANEXO N.º 2

Questionário sobre a percepção de qualidade de vida em saúde

(SF-36)

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as atividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e responda o mais honestamente possível. Coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:

Optima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral atual:

Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre atividades que executa no seu dia-a-dia.

Será que a sua saúde o/a limita nestas atividades? Se sim, quanto?

	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a. Atividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b. Atividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c. Levantar ou pegar nas compras da mercearia	1	2	3
d. Subir vários lanços de escadas	1	2	3
e. Subir um lanço de escadas	1	2	3
f. Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g. Andar mais de 1 Km	1	2	3
h. Andar várias centenas de metros	1	2	3
i. Andar uma centena de metros	1	2	3
j. Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

Durante as últimas 4 semanas teve, no seu trabalho ou atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras atividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras atividades	1	2	3	4	5
d. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras atividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas 4 semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas atividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou outras atividades	1	2	3	4	5
b. Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c. Executou o seu trabalho ou outras atividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas 4 semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a. Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b. Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c. Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e. Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f. Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g. Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h. Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i. Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua atividades social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações

	Absolutamente verdade	Verdade	Não sei	Falso	Absolutamente falso
a. Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d. A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

Obrigada pela sua participação!

Maria José Rente