

**EFEITOS DE UM PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO ATIVO  
EM SENTIMENTOS DE IDOSOS**

**Patrícia da Cruz Mateus**

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a  
obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo

**Orientadores:**

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata  
Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

**Bragança, Outubro de 2015**

**EFEITOS DE UM PROGRAMA DE ENVELHECIMENTO ATIVO  
EM SENTIMENTOS DE IDOSOS**

**Patrícia da Cruz Mateus**

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Saúde de Bragança para a  
obtenção do grau de mestre em Envelhecimento Ativo

**Orientadores:**

Professora Doutora Maria Augusta Pereira da Mata  
Professora Doutora Adília Maria Pires da Silva Fernandes

**Bragança, Outubro de 2015**

### **Dedicatória**

Aos meus pais [in memoria].

À minha Tia Maria por toda a força,

ajuda e apoio ao longo

desta longa caminhada...

## Resumo

O envelhecimento da população é um fenómeno crescente em Portugal. Portugal trata-se de um país que se move a dois tempos, pese embora se assista a uma mudança na consciência social acerca do idoso. A criação deste projeto de intervenção social tem como finalidade avaliar a satisfação com a vida, a felicidade subjetiva e a solidão em idosos institucionalizados e não institucionalizados, inseridos em contexto urbano e rural, através da aplicação “in loco” de um programa de Envelhecimento Ativo.

Para tal desenhou-se um estudo quasi-experimental recorrendo à metodologia quantitativa. Começou-se por aplicar o Mini Mental State (Folstein); Escala de Satisfação com a Vida, Escala de Felicidade Subjetiva, Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S). Desenhou-se, posteriormente, um programa de intervenção, com a realização de 16 sessões ao longo de quatro meses. Finalmente, fez-se uma nova aplicação das respetivas escalas comparando os resultados com os obtidos na fase de diagnóstico. A amostra estudada é constituída por 20 elementos, sendo que 9 estão inseridos na Comunidade e 11 numa Estrutura Residencial (ER). A idade dos residentes na comunidade varia entre 61 e 85 anos, sendo a média 74,22 anos e a faixa etária predominante neste grupo é 70 a 79 anos. A idade dos residentes na ER varia entre 76 e 93 anos, registando-se uma idade média de 83,73 anos e a faixa etária predominante é dos 80 a 89 anos. Finalmente, pode-se dizer que os resultados empíricos obtidos permitem evidenciar que houve diferenças estatisticamente significativas entre os níveis pré e pós intervenções: Mini Mental State (pré:  $25,70 \pm 3,35$ ; pós:  $26,75 \pm 2,57$ ,  $p = 0,038$ ), na Escala Felicidade Subjetiva (pré:  $12,05 \pm 3,27$ ; pós:  $17,95 \pm 4,11$ ,  $p < 0,001$ ). Embora tenha havido um aumento da média na Escala de Satisfação com a Vida após a intervenção, a diferença entre as médias não se revelou estatisticamente significativa (pré:  $17,45 \pm 3,72$ ; pós:  $19,00 \pm 3,67$ ,  $p = 0,128$ ). Na Escada de Solidão Social e Emocional registou-se uma ligeira diminuição do valor médio entre as duas avaliações mas sem significado estatístico (pré:  $48,70 \pm 11,66$ ; pós:  $48,15 \pm 18,89$ ,  $p = 0,808$ ). Os dados permitem concluir sobre a importância da implementação de programas de envelhecimento ativo entre os idosos.

**Palavras-Chave:** Envelhecimento Ativo; Satisfação com a Vida; Felicidade; Solidão

## **Abstract**

The aging of the population is a growing phenomenon in Portugal. Portugal is a country that moves itself at two times, although we can assist to a changing social conscious about the elderly. The development of this social intervention project aims to assess the satisfaction with life, the subjective happiness and loneliness in institutionalized and non-institutionalized elderly in urban and rural contexts, through the application of an Active Aging Program.

To do so, a quasi-experimental study was design using a quantitative methodology. We began by applying the Mini Mental State (Flostein); Satisfaction With Life Scale (SWLS); Subjective Happiness Scale and Social and Emotional Loneliness Scale (SELSA-S). Later an intervention program was drawn, by the application of 16 sessions along four months. At the end of the program another assessment was made by the application of the same scales and results were compared with the ones of the diagnostic phase. The sample was constituted by 20 elements, 9 of them from the community and 11 from a nursing home (NH). The ages of the community elements vary between 61 and 85 years old with an average of 74,22 years and the most prevalent group of ages is 70-79 years. The age of the ones living in the NH varies between 76 and 93 years old with an average of 83,73 years and the most prevalent group of ages is between 80 and 89 years. Finally we can say that results allow us to highlight that there were statistically significant differences between the pre and post interventions results in Mini Mental State (pre:  $25,70 \pm 3,35$ ; post:  $26,75 \pm 2,57$ ,  $p = 0,038$ ) and Subjective Happiness Scale (pre:  $12,05 \pm 3,27$ ; post:  $17,95 \pm 4,11$ ,  $p < 0,001$ ). Although there was an increase in the average of Satisfaction with Life Scale after the intervention the difference between averages is not statistically significant (pre:  $17,45 \pm 3,72$ ; post:  $19,00 \pm 3,67$ ,  $p = 0,128$ ). In Social and Emotional Loneliness Scale, it was observed a slight decrease in the average between the two assessments but it is not statistically significant (pre:  $48,70 \pm 11,66$ ; post:  $48,15 \pm 18,89$ ,  $p = 0,808$ ). Data allow us to conclude on the importance of the implementation of Active Aging programs.

**Key Words:** Active Aging; Satisfaction with life; Happiness; Loneliness

A concretização deste projeto significa o final de uma etapa que decorreu durante dois anos. Dois anos preenchidos por momentos bons, alegres e outros onde exuberaram sentimentos de tristeza, angustia e desespero. A realização deste projeto só foi possível com a colaboração, apoio e incentivos de diversas pessoas às quais gostaria de expressar aqui o meu sincero agradecimento.

Este trabalho de projeto não teria sido possível sem as valiosas críticas sugestões, e apoio das minhas orientadoras Prof. Doutora Augusta Mata e Prof. Doutora Adília Fernandes a quem quero aqui expressar os meus agradecimentos pela atenção, paciência, incentivo e disponibilidade que sempre demonstraram para comigo.

Agradeço à Direção das Instituições (ASCRR e Fundação Betânia) que me permitiram a recolha de dados, oferecendo-me todas as condições necessárias para levar este trabalho de projeto avante.

Quero agradecer à Professora Joana Oliveira pela sua postura, dedicação, pelos conselhos quanto há escolhas das diferentes atividades e pela atenção demonstrada.

Quero agradecer também a todos os idosos da Fundação Betânia (Estrutura Residencial) e às idosas ASCRR (Comunidade) pela sua disponibilização em participar nas atividades propostas, pela convivência, pela partilha das suas histórias de vida e por tudo quanto me ensinaram...

Um especial agradecimento à minha amiga Soraia Silva pela amizade, ajuda, apoio, motivação, dedicação e pela paciência em escutar as minhas incertezas.

Às minhas amigas Tânia Costa, Marita Dinis e Helena Fernandes por sempre acreditarem em mim e no meu trabalho, pela amizade, preocupação, ajuda e por me apoiarem diariamente nos meus momentos de alegria e de angústia.

Queria agradecer a todas as minhas colegas e amigas do IPB e da Residência Castanha, em especial à Vanessa Rocha, à Sandra Melo, Flávia Rebelo e à Patricia Moreira por todo o apoio nas horas difíceis, por toda a ajuda e por nunca me terem deixado baixar os braços mesmo quando partilhava desse mesmo desejo.

Finalmente um “obrigada” à minha querida família em especial à minha irmã Catarina Mateus, tia Maria Pelho e primas Betinha Baia e Anabela Baia, por todo o apoio, motivação e compreensão, pelos momentos em que não estive presente.

*A todos, um muito Obrigada!*

## ÍNDICE DE ABREVIATURAS, SIGLAS E ACRÓNIMOS

**ASCRR** - Associação Social Cultural e Recreativa de Rebordainhos

**BES** - Bem-Estar Subjetivo

**ER** - Estrutura Residencial

**HTA** - Hipertensão Arterial

**INE** - Instituto Nacional Estatística

**INS** - Inquérito Nacional de Saúde

**Máx.** - Máximo

**Min.** - Mínimo

**MMES** - Mini Mental State Examination

**NE** - Nursing Home

**OMS** - Organização Mundial da Saúde

**SWLS** - Escala de Satisfação com a Vida

**SELSA-S** - Escala de Solidão Social e Emocional

**SOC** - Seleção, Otimização e Compensação

## *ÍNDICE*

<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	<b>4</b>
<b>Capítulo I. O Envelhecimento</b> .....	<b>5</b>
1.1 Envelhecimento Demográfico .....	5
1.2 Contextualização do Processo de Envelhecimento .....	8
1.3 Envelhecimento Ativo .....	11
1.4 Envelhecimento em Meio Rural e em Meio Urbano .....	15
<b>Capítulo II. Felicidade e Bem-Estar Subjetivo</b> .....	<b>19</b>
2.1 A Felicidade Subjetiva.....	19
2.2 Conceito de Bem-Estar Subjetivo .....	22
2.3 Saúde e Bem-estar .....	24
<b>Capítulo III. Solidão</b> .....	<b>29</b>
3.1 A Solidão nos Idosos .....	29
3.2 Solidão Social e Solidão Emocional.....	32
3.3 Solidão e Reforma .....	33
<b>Capítulo IV. Intervenção Cognitiva nos Idosos</b> .....	<b>37</b>
<b>PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	<b>40</b>
<b>Capítulo V. Metodologia</b> .....	<b>41</b>
4.1 Contextualização e Objetivos de Estudo .....	41
4.1.1 <i>Locais de estudo</i> .....	42
4.1.2 <i>Objetivos do estudo</i> .....	43
5.1 Participantes .....	44
5.1.1 <i>Seleção da Amostra</i> .....	44
5.1.2 <i>Amostra – os idosos</i> .....	45
5.2 Procedimentos .....	48
5.2.1 <i>Desenho do estudo</i> .....	48
5.2.2 <i>Procedimentos éticos e deontológicos</i> .....	49
5.2.3 <i>Procedimentos de recolha de dados</i> .....	49
5.3 Instrumentos de Recolha de Dados .....	50

5.3.1 Instrumento de avaliação da Satisfação.....	53
5.4 Metodologia de Tratamento de Dados.....	53
5.4.1 Operacionalização das variáveis .....	53
5.5 Plano de Intervenção .....	55
<b>Capítulo VI. Apresentação e Análise de Resultados .....</b>	<b>58</b>
6.1 Os Sentimentos Pré Intervenção.....	58
6.2 Os Sentimentos no Pós Intervenção .....	66
6.3 Comparação dos Resultados Pré e Pós Intervenção .....	74
6.3.1 Os Sentimentos Avaliados .....	74
<b>Capítulo VII. Avaliação da Satisfação relativamente ao Programa de Intervenção</b> .....	<b>78</b>
<b>Capítulo VIII. Discussão dos Resultados.....</b>	<b>80</b>
<b>Conclusões, Limitações do Estudo e Sugestões .....</b>	<b>88</b>
<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>91</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>100</b>
<b>Anexos I. ....</b>	<b>101</b>
<b>Pedidos de Autorização para a Realização do Trabalho de Projeto na ASCRR</b> <b>(Comunidade) e na Fundação Betânia (Estrutura Residencial) .....</b>	<b>101</b>
<b>Anexo II. ....</b>	<b>106</b>
<b>Consentimento Informado .....</b>	<b>106</b>
<b>Anexo III.....</b>	<b>108</b>
<b>Instrumentos de Recolha de Dados.....</b>	<b>108</b>
<b>Anexo IV.....</b>	<b>117</b>
<b>Planificação das Sessões na Comunidade.....</b>	<b>117</b>
<b>Anexo V. ....</b>	<b>134</b>
<b>Planificação das Sessões na Estrutura Residencial .....</b>	<b>134</b>
<b>Anexo VI.....</b>	<b>151</b>
<b>Atividades realizadas (V) e não realizadas (X) na Comunidade e na Estrutura</b> <b>Residencial.....</b>	<b>151</b>
<b>Anexo VII. ....</b>	<b>154</b>
<b>Atividades Desenvolvidas na Comunidade e na Estrutura Residencial .....</b>	<b>154</b>
<b>Anexo VIII.....</b>	<b>173</b>
<b>Algumas das Fotografias das Atividades do Programa de Envelhecimento ativo na</b> <b>Comunidade .....</b>	<b>173</b>

<b>Anexo IX.....</b>	<b>179</b>
<b>Algumas das Fotografias das Atividades do Programa de Envelhecimento ativo na Estrutura Residencial.....</b>	<b>179</b>
<b>Anexo X. ....</b>	<b>184</b>
<b>Questionário de Avaliação da Satisfação.....</b>	<b>184</b>
<b>Anexo XI.....</b>	<b>188</b>
<b>Tabelas das Atividades, Doenças e Medicação da Amostra .....</b>	<b>188</b>
<b>Anexo XII. ....</b>	<b>191</b>
<b>Estudo Publicado na Revista “Atención Primaria” .....</b>	<b>191</b>

## **INDÍCE DE FIGURAS**

<b>Figura 1 – Estrutura Etária da população residente por sexo, 2001 e 2011 .....</b>	<b>6</b>
<b>Figura 2 - Correlativos do bem-estar.....</b>	<b>26</b>
<b>Figura 3 - Hierarquia das necessidades de Maslow .....</b>	<b>28</b>
<b>Figura 4 - Pirâmide etária da freguesia de Rebordainhos.....</b>	<b>42</b>
<b>Figura 5 - Percentagem de respostas sobre as atividades que mais gostou.....</b>	<b>79</b>

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1- Estrutura Etária da população residente por sexo.....	6
Tabela 2- Índice de Envelhecimento .....	7
Tabela 3- Índice de Longevidade .....	7
Tabela 4 - Sentimentos associados à Solidão.....	31
Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo variáveis de caracterização e local...	46
Tabela 6 - As atividades de um programa de Envelhecimento Ativo na ocupação dos tempos.....	47
Tabela 7 - Perceção da Saúde e Doença clinicamente diagnosticada.....	47
Tabela 8 - Distribuição percentual das repostas à Escala de Satisfação com a Vida na amostra global no momento pré-intervenção .....	59
Tabela 9 - Distribuição percentual das repostas à Escala da Satisfação com a Vida na Comunidade e na ER no momento pré-intervenção.....	60
Tabela 10 - Distribuição percentual das repostas à Escala da Felicidade Subjetiva na amostra global no momento pré-intervenção .....	61
Tabela 11 - Distribuição percentual das repostas à Escala da Felicidade Subjetiva na comunidade e na ER no momento pré-intervenção.....	62
Tabela 12 - Distribuição percentual das repostas à Escala de Solidão e suas dimensões na amostra global no momento pré-intervenção. ....	63
Tabela 13 - Distribuição percentual das repostas à Escala de Solidão e suas dimensões nos participantes residentes na Comunidade e no momento pré-intervenção.....	64
Tabela 14 - Distribuição percentual das repostas à Escala de Solidão e suas dimensões nos participantes residentes na ER no momento pré-intervenção. ....	65
Tabela 15 - Distribuição percentual das repostas à Escala da Satisfação com a Vida na amostra global no momento pós-intervenção.....	67
Tabela 16 - Distribuição percentual das repostas à Escala da Satisfação com a Vida na Comunidade e na ER no momento pós-intervenção. ....	68
Tabela 17 - Distribuição percentual das repostas à Escala da Felicidade Subjetiva na amostra global no momento pós-intervenção.....	69
Tabela 18 - Distribuição percentual das repostas à Escala da Felicidade Subjetiva na Comunidade e na ER no momento pós-intervenção.....	70
Tabela 19 - Distribuição percentual das repostas à Escala de Solidão e suas dimensões na amostra global no momento pós-intervenção. ....	71
Tabela 20 - Distribuição percentual das repostas à Escala de Solidão e suas dimensões nos participantes na Comunidade no momento pós-intervenção...	72
Tabela 21 - Distribuição percentual das repostas à Escala de Solidão e suas dimensões nos participantes residentes na ER no momento pós-intervenção. ....	73

<b>Tabela 22 - Comparação das médias do teste de Mini Exame Mental no pré e pós o programa de intervenção.....</b>	<b>74</b>
<b>Tabela 23 - Comparação de médias da Escala de Satisfação com a Vida no pré e pós o programa de intervenção. ....</b>	<b>75</b>
<b>Tabela 24 - Comparação de médias da Escala de Felicidade Subjetiva no pré e pós o programa de intervenção.....</b>	<b>75</b>
<b>Tabela 25 - Comparação das médias da Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA -S) no pré e pós o programa de intervenção .....</b>	<b>76</b>
<b>Tabela 26 - Comparação de médias da subescala de Solidão Romântica no pré e pós o programa de intervenção. ....</b>	<b>76</b>
<b>Tabela 27 - Comparação das médias da subescala de Solidão Familiar no pré e pós o programa de intervenção.....</b>	<b>77</b>
<b>Tabela 28 - Comparação de médias da subescala de Solidão Social no pré e pós o programa de intervenção.....</b>	<b>77</b>

## **Introdução**

O envelhecimento é um fenómeno que tem sido, ao longo dos tempos, estudado e analisado por várias ciências que configuram a conceção do mesmo sob o prisma biológico, psicológico e/ou sociológico. Atendendo ao exposto, poder-se-á afirmar que o processo de envelhecimento se traduz num aglomerado de fatores que concorrem para que o mesmo se produza, nomeadamente fatores genéticos, ambientais e socioculturais (Nunes, 2008).

Paralelamente a esta nova conceção acerca do envelhecimento, o certo é que a população mundial, e em especial, a população portuguesa, tem envelhecido a um ritmo intenso, o que se deve, também, em grande parte, à insuficiência do número de nascimentos. As condições socioeconómicas e a mudança na conceção acerca da família, não têm permitido que as gerações se renovem. Este aumento constante da população idosa cria novos desafios à sociedade civil, pois verifica-se uma carência de respostas efetivas. Deve olhar-se o idoso, compreendendo a sua dinâmica e dando-lhe os instrumentos necessários para que possa conduzir o processo de envelhecimento com satisfação (Jacob, 2007; Moura, 2006).

O processo de envelhecimento traduz-se num conjunto de características, que se consubstanciam, essencialmente, na perda progressiva de capacidades, o que abala a estrutura psíquica e emocional do indivíduo. A quebra de alguns laços sociais e familiares, coloca o idoso numa situação de vulnerabilidade (Oliveira, 2005; Teixeira, 2010).

Embora o processo de envelhecimento fique marcado pelo declínio geral das capacidades físicas e psíquicas do indivíduo, a verdade é que, cada vez mais, existe uma preocupação com o decorrer deste processo, que deve ser ativo. Entende-se assim, com a OMS (2005), o Envelhecimento Ativo como sendo “um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança visando a melhoria do bem-estar das pessoas à medida que as pessoas envelhecem” (p.13).

A análise dos afetos, nomeadamente os sentimentos de felicidade e bem-estar e os de tristeza e solidão, assumem relevância no processo de envelhecimento. O contexto

no qual o idoso vive é um fator extremamente relevante, distinguindo-se entre inserção do idoso em meio rural e em meio urbano (Fonseca & Paúl, 2005).

A existência de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, é, também, um fator determinante no processo de envelhecimento, proporcionando ao idoso um apoio logístico e psicológico relevante. Todas estas condicionantes concorrem para a análise dos sentimentos de felicidade e solidão que os idosos possam sentir durante o processo de envelhecimento, pelo que é neste contexto que se pretende realizar o presente estudo.

Por questões de ordem profissional e até pessoal, nomeadamente o gosto pelo contacto com os idosos, entendeu-se que seria útil poder contribuir, de alguma forma, para o aprofundamento e clarificação no âmbito da temática subjacente ao estudo.

Focando-se o presente estudo em idosos institucionalizados e não institucionalizados, a questão à qual se pretende dar é: Qual o efeito de um programa de Envelhecimento Ativo em sentimentos dos idosos?

Assim, o presente estudo tem como objetivos: avaliar a satisfação com a vida, a felicidade subjetiva e a solidão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Para tanto, desenhou-se um estudo quasi-experimental, recorrendo à metodologia quantitativa.

Procedeu-se, à análise dos resultados obtidos, através da aplicação dos instrumentos de medida: Escala de Satisfação com a Vida, Escala de Felicidade Subjetiva e a Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S).

Ao nível da estrutura formal do trabalho de investigação, optou-se por uma divisão em duas partes, a Parte I correspondente ao enquadramento teórico (subdividida em quatro capítulos) e a Parte II correspondente ao enquadramento metodológico (subdividida em quatro capítulos).

Quanto às temáticas abordadas, entende-se ser necessário proceder à sua sistematização:

- Capítulo I: envelhecimento; envelhecimento demográfico; contextualização do processo de envelhecimento; envelhecimento ativo; e envelhecimento em meio rural e em meio urbano;
- Capítulo II: felicidade e bem-estar subjetivo; a felicidade subjetiva; conceito de bem-estar subjetivo; e saúde e bem-estar;

- Capítulo III: solidão; solidão nos idosos; solidão social e solidão emocional; e solidão e reforma;
- Capítulo IV: Intervenção Cognitiva nos Idosos;
- Capítulo V: conducente ao estudo empírico, traçou-se os objetivos e os instrumentos de medida anteriormente referidos;
- Capítulo VI: refere-se à apresentação e análise dos resultados no pré e pós intervenção e à comparação dos resultados obtidos;
- Capítulo VII: procede-se à discussão dos resultados obtidos;
- Capítulo VIII: avaliação do programa de intervenção.

Finalmente, apresentam-se as conclusões, limitações e sugestões que foram surgindo ao longo de todo o trabalho.

***PARTE I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO***

## Capítulo I. O Envelhecimento

### 1.1 Envelhecimento Demográfico

De acordo com Costa (1999, citado por Moura, 2006) o século XX caracterizou-se por um processo de transição demográfica. As alterações demográficas, de entre as quais destaca o envelhecimento da população, têm provocado na sociedade contemporânea, alterações profundas, tanto ao nível económico, como social, caracterizando este período e exibindo aquilo que os epidemiologistas qualificam como “transição demográfica”. Esta “transição demográfica” define-se pelo declínio progressivo das taxas de mortalidade, aumento da esperança de vida, assim como, pelo declínio das taxas de natalidade.

Para Oliveira (2005) falar de Envelhecimento e/ou velhice é uma questão demográfica. O envelhecimento demográfico

é um fenómeno resultante do aumento da proporção de pessoas com mais de 60 ou 65 anos de idade e pelo alongamento das suas vidas para além do período de atividade e da diminuição da proporção de pessoas com menos de 15 ou 19 anos de idade, é um processo irreversível ao longo dos próximos anos nos países industrializados (p12).

Em Portugal, segundo o INE (2012a) a estrutura etária da população evidenciava, em 2001, desequilíbrios já demonstrados na década anterior. A base da pirâmide, correspondente à população mais jovem, diminuiu e o topo alargou, devido ao crescimento da população idosa. Portugal, na última década perdeu população em todos os grupos etários entre os 0-29 anos. Na faixa etária correspondente aos 30 anos a situação inverteu-se, verificando-se um crescimento de 9% da população para o grupo dos 30-69 anos e de 26% para idades superiores a 69 anos. O escalão etário dos 30 aos 69 anos representava, em 2001, 51% da população residente, passando a representar 54% em 2011. No grupo das idades mais avançadas, averiguou-se um reforço da sua

importância no total da população. A população com 70 e mais anos representava, em 2001, 11%, passando, em 2011, a representar 14% (Figura 1).

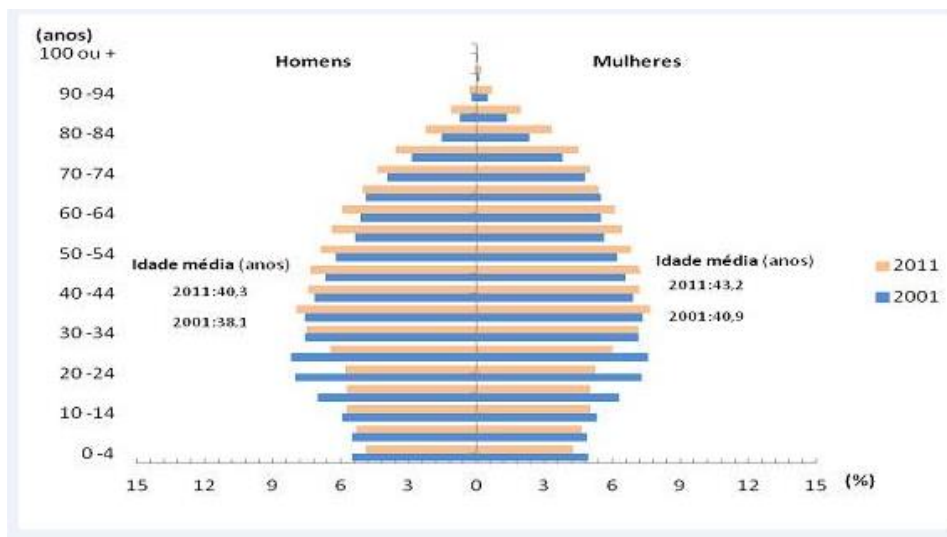


Figura 1 – Estrutura Etária da população residente por sexo, 2001 e 2011

Fonte: INE. (2012a,p.20)

Segundo o INE (2012b) na última década assiste-se ao decréscimo da percentagem referente ao número de jovens em relação ao número de idosos, sendo que a percentagem de jovens recuou de 16% em 2001, para 15% em 2011. Na população idosa assistiu-se ao movimento oposto, tendo passado de 16% em 2001 para 19% em 2011 (Tabela 1).

Tabela 1- Estrutura Etária da população residente por sexo

ESTRUTURA ETÁRIA DA POPULAÇÃO RESIDENTE POR SEXO (%)	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
<b>Jovens</b>						
Portugal	16,00	16,95	15,11	14,89	15,93	13,93
<b>Idosos</b>						
Portugal	16,35	14,16	18,40	19,03	16,69	21,17

Fonte: INE (2012b, p.21)

O envelhecimento da população é atualmente um dos fenómenos mais preocupantes na sociedade. A população idosa tem vindo a aumentar de forma generalizada em todo o território e este deixou de ser um fenómeno localizado apenas no interior do país.

Na região Norte, o índice de envelhecimento passou de 79,8 idosos para cada 100 jovens, passando, em 2001, de 113,3 idosos para cada 100 jovens em 2011 (tabela 2).

Tabela 2- Índice de Envelhecimento

ÍNDICE DE ENVELHECIMENTO	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Norte	79,81	64,40	96,01	113,32	92,65	134,93
Portugal	102,23	83,56	121,78	127,84	104,77	151,98

Fonte: INE (2012a,p.22)

O INE expôs para 2001, aquando dos censos, 102,2 idosos por cada 100 jovens em Portugal. Na região de Alto Trás-os-Montes apresentou 165,3 idosos para cada 100 jovens e no concelho de Bragança, 140,1 idosos para cada 100 jovens.

O índice de longevidade relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa com 65 ou mais anos. Na última década, o índice de longevidade aumentou na região do Norte, passando de 40,4 em 2001 para 46,8 em 2011. As mulheres, em 2011 apresentaram um índice de longevidade superior ao dos homens, 49,7 para elas e 42,6, para eles. A evolução verificada na região é simultânea com o que ocorreu em termos nacionais, pois o indicador cresceu de 41,4, em 2001 para 47,9, em 2011 (tabela 3).

Tabela 3- Índice de Longevidade

ÍNDICE DE LONGEVIDADE	2001			2011		
	Total	H	M	Total	H	M
Norte	40,42	36,70	43,04	46,75	42,62	49,71
Portugal	41,42	37,75	44,05	47,86	43,79	50,79

Fonte: INE (2012b, p.23)

Verifica-se, perante os dados, que a população portuguesa continuará, certamente, a envelhecer, e de modo intenso. Assim, ainda que os níveis de fecundidade aumentem e os saldos migratórios continuem positivos, em 2060, a população portuguesa continuará próxima dos dez milhões de pessoas, mas será mais envelhecida do que hoje, prevendo-se que o número de pessoas de 65 e mais anos seja, aproximadamente, o triplo do número de jovens (índice de envelhecimento de 271); um

em cada três residentes em Portugal (32%) terá 65 ou mais anos (atualmente o valor é de 19%, portanto menos de um em cada cinco); a população com 80 e mais anos de idade poderá equivaler a 1,4 milhões de pessoas e representar cerca de 13% da população residente em Portugal (Rosa, 2012).

## 1.2 Contextualização do Processo de Envelhecimento

O envelhecimento da população é o assunto de pesquisa que se propõe desenvolver neste trabalho de projeto, sendo já um fenómeno transversal, observado e estudado ao longo dos tempos em diferentes países.

O estudo do envelhecimento começa, na década de 80, a ganhar estatuto científico e é, também, nesta altura, que começam a surgir os primeiros manuais com a sistematização dos conhecimentos disponíveis acerca dos idosos e o processo de envelhecimento (Sequeira, 2010).

Os biólogos têm direcionado as suas pesquisas na busca de explicações que justifiquem biologicamente o processo de envelhecimento, o que se traduz na existência de inúmeras teorias acerca deste processo. No âmbito das teorias de âmbito biológico, Fernández-Ballesteros (2009) refere que todas elas se baseiam em três etapas determinantes: a primeira, definida pelo crescimento e desenvolvimento; a segunda, definida pela maturidade; e, finalmente, a terceira, caracterizada pelo declínio. Estas três etapas são inevitavelmente sucessivas entre si, excetuando os casos em que se verifica um erro biológico, morte por acidente do organismo ou, ainda, uma alteração plástica e/ou funcional que conduza à morte da pessoa.

Fernández-Ballesteros (2009), afirma que durante o processo de envelhecimento surgem duas variáveis que se verificam invariavelmente, concretamente o declínio fisiológico e a ocorrência de patologias.

A palavra velhice deriva de “velho”, do latim *veclus*, *vetulusm*, que por sua vez, vem sendo definida por uma pessoa de muita idade (Fernández-Ballesteros, 2004).

De acordo com Netto (1999) não se encontra, ainda, consenso sobre o conceito “velhice”, uma vez que as divisões cronológicas da vida humana não são absolutas e não correspondem, indubitavelmente, às etapas do processo de envelhecimento natural. A velhice não é, portanto, definível por simples cronologia, mas também, pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde dos indivíduos, o que equivale a

afirmar que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica.

Filho e Alencar (1998) entendem o envelhecimento como um processo dinâmico e progressivo, responsável por alterações morfológicas, bioquímicas e psicológicas, que implicam uma perda da capacidade do indivíduo ao meio ambiente, bem como uma maior vulnerabilidade aos processos patológicos que acabam por torna-lo dependente e levá-lo à morte.

O Ministério da Saúde (2004) define envelhecimento humano como um “processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, desenvolve-se ao longo da vida” (p.3).

Segundo Neri (2001) “o envelhecimento é uma experiência heterogênea, isto é, que pode ocorrer de modo diferente para indivíduos e coortes que vivem em contextos históricos e sociais distintos. Essa diferenciação depende da influência de circunstâncias histórico-culturais, de fatores intelectuais e de personalidade e da incidência de patologias durante o envelhecimento normal” (p.30).

Pode-se definir o envelhecimento como sendo um processo biológico natural, que se diferencia consoante o contexto em que o idoso se encontra inserido. O conceito “envelhecimento” diverge do conceito “velhice”, na medida em que o envelhecimento começa aquando do nascimento, enquanto a velhice ou os seus sinais e sintomas físicos e mentais, apenas se manifestam, em regra, a partir de determinada idade (Jacob, Santos, Pocinho & Fernandes, 2013).

No Ocidente é recorrente usar-se o termo idoso para definir aquelas pessoas maiores de 65 anos, enquanto nos países orientais, concretamente na China ou na Índia, a idade de referência para o idoso são os 60 anos, uma vez que a esperança média de vida é menor. Entendem, nesta medida, alguns autores que a aplicação do termo “idoso” é a mais correta, pois identifica a pessoa com velhice, numa fase em que se acumulam as desvantagens sociais, físicas e psicológicas que lhe são inerentes (Jacob, et al. 2013).

Durante a velhice assiste-se, normalmente, a um acentuar dos estados patológicos, que se caracterizam por alterações progressivas no organismo, quer a nível morfológico, quer a nível funcional, evidenciando-se uma menor capacidade de adaptação e o aumento do risco de morbilidade e probabilidade de morte (Jacob, et al. 2013).

A idade cronológica de um indivíduo está associada ao tempo que se vive desde que se nasce. Para Cavanaugh (1997, citado por Fonseca, 2006), a idade cronológica consubstancia-se num método simples de organização dos acontecimentos, sendo, contudo, necessário recorrer-se a outros índices, de modo a compreender o comportamento e a evolução à medida que o indivíduo vai envelhecendo. Para, Birren e Cunningham (1985, citado por Fonseca, 2006) consideram ser benéfico proceder à diferenciação de diferentes “categorias” da idade:

- Idade biológica: traduz-se no funcionamento dos sistemas vitais do organismo humano, sendo essencial na análise dos problemas de saúde/clínicos, na medida em que a capacidade de autorregulação daqueles tende a diminuir;
- Idade psicológica: consubstancia-se nas capacidades a nível psíquico que os indivíduos evidenciam. Fala-se de sentimentos, cognições, motivações, memória, inteligência, autoestima;
- Idade sociocultural: refere-se ao modo como os indivíduos se inserem socialmente e traduz-se na adoção de determinados comportamentos, hábitos e modos de relacionamento interpessoal (Fonseca, 2006).

O envelhecimento é, também, um fenómeno bio-psico-social, de cariz individual e qualquer abordagem psicológica que se faça terá, necessariamente, de ser multidisciplinar. O envelhecimento humano nunca poderá ser descrito, explicado ou previsto sem se ter em consideração a dimensão biológica, psicológica e social. No estudo do envelhecimento a biologia tem prevalecido, por comparação com a psicologia ou outras ciências sociais (Birren, 1995, citado por Fonseca, 2006).

Segundo Schroots e Birren (1980, citados por Fonseca, 2006), o processo de envelhecimento apresenta três componentes:

- Componente Biológica, (senescência) que reflete uma vulnerabilidade crescente e de onde pode resultar uma maior probabilidade de morte;
- Componente Psicológica, definida pela capacidade de autoregulação do indivíduo face ao processo de senescência;
- Componente Social, alusiva aos papéis sociais ajustados às expectativas da sociedade para este nível etário.

Birren e Schroots (1996, citados por Fonseca, 2006) procuraram densificar as mudanças que estão associadas ao envelhecimento, analisando a divisão já anteriormente feita por Busse (1969), e acrescentando-lhe a designação: envelhecimento

terciário. Procedem, portanto, à caracterização dos seguintes padrões de mudança do funcionamento normal ou patológico:

- Envelhecimento primário: pertencente a alterações intrínsecas, inerentes ao processo de envelhecimento e que se caracterizam pela irreversibilidade;
- Envelhecimento secundário: são alterações que se verificam por doenças relacionadas com a idade, que podem, contudo, ser prevenidas e retardadas;
- Envelhecimento terciário: trata-se de mudanças que surgem de forma precipitada na velhice, culminando, não raras vezes, na morte do idoso.

O estudo do envelhecimento não ocorre apenas durante a infância e a adolescência mas ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo. Existem diversos caminhos possíveis para o desenvolvimento, que se acentuam com o avanço da idade. Na verdade, à medida que as pessoas envelhecem os seus percursos de vida vão-se diferenciando cada vez mais uns dos outros, quer devido ao cruzamento de variáveis de ordem biológica e cultural, quer em consequência de diversos acontecimentos de vida que marcam as suas personalidades e comportamentos (Fonseca, 2005).

O processo de envelhecimento é, em parte, demarcado pelo contexto social em que o indivíduo envelhece, ou seja, as alterações físicas, psicológicas e sociais que podem manifestar-se com o envelhecimento podem ser amenizadas ou aumentadas pelo contexto social em que o idoso se encontra inserido. Dependendo das características de cada indivíduo, as características ambientais podem atuar como barreiras ou como facilitadoras de certos comportamentos (Teixeira, 2010).

### 1.3 Envelhecimento Ativo

Segundo Havighurst (1961, citado por Fonseca, 2012) o conceito “bem-sucedido” surgiu pela primeira vez em 1961, num artigo publicado na primeira edição da revista *The Gerontologist*. Neste artigo o autor norte-americano pondera os fatores inerentes à análise daquilo a que chamamos “sucesso”, no âmbito do processo de envelhecimento. Entende que os indivíduos que pratiquem um estilo de vida ativo obterão, conseqüentemente, uma maior satisfação na velhice e que aqueles que, contrariamente, insistam numa vida passiva, apenas alcançarão essa satisfação com o isolamento social. O processo de envelhecimento é, nesta medida, subjetivo e intrapessoal, sendo decisiva a forma como o indivíduo encara esta etapa da vida.

Nas suas contribuições à Psicologia do Envelhecimento e à Psicologia do desenvolvimento, Baltes (1939-2006) define o envelhecimento bem-sucedido através do paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*Lifespan*). Este paradigma considera múltiplos níveis, temporalidades e dimensões do desenvolvimento, é transacional, dinâmico e contextualista. Compreende o desenvolvimento como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças orquestrados por influências genéticas, biológicas, sociais e culturais de natureza normativa e não normativa, marcados por perdas e ganhos concorrentes e por interatividade indivíduo-cultura, entre os níveis e tempos de influência (Neri, 2006).

Numa tentativa de explicar o desenvolvimento na vida adulta surgiram diversos estudos cujo objetivo é o de descrever as características inerentes ao processo de envelhecimento, ou seja, a capacidade de alteração das capacidades cognitivas nos adultos. Para tanto, Fonseca (2007), refere-se ao Paradigma Contextualista de Dixon e Lerner (1992), que assenta em 4 perspetivas que se interrelacionam entre si: a Abordagem Ecológica (Bronfenbrenner, 1979); o Contextualismo Desenvolvimental (Dixon & Lerner, 1992); a Teoria da Ação e do Controle Pessoal (Brandtstadter, 1990) e a Psicologia Desenvolvimental do Ciclo de Vida (Baltes e Baltes, 1990), cujo objetivo é o de compreender o desenvolvimento humano, enquanto fenómeno bio-psico-social. Este Paradigma surge como uma relevante explicação da variabilidade inter-individual e da plasticidade intra-individual ao longo do ciclo da vida do indivíduo.

- Abordagem Ecológica (Bronfenbrenner 1979, citado por Magalhães, 2014) - A faceta ecológica do desenvolvimento humano, entende que o ambiente ecológico se traduz num conjunto de estruturas caracterizáveis em diferentes níveis, contudo interdependentes: o microssistema, no qual se verifica uma interação face a face (a casa, o grupo de pares, centros de convívio, entre outros); o mesosistema, que se baseia nas relações entre os microssistemas; o exosistema, segundo o qual o desenvolvimento individual é determinado por sucessos que ocorrem em cenários nos quais a pessoa não se encontra fisicamente; e, ainda, o macrosistema, que se traduz num modelo de organização social, económico e político, existente em todas as comunidades.
- O contextualíssimo Desenvolvimental (Dixon e Lerner 1992, citado por Magalhães, 2014) – Segundo esta conceção não existe uma única causa

para explicar o desenvolvimento individual, mas antes existem um conjunto de fatores, além dos biológicos e psicológicos, ambientais e os interpessoais, nomeadamente a plasticidade e a interatividade.

- A teoria da Ação e do Controlo Pessoal sobre o Desenvolvimento (Bradtstater 1990, citado por Magalhães, 2014) – Nesta perspetiva, cada pessoa pretende atingir determinados “fins” ou “objetivos” no processo de desenvolvimento, o que se traduz na escolha de “condições ecológicas artificiais” que se adequem às suas capacidades e interesses.
- A psicologia do Desenvolvimento do ciclo de vida (Baltes e Baltes 1990, citado por Magalhães, 2014) – nesta teoria entende-se o desenvolvimento do individuo enquanto um processo de mudança que se dá em dado contexto. Conjugando acontecimentos antecedentes e subsequentes. Pelo que, o desenvolvimento humano se baseia numa interação de fatores biológicos, históricos e culturais. Este processo desenvolvimental será marcado por oscilações e variações, que originam perdas e ganhos.

Baltes e Baltes (1990, citados por Fernández-Ballesteros, 2009) apresentam-nos, por sua vez, uma série de critérios para um envelhecimento bem-sucedido, tais como: a longevidade, a saúde biológica, a saúde mental, a eficácia cognitiva, a competência e produtividade social, o controle pessoal e a satisfação com a vida.

Ao longo dos tempos vários investigadores contribuíram para a aquisição de novos significados para o termo “bem-sucedido”. Atualmente, uma das definições de envelhecimento bem-sucedido é aceite pelos investigadores, concretamente o modelo SOC (seleção, otimização e compensação) desenvolvido por Baltes e Baltes (1990, citado por Fonseca, 2005). Neste modelo defendem que a interação entre aquilo que se ganha e aquilo que se perde ao longo da vida é essencial na perspetivação de um modelo de desenvolvimento psicológico, sobretudo na idade adulta e na velhice. Baltes e Baltes (1990) distinguem três mecanismos interativos – seleção, otimização e compensação, que são interdependentes entre si e formam o modelo SOC. Este modelo tem como objetivo um processo adaptativo de envelhecimento bem-sucedido, onde devem ser aliados os ganhos obtidos ao longo da vida e minimizadas as perdas, o que se consegue através de um processo de seleção, otimização e compensação. Este modelo assenta

numa visão contextualista, na qual o individuo assume papel preponderante no seu processo de envelhecimento.

Para Fernández-Ballesteros (2011), o modelo SOC é definido como sendo um sistema motivacional, na medida em que é uma ferramenta de gestão que o individuo dispõe, contribuindo para o seu bem-estar e para um envelhecimento ativo. Para a autora citada, o envelhecimento ativo depende, nesta medida, de um processo adaptativo que sucede ao longo de toda a vida do individuo e que se molda pelos comportamentos e atitudes do mesmo.

O termo “Envelhecimento Ativo” foi introduzido pela Organização Mundial da Saúde, no final dos anos 90 e procura transmitir uma mensagem mais ampla do que a denominação de “envelhecimento saudável”, reconhecendo que, para além dos cuidados com a saúde, existem outros fatores que podem afetar o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (Jacob, 2007).

A Organização Mundial da Saúde OMS (2005, p.13) descreve Envelhecimento Ativo como sendo “um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. A mesma organização descreve a palavra “Ativo” como sendo a participação do individuo de forma continua nas questões sociais, económicas, culturais, civis e não exclusivamente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. Todas as pessoas que se encontram reformadas ou que possuam uma doença podem continuar a viver de uma forma ativa com os seus familiares, companheiros, comunidades e países. O envelhecimento ativo tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável, e qualidade de vida para todos os indivíduos em processo de envelhecimento, bem como pessoas que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados de saúde.

O envelhecimento ativo aplica-se tanto a indivíduos, como a grupos populacionais e permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, incluindo a participação ativa dos seniores nas questões económicas, culturais, espirituais e cívicas. O conceito “Envelhecimento Ativo” surge acompanhado por conceitos como envelhecimento saudável, envelhecimento positivo, envelhecimento com êxito, envelhecimento produtivo, qualidade de vida do idoso, entre outros conceitos que dão origem a infinitas sobreposições de ideias (Jacob, 2007).

A OMS (2005, citada por Pereira, 2012) acrescenta, todavia, detalhes importantes, nomeadamente a ideia de que

o envelhecimento ativo deve potenciar o bem-estar físico, social e mental das pessoas ao longo de todo o ciclo de vida, assim como, a participação na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades, enquanto lhes são providenciadas proteção, segurança e cuidados adequados (p.207).

Para Fernández-Ballesteros (2009), o envelhecimento ativo deve ser entendido como sendo um novo ramo da ciência, evidenciando um conceito realista e empírico do envelhecimento. Trata-se, portanto, de um processo multidimensional.

O Envelhecimento Ativo assenta, portanto, em três elementos que são determinantes, concretamente a Saúde, a Segurança e a Participação Social.

O primeiro elemento, a Saúde, é essencial para a determinação do processo de envelhecimento que se quer ativo; o segundo elemento, a Segurança, conduz-nos à questão do contexto onde o indivíduo se insere, que deve ser um ambiente que propicie a paz e segurança sociais; por último, o elemento Participação social, transmite-nos a necessidade de existência de relacionamentos sociais e familiares satisfatórios, que permitam ao indivíduo exercer a sua cidadania de forma plena e consciente. A desconstrução do conceito “envelhecimento ativo” permite aferir da sua complexidade e coloca na sociedade o foco de construção e otimização dos recursos necessários para que este processo se concretize efetivamente (Ribeiro & Paúl, 2011).

O envelhecimento ativo, tem portanto, como fundamento o aumento da expectativa de vida saudável e da qualidade de vida, não só no âmbito do processo de envelhecimento, mas também destinado a pessoas incapazes, vulneráveis e frágeis. Este processo deve ocorrer no seio da família e amigos e ser concordante com a interdependência e a solidariedade entre gerações (Seixas, 2013).

#### 1.4 Envelhecimento em Meio Rural e em Meio Urbano

As distintas formas de estar e sentir só são perceptíveis na perspetiva do percurso de vida e da conseqüente relação do idoso com a sua situação atual. Todo o idoso suporta consigo a sua história de vida, independentemente do envelhecimento ser

completado por alterações biológicas, psicológicas e sociais, é, também, influenciado pelo contexto em que o idoso se encontra inserido (Sequeira & Silva, 2002).

Melo (2003) refere, que no meio rural, o idoso tem um nível de vida melhor, com mais bem-estar e menos carências. Aqui o idoso é mais autónomo, ainda trabalha e todos são, mais ou menos, conhecidos entre si.

Sequeira e Silva (2002) obtiveram resultados que vão ao encontro da perspetiva defendida por Rowles (1984), nos quais se defende que os meios rurais são contextos privilegiados de envelhecimento, uma vez que têm algumas vantagens que devemos salientar, concretamente: (a) facultar às pessoas maior familiaridade com o meio; (b) favorecer um ritmo de vida mais lento aos idosos, cujos tempos de reação possam estar letificados e (c) proporcionar maior estabilidade populacional, alimentando a manutenção dos laços afetivos, maior contacto e uma maior rede de vizinhança, o que dita um maior apoio instrumental, emocional e psicológico.

De acordo com Lawton (1982, citado por Fonseca, 2006) o modelo ecológico de competência procurou especificar alguns aspetos de transação pessoa-ambiente, modelo esse que Lawton teve a ocasião de definir como: “ um modelo de adaptação capaz de prever resultados adaptativos (comportamentos e afetos) associados à interação entre a pessoa, caracterizada em termos de um determinado nível de pressão” (p.88).

Segundo Lawton (1989, citado por Fonseca, 2005), o meio rural promove menos pressão sobre a população idosa, uma vez que a confusão nas ruas é pouca, os roubos e agressões são raros ou inexistentes, e o sentimento de segurança é, certamente, maior. Muitos dos idosos que residem em contexto rural, continuam a cuidar dos seus animais e dos seus terrenos, conservando-se ativos e habilitados até que a força física o possibilite. Estes vivem em maior consonância com o ambiente do que os idosos que vivem em meios urbanos.

Deste modo, envelhecer nos meios urbanos pode significar correr o risco de acabar a vida cada vez mais só, menosprezado, sem qualquer visibilidade social. Fonseca (2005) conta que para muitos dos idosos, que vivem em cidades de grandes dimensões, as redes sociais de apoio são frágeis e o suporte social é insuficiente. Segundo Jardim (1991, citado por Melo, 2003), os idosos que vivem em meios urbanos podem encontrar-se envolvidos no anonimato, com uma menor intimidade entre as pessoas, o que pode resultar numa diminuição da qualidade de vida.

Sequeira e Silva (2002) realizaram um estudo com o objetivo de quantificar e qualificar os fatores inerentes à satisfação com a vida num grupo de residentes em meio rural, concluindo, neste âmbito, que os meios rurais são contextos privilegiados de envelhecimento. Existem diversas vantagens no envelhecimento em meios rurais como por exemplo, o facto do contexto físico permanecer estável durante longos períodos de tempo, sendo as mudanças implementadas gradualmente, o ritmo de vida é mais lento, existe uma maior estabilidade populacional, proporcionando a manutenção dos laços afetivos, uma maior rede social, um maior apoio emocional, prático e psicológico. O contexto promove o sentido de identidade, o sentimento de ser-se conhecido. Os meios rurais oferecem um ambiente mais restrito e de suporte quando as competências pessoais começam a declinar.

Os autores supracitados mencionam que um meio que seja familiar e um meio com o qual o indivíduo tenha um vínculo de longa data, pode suportar o idoso de diversas formas, nomeadamente, conferindo-lhe a segurança de se conhecer e ser conhecido pelas outras pessoas, nem que seja de vista; conferindo-lhe a segurança de conhecer todo o meio ambiente envolvente, os melhores sítios para atravessar a estrada, atalhos, caminhos seguros, lugares com significado especial, podendo a familiaridade compensar, de certa forma, as perdas de audição e visão.

Alguns estudos referidos por Melo (2003) e Sequeira e Silva (2002) sugerem que a grande desigualdade entre o meio rural e urbano, deve-se, essencialmente, à presença da atividade agrícola junto das pessoas mais idosas no meio rural. Esta é uma atividade que além de fazer com que o idoso se mantenha ativo, ainda o incentiva à sociabilidade, ou seja, é uma atividade que permite aos idosos uma participação ativa na comunidade. Além disso, sustenta o sentimento de competência e de utilidade, essenciais à promoção da satisfação de vida.

A existência de uma rede social de apoio informal, constituída por familiares, vizinhos e amigos, é considerada bom indicador de saúde mental e um ótimo prognóstico de bem-estar, uma vez que serve para facilitar o confronto e resolução de acontecimentos de vida. Com algum grau de certeza que o nível educacional e a situação financeira são mais favoráveis nos meios urbanos, enquanto que o nível de autonomia e a rede social são mais favoráveis em contexto rural. O sentimento de solidão é similar em ambos os meios (Fonseca & Paúl, 2005).

Os mesmos autores referem que para muitos idosos, a vida nos meios urbanos provoca um insuficiente suporte social, as redes sociais são frágeis, e não têm qualquer visibilidade social, sendo, não raras vezes, marginalizados e desprezados.

De acordo com Sequeira e Silva (2002), as atitudes face ao próprio envelhecimento são significativamente mais negativas nos idosos inseridos em meios urbanos do que nos inseridos em meios rurais. A situação de maior carência material, observada nos meios rurais, é compensada pelas redes sociais. Os idosos rurais são mais ativos, mais autónomos e têm maior suporte social.

Os autores Sequeira e Silva (2002) concluíram que os domínios rurais podem constituir-se como meios favorecidos pela promoção de redes de relação em que cada sujeito conhece os nomes, vida e saúde dos outros membros da comunidade, reduzindo a ameaça de ficar no anonimato e no esquecimento.

Existem, contudo, aspetos inerentes aos meios rurais que são menos positivos. A título de exemplo, podemos afirmar que, geralmente, nas aldeias do interior do país, nem sempre se assiste a uma promoção das redes de relação, na medida em que as famílias se encontram longe, normalmente nos meios urbanos, deixando as aldeias despovoadas. Os jovens vão embora, e os idosos vão morrendo, pelo que “há como que um sentimento de fim, não só de vida mas de uma terra...” (Fonseca & Paúl, 2005, p.106).

## Capítulo II. Felicidade e Bem-Estar Subjetivo

### 2.1 A Felicidade Subjetiva

A felicidade tem sido referida na literatura psicológica como o bem-estar subjetivo (BES), a satisfação, o afeto positivo ou a avaliação subjetiva da qualidade de vida e do estado de espírito (Souza & Duarte, 2013).

O termo felicidade é, em si mesmo, um conceito complexo, que pode ser associado a muitos conceitos e noções e, nesta medida, é difícil explicá-lo de forma clara e uniforme. Desde a antiga Grécia que os Homens vivem na busca incessante do segredo para a felicidade, na esperança de encontrar o que os fará felizes e o que é necessário para se estar bem (Scorsoline-Comin, 2009).

Gilles Lipovetsky (2007, citado por Scorsolini-Comin, 2009) afirmam que: num ensaio filosófico sobre a felicidade na contemporaneidade, denominada por ele de era do hiperconsumo, resgata a herança da mitologia e do Deus Dionísio, distribuidor de alegrias em abundância, que incitava os homens ao gozo pleno. Esse ethos de alegria foi redescoberto pelo homem atual, insistindo na nova cultura cotidiana, que presta culto às sensações imediatas, aos prazeres do corpo e dos sentidos, às volúpias do presente. Isto se traduz em um retorno e aprofundamento do *carpe diem*, o que seria um engano, haja vista que quanto mais felicidade hedonista é exibida, mais ela é acompanhada por temores e tremores (p.203).

Desde a antiguidade, a felicidade tem sido encarada como fundamental na experiência de vida do homem. Quatro séculos antes de Cristo, na Grécia, Antiga o filósofo Aristippus alegava que o “o objetivo central da vida de cada ser humano seria maximizar seus prazeres” (Scalco, Araújo & Bastos, 2011, p.648).

O filósofo pré-Socrático Democritus foi um dos mais antigos pensadores no tema felicidade e alegava, então, que a felicidade consistia numa vida feliz, que dava

prazer ao individuo, ou seja, as pessoas não são felizes pelo que possuem mas sim por causa do modo como elas reagem às vicissitudes da vida. Durante séculos esta perspectiva foi abandonada e, só mais tarde, Sócrates, Platão e Aristóteles sugeriram a perspectiva de felicidade eudemónica, que se fundamentava na posse de uma imensa quantidade de bens. Embora, Aristóteles defende-se que

a felicidade se baseava na realização total do potencial pessoal, não sendo o prazer como elemento central na definição. Para os hedonistas como por exemplo o Aristppus, a felicidade era simplesmente a soma de muitos prazeres momentâneos. A filosofia de Aristppus defendia que o objetivo de vida era a procura do prazer adaptando as circunstâncias a si próprio mantendo o controlo sobre a adversidade e a prosperidade (Ribeiro,2012a, p.158).

Sócrates, no século IV antes de Cristo, estabeleceu um paradigma em que a busca da felicidade era da responsabilidade do individuo e que a filosofia seria o caminho que o encaminhava até esse fim. Depois de longos anos de investigação com base nos princípios de Sócrates, Aristóteles concluiu que o poder, a beleza, a saúde, e a riqueza eram os recursos da humanidade de modo a poder alcançar a felicidade. Foi então que na época do Iluminismo que surgiu a crença de que todo o ser humano tem o direito de atingir a felicidade. Atualmente, a felicidade é um valor indiscutível. Exemplo disso é a Declaração de Independência dos EUA, na qual se regista que “ todo homem tem o direito à vida, à liberdade e à busca da felicidade” (Ferraz, Tavares & Zilberman, 2007, p.235).

No século XIX, filósofos utilitaristas defendiam que o “ objetivo primordial das políticas sociais seria gerar mais felicidade para um maior número de pessoas” (Scalco, Araújo, Cora, & Bastos, 2011, p.648).

Já na Constituição da República Portuguesa não consta o termo felicidade, mas antes o termo bem-estar e qualidade de vida. Na secção Princípios Fundamentais, concretamente no artigo 9º, alínea d) estipula-se que compete ao Estado “promover o bem-estar e a qualidade de vida do povo e a igualdade real entre os portugueses, bem como a efetivação dos direitos económicos e sociais, culturais e ambientais, mediante a transformação e modernização das estruturas económicas e sociais.” Posto isto, em

Portugal o termo bem-estar e qualidade de vida nascem numa posição similar à da felicidade prevista na Constituição dos Estados Unidos da América (Ribeiro,2012a)

A Psicologia e a Psiquiatria, nos últimos anos, têm demonstrado interesse pelo estudo da felicidade. Este interesse acarreta uma mudança de paradigma, visto que ao longo do século XX o objetivo dos estudos se vem fixando, constantemente, nos estados afetivos patológicos. A psicologia positiva é uma área recente que investiga os estados afetivos positivos, como por exemplo a gratidão, a qualidade de vida, o otimismo, a resiliência, a felicidade, o contentamento (Ferraz, Tavares, Zilberman, 2007).

De acordo com Keyes, Shmotkin, e Ryff, (2002, citados por Quartilho, 2010), o Budismo e o Estoicismo, defendiam que a felicidade só pode ser encontrada no interior de cada indivíduo, ao cortarem relações com o exterior e tendo uma atitude de aceitação.

Cloninger (2004, citado por Ferraz et al., 2007) afirma que a “felicidade” é uma expressão que se traduz na compreensão, de forma coerente e lúcida, do mundo, isto é, a felicidade autêntica requer uma maneira coerente de viver. Assim sendo, abrange todos os processos humanos que regulam as emoções, os aspetos sexuais, materiais, intelectuais e espirituais da vida. Segundo este autor, o aspeto material, o poder, o sexo, as relações interpessoais, podem ou não ser ajustadas, dependendo do grau de consciencialização que os indivíduos têm, bem ainda dos seus focos e valores.

Segundo Lyubomirsky e Lepper (1999, citado por Ribeiro, 2012a) a literatura reflete, que a felicidade surge como um indicador de bem-estar subjetivo. Para Veenhoven (1997; 2000, citado por Ribeiro, 2012a), a felicidade, o bem-estar, a qualidade de vida e a satisfação com a vida detêm o mesmo significado, sendo, muitas vezes, utilizados como sinónimos.

De acordo com Keyes, Shmotkin e Ryff (2002) a satisfação com a vida, pode ser entendida como a avaliação global que o indivíduo faz nas suas variadas dimensões, analisando os aspetos que pesam para a felicidade.

O conceito de felicidade refere-se

ao modo como nos sentimos, à experiência do prazer, a uma orientação hedonista herdeira da tradição iluminista do século XVIII, ou, numa perspetiva aristotélica, a uma orientação eudemonista que consagra os benefícios do

desenvolvimento pessoal, do comportamento virtuoso e da reflexão filosófica (Quartilho, 2010, p.57).

Lima (2012) define a felicidade como sendo um grau em que um indivíduo se autoavalia de maneira auspiciosa, incluindo o conjunto dos aspectos positivos e negativos na sua vida.

Para Fordyce (1983, citado por Ribeiro, 2012a) a felicidade é, uma sensação de bem-estar, auto-satisfação, alegria, contentamento, paz de espírito, prazer, satisfação com a vida, emoções positivas, uma sensação de contentamento. Assim sendo, como referem Lyubomirsky e Lepper (1999), a felicidade é “ subjetiva”.

Para o autor citado a “*subjective happiness*”<sup>1</sup> “ baseia-se numa avaliação subjetiva que um indivíduo faz sentindo-se feliz ou infeliz, transmite uma categoria de bem-estar abrangente, enquanto fenômeno psicológico.

O sociólogo Holandês Ruut Veenhoven (2009, citado por Quartilho, 2010) estudou o conceito de felicidade em vários países, concluiu que os cidadãos mais felizes são os que vivem nas sociedades com bons sistemas educativos, com bons suportes sociais, com níveis de alfabetismo elevados, com igualdade entre sexos e, ainda, os que têm melhor acesso a cuidados de saúde. Em virtude disto podemos afirmar que o bem-estar e a felicidade das pessoas estão dependentes de fatores históricos e culturais.

## 2.2 Conceito de Bem-Estar Subjetivo

Segundo Okun et al. (1990, citado por Simões, 1992) o bem-estar é algo subjetivo, porque se trata de forma, positiva ou negativa, como os indivíduos se sentem ao longo da sua vida. É difícil compreender este fenômeno, se considerar-se que está relacionado com conceitos importantes como os da felicidade, de qualidade de vida, e de velhice bem-sucedida. O bem-estar subjetivo é definido por índices como a felicidade, o moral e a satisfação com a vida. Enquanto a felicidade pode ser decretada como a razão entre a efetividade positiva e a afetividade negativa vividas no momento presente, relativamente ao tipo de vida, e o que os indivíduos esperam, no futuro.

Um dos primeiros pesquisadores da área do bem-estar subjetivo foi Wilson (1967, citado por Giacomoni, 2004) que apresentou uma revisão sobre felicidade, a

---

<sup>1</sup> Felicidade Subjetiva

partir de dados existentes. O autor salienta que os indivíduos mais felizes são aqueles que apresentam mais vantagens e, assim sendo, define uma pessoa feliz como sendo “um jovem saudável, bem-educado, bem-remunerado, extrovertido, otimista, livre de preocupações, religioso, casado, com alta autoestima, com moral de trabalhador, com aspirações modestas, de qualquer sexo e inteligente” (p. 44).

Segundo Galinha e Ribeiro (2005) a história do conceito Bem-Estar Subjetivo é recente, tendo cerca de 45 anos de vida. Este conceito é considerado complexo pois inclui uma dimensão cognitiva e uma dimensão afetiva assim como inclui também outros conceitos como o Afeto Negativo, Afeto Positivo e a Qualidade de Vida.

De acordo com Diener et.al. (1999, citado por Albuquerque, 2007) o bem-estar subjetivo está associado ao hedonismo, gerando o bem-estar como a felicidade subjetiva assim como a procura de experiências de prazer ou o equilíbrio entre o afeto positivo e afeto negativo. Por sua vez, o bem-estar psicológico estabelece na perspectiva eudaimônica, evidenciando o bem-estar na realização do ser humano. Assim, Waterman (1993, citado por Albuquerque, 2007)

considera que as divergências entre estas duas concepções de bem-estar se consolidam, essencialmente, no facto de bem-estar subjetivo estar associado à felicidade, ao relaxamento, a sentimentos positivos e a uma ausência relativa de problemas, enquanto que o bem-estar psicológico se encontra associado ao ser em mudança, ao exercício do esforço e à procura do crescimento e desenvolvimento pessoal (p. 2).

Quartilho (2010) refere que o conceito de bem-estar subjetivo é específico, afetivo e cognitivo e é caracterizado tanto por níveis de afeto positivo, como por níveis de afeto negativo, bem como, uma avaliação positiva da vida ou satisfação com a vida. O bem-estar subjetivo é composto por três componentes principais, nomeadamente o afeto positivo, o afeto negativo e a satisfação. De acordo com estes três componentes desenvolveu-se uma classificação que inclui quatro indivíduos, a saber: os felizes e satisfeitos, os infelizes e insatisfeitos, os felizes e insatisfeitos e os infelizes e satisfeitos. Dados relativos sobre o conceito de bem-estar subjetivo afirmam que influência, neste âmbito, de forma positiva a saúde física e a saúde mental, o que eventualmente tem efeitos sobre o aumento da longevidade. Outros dados referem que as pessoas que são

felizes são mais sociais, ativas, gostam mais delas próprias, dos outros e demonstram melhores recursos na resolução de problemas.

Segundo Guedea (2006) trata-se de um índice de saúde mental e está relacionado a um envelhecimento mais saudável, sendo sinónimo de felicidade. Alia-se também de uma forma negativa a sintomas depressivos e doenças físicas.

Giacomoni (2004), o bem-estar subjetivo é uma atitude que abrange dois componentes essenciais, nomeadamente o afeto e a cognição. O componente afetivo envolve as partes emocionais, que pode ser ainda dividido em afeto positivo e negativo, enquanto o componente cognitivo se refere aos aspetos racionais e intelectuais.

Segundo Giacomoni (2004) existem três aspetos do bem-estar que são essenciais, para serem destacados: “em primeiro é a subjetividade - o bem-estar reside dentro da experiência do individual; o segundo consiste no entendimento de que bem-estar não é apenas a ausência de fatores negativos, mas também a presença de fatores positivos; o terceiro salienta que o bem-estar inclui uma medida global ao invés de somente uma medida limitada de um aspeto da vida” (p. 44).

Simões (2006) considera que o bem-estar subjetivo é formado por uma componente cognitiva, trata-se de satisfação com a vida (que é a forma como se avalia a própria vida) e por uma componente afetiva (que são as reações emocionais, positivas ou negativas, face à dita avaliação). Assim, quando um indivíduo refere que está muito satisfeito com a sua vida, que experiencia, com frequência, emoções positivas e que, raramente, tem emoções negativas, significa que este indivíduo apresenta um BES (Bem- Estar Subjetivo) de nível elevado. Portanto, e tendo isto em consideração, pode definir-se o BES da seguinte forma: “o bem- estar subjetivo é uma reação avaliativa das pessoas à sua própria vida, quer em termos da satisfação com a mesma (avaliação cognitiva) quer em termos de afetividade (reações estáveis) (p.107).”

### 2.3 Saúde e Bem-estar

Segundo o Ministério da Saúde (2004) uma boa saúde é essencial para que as pessoas idosas possam continuar a usufruir de um bem-estar 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.

A saúde, para o idoso, significa ser capaz de viver na sua própria casa, ser independente e gostar de estar com a sua família e amigos (Squire, 2005).

Em 1948 a OMS definiu o conceito de “Saúde” como, “ um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças, ou enfermidades” (p.29). Esta definição evidencia o aspeto positivo da saúde, mais propriamente a integração do bem-estar físico, do bem-estar mental e do bem-estar social no conceito de saúde. O bem-estar físico abrange a alimentação, a atividade física, a saúde reprodutiva, a prevenção de doenças, assim como a prevenção de drogas. O bem-estar mental inclui o funcionamento das capacidades cognitivas, a aprendizagem, a memória, o equilíbrio, a integração da personalidade, a autonomia e a confiança. E, finalmente, o bem-estar social incorpora a capacidade de comunicar e interagir com os outros, integrando, ainda, a criação de relações e apoios sociais, com suporte na família, nos amigos, e na sociedade onde se encontra incluído, na aquisição e aperfeiçoamento de competências que garantam a eficácia e satisfação no trabalho (Simões, 2006).

Segundo Albuquerque e Pedroso de Lima (2007) desde a antiguidade clássica que os filósofos refletem sobre a essência de uma vida feliz. A investigação em ciências humanas quer desvendar os processos que são subjacentes às experiências de vidas felizes, e com isso querem contribuir para que a sociedade tenha um maior bem-estar.

Definir bem-estar é difícil pois existem diversas variáveis que interferem no bem-estar, nomeadamente a idade, o género, o nível socioeconómico e cultural. Um indivíduo com um elevado sentimento de bem-estar expressa satisfação com a vida, evidencia afetos positivos e raramente, afetos negativos (Giacomoni, 2004).

Lima (2004) refere que a promoção da saúde é de extrema importância, visto que se trata do principal fator sociodemográfico a influenciar o bem-estar. Desta forma qualquer projeto que pretenda promover a felicidade deve passar pela promoção da saúde. Assim como também outros fatores sociodemográficos, como a crença religiosa, conduzem a que o indivíduo tenha uma maior satisfação com a vida.

Segundo Spirduso (2005) os profissionais da área de saúde, caracterizam o termo Saúde como sendo o bem-estar físico, psicológico e social. De acordo com alguns estudos gerontológicos a definição de saúde pode ser designada como a ausência de indícios de doença, nomeadamente os que estão relacionados com o fator idade, como o caso de doenças cardiovasculares, diabetes e artrite. Por outro lado, em alguns estudos a

definição de saúde é descrita como *saúde subjetiva*, sendo caracterizada pelos próprios indivíduos que fazem um autorrelato sobre o seu próprio estado de saúde objetiva.

Para Larson (1978, citado por Spirduso, 2005) após uma análise abrangente sobre o assunto saúde e bem-estar concluiu que:

entre todos os elementos da situação de vida de uma pessoa idosa, a saúde é a que está mais fortemente relacionada ao bem-estar. As pessoas que estão doentes ou incapacitadas fisicamente têm muito menos probabilidades de expressar contentamento com as suas vidas p.346 e 377.

As correlações identificadas por Larson (1978) são apresentadas infra, na figura 2.

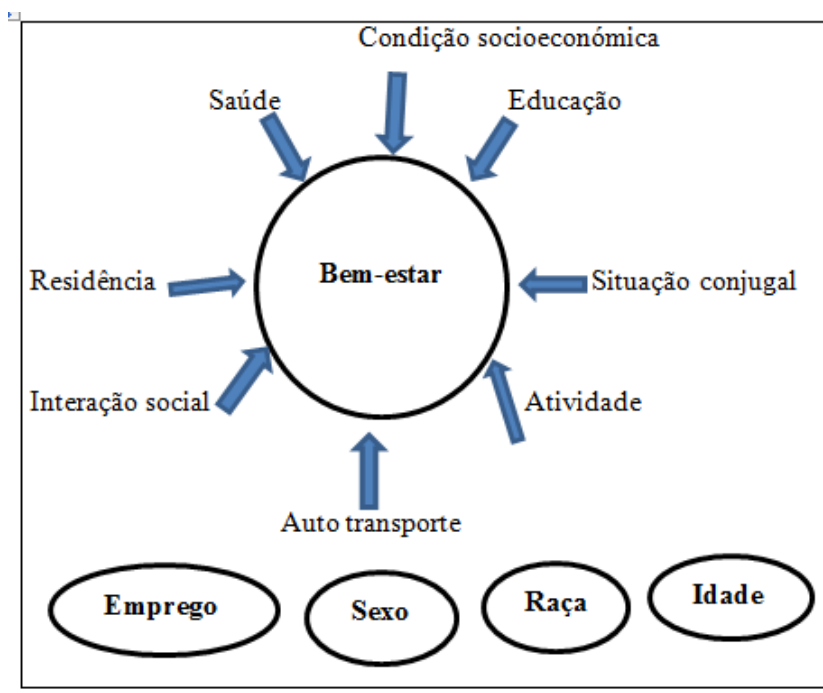


Figura 2 - Correlativos do bem-estar  
Fonte: Spirduso (2005,p.347)

Como se pode observar, na figura 2, as relações entre os fatores e o bem-estar são representadas por setas, enquanto que os fatores não relacionados são apresentados como não estando ligados ao bem-estar. A saúde é assim um correlativo maior, uma vez que apresenta uma relação mais forte com o bem-estar.

Num estudo realizado por Gfellner (1989, citado por Spirduso, 2005) constatou-se que a saúde autoavaliada era o melhor indicador da satisfação pessoal em 40 adultos não institucionalizados com idades compreendidas entre os 80 e 96 anos. No estudo

realizado, a satisfação pessoal dos idosos a saúde percebida e a capacidade funcional diminuíram num período de cinco anos, no entanto a satisfação pessoal dos idosos foi menor do que a saúde percebida e da capacidade funcional. Apesar das dificuldades e incapacidades dos idosos nas suas percepções relativamente à diminuição da saúde e da capacidade funcional, eles conseguiram manter um grau acessível de satisfação pessoal.

De acordo com Seedhouse, (1986, citado por Squire, 2005) as percepções de saúde incluem a saúde física, saúde mental, saúde emocional, saúde social, saúde sexual, saúde espiritual, a saúde ambiental e a saúde da sociedade. Estas dimensões de saúde estão todas interrelacionadas e associadas àquilo que é muitas vezes denominado por saúde positiva e negativa. As definições de saúde são expostas de maneira negativa ou positiva. As definições negativas tomam a saúde como a pura ausência de mal-estar e doença, enquanto as definições positivas identificam a saúde como a boa forma física e mental, uma forma pessoal ou a base do potencial da pessoa.

A relação entre saúde e bem-estar é também considerada bidirecional. O estado de saúde não influencia apenas as percepções do bem-estar, mas as sensações de bem-estar das pessoas também influenciam os comportamentos relacionados com a saúde. São muitos os fatores que alteram a saúde, nomeadamente: a opinião das pessoas sobre a importância da saúde, a capacidade de controlar as suas vidas e a sua autoconsciência, autoestima e estado de saúde percebido têm uma relação direta com a probabilidade de que eles tomem atitudes para manter a saúde e prevenir doenças (Spirduso, 2005).

Pode-se afirmar que são vários os fatores que alteram a saúde, nomeadamente a opinião das pessoas sobre a importância da saúde, a autoconsciência, a capacidade de controlo sobre as suas vidas, a autoestima e, por fim, o estado de saúde percebido que tem uma relação direta com a probabilidade de que elas tomem atitudes para manter a saúde e prevenir doenças (Spirduso, 2005).

Doyal e Gough (1992, citado por Squire, 2005) entendem que a necessidade básica das pessoas, ou o seu objetivo maior, é a participação adequada na sociedade, sendo que, para que tal aconteça, é necessário haver autonomia e saúde física. A clássica hierarquização das necessidades de Maslow (1954) é, ainda na atualidade, reveladora disso mesmo. (Figura 3)

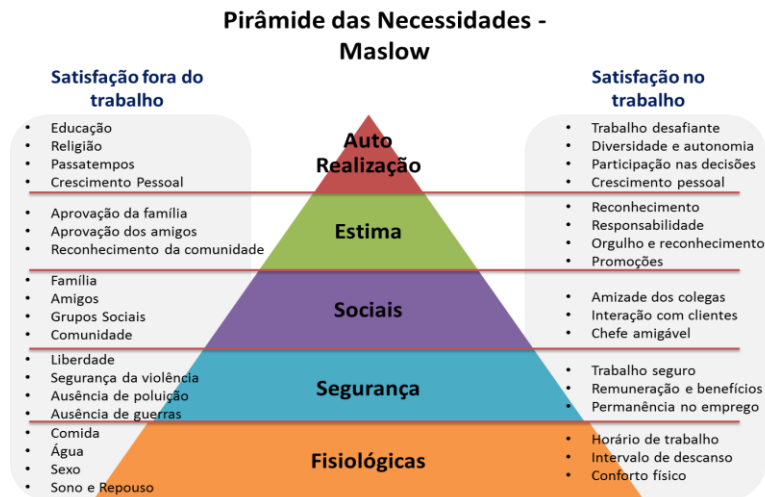


Figura 3 - Hierarquia das necessidades de Maslow  
 Fonte: Fonte: Squire (2005,p.170)

De acordo com a psicologia humanística de Maslow, a Hierarquia de necessidades representa-se por uma pirâmide, que se consubstancia numa base, onde se realizam as necessidades de natureza fisiológica, e no topo, estão associadas as necessidades de natureza psicológica, destacando-se a autoatualização (por *tradução de self-actualization*). Neste processo, destacam-se experiências de pico (por tradução de *peak experiences*), nas quais o nível de felicidade atinge valores máximos (Caleiro, 2011).

## Capítulo III. Solidão

### 3.1 A Solidão nos Idosos

Segundo Ribeiro (2012b) o conceito de solidão é definido como um estado de “estar só” ou a condição de “ser só”. Vários autores têm tentado, ao longo dos tempos, definir o conceito de solidão, embora não haja uma definição universalmente aceita. Os distintos conceitos acabam por ser o reflexo de diferentes teorias que se relacionam com aspetos importantes na contextualização da solidão.

Fernandes (2000, citado por Freitas, 2011) define a solidão como sendo uma experiência subjetiva e intrínseca, que se manifesta não só quando o indivíduo se encontra efetivamente sozinho, mas também quando, embora acompanhado, se sente sozinho, ou, ainda, quando não se sente realizado com os seus relacionamentos sociais. Isto sucede, essencialmente, quando as relações sociais que se estabelecem são poucas e não satisfatórias.

Segundo Neto (2000) a solidão pode ser entendida como um sentimento de angústia, abandono e isolamento. O conceito é, em si mesmo, complexo e vasto, pelo que a sua definição se revela de extrema dificuldade. Este autor afirma “que quem experienciou a solidão viveu uma experiência dolorosa, principalmente se as relações sociais não são adequadas (p.321)”. Evidencia, ainda, “que a solidão é uma experiência comum, é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que temos e aquelas que desejamos ter (p.321)”. Segundo o referido autor, a solidão é um conceito com significação intuitiva e intrínseca, pelo que, quando questionadas, as pessoas respondem, com facilidade, ao que entendem ser a solidão. Nesta medida, não se pode generalizar o conceito de solidão e afirmar, categoricamente, que todas as pessoas têm a mesma conceção. A solidão é, portanto, um conceito aberto e indefinido.

Neto (2000) salienta que o conceito solidão tem um carácter intuitivo para a maior parte das pessoas, ou seja, cada indivíduo analisa o seu estado de solidão tendo

em conta o contexto em que se insere, pois para alguns indivíduos a solidão pode ser sinónimo de “estar só” efetivamente.

De entre as definições existentes acerca da solidão pode-se destacar a de Rook (1984, citado por Neto, 2000) onde refere que

na solidão uma condição estável de mal-estar emocional que surge quando uma pessoa se sente afastada, incompreendida, ou rejeitada pelas outras pessoas e/ou lhe faltam parceiros sociais apropriados para as atividades desejadas, em particular atividades que lhe propiciam uma fonte de integração social e ensejo para intimidade emocional (p.322).

De acordo com Pais (2013) compreender a solidão enquanto sentimento individual é, antes de mais, analisar sentimentos opostos, nomeadamente os laços sociais e familiares que existam e que possam, de certo modo, potenciar os sentimentos de solidão, na medida em que se encontrem desestruturados. A solidão converge em duas variáveis opostas: o isolamento e o relacionamento. Diz respeito, portanto, a um estado de subjetividade, sobretudo emocional. O ‘estar só’ refere-se a uma situação física, objetiva. Nem sempre a solidão se resume a um sentimento de isolamento social, mas antes a uma necessidade individual. O sociólogo alemão Norbert Elias (1897-1990) ao analisar a solidão demonstrou como se manifesta enquanto sentimento de exclusão inerente aos relacionamentos sociais. Assim acontece, também, quando os idosos são abandonados em lares ou hospitais como se de ‘pesos mortos’ se tratassem. Houve tempos em que a morte era encarada como um ritual realizado no seio da intimidade familiar e na convergência das emoções de todos os familiares. Hoje morre-se, quase sempre, longe da família.

Menis e White (2001, citados por Fernandes, 2007) entendem que a solidão se evidencia nos idosos quando confrontados com a perda ou ausência de alguém, por morte ou separação. Assim sendo, a solidão manifesta-se no indivíduo quando este vivencia estados de dor e tristeza profunda, inerentes ao término ou perda de um relacionamento existente. A solidão pode ser evitada usando estratégias de coping, que poderão traduzir-se em mecanismos de recompensa. É, portanto, um estado de sofrimento que se manifesta no silêncio da incapacidade da pessoa analisar o seu próprio estado anímico.

Um estudo realizado por Lopata, (1969, citado por Neto, 2000) com pessoas viúvas, focalizou os diversos sentimentos inerentes à solidão, a saber:

desejar estar com o marido; querer ser amada por alguém; querer amar e tratar de alguém; querer partilhar experiências quotidianas com alguém; querer ter alguém em casa; precisar de alguém para partilhar o trabalho; desejo de uma forma prévia de vida; sentir a falta de estatuto; sentir a falta de outras pessoas, como consequência de ter perdido o marido; temer a sua incapacidade para fazer novos amigos (p.37).

Rubenstein e Shaver (1982, citado por Fernandes, 2007) através da realização de um inquérito, junto da população em geral, chegaram à conclusão que existem quatro conjuntos de sentimentos que se manifestam nas pessoas quando se sentem sós: o desespero; a depressão; o aborrecimento impaciente; e a autodepreciação. Sentimentos esses que se encontram plasmados na tabela 4 e que permitem observar a complexidade inerente ao conceito solidão.

Tabela 4 - Sentimentos associados à Solidão

<b>Desespero</b>	<b>Depressão</b>	<b>Aborrecimento Impaciente</b>	<b>Autodepreciação</b>
Desespero	Triste	Impaciente	Pouco atrativo
Aterrorizado	Deprimido	Aborrecido	Severo consigo
Desemparedado	Vazio	Desejo em estar em outro local	Estúpido
Assustado	Isolado	Inquieto	Envergonhado
Sem esperança	Pesaroso	Zangado	Inseguro
Abandonado	Melancólico	Incapaz de se concentrar	
Vulnerável	Alienado		

Fonte: Fernandes (2007,p.38)

Pode afirmar-se, com algum grau de certeza, que, não raras vezes, a solidão surge associada a um sentimento de baixa autoestima. As pessoas solitárias possuem uma visão mais pessimista delas próprias e dos outros, uma vez que não se conseguem inserir socialmente (Neto, 2000).

Tendo em conta a investigação supra citada, é possível traçar o comportamento típico das pessoas solitárias. São, assim, pessoas com uma visão pessimista acerca dos

outros e delas próprias, retraídas socialmente, isoladas, não interagem, caladas e com uma fisionomia triste, refletora do seu estado anímico (Neto, 2000).

Em suma, pode-se afirmar que a solidão é, hoje, um dos grandes problemas sociais, que resulta, em grande medida, do conceito de vida existente nas sociedades modernas, em que se potencia a aquisição de bens materiais e se secundariza a criação e manutenção de relacionamentos sociais e afetivos (Fernandes, 2007).

### 3.2 Solidão Social e Solidão Emocional

A solidão pode ser analisada sob diferentes abordagens e dimensões. Certos autores optam por estudar e analisar a solidão numa vertente unidimensional, considerando a solidão como um todo. Outros, contudo, entendem que a solidão pode ser analisada atendendo às suas diversas dimensões, que ajudam a compreender este termo e esta realidade tão subjetiva (Fernandes, 2007).

Nas definições acima descritas a solidão reporta-se a um estado emocional que inclui o isolamento, a tristeza, a apatia e a insatisfação com vida, normalmente provocados pela ausência de contactos e relacionamentos com a sociedade. Mais revelador do que estar fisicamente sozinha(o), pode dizer-se que é o estado emocional de estar privada(o) de um ou vários relacionamentos. Assim, a solidão evidencia-se por experiências de isolamento social, de isolamento emocional, ou ambas ao mesmo tempo (Ribeiro, 2012b).

Segundo Neto (2000) têm sido identificadas diversas formas de solidão associadas a diversos sentimentos. Por exemplo, Weiss (1973, citado por Neto, 2000) distinguiu a solidão social, segundo a qual a pessoa se sente insatisfeita e solitária devido à falta de uma rede social de amigos e de pessoas conhecidas, da solidão emocional, em que se está insatisfeito e solitário por causa de uma relação pessoal, íntima. O mesmo autor refere que a solidão emocional é a forma mais dolorosa de isolamento. Esta também é vivenciada por alguns idosos, principalmente aqueles que não têm uma companhia íntima.

Weiss (1973, citado por Coimbra, 2008) identifica, no seu modelo relacional de solidão, seis funções relacionais: o vínculo, normalmente propiciado pelo(a) companheiro(a); a integração social, propiciado pelos amigos; o cuidado físico e emocional; a confirmação do valor do outro; a noção de uma aliança de confiança; e,

por último, a orientação em situações de stress. A solidão é, pois, a resposta à ausência de uma função relacional particular ou de variadas funções relacionais. O autor define, assim, dois tipos de solidão: a solidão emocional; e a solidão social. A solidão emocional não elimina a solidão social, assim como a social não elimina a emocional. A solidão emocional é evidenciada na ausência ou perda de um vínculo íntimo, podendo ser atenuada com o surgimento de um outro. Esta solidão emocional está relacionada com as relações românticas e familiares, pois o apoio social dos amigos e familiares não consegue compensar o défice causado pela ausência. O apoio social resulta quando os sentimentos de solidão se relacionam com dificuldades na integração social, na medida em que a solidão surge como uma falha nas relações de amizade e sociais. Assim, a solidão social será uma consequência da solidão emocional, na medida em que a perda do cônjuge, por exemplo, pode levar a que haja perdas nas relações sociais.

Stroebe et al. (1996, citado por Coimbra, 2008) efetuaram um estudo longitudinal, com 60 viúvos (recentes) e 60 casais, com o objetivo de observar o papel do suporte social, na viuvez. Nos resultados deste estudo confirmou-se a teoria da vinculação de (Bowlby, 1969/1990), demonstrando que, quando há uma perda, como na viuvez, o suporte social não substitui o vazio sentido.

A integração social tem um papel primordial durante todo o ciclo de vida, mais peculiarmente relevante na velhice. Investigações têm vindo a demonstrar que as relações emocionais aumentam com a idade, mas o número de relações sociais diminui. Segundo Martina e Stevens (2006, citado por Coimbra, 2008) para diminuir a solidão nos idosos será essencial uma intervenção multidimensional, que se focalize não só na criação de amizades, mas também em fatores pessoais e situacionais.

### 3.3 Solidão e Reforma

A solidão manifesta-se, também, e, quase sempre, após o fim da atividade laboral, uma vez que nesta fase assiste-se a uma inversão no padrão de vida e verifica-se uma perda de utilidade social. Assim, Neto (2000) afirma que a reforma conduz a várias perdas, designadamente a perda de rendimento, predominância, do sentido de competências e utilidade de alguns contatos sociais. É nesta medida que o contributo da reforma favorece o isolamento social, a inatividade e, por conseguinte, a depressão e a solidão.

Sousa (2004) identificou vários fatores que se associam à solidão:

a reforma, migração, dependência ou outros eventos que contenham o sentimento de perda de papéis anteriores importantes, também se associam a aumento dos níveis de isolamento e solidão. Invariavelmente a institucionalização, ou andar em sistema de rotatividade pela casa dos filhos, reforçam os sentimentos de solidão. O baixo estado de saúde, a má condição física e problemas de saúde mental, em especial a depressão, fortalecem a solidão e o isolamento. Mas, neste caso, a relação é mútua: a solidão causa problemas de saúde e vice-versa. No que se refere aos rendimentos, há pouca investigação; no entanto, a tendência é que aqueles que têm mais dinheiro sintam menos isolamento e solidão. A espiritualidade tem-se revelado um fator protetor em relação à solidão e isolamento social (p.39).

De acordo com Simões (2006) em épocas passadas a esta, era de lei que as pessoas se mantivessem ativas até não poderem trabalhar, por incapacidade ou por doença. Por exemplo, em 1890 estavam empregados 68% dos homens dos Estados Unidos, com 65 anos ou mais. Esse número, porém, diminuía em 1930 para 54%, em 1950, descia para 46% e em 1989 era inferior a 17%. Atualmente, em grande parte dos países industrializados, estão cerca de 90% dos indivíduos com mais de 65 ou mais anos reformados. Chanceler Prussiano Otto Bismark (1815-1898) foi quem, pela primeira vez fixou nos 65 anos a idade para se receberem pensões de reforma. No início do século XX, esta iniciativa foi-se universalizando a outros países, que começaram também estes a adotarem aquela idade como período a partir do qual poderia ser concebida a reforma.

Guillemard (1972, citado por Fernandes, 1997) outorgou à reforma um duplo significado. A reforma representa, por um lado, o afastamento do circuito de produção em que o indivíduo se encontrava envolvido. No entanto, esse afastamento oferece em contrapartida o direito a um descanso remunerado, ou seja, ao mesmo tempo que a reforma assegurava certa garantia contra a miséria, institucionalizava a perda de capacidade dos velhos trabalhadores e a sua desvalorização. Segundo esta autora a passagem à reforma, corresponde ao momento mais importante da reestruturação dos

papéis sociais. A vida, enquanto fenómeno social, gira em torno de dois mundos, concretamente, o familiar e o do trabalho, nos quais se desenrolam os principais desempenhos. Ao deixar o primeiro, só o segundo pode assegurar o equilíbrio social e pessoal do individuo. O afastamento da atividade laboral representa uma perda relativamente a um desempenho profissional e às relações daí decorrentes. Aqui os papéis sociais dentro da vida familiar adquirem, por isso uma outra importância em contexto de reforma.

Segundo Costa (2009, citado por Pereira, 2010) as queixas mais frequentes dos idosos estão, grandemente, associadas ao desaparecimento progressivo de interação e ao isolamento social, ou seja, à solidão.

Segundo Fonseca (2011) a análise dos processos psicológicos de “transição-adaptação” tem em colação diversas variáveis que afetam o seu resultado. Deve ver-se este processo “ como uma transição que se encaixa na fase e no estilo de vida da pessoa no momento em que ocorre” e atender-se ao facto de “uma transição não ser tanto uma questão de mudança, por si só, mas sobretudo a perceção individual dessa mesma mudança”(p.66). Assim, a passagem à reforma só é assumida como transição na medida em que como tal for percecionada pela pessoa.

De acordo com Fernandes (2012) a passagem para a reforma é encarada como a maior das transições na vida de um indivíduo, na medida em que se relacionam fatores organizacionais, financeiros, familiares e psicológicos, na qual se inicia uma nova fase, sem atividade profissional. É nesta fase que, com frequência, os idosos são remetidos para segundo plano, deixando de ser observados como referência no seio familiar. Esta perda de independência e o afastamento das relações sociais, cria um isolamento no idoso. É nesta fase, também, que muitos idosos experienciam a perda de entes queridos. O idoso vive, neste período, alterações significativas na sua vida, pois a reforma é um momento marcante, coincidindo, muitas vezes, com a perda de capacidade económica e, consequentemente, a ocorrência de situações de pobreza e exclusão social.

De acordo com França (1999, citado por Jacob e Fernandes, 2011) a transição para a reforma vem associada à perda do estatuto, do ambiente, do convívio com os colegas de trabalho, ou mesmo o prazer das atividades inerentes à função, que acabam levando os trabalhadores a retirar-se não só das atividades produtivas, mas também do fluxo coletivo da existência. Estas perdas podem trazer um sentimento de insegurança e confusão, ou mesmo uma crise de identidade similar ao que acontece na adolescência.

A execução de uma profissão é um elemento estruturante da própria identidade e a ética do trabalho é um fator com grande influência na nossa cultura, e é por isso que a reforma tem efeitos negativos sobre os trabalhadores. Havighurst (1954 citado por, Simões, 2006) aponta como cinco as funções do trabalho, na medida em que é fonte de trabalho; de rotina diária, que estrutura o uso do tempo; fonte de estatuto social e de identidade; contexto para interação social; e experiência social, que pode conduzir a um sentimento de realização. No tocante à primeira função, o trabalho surge como fonte de subsistência; a segunda função sugere a função organizacional do trabalho no respeitante à vida do trabalhador; a terceira função remete-nos para o facto de o trabalho conferir estatuto social. Diz-se, ainda, que o trabalho é, também, gerador de identidade, na medida em que as pessoas se identificam enquanto desempenhando esta ou aquela função; a quarta função refere-se ao estabelecimento da rede de relações sociais do trabalhador; e, finalmente, a quinta função, remete para o trabalho enquanto potenciador da realização pessoal de cada trabalhador.

Simões (2006) concluiu que o abandono da vida ativa se repercute de forma negativa na vida dos reformados. Assim, podem referir-se, entre outras, as seguintes consequências: o decréscimo da autoestima, os sentimentos de inutilidade, de isolamento e solidão, os níveis reduzidos de atividade, o declínio na saúde física e mental e as dificuldades financeiras.

De acordo com Fonseca (2011) existem quatro tarefas essenciais no que se refere à construção de um estilo de vida conducente a um envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente: a organização dos objetos pessoais; a valorização de sentimentos de satisfação e bem-estar; a avaliação emocional das experiências vividas; a realização das necessidades existentes. Assim, um posicionamento positivo ao longo da vida e a estimulação cognitiva são determinantes no processo de envelhecimento bem-sucedido.

## **Capítulo IV. Intervenção Cognitiva nos Idosos**

O início do século XXI foi marcante no âmbito do envelhecimento ativo, na medida em que se propiciou uma visão completa acerca do funcionamento cognitivo ao longo da vida, como também foi determinante no aparecimento de um novo panorama na prática e intervenções cognitivas (Fernández-Ballesteros, 2009).

O termo cognição revela-se complexo na sua definição, mas para Abreu e Tamai (2006), a cognição define-se como a capacidade do indivíduo adquirir e utilizar a informação, com o intuito de adaptação ao meio ambiente, caracterizando-se pela habilidade de aplicação entre o que é apreendido e uma imensidão de situações. E mais, associa-se ao processo de memória e atenção, que permite ao indivíduo utilizar os processos mentais de que dispõe para responder às suas necessidades (Pousada y Fuente, 2007).

De acordo com Neri (2001) com o envelhecimento, diminui a plasticidade comportamental, definida como a possibilidade de mudar para adaptar-se ao meio (por exemplo, por novas aprendizagens) e diminui a resiliência, definida como a capacidade de reagir e de recuperar-se dos efeitos da exposição a eventos estressantes (por exemplo, doenças e traumas físicos e psicológicos) (p.28).

A memória integra grandes subdivisões do sistema cognitivo, relacionadas com determinadas estruturas do sistema nervoso e que executam tarefas de memória, de acordo com determinada forma, que lhe está inerente (Pousada y Fuente, 2007). A memória entende uma capacidade ou processo mental, que entende uma relevante complexidade neurobiológica e, ainda, cognitiva (Maria Ruiz-Vargas, 2008), tratando-se de uma das mais importantes funções cognitivas do indivíduo (Yassuda & Abreu, 2006).

Assim, entendem muitos investigadores, que a estrutura da memória engloba, nomeadamente, a memória sensorial (Sperling, 1960), a memória primária ou memória a

curto prazo, incluindo a memória de trabalho (Baddeley,1986), a memória secundária ou memória a longo prazo (Tortosa, 2006).

Com base naquilo que se referiu, os programas de estimulação são delineados de forma a manter as capacidades intactas, compensando o que se perdeu e potenciando novas aprendizagens.

Nesta medida, o conceito “estimular” reflete o ato de instigar os indivíduos e de acordo com Zimmerman (2000) o meio ideal para contornar os efeitos negativos do envelhecimento.

Serão, nesta medida, de referenciar alguns estudos, a saber: um estudo em que foi abordada a relação entre o exercício físico e as capacidades cognitivas dos idosos, no qual se concluiu que os idosos que praticavam exercício físico apresentavam melhores resultados ao nível do raciocínio, da memória ativa e do tempo de reação. Pelo que são notórios os efeitos positivos ao nível das capacidades cognitivas através da prática de exercício físico (Clarkson-Smith & Hartley, 1989, citados por Fonseca, 2006).

Fortuno (2010) considera que os programas integrantes de atividades físicas permitem conservar e/ou dificultar a evolução (positiva ou negativa) das capacidades do idoso, na medida em que a atividade física permite fomentar a resistência, a força, a flexibilidade e, ainda, a velocidade. Permite, também, um exercício sobre a psique do individuo, seja numa perspetiva cognitiva, seja numa perspetiva emocional. No que concerne à perspetiva cognitiva, permite desenvolver, a curto e longo prazo, a memória, a atenção, o sentido reflexivo, a perceção que o individuo tem acerca do seu corpo em determinado espaço envolvente, uma vez que o corpo se apresenta como recetor de sentimentos e emoções, muitas vezes retidas, e que podem ser canalizadas para o exterior através da prática de exercício físico. Os programas de exercício físico podem, também, ser determinantes no que concerne à perspetiva relacional, na medida em que são um excelente instrumento de intervenção. O exercício físico pode ser perspetivado como um meio de dinamização e interação entre os vários elementos do grupo. Considerando-se uma das principais motivações para que a prática desportiva se tenha alargado a locais que não são espaços estritamente para a prática desportiva, como sejam as instituições para idosos.

Assim e tendo como objetivo observar a eficácia de um programa de treino cognitivo, realizou-se um estudo baseado em tarefas ecológicas, que envolveu a memorização de tarefas de compra e a memorização de itens de supermercado e

cálculos matemáticos simples. O estudo referido realizou-se junto de um grupo de controlo que se submeteu a avaliação pré e pós treino, concretamente junto de 21 idosos que participaram em oito sessões de treino e outros 12 que realizaram, ainda, as avaliações pré e pós-teste. Os autores constataram que o grupo de treino apresentou uma melhoria significativa, enquanto o grupo de controlo não apresentou alterações significativas, pelo que se sugere que o treino cognitivo pode gerar melhoria no desempenho de tarefas de memorização e cálculos (Silva et al., 2011).

Como refere Zimerman, (2000, citado por Teles, 2003), os programas de treino consubstanciam-se, não raras vezes, na realização de jogos lúdicos, que trabalham o idoso triplamente, nomeadamente a nível físico, psíquico e social, pois para além de estimular a mente, o raciocínio e a memória, através do manuseio dos objetos, promove o envolvimento físico do idoso na tarefa e a reminiscência criativa. Pelo que os jogos lúdicos têm como função entreter e divertir, enquanto estimulam a mente envelhecida, sendo, portanto, um útil recurso para os profissionais cuidadores de idosos.

Assim, pesquisas indicam que os idosos, quando estimulados para tal, podem apresentar melhor desempenho das tarefas cognitivas.

## ***PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO***

## Capítulo V. Metodologia

Pode dizer-se que a investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que se baseia na busca de soluções/respostas para determinada questão através de métodos descritivos e explicativos de factos e acontecimentos. Este processo caracteriza-se pela análise e estudo de fenómenos como meio para obter determinada resposta e distingue-se de outros métodos de aquisição de conhecimentos porque se baseia em processos rigorosos e sistemáticos (Fortin, 2009a).

A orientação do processo de investigação é direcionada para a apresentação de conclusões, para se obter credibilidade científica, exigindo-se, assim, que seja orientada por um conjunto de normas que lhe forneçam a coerência interna e a inteligibilidade necessárias à formação de um todo com sentido, cumprindo os fins a que o investigador se havia inicialmente proposto (Sousa, 1998).

### 4.1 Contextualização e Objetivos de Estudo

Afirma-se que uma pesquisa empírica ou investigação empírica é “uma investigação em que se fazem observações para compreender melhor o fenómeno a estudar” (Hill & Hill, 2005, p.19).

A pertinência desta investigação prende-se com o fenómeno do envelhecimento da população, realidade que se verifica na atualidade e que tende a perpetuar-se no futuro e que acarreta mudanças significativas no contexto biopsicossocial. Deste modo, surge a necessidade da promoção de um envelhecimento ativo e conseqüentemente melhoria na satisfação com a vida e aumento da felicidade na população idosa com conseqüente diminuição dos sentimentos de solidão.

O desenvolvimento deste trabalho de projeto teve lugar numa Comunidade rural em estreita colaboração com a Associação Social, Cultural e Recreativa de Rebordainhos (ASCRR) pertencente à União de Freguesias de Rebordainhos e Pombares, e numa Estrutura Residencial para Idosos (Fundação Betânia), situada na freguesia de Cabeça Boa ambas pertencentes ao distrito e concelho de Bragança.

#### 4.1.1 Locais de estudo

Rebordainhos é uma aldeia rural do concelho de Bragança situada a cerca de 22 Km da sede de concelho. Tal como noutras aldeias de Portugal, a aldeia regista um acentuado e crescente envelhecimento populacional. De acordo com Mata (2013), e segundo dados do INE em 2011 residiam na freguesia 146 pessoas, menos 42 que em 2001 (188 em 2001 para 146 em 2011), facto que se traduzia numa variação total de -22,34%. As pessoas em idade ativa representavam 51,37% da população enquanto os idosos assumiam uma representatividade de 48,84% e os jovens representavam apenas 4,8% do total de pessoas da freguesia. O índice de envelhecimento calculado era de 914,29%, isto é, por cada 100 jovens existiam na freguesia 914 idosos. A estrutura etária da população da freguesia está representada na figura 4 e, como se pode observar é bem característica de uma população envelhecida podendo evidenciar-se o duplo envelhecimento da população: o envelhecimento da base e o envelhecimento do topo da pirâmide.

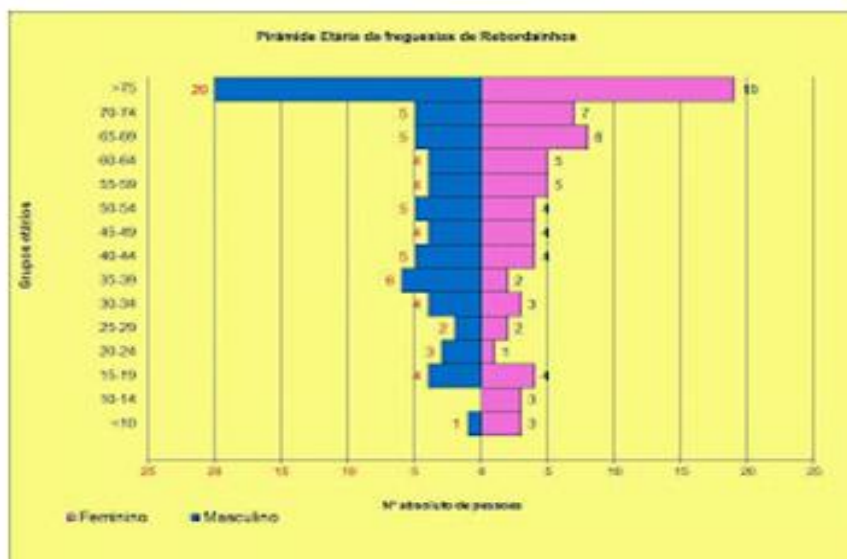


Figura 4 - Pirâmide etária da freguesia de Rebordainhos

Fonte: Mata (2013) consultado em: <http://ascrrebordainhos.blogspot.pt/search?updated-min=2013-01-01T00:00:00Z&updated-max=2014-01-01T00:00:00Z&max-results=10>

Perante a situação demográfica da freguesia, foi constituída a Associação Social Cultural e Recreativa de Rebordainhos (ASCRR). Esta Associação é uma Instituição Particular de Solidariedade Social, sem fins lucrativos, com sede na antiga escola primária da aldeia de Rebordainhos e que tem como objetivo prioritário, prestar apoio

social, cultural e recreativo à população, sobretudo aos mais idosos e aos mais carenciados.

A Estrutura Residencial (Fundação Betânia) é um Centro de Acolhimento e Formação, com sede em Cabeça Boa e é, ainda, uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS), sem fins lucrativos, que se encontra ao dispor da População Sénior, atendendo-a através de duas respostas sociais: Estrutura Residencial para idosos e Serviço de Apoio Domiciliário.

A principal Missão desta Estrutura Residencial é albergar e auxiliar, prioritariamente a população idosa da Diocese de Bragança – Miranda, apostando em Áreas de Orientação como a Oferta de Serviços Específicos, nomeadamente a ginástica e as caminhadas, Formação Contínua de Colaboradores e Famílias, Abertura à Comunidade potenciando a sua ativa participação na vida da Organização, entre outras.

No que diz respeito à resposta social de Estrutura Residencial para idosos, a Fundação Betânia presta apoio a 66 utentes sendo que destes, 45 indivíduos são do sexo feminino e 21 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 69 e os 100 anos, descendentes do distrito de Bragança.

Face a este contexto e focando-se este estudo em idosos institucionalizados e não institucionalizados, surgiu a seguinte questão de investigação: Qual o efeito de um programa de Envelhecimento Ativo em sentimentos dos idosos?

#### *4.1.2 Objetivos do estudo*

O presente estudo tem como objetivo global avaliar a satisfação com a vida, a felicidade subjetiva e a solidão em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

Secundariamente pretende-se, ainda, desenvolver a implementação de um programa de Envelhecimento Ativo num espaço temporal de quatro meses.

Finalmente, constitui ainda objetivo do presente estudo verificar a efetividade do referido programa de intervenção através da comparação dos dados obtidos no pré e após a sua implementação.

## 5.1 Participantes

### 5.1.1 Seleção da Amostra

A validade científica está em parte condicionada pela amostra a utilizar. Idealmente seria estudar a globalidade da população mas, tal facto afigura-se praticamente impossível, atendendo aos elevados custos e morosidade do processo. Assim, habitualmente recorre-se à utilização de amostras.

Segundo Fortin (2009b)

a amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz estudo. Ela deve ser representativa desta população, isto é, que certas características conhecidas da população devem estar presentes em todos os elementos da amostra. A utilização de uma amostra comporta certas vantagens no plano prático, mas é preciso que a amostra represente fielmente a população em estudo (p. 312).

Para a seleção da amostra foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: ter idade  $\geq 60$ , não apresentar diagnóstico de demência ou obterem pontuação no Mini Exame Mental de acordo com os critérios definidos por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Castro-Caldas, e Garcia (1994), estar capacitado para o desenvolvimento de diversas atividades e aceitarem voluntariamente participar no estudo.

Obteve-se a participação inicial de 22 participantes distribuídos da seguinte forma:

- ✓ Comunidade – 9 participantes
- ✓ Estrutura Residencial – 13 participantes

Posteriormente, duas pessoas pertencentes à Estrutura Residencial abandonaram o estudo. Uma não apresentou qualquer motivo para o fazer, enquanto na outra, a desistência foi motivada por ter deixado de estar institucionalizada. Desta feita, a mostra ficou constituída por 20 participantes.

Por conseguinte, considerou-se que a amostra do presente estudo foi adquirida através do tipo de amostragem não-causal, por conveniência.

A amostragem não causal é um tipo de método que pode ser designada como "dirigida" ou métodos "não-Probabilísticos". Neste tipo de método não existe a

probabilidade dos indivíduos se incorporarem na amostra. Dentro desta amostragem, surge a amostragem por conveniência e neste tipo de método são escolhidos indivíduos que facilmente se encontrem disponíveis. Este tipo de método é mais apressado e contém menores custos associados (Hill & Hill, 2005).

### *5.1.2 Amostra – os idosos*

A amostra deste estudo é constituída por 20 participantes sendo que 9 estão inseridos na Comunidade e 11 numa Estrutura Residencial (ER) (tabela 5). A idade dos residentes na comunidade varia entre 61 e 85 anos, sendo a média 74,22 anos com um desvio padrão de 7,84 anos. A faixa etária predominante neste grupo é 70 a 79 anos (n=4; 44,5%). A idade dos residentes na ER varia entre 76 e 93 anos, registando-se uma idade média de 83,73 anos com um desvio padrão de 5,06 anos, e a faixa etária predominante é dos 80 a 89 anos (n=8; 72,7%).

A amostra de idosos estudados pertence na sua maioria ao sexo feminino (comunidade: feminino n=9; 100%; ER: feminino: n=6; 54,5%; masculino: n=5; 45,5%).

No que diz respeito ao estado civil verifica-se que a maioria da amostra da Comunidade é casada (n= 6; 66,7%) e as restantes são viúvas (n=3; 33,3%). Na ER, verifica-se uma maior prevalência de pessoas viúvas (n=8; 72,7%). Os restantes distribuem-se pelos casados (n=1; 9,1%), e pelos solteiros (n=2;18,2%).

No que concerne às habilitações literárias na Comunidade predomina o 1.º ciclo (n=7; 77,8%) e os restantes não sabem ler nem escrever. Relativamente, à ER a maioria dos participantes concluiu o 1.º ciclo (n=6; 54,5%), há três participantes (27,3%) que não sabe ler nem escrever, e os restantes repartem-se pelo 2.º ciclo e ensino superior.

Relativamente à profissão a maioria das participantes residentes na Comunidade são domésticas (n=6; 67,7%), e as restantes exerceram as profissões de negociante embalamento de medicamentos e modista. Na ER todos os indivíduos do género feminino foram domésticas, e no género masculino exerceram profissões como negociante (n=2; 18,2%) lavrador (n=1; 9,1%), funcionário público (n=1; 9,1%) e sacerdote (n=1;9,1%).

Na Comunidade a maioria das participantes vive com familiares (n=7; 77,8%) e as restantes vivem sozinhas em casa própria. Na ER todos residem na Instituição Fundação Betânia.

O número de filhos das participantes residentes na Comunidade varia entre 2 e 7, destacando 2 filhos (n=3; 33,3%) e 5 e 6 filhos (n=2; 22,2%). Na ER há 27,3%, (n=3) inquiridos que não tem filhos, e igual percentagem que tem 3 filhos; os restantes tiveram 1,2, 4 ou 7 filhos.

Tabela 5 - Distribuição da amostra segundo variáveis de caracterização e local

Variáveis	<i>Local</i>				
	<i>Comunidade (n=9)</i>		<i>Estrutura Residencial (n=11)</i>		
	N	%	N	%	
<i>Idade</i>	<i>60 – 69 anos</i>	3	33,3	-	-
	<i>70 – 79 anos</i>	4	44,5	2	18,2
	<i>80 – 89 anos</i>	2	22,2	8	72,7
	<i>≥90 anos</i>	-	-	1	9,1
	<i>Média, desvio padrão mínimo e máximo</i>	$\bar{x} = 74,22; s = 7,84$ <i>Min = 61; Max = 85</i>		$\bar{x} = 83,73; s = 5,06$ <i>Min = 76; Max = 93</i>	
<i>Sexo</i>	<i>Masculino</i>	-	-	5	45,5
	<i>Feminino</i>	9	100	6	54,5
<i>Estado civil</i>	<i>Solteiro</i>	-	-	2	18,2
	<i>Casado</i>	6	66,7	1	9,1
	<i>Viúvo</i>	3	33,3	8	72,7
<i>Habilitações literárias</i>	<i>Não sabe ler nem escrever</i>	2	22,2	3	27,3
	<i>1.º ciclo</i>	7	77,8	6	54,5
	<i>2.º ciclo</i>	-	-	1	9,1
	<i>Superior</i>	-	-	1	9,1
<i>Profissão</i>	<i>Doméstica</i>	6	66,7	6	54,5
	<i>Negociante</i>	1	11,1	2	18,2
	<i>Embal. Med.</i>	1	11,1	-	-
	<i>Modista</i>	1	11,1	-	-
	<i>Lavrador</i>	-	-	1	9,1
	<i>Funcionário público</i>	-	-	1	9,1
	<i>Sacerdote</i>	-	-	1	9,1
<i>Com quem reside</i>	<i>Instituição</i>	-	-	11	100
	<i>Só, em casa própria</i>	2	22,2	-	-
	<i>Com familiares</i>	7	77,8	-	-

Na tabela 6 é possível visualizar a opinião dos participantes sobre o papel das atividades de um programa de Envelhecimento Ativo na ocupação dos tempos livres, e verificou-se que todos responderam afirmativamente.

Tabela 6 - As atividades de um programa de Envelhecimento Ativo na ocupação dos tempos

Variáveis		<i>Local</i>			
		<i>Comunidade (n=9)</i>		<i>Estrutura Residencial (n=11)</i>	
		N	%	N	%
Atividades de Envelhecimento Ativo	Sim	9	100	11	100
	Não	-	-	-	-

Os participantes deste estudo foram confrontados com uma questão relativa à percepção da sua saúde, e quer na Comunidade quer na ER a maioria considerou-a razoável, (n=7; 77,8% (n=9; 81,8%) respetivamente. A maioria referiu também que têm doenças clinicamente diagnosticadas. Estes resultados são apresentados na tabela 7.

Tabela 7 - Percepção da Saúde e Doença clinicamente diagnosticada

Variáveis		<i>Local</i>			
		<i>Comunidade (n=9)</i>		<i>ER (n=11)</i>	
		N	%	N	%
<i>Percepção da Saúde</i>	<i>Má</i>	1	11,1	2	18,2
	<i>Razoável</i>	7	77,8	9	81,8
	<i>Boa</i>	1	11,1	-	-
<i>Doença clinicamente diagnosticada</i>	<i>Sim</i>	7	77,8	10	90,9
	<i>Não</i>	2	22,2	1	10,1

Nos indivíduos da Comunidade que referiram padecer de doenças clinicamente diagnosticadas prevalecem a diabetes e doenças gástricas (28,6% cada). Nos indivíduos da ER realçam-se os problemas cardíacos que, de forma isolada ou em associação com outras doenças constituem a maior prevalência (n=3; 30%) e a diabetes (n=2; 20%). Foram ainda indicadas outras situações de doenças (Tabela - Doenças clinicamente diagnosticadas, Anexo XI).

O diagnóstico das doenças foi efetuado em média há  $10,7 \pm 10,5$  anos (min. 3; máx. 40 anos). Realça-se a existência de duas pessoas que não souberam precisar o tempo de diagnóstico.

Quanto à medicação que tomam diariamente, obtiveram-se variadíssimas combinações atendendo às várias doenças diagnosticadas e como tal não apresentaremos nenhuma em particular, remetendo para a (Tabela- Medicação, Anexo

XI). De notar que há dois participantes que referem não ter doença clinicamente diagnosticada mas apresentam medicação.

## 5.2 Procedimentos

Neste subcapítulo serão descritos todos os procedimentos necessários para a concretização do estudo, referentes ao desenho de estudo, procedimentos éticos e deontológicos, procedimentos de recolha de dados e os instrumentos de medida.

### 5.2.1 *Desenho do estudo*

Segundo Fortin (1999a) o desenho de investigação é um plano claro que realiza-se com o objetivo de obter as respostas que se procuram, e conduz a investigação devendo-a aproximar-se o mais possível da perfeição. Para Ribeiro (2007) o desenho de investigação refere-se ao plano de investigação de um estudo. Posteriormente à definição do desenho de investigação torna-se necessário especificar o método de estudo e de recolha de dados.

Para a conceção deste estudo recorreu-se à metodologia quantitativa e a um desenho do quasi-experimental com delineamentos entre grupos. Segundo Coutinho (2013) a pesquisa quantitativa centra-se na análise de factos e fenómenos observáveis e na medição/ avaliação de variáveis comportamentais ou sócio afetivas passíveis de serem medidas, comparadas ou relacionadas no percurso do processo da investigação empírica.

Fortin (2009c) entende que o desenho quasi-experimental e o desenho experimental são similares, na medida em que ambos incorporam a manipulação de uma variável, sendo que se afastam no facto de o desenho quase-experimental omitir o grupo de controlo ou de repartição aleatória. Para Ribeiro (1999) os estudos quasi-experimentais distinguem-se dos experimentais na medida em que existe um controlo menor, pois embora a variável independente seja controlada, a verdade é que a distribuição dos participantes pelos grupos não é feita aleatoriamente.

O estudo do tipo quasi-experimental permite, também, que se faça um estudo por Delineamentos Intragrupos, no qual se efetua um delineamento em séries temporais, nas quais se analisa, individualmente, o pré e pós intervenção, permitindo que se faça um controlo individualizado e intrapessoal (Hulley, Cummings, Browner, Grady & Newman, 2008).

### *5.2.2 Procedimentos éticos e deontológicos*

Segundo Fortin (1999b) a investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade moral, sobretudo pelas características que a definem. É importante ter todos os procedimentos, pois em investigação existe um limite que não deve ser ultrapassado que é o respeito pela pessoa e a proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano.

A ética, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. É o conjunto de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos (Fortin, 1999c).

Atendendo ao exposto e após a seleção dos instrumentos de recolha de dados, foi solicitada uma autorização à ASCRR - Associação Social Cultural e Recreativa Rebordainhos e à Fundação Betânia (Anexo I) para a realização de uma recolha de dados, pedido que obteve deferimento por parte de ambas as direções.

Depois de se ter obtido a autorização para a realização do estudo agendou-se uma primeira abordagem onde se procedeu à elucidação da investigação, nomeadamente dos seus objetivos, a utilidade da mesma bem como a sua duração prevista. Foi ainda garantida a confidencialidade dos dados e, foi referido que a participação era voluntária e que podiam abandonar a qualquer momento. Foi também solicitada a assinatura de um consentimento informado (Anexo II) que os participantes assinaram de livre e espontânea vontade.

### *5.2.3 Procedimentos de recolha de dados*

Para a obtenção dos dados os participantes foram convidados para um local reservado, de modo a evitar dispersão, constrangimentos ou omissão de informação ao responder às perguntas. Nesta medida, a aplicação dos instrumentos de recolha de dados

decorreu em fevereiro e junho de 2014. O tempo despendido para a recolha de informação foi aproximadamente de 45 minutos.

### 5.3 Instrumentos de Recolha de Dados

Para a realização deste estudo foi elaborado um formulário (Anexo III) constituído por duas partes essenciais:

A primeira visa a obtenção de informação acerca da situação sociodemográfica e clínica dos participantes, enquanto a segunda inclui os instrumentos de medida utilizados para a concretização dos objetivos definidos:

**MMSE de Folstein, Folstein et al. (1975)** – Este instrumento foi utilizado como ajuda na seleção da amostra. É um instrumento mais utilizado no rastreio de declínio cognitivo. O MMSE é composto por distintas questões agrupadas em sete categorias, com o objetivo de avaliar componentes da função cognitiva como: a orientação temporal e espacial, retenção, atenção e cálculo, evocação, compreensão verbal e escrita e por fim a habilidade construtiva. Este instrumento avalia as funções cognitivas de forma global, é um teste de fácil aplicação e requer apenas cerca de 5 a 10 minutos, sendo o tempo de concretização não cronometrado. Em cada resposta correta é cotada com 1 ponto, sendo a pontuação máxima de 30 pontos. O funcionamento do cérebro humano depende da interação dos fatores genéticos e ambientais, que são influenciados pela aprendizagem de certas capacidades como por exemplo a leitura e a escrita, assim as funções cognitivas são mais estimuladas e ampliadas pela educação e o acesso ao conhecimento. Para a deteção de défice cognitivo foram determinados os valores de corte para a população portuguesa, a partir dos quais se considera com defeito cognitivo Morgado (2009):

- Se o individuo não tem escolaridade e adquire uma pontuação  $\leq 15$  pontos;
- Se o individuo tem 1 a 11 anos de escolaridade e adquirem uma pontuação  $\leq 22$  pontos;
- Se o individuo tem escolaridade superior a 11 anos e adquirem uma pontuação  $\leq 27$  pontos.

Caso a pessoa obtivesse valores inferiores os acima referidos era excluído da amostra, embora pudesse participar nas atividades desenvolvidas.

*Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) de Diener et al., 1985* - mede a componente cognitiva do constructo Bem-Estar Subjetivo e é um dos instrumentos potencialmente mais úteis e psicometricamente mais válidos. Executada por Diener e colaboradores (1985) a partir de um conjunto de 48 itens e posteriormente foi reduzida para 5 itens, demonstrando, no entanto, índices de fidelidade e de validade perfeitamente aceitáveis. A SWLS foi validada, pela primeira vez, em Portugal, por Neto et al., (1990), e utilizaram uma população de 308 professores do ensino básico e secundário, com uma experiência média de ensino de 16 anos e com uma idade média de 38,8 anos. Registou-se um alfa de cronbach de 0,78 e diversos índices de validade, como por exemplo, correlações significativas com a eficácia pessoal do ensino, a aceitação e/ou rejeição pessoal, a autoeficácia, o autoconceito total, a maturidade psicológica e a ansiedade social (Neto et al., 1990). Como já foi mencionado anteriormente a Escala de Satisfação com a Vida foi reduzida para 5 itens tipo likert com cinco possibilidades de resposta: discordo muito (1), discordo um pouco (2), não concordo, nem discordo (3), concordo um pouco (4) e concordo muito (5). Ao aplicar-se esta escala é possível obter um resultado com mínimo de 5 e um máximo de 25 pontos, indicando tanto maior satisfação com a vida, quanto mais elevado for a pontuação. Esta escala possui boas propriedades psicométricas, tanto em termos de validade, como de fidelidade e como é uma escala muito breve, poderá revelar-se muito útil, na investigação do desenvolvimento da satisfação com a vida, ao logo da idade adulta (Simões, 1992).

*Escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper (1999)* - contém quatro itens, que são afirmações em que, em duas delas, é pedido aos indivíduos para se caracterizarem a si próprios por comparação com os seus pares quer em termos absolutos quer em relativos nos itens dois e três, os restantes itens consistem em descrições de felicidade e infelicidade. Os indivíduos têm que indicar a extensão em que as afirmações os caracterizam, a resposta será dada numa escala análoga visual com sete posições, ancorada com duas afirmações antagónicas que expressam o nível de felicidade ou infelicidade. Ao aplicar-se esta escala é possível obter um resultado com mínimo de 4 e um máximo de 28 pontos, sendo que pontuações mais elevadas correspondem a maior felicidade subjetiva. Os autores conceberam esta escala com

somente quatro itens para não sobrecarregar os indivíduos e estes consideram a felicidade subjetiva como uma variável latente (Ribeiro,2012a).

*Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) de Tommaso, Brannen, e Best 2004* - é uma escala curta, com facilidade em ser respondida. Esta escala avalia a solidão num estado unitário, mas também tem em apreciação na solidão aspetos que integram a sensação de solidão em três âmbitos específicos: social, familiar e romântica. Weiss (1973) identificou dois tipos de solidão: a solidão social e a solidão emocional. A solidão social é uma carência de relações afetivas, que quando existe existem, provoca o isolamento, aborrecimento, um sentimento de não se sentir aceite pelos outros indivíduos. A solidão emocional, é a ausência de relações de apego, relações românticas e familiares e a ausência deste tipo de relações, estará associada a sensações de vazio, em que o individuo deseja ter alguém especial com quem possa partilhar os acontecimentos ocorridos durante a sua vida. Devido a esta multidimensionalidade, Ditommaso e Spinner (1997), desenvolveram um questionário multidimensional composto por 37 itens, designado Social and Emocional Loneliness Sclae for Adults, SELSA. Esta escala abordando a solidão social e a solidão emocional, distinguiu dois domínios dentro da solidão emocional: a familiar e a romântica. Esta escala avalia assim, três dimensões da solidão: solidão social, solidão familiar e solidão romântica (Fernandes & Neto, 2009).

Posteriormente, Ditommaso, Brannen, e Beste (2004, citado por, Yaben, 2008) criaram uma versão reduzida, a SELSA-S, devido à necessidade de a aplicar em ambientes de investigação e de clinica uma escala mais curta, mas com boas características psicométricas. Esta escala, agora composta por 15 itens, contendo três sub-escalas: a romântica (itens: 3, 6, 10, 14 e 15), a sub-escala de relações familiares (itens: 1, 4, 8, 11, 12) e a de relações com os amigos (2, 5, 7, 9 e 13). As opções de resposta variam entre 1 “totalmente em desacordo” e 7 “totalmente de acordo”, havendo uma opção de resposta neutra “indiferente”. Os itens 2, 3, 5, 6, 8, 9, 11, 12 e 14 encontram-se formulados na negativa e como tal devem ser reconvertidos. Para cada sub-escala obtém-se uma variação entre 5 e 35 pontos, e quanto mais alta for a pontuação obtida em cada sub-escala e conseqüentemente na escala, maior será a solidão da pessoa inquirida.

### 5.3.1 Instrumento de avaliação da Satisfação

**Questionário de Avaliação da Satisfação:** Este questionário foi concebido pela autora do estudo, composto por questões relativas às atividades que foram desenvolvidas no programa de intervenção.

### 5.4 Metodologia de Tratamento de Dados

Foi criada uma base de dados, no programa informático Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) para *Windows* (versão 20), e recorreu-se a:

- A análise descritiva de dados incidiu sobre a frequência absoluta (n) e a frequência relativa (%) para as variáveis qualitativas, e sobre a média, desvio-padrão, valores mínimo e máximo para as variáveis quantitativas;
- O nível de significância estatístico adotado foi de 5% ( $\alpha=0,05$ );
- A comparação de médias foi estabelecida com a utilização do teste de Wilcoxon atendendo a que as variáveis utilizadas não seguiam os pressupostos da normalidade.

#### 5.4.1 Operacionalização das variáveis

De acordo com Kerlinger (1973, citado por Fortin, 1999d) define as variáveis como tratando-se de características/propriedades inerentes a determinados objetos, situações ou pessoas que são objeto de investigação, caracterizando-se pela variação valorativa, de modo a exprimir realidades numéricas diversas (graus, quantidades, diferenças).

No presente estudo existem duas variáveis: a variável dependente e a variável independente.

Segundo Fortin (1999d), a variável independente “ é a que o investigador manipula num estudo experimental para medir o seu efeito na variável dependente.” A variável dependente “é a que sofre o efeito esperado da variável independente, é o comportamento, a resposta ou o resultado observado que é devido à presença da variável independente (p.37).”

Assim sendo, temos como variáveis dependentes, a Satisfação com a Vida (operacionalizada através da escala satisfação com a vida, Simões, 1992), Felicidade Subjetiva (operacionalizada através da Escala Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper, 1999) e por fim a solidão (operacionalizada através da Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) de Fernandes e Neto, 2009).

No presente estudo foram, utilizadas as seguintes variáveis:

**Idade** – no presente estudo foram consideradas pessoas com idades iguais a  $\geq 60$  anos preconizados pela OMS (2002). Esta variável foi questionada inicialmente de forma aberta e posteriormente categorizada em classes com amplitude 10.

**Sexo** – Variável nominal com duas categorias: feminino ou masculino.

**Estado civil** – Variável nominal com quatro possibilidades de resposta: Casado(a) / em união de facto Divorciado (a)/ Separado (a); Viúvo; Solteiro (a).

**Habilitações Literárias** - Para mensurar esta variável formulou-se uma questão fechada com seis possibilidades de resposta: Não sabe ler nem escrever; 1º ciclo do Ensino Básico (1º-4ºano); 2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano); 3ª ciclo do Ensino Básico (7º-9º ano); Ensino Secundário (10º - 12º ano); Ensino Superior.

**Profissão anterior à reforma** – Variável nominal questionada de forma aberta.

**Com quem reside** - Para avaliar esta variável formulou-se uma questão fechada sendo agrupada em cinco grupos: Instituição; Casa própria, mas sozinho/a; Casa própria, com familiares; Casa de familiares; Outro local.

**Autopercepção de saúde** - Variável ordinal com cinco possibilidades de resposta: muito boa, boa, razoável, má, péssima.

**Doença clinicamente diagnosticada** - Para mensurar esta variável foi elaborada uma questão fechada e dicotômica, com duas alternativas de resposta: Sim ou Não. Aquando da resposta positiva, foi dada a hipótese de resposta livre.

**Tempo de diagnóstico** - Variável quantitativa com possibilidade de resposta aberta.

**Medicação** - Questão elaborada de forma aberta agrupando posteriormente as respostas de acordo com a semelhança das mesmas.

**Satisfação com a vida** – variável escalar operacionalizada pela soma das pontuações em cada item.

**Felicidade Subjetiva** – variável operacionalizada pela soma das pontuações dos quatro itens.

**Solidão Social e Emocional** - variável escalar operacionalizada pela soma das pontuações obtidas nos 15 itens. Esta escala contempla as três dimensões supracitadas: Romântica, Familiar e Social e cada uma delas é operacionalizada pela soma das pontuações nos cinco itens que as constituem.

## 5.5 Plano de Intervenção

Para o desenvolvimento deste programa, foi tido em apreciação a promoção do Envelhecimento Ativo na ASCRR - Associação Social Cultural e Recreativa de Rebordainhos e na Fundação Betânia. Neste domínio, questionaram-se os participantes em relação ao papel das atividades de um programa de Envelhecimento Ativo e quais as atividades que gostavam de realizar se tivessem oportunidade. Assim, procurou-se promover uma participação ativa dos indivíduos, concedendo-lhes oportunidade para que eles próprios pudessem propor outras atividades que fossem do seu agrado. (Anexo III)

O programa de Envelhecimento Ativo foi aplicado conjuntamente na ASCR – Comunidade e na Fundação Betânia – Estrutura Residencial, sendo composto por 16 sessões. Algumas das atividades tiveram a duração de 30 minutos, enquanto outras a

duração de 60 minutos, e decorreram durante 4 meses, desde o mês de março até junho de 2014. (Anexo IV e V)

O programa contempla diferentes atividades, nomeadamente: exercício físico (ginástica e jogos), estimulação cognitiva, expressão plástica, dinâmicas de grupo, motricidade fina, atividades de expressão e comunicação. Selecionaram-se, portanto, um conjunto de atividades que permitem manter ou melhorar a capacidade física e mental dos participantes, que promovem a valorização pessoal e social dos participantes, através do desenvolvimento das suas competências e fomentam as relações interpessoais entre os participantes.

O programa contempla diversas atividades que visam estimular as diferentes funções cognitivas (atenção, perceção, linguagem, raciocínio lógico, memória), diminuir a solidão, aumentar o bem-estar, provocar sentimentos de felicidade nos idosos, e fomentar a socialização e a integração.

As atividades realizadas junto da população sénior têm, como principal objetivo, aumentar a expectativa de viver livre de incapacidades, prevenindo o deterioramento funcional. É necessário, neste contexto, valorizar a capacidade funcional do idoso, uma vez que constitui um dos melhores indicadores do estado de saúde, qualidade de vida, um bom indicador de mortalidade e do consumo de recursos de assistência. As características da população idosa, requerem, ainda, a realização de atividades que privilegiem o individual, tendo em consideração a sua expectativa de vida (Casado, 2011).

No desempenho das atividades acima mencionadas surgiu, em relação a duas das atividades constantes do programa, uma problemática. De facto, teve que se proceder a uma alteração devido ao gosto particular dos participantes, quer na Fundação Betânia, quer na Associação. As participantes da Associação revelaram preferência por atividades relacionadas com os trabalhos manuais, o que originou a realização da atividade “flores de papel” e a atividade “pulseiras da moda”. Quanto à Fundação Betânia, os participantes demonstraram dificuldades na execução destas duas atividades, pelo que se decidiu realizar as atividades “jogo de cartas e dominó” e visualização do filme “Mr.Bean em Férias”. A execução destas duas atividades deveu-se ao facto de serem atividades que vão ao encontro das suas preferências. As restantes atividades que constavam no programa foram idênticas tanto na Fundação Betânia como na Associação. (Anexo VI)

Neste estudo, cada uma das sessões foi previamente planejada, assim como as atividades que foram desenvolvidas, foram explicadas e esclarecidas a todos os participantes, sendo que as mesmas se encontravam adaptadas e ajustadas consoante o nível de escolaridade de cada um.

Este programa teve também como pressuposto proporcionar aos participantes da Comunidade e da ER um ambiente acolhedor e agradável, criando momentos de entretenimento e lazer, para fomentar a sua autonomia. Foi essencial, nesta medida, potencializar as experiências e ensinamentos adquiridos pelos participantes ao longo das suas vidas, de modo a proporcionar-lhes um Envelhecimento Ativo.

## Capítulo VI. Apresentação e Análise de Resultados

Neste capítulo apresentam-se os resultados que foram obtidos no pré e pós intervenção junto dos idosos.

### 6.1 Os Sentimentos Pré Intervenção

#### A Escala de Satisfação com a Vida

No que concerne à satisfação com a vida, o global da amostra estudada evidenciou uma satisfação média superior à média teórica da escala (média teórica=12,5) (média observada=17,45±3,72). Analisando os itens individualmente pode verificar-se que aqueles onde os participantes demonstraram maiores níveis de satisfação são “ *as minhas condições de vida são muito boas*”; “ *Estou satisfeito com a minha vida*” e “ *Até agora tenho conseguido as coisas mais importantes da vida, que eu desejava*” com valores médios a variar entre 3,4±1,23 até 4,15±0,75. No que concerne a respostas discordantes, o maior percentual é evidenciado nos itens “ *A minha vida parece-me, em quase tudo, com o que eu desejava que fosse* ” e “ *Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada*” tendo-se obtido percentagens de discordantes de 35% e 45%, respetivamente. Estes resultados são apresentados na tabela 8.

Tabela 8 - Distribuição percentual das repostas à Escala de Satisfação com a Vida na amostra global no momento pré-intervenção

Itens		Global da amostra		
		N	%	$\bar{x} \pm s$
A minha vida parece-me, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	<i>DM</i>	<b>3</b>	<b>15</b>	3,05±1,23
	<i>DP</i>	<b>4</b>	<b>20</b>	
	<i>NC/ND</i>	3	15	
	<i>CP</i>	9	45	
	<i>CM</i>	1	5	
As minhas condições de vida são muito boas	<i>DM</i>	1	5	3,40±1,10
	<i>DP</i>	4	20	
	<i>NC/ND</i>	3	15	
	<i>CP</i>	<b>10</b>	<b>50</b>	
	<i>CM</i>	2	10	
Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<i>DM</i>	2	10	3,75±1,25
	<i>DP</i>	1	5	
	<i>NC/ND</i>	3	15	
	<i>CP</i>	<b>8</b>	<b>40</b>	
	<i>CM</i>	<b>6</b>	<b>30</b>	
Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida, que eu desejaria.	<i>DM</i>	-	-	4,15±0,75
	<i>DP</i>	1	5	
	<i>NC/ND</i>	1	5	
	<i>CP</i>	<b>12</b>	<b>60</b>	
	<i>CM</i>	6	30	
Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada	<i>DM</i>	<b>3</b>	<b>15</b>	3,10 ±1,41
	<i>DP</i>	<b>6</b>	<b>30</b>	
	<i>NC/ND</i>	-	-	
	<i>CP</i>	8	40	
	<i>CM</i>	3	15	
<b>Média global da satisfação com a Vida</b>		17,45 ± 3,72		

Legenda: *DM* – Discordo muito; *DP* – Discordo pouco; *NC/NC* – Nem concordo nem discordo; *CP* – Concordo pouco; *CM* – Concordo muito

Os dados expressos na tabela 9 estabelecem a comparação entre as repostas apresentadas pelos participantes da Comunidade e os da ER. A sua análise permite verificar que os residentes da Comunidade apresentaram maior satisfação face aos da ER nos itens “*A minha vida parece-me, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse*”, “*As minhas condições de vida são muito boas*” e “*Estou satisfeito com a minha vida*”. Contrariamente os participantes da ER estão mais satisfeitos que os da Comunidade nos itens “*Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida, que eu desejaria*” e “*Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada*”. Globalmente, as participantes da Comunidade estão mais satisfeitas com a vida dos que os da ER, pois apresentam maior valor médio global.

Tabela 9 - Distribuição percentual das respostas à Escala da Satisfação com a Vida na Comunidade e na ER no momento pré-intervenção

Itens		<i>Local</i>					
		<i>Comunidade (n=9)</i>			<i>Estrutura Residencial (n=11)</i>		
		N	%	$\bar{x} \pm s$	N	%	$\bar{x} \pm s$
A minha vida parece-me, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	<i>DM</i>	-	-		3	27,3	
	<i>DP</i>	2	22,2		2	18,2	
	<i>NC/ND</i>	1	11,1	3,56±1,01	2	18,2	2,64±1,29
	<i>CP</i>	<b>5</b>	<b>55,6</b>		4	36,4	
	<i>CM</i>	<b>1</b>	<b>11,1</b>		-	-	
As minhas condições de vida são muito boas	<i>DM</i>	-	-		1	9,1	
	<i>DP</i>	2	22,2		2	18,2	
	<i>NC/ND</i>	-	-	3,67±1,00	3	27,3	3,18±1,17
	<i>CP</i>	<b>6</b>	<b>66,7</b>		4	36,4	
	<i>CM</i>	<b>1</b>	<b>11,1</b>		1	9,1	
Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<i>DM</i>	-	-		2	18,2	
	<i>DP</i>	1	11,1		-	-	
	<i>NC/ND</i>	2	22,2	3,89±1,05	1	9,1	3,64±1,43
	<i>CP</i>	3	<b>33,3</b>		<b>5</b>	<b>45,5</b>	
	<i>CM</i>	3	<b>33,3</b>		<b>3</b>	<b>27,3</b>	
Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida, que eu desejaria.	<i>DM</i>	-	-		-	-	
	<i>DP</i>	1	11,1		-	-	
	<i>NC/ND</i>	1	11,1	4,00±1,00	-	-	4,27±0,47
	<i>CP</i>	4	44,4		8	72,7	
	<i>CM</i>	3	33,3		3	27,3	
Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada	<i>DM</i>	3	33,3		-	-	
	<i>DP</i>	2	22,2		4	36,4	
	<i>NC/ND</i>	-	-	2,89±1,83	-	-	3,27±1,01
	<i>CP</i>	1	11,1		<b>7</b>	<b>63,6</b>	
	<i>CM</i>	3	33,3		-	-	
<i>Média global da satisfação com a Vida</i>		<i>Media=18,0±4,12</i>			<i>Media=17,0±3,49</i>		

Legenda: DM – Discordo muito; DP – Discordo pouco; NC/NC – Nem concordo nem discordo; CP – Concordo pouco; CM – Concordo muito

### A Escala de Felicidade Subjetiva

Pela análise da tabela 10 relativa ao global da amostra estudada, e no que concerne à sua perceção de felicidade, pode verificar-se, ainda que os participantes demonstram uma felicidade média, uma vez que a média observada (média=12,05±3,27) é semelhante à média teórica da escala (média=12). Analisando cada item, pode verificar-se que de uma forma geral, há um maior número de participantes que se posicionaram nos níveis dois e três, o que traduz de uma maneira geral uma baixa felicidade em cada um deles, atendendo a que se trata de escala de likert de 7 pontos, e que pontuações mais elevadas traduzem maior felicidade.

Tabela 10 - Distribuição percentual das respostas à Escala da Felicidade Subjetiva na amostra global no momento pré-intervenção

Variáveis	Global da amostra			
	N	%	$\bar{x} \pm s$	
Em geral considero-me	<i>1 pessoa que não é muito feliz</i>	1	5	3,75± 1,52
	2	2	10	
	3	<b>8</b>	<b>40</b>	
	4	3	15	
	5	3	15	
	6	2	10	
	<i>7 pessoa muito feliz</i>	1	5	
Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:	<i>1 pessoa que é menos feliz</i>	1	5	3,55±1,28
	2	3	15	
	3	<b>6</b>	<b>30</b>	
	4	5	25	
	5	4	20	
	6	-	-	
Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o descreve a si	<i>7 pessoa mais feliz</i>	1	5	2,40±1,19
	<i>1 De modo nenhum</i>	4	20	
	2	8	<b>40</b>	
	3	6	30	
	4	1	5	
	5	-	-	
6	1	5		
Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o descreve a si?	<i>7 Em grande parte</i>	-	-	2,35±1,23
	<i>1 De modo nenhum</i>	5	25	
	2	<b>7</b>	<b>35</b>	
	3	6	30	
	4	1	5	
	5	-	-	
6	1	5		
<i>7 Em grande parte</i>	-	-		
<b>Média global da felicidade subjetiva</b>		<b>12,05±3,27</b>		

Ainda no que concerne à felicidade subjetiva, pode verificar-se que, em média, os idosos que residem no seu ambiente habitual apresentam maiores níveis de felicidade subjetiva (média=13,67±3,35), em contraposição aos que residem na Instituição que evidenciam níveis mais baixos de felicidade subjetiva (média= 10,73±2,65).

Estabelecendo uma comparação item a item, pode verificar-se que, geralmente, as participantes da Comunidade tendem a posicionar-se em níveis mais elevados, face aos residentes na ER no que toca a ser uma pessoa feliz por si só ou comparativamente com terceiros. No que diz respeito ao gozo da vida enquanto fator de felicidade, na comunidade verifica-se uma maior dispersão de opiniões prevalecendo a noção de “*de modo nenhum*”, enquanto na Instituição assiste-se a uma maior concentração de opiniões nos níveis mais baixos da escala, prevalecendo o nível dois. Na comparação

com outras pessoas relativamente a “*não serem geralmente muito felizes*”, os dados demonstram que na Comunidade se verifica maior prevalência de respostas discordantes posicionadas no nível um. De igual forma, também os idosos institucionalizados apresentam maior número de respostas discordantes mas, desta feita, posicionando-se de forma mais prevalente no nível dois. Os resultados podem ser visualizados na tabela 11.

Tabela 11 - Distribuição percentual das respostas à Escala da Felicidade Subjetiva na comunidade e na ER no momento pré-intervenção

Itens	<i>Local</i>						
	<i>Comunidade (n=9)</i>			<i>Estrutura Residencial (n=11)</i>			
	N	%	$\bar{x} \pm s$	N	%	$\bar{x} \pm s$	
Em geral considero-me	<i>1 pessoa que não é mto feliz</i>	-	-		1	<b>9,1</b>	
	2	-	-		2	<b>18,2</b>	
	3	<b>3</b>	<b>33,3</b>		5	<b>45,5</b>	
	4	1	11,1	4,67 ±1,50	2	18,2	3,00±1,10
	5	2	22,2		1	9,1	
	6	<b>2</b>	<b>22,2</b>		-	-	
	<i>7 pessoa muito feliz</i>	<b>1</b>	<b>11,1</b>		-	-	
Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:	<i>1 Uma pessoa que é menos feliz</i>	-	-		1	9,1	
	2	1	11,1		2	18,2	
	3	1	11,1	4,22±1,20	5	<b>45,5</b>	3,00±1,09
	4	<b>3</b>	<b>33,3</b>		2	1,82	
	5	<b>3</b>	<b>33,3</b>		1	9,1	
	6	1	11,1		-	-	
	<i>7 Uma pessoa mais feliz</i>	-	-		-	-	
Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o descreve a si.	<i>1 De modo nenhum</i>	<b>3</b>	<b>33,3</b>		1	9,1	
	2	2	22,2		6	<b>54,5</b>	
	3	2	22,2		4	36,4	
	4	1	11,1	2,56±1,67	-	-	2,27± 0,65
	5	-	-		-	-	
	6	1	11,1		-	-	
	<i>7 Em grande parte</i>	-	-		-	-	
Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o descreve a si?	<i>1 De modo nenhum</i>	<b>3</b>	<b>33,3</b>		2	18,2	
	2	<b>4</b>	<b>44,4</b>		3	27,3	
	3	1	11,1		5	<b>45,5</b>	
	4	-	-	2,22±1,56	1	9,1	2,45± 0,93
	5	-	-		-	-	
	6	1	11,1		-	-	
	<i>7 Em grande parte</i>	-	-		-	-	
<b>Média global da felicidade subjetiva</b>		<b>13,67±3,35</b>		<b>10,73±2,65</b>			

### A Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S)

Na tabela 12 estão expressos os resultados relativos à solidão experienciada pelos elementos da amostra estudada. A média amostral global obtida foi de 48,7 ±11,66. Trata-se de um valor não muito elevado quando comparado com a média

teórica da escala que é 45. Como tal, os indivíduos deste estudo apresentam valores médios de solidão.

As três dimensões desta escala são constituídas por 5 itens, sendo que a pontuação global em cada uma varia entre 5 e 35 sendo a média teórica 17,5 e valores mais elevados traduzem maior solidão. Na solidão romântica obteve-se uma média amostral de  $19,85 \pm 7,14$  que é um valor muito semelhante ao ponto médio da escala. Na solidão familiar o valor médio obtido foi de  $13,25 \pm 6,63$  que é um valor inferior à média teórica e como tal os participantes revelam baixa solidão nesta vertente. Por último, o valor médio obtido na solidão social foi de  $15,60 \pm 3,95$ , que é um valor inferior ao ponto médio, e que traduz baixa solidão social. Deste modo, pode-se afirmar que os indivíduos deste estudo revelam essencialmente maior solidão romântica.

Tabela 12 - Distribuição percentual das respostas à Escala de Solidão e suas dimensões na amostra global no momento pré-intervenção.

	1	2	3	4	5	6	7	$\bar{x} \pm s$	
<b>Romântica</b>	3.Tenho um parceiro com quem partilho os meus pensamentos e sentimentos mais íntimos. <sup>(a)</sup>	15	10	-	5	-	10	60	5,35±2,45
	6. Eu tenho um parceiro romântico ou matrimonial que me dá apoio e encorajamento que necessito. <sup>(a)</sup>	5	15	5	5	-	5	65	5,55±2,35
	10. Quem me dera ter uma relação romântica mais satisfatória.	60	20	5	5	-	5	5	2,00±1,75
	14.Eu tenho um parceiro romântico para cuja felicidade eu contribuo. <sup>(a)</sup>	10	20	-	-	-	-	70	5,40±2,52
	15. Tenho uma necessidade oculta de uma relação romântica próxima.	70	20	5	-	-	5	-	1,55±1,19
<b>Média global da solidão romântica</b>								19,85±7,14	
<b>Familiar</b>	1.Sinto-me só quando estou com a minha família.	25	40	20	5	-	10	-	2,45±1,47
	4.Não há ninguém na minha família de quem eu possa depender para me apoiar e encorajar, mas gostava de ter.	5	55	10	5	-	15	10	3,25±1,97
	8. Sinto-me próximo da minha família. <sup>(a)</sup>	20	40	15	5	-	10	10	2,95±1,99
	11.Sinto-me parte da minha família. <sup>(a)</sup>	20	70	-	-	-	-	10	2,30±1,66
	12. A minha família realmente preocupa-se comigo. <sup>(a)</sup>	40	40	5	-	-	10	5	2,30±1,84
<b>Média global da solidão familiar</b>								13,25±6,63	
<b>Social</b>	2 Sinto que faço parte de um grupo de amigos <sup>(a)</sup>	15	65	5	5	5	5	-	2,35±1,27
	5.Os meus amigos compreendem os meus motivos e razões. <sup>(a)</sup>	5	55	15	15	5	-	5	2,80±1,40
	7. Eu não tenho amigos que partilhem os meus pontos de vista, mas gostaria de ter.	5	25	20	10	10	25	5	3,90±1,83
	9. Sou capaz de depender da ajuda dos meus amigos. <sup>(a)</sup>	10	30	10	5	15	30	-	3,75±1,92
	13. Não tenho nenhum amigo que me compreenda, mas gostaria de ter.	25	40	10	5	-	15	5	2,80±1,94
<b>Média global da solidão social</b>								15,60±3,95	
<b>Média global da solidão</b>								48,70±11,66	

Legenda: (a) Questão com pontuação invertida

1- Totalmente desacordo; 2- muito desacordo; 3- pouco desacordo; 4- indiferente; 5- pouco de acordo; 6- muito de acordo; 7- totalmente de acordo

Os resultados relativos à solidão experienciada pelos participantes da Comunidade estão representados na tabela 13. Da sua análise pode verificar-se que globalmente estes evidenciam uma solidão média  $43,22 \pm 9,30$  inferior ao ponto médio teórico. No que diz respeito às subescalas pode verificar-se que todos os valores médios registados são inferiores aos pontos médios (17,5), pelo que se pode inferir que os participantes residentes na comunidade apresentam níveis baixos de solidão.

Tabela 13 - Distribuição percentual das respostas à Escala de Solidão e suas dimensões nos participantes residentes na Comunidade e no momento pré-intervenção.

	1	2	3	4	5	6	7	$\bar{x} \pm s$	
<b>Romântica</b>	3.Tenho um parceiro com quem partilho os meus pensamentos e sentimentos mais íntimos. <sup>(a)</sup>	33,3	11,1	-	11,1	-	11,1	33,3	4,00±2,78
	6. Eu tenho um parceiro romântico ou matrimonial que me dá apoio e encorajamento que necessito. <sup>(a)</sup>	11,1	33,3	11,1	11,1	-	11,1	22,2	3,78±2,33
	10. Quem me dera ter uma relação romântica mais satisfatória.	33,3	44,4	11,1	-	-	-	11,1	2,44±1,94
	14.Eu tenho um parceiro romântico para cuja felicidade eu contribuo. <sup>(a)</sup>	22,2	44,4	-	-	-	-	33,3	3,44±2,70
	15. Tenho uma necessidade oculta de uma relação romântica próxima.	55,6	33,3	-	-	-	11,1	-	1,89±1,62
<b>Média global da solidão romântica</b>								15,56±9,08	
<b>Familiar</b>	1.Sinto-me só quando estou com a minha família.	44,4	22,2	22,2	-	-	11,1	-	2,22±1,64
	4.Não há ninguém na minha família de quem eu possa depender para me apoiar e encorajar, mas gostava de ter.	-	44,4	22,2	11,1	-	11,1	11,1	3,44±1,88
	8. Sinto-me próximo da minha família. <sup>(a)</sup>	44,4	33,3	11,1	11,1	-	-	-	1,89±1,05
	11.Sinto-me parte da minha família. <sup>(a)</sup>	44,4	55,6	-	-	-	-	-	1,56±0,53
	12. A minha família realmente preocupa-se comigo. <sup>(a)</sup>	66,7	22,2	-	-	-	11,1	-	1,78±1,64
<b>Média global da solidão familiar</b>								10,89±2,98	
<b>Social</b>	2 Sinto que faço parte de um grupo de amigos <sup>(a)</sup>	33,3	33,3	11,1	11,1	-	11,1	-	2,44±1,67
	5.Os meus amigos compreendem os meus motivos e razões. <sup>(a)</sup>	11,1	44,4	11,1	11,1	11,1	-	11,1	3,11±1,90
	7. Eu não tenho amigos que partilhem os meus pontos de vista, mas gostaria de ter.	11,1	-	11,1	11,1	11,1	44,4	11,1	4,89±1,90
	9. Sou capaz de depender da ajuda dos meus amigos. <sup>(a)</sup>	22,2	11,1	22,2	-	22,2	22,2	-	3,56±2,01
	13. Não tenho nenhum amigo que me compreenda, mas gostaria de ter.	33,3	33,3	11,1	-	-	11,1	11,1	2,78±2,22
<b>Média global da solidão social</b>								16,78±3,56	
<b>Média global da solidão</b>								43,22±9,30	

Legenda: (a) Questão com pontuação invertida

1- Totalmente desacordo; 2- muito desacordo; 3- pouco desacordo; 4- indiferente; 5- pouco de acordo; 6- muito de acordo; 7- totalmente de acordo

Os resultados relativos à solidão experienciada pelos participantes institucionalizados estão expressos na tabela 14. Da sua análise pode verificar-se que

globalmente estes evidenciam uma média de solidão de  $53,18 \pm 11,84$  valor ligeiramente superior ao ponto médio da escala. No que diz respeito às subescalas, pode verificar-se que na vertente Romântica a média obtida  $23,36 \pm 0,81$ , sendo superior ao ponto médio desta dimensão, o que traduz uma solidão romântica já elevada. Nas restantes subescalas os valores médios obtidos são inferiores aos pontos médios teóricos, o que se traduz em níveis de solidão baixos.

Tabela 14 - Distribuição percentual das respostas à Escala de Solidão e suas dimensões nos participantes residentes na ER no momento pré-intervenção.

	1	2	3	4	5	6	7	$\bar{x} \pm s$	
Romântica	3.Tenho um parceiro com quem partilho os meus pensamentos e sentimentos mais íntimos. <sup>(a)</sup>	-	9,1	-	-	-	9,1	81,8	6,45±1,51
	6. Eu tenho um parceiro romântico ou matrimonial que me dá apoio e encorajamento que necessito. <sup>(a)</sup>	-	-	-	-	-	-	100	7±0
	10. Quem me dera ter uma relação romântica mais satisfatória.	81,8	-	9,1	-	-	9,1	-	1,64±1,57
	14.Eu tenho um parceiro romântico para cuja felicidade eu contribuo. <sup>(a)</sup>	-	-	-	-	-	-	100	7±0
	15. Tenho uma necessidade oculta de uma relação romântica próxima.	81,8	9,1	9,1	-	-	-	-	1,27±0,65
<b>Média global da solidão romântica</b>								23,36±0,81	
Familiar	1.Sinto-me só quando estou com a minha família.	9,1	54,5	18,2	9,1	-	9,1	-	2,64±1,36
	4.Não há ninguém na minha família de quem eu possa depender para me apoiar e encorajar, mas gostava de ter.	9,1	63,6	-	-	-	18,2	9,1	3,09±2,12
	8. Sinto-me próximo da minha família. <sup>(a)</sup>	-	45,5	18,2	-	-	18,2	18,2	3,82±2,18
	11.Sinto-me parte da minha família. <sup>(a)</sup>	-	81,8	-	-	-	-	18,2	2,91±2,02
	12. A minha família realmente preocupa-se comigo. <sup>(a)</sup>	18,2	54,5	9,1	-	-	9,1	9,1	2,73±1,95
<b>Média global da solidão familiar</b>								15,18±8,21	
Social	2 Sinto que faço parte de um grupo de amigos <sup>(a)</sup>	-	90,9	-	-	9,1	-	-	2,27±0,90
	5.Os meus amigos compreendem os meus motivos e razões. <sup>(a)</sup>	-	63,6	18,2	18,2	-	-	-	2,55±0,82
	7. Eu não tenho amigos que partilhem os meus pontos de vista, mas gostaria de ter.	-	45,5	27,3	9,1	9,1	9,1	-	3,09±1,38
	9. Sou capaz de depender da ajuda dos meus amigos. <sup>(a)</sup>	-	45,5	-	9,1	9,1	36,4	-	3,91±1,92
	13. Não tenho nenhum amigo que me compreenda, mas gostaria de ter.	18,2	45,5	9,1	9,1	-	18,2	-	2,82±1,78
<b>Média global da solidão social</b>								14,64±4,15	
<b>Média global da solidão</b>								53,18±11,84	

Legenda: (a) Questão com pontuação invertida

1- Totalmente desacordo; 2- muito desacordo; 3- pouco desacordo; 4- indiferente; 5- pouco de acordo; 6- muito de acordo; 7- totalmente de acordo

## 6.2 Os Sentimentos no Pós Intervenção

Os resultados a seguir apresentados foram obtidos aquando da aplicação do instrumento de recolha de dados e já depois de terminada a implementação do programa de Envelhecimento Ativo.

### **Escala Satisfação com a Vida**

O global da amostra estudada continuou a evidenciar uma satisfação média com a sua vida superior à média teórica da escala (Média Teórica=12,5) (média observada=19.0±3,67). Realça-se o facto de globalmente o valor da média ter aumentado 1,55 pontos entre os dois momentos. Analisando os itens individualmente pode verificar-se que aqueles onde os participantes demonstraram maiores níveis de satisfação são “ *as minhas condições de vida são muito boas*”, na medida em que responderam concordarem um pouco ou concordarem muito (n=14; 70,0%). Nos itens relativos à satisfação com a vida e à concretização das coisas mais importantes que desejavam, foi onde os participantes evidenciaram maior concordância (n=16; 80,0%) e (n=17; 85,0%), respetivamente. Estes resultados são apresentados na tabela 15.

Tabela 15 - Distribuição percentual das respostas à Escala da Satisfação com a Vida na amostra global no momento pós-intervenção.

Itens		Global da amostra		
		N	%	$\bar{x} \pm s$
A minha vida parece-me, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	DM	1	5	3,45±1,19
	DP	5	25	
	NC/ND	1	5	
	CP	<b>10</b>	<b>50</b>	
	CM	3	15	
As minhas condições de vida são muito boas	DM	-	-	3,90±1,07
	DP	3	15	
	NC/ND	3	15	
	CP	<b>7</b>	<b>35</b>	
	CM	<b>7</b>	<b>35</b>	
Estou satisfeito(a) com a minha vida.	DM	1	5	4,10±1,21
	DP	2	10	
	NC/ND	1	5	
	CP	<b>6</b>	<b>30</b>	
	CM	<b>10</b>	<b>50</b>	
Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida, que eu desejaria.	DM	<b>1</b>	<b>5</b>	4,25±1,02
	DP	2	10	
	NC/ND	-	-	
	CP	<b>7</b>	<b>35</b>	
	CM	<b>10</b>	<b>50</b>	
Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada	DM	-	-	3,25 ±1,21
	DP	<b>9</b>	<b>45</b>	
	NC/ND	-	-	
	CP	8	40	
	CM	3	15	
<b>Média global da satisfação com a Vida</b>		<b>19,00 ± 3,67</b>		

Legenda: DM – Discordo muito; DP – Discordo pouco; NC/NC – Nem concordo nem discordo; CP – Concordo pouco; CM – Concordo muito

Os dados expressos na tabela 16 estabelecem a comparação entre as respostas apresentadas pelos participantes da Comunidade e pelos da E.R. Através deles pode verificar-se que os residentes na Comunidade apresentam em todos os itens maior satisfação face aos participantes da ER. E, destacam-se, principalmente, os itens: “as minhas condições de vida são muito boas”, “estou satisfeito com a minha via” e “até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida, que eu desejaria”.

Em termos globais, os participantes residentes na Comunidade estão mais satisfeitos com a vida do que os residentes na ER, mas ambos os grupos apresentam maior satisfação no momento pós intervenção.

Tabela 16 - Distribuição percentual das respostas à Escala da Satisfação com a Vida na Comunidade e na ER no momento pós-intervenção.

Itens		<i>Local</i>					
		<i>Comunidade (n=9)</i>			<i>Estrutura Residencial (n=11)</i>		
		N	%	$\bar{x} \pm s$	N	%	$\bar{x} \pm s$
A minha vida parece-me, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.	<i>DM</i>	-	-		1	9,1	
	<i>DP</i>	2	22,2		3	27,3	
	<i>NC/ND</i>	1	11,1	3,67±1,12	-	-	3,27±1,27
	<i>CP</i>	<b>4</b>	<b>44,4</b>		<b>6</b>	<b>54,5</b>	
	<i>CM</i>	<b>2</b>	<b>22,2</b>		<b>1</b>	<b>9,1</b>	
As minhas condições de vida são muito boas	<i>DM</i>	-	-		-	-	
	<i>DP</i>	-	-		3	27,3	
	<i>NC/ND</i>	-	-	4,78±0,44	3	27,3	3,18±0,87
	<i>CP</i>	<b>2</b>	<b>22,2</b>		5	45,5	
	<i>CM</i>	<b>7</b>	<b>77,8</b>		-	-	
Estou satisfeito(a) com a minha vida.	<i>DM</i>	-	-		1	9,1	
	<i>DP</i>	-	-		2	18,2	
	<i>NC/ND</i>	1	11,1	4,67±0,71	-	-	3,64±1,36
	<i>CP</i>	1	<b>11,1</b>		<b>5</b>	<b>45,5</b>	
	<i>CM</i>	<b>7</b>	<b>77,8</b>		<b>3</b>	<b>27,3</b>	
Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida, que eu desejaria.	<i>DM</i>	1	11,1		-	-	
	<i>DP</i>	-	-		-	-	
	<i>NC/ND</i>	-	-	4,44±1,33	2	18,2	4,09±0,70
	<i>CP</i>	1	11,1		<b>6</b>	<b>54,5</b>	
	<i>CM</i>	<b>7</b>	<b>77,8</b>		<b>3</b>	<b>27,3</b>	
Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada	<i>DM</i>	-	-		-	-	
	<i>DP</i>	4	44,4		5	45,5	
	<i>NC/ND</i>	-	-	3,33±1,32	-	-	3,18±1,17
	<i>CP</i>	<b>3</b>	<b>33,3</b>		<b>5</b>	<b>45,5</b>	
	<i>CM</i>	<b>2</b>	<b>22,2</b>		<b>1</b>	<b>9,1</b>	
<i>Média global da satisfação com a Vida</i>		<i>Media=21,00±3,35</i>			<i>Media=17,36±3,17</i>		

Legenda: DM – Discordo muito; DP – Discordo pouco; NC/NC – Nem concordo nem discordo; CP – Concordo pouco; CM – Concordo muito

### A Escala de Felicidade Subjetiva

Pela análise da tabela 17 relativa ao global da amostra estudada, e no que concerne à sua perceção de felicidade, pode verificar-se que os participantes demonstram uma boa felicidade média, uma vez que a média observada (média=17,95±4,11) é superior à média teórica e verificou-se um aumento de 5,7 pontos face ao momento pré intervenção. Analisando cada item pode verificar-se que de uma forma geral há um maior número de participantes (n=17; 85,0%) que se posicionaram cumulativamente nos níveis cinco, seis e sete. Também, ao compararem-se com outras pessoas os participantes consideraram-se maioritariamente e de forma acumulada nos níveis quatro, cinco e seis (n=16; 80,0%). Quando se caracterizaram comparativamente com outras pessoas muito felizes, maioritariamente posicionaram-se nesta segunda

avaliação nos níveis três (n=9; 45,0%) e seis (n=6; 30,0%). Finalmente ao caracterizarem-se comparativamente a pessoas que não são muito felizes, posicionaram-se maioritariamente no nível três (n=9; 45,0%) evidenciando neste item não concordarem que a situação descrita os caracterize a si.

Tabela 17 - Distribuição percentual das respostas à Escala da Felicidade Subjetiva na amostra global no momento pós-intervenção.

Variáveis	Global da amostra			
	N	%	$\bar{x} \pm s$	
Em geral considero-me	<i>1 pessoa que não é muito feliz</i>	-	-	5,55± 1,23
	2	1	5	
	3	-	-	
	4	2	10	
	5	5	25	
	6	8	40	
	<i>7 pessoa muito feliz</i>	4	20	
Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:	<i>1 pessoa que é menos feliz</i>	-	-	4,7±1,26
	2	1	5	
	3	<b>2</b>	<b>10</b>	
	4	6	30	
	5	5	25	
	6	5	25	
	<i>7 pessoa mais feliz</i>	1	5	
Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o descreve a si	<i>1 De modo nenhum</i>	-	-	4,35±1,47
	2	-	-	
	3	9	45	
	4	3	15	
	5	1	5	
	6	6	30	
	<i>7 Em grande parte</i>	<b>1</b>	<b>5</b>	
Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o descreve a si?	<i>1 De modo nenhum</i>	-	-	3,35±1,27
	2	<b>5</b>	<b>20</b>	
	3	9	45	
	4	2	10	
	5	2	10	
	6	2	10	
	<i>7 Em grande parte</i>	-	-	
<b>Média global da felicidade subjetiva</b>	<b>17,95±4,11</b>			

Ainda no que concerne à felicidade subjetiva, e estabelecendo a comparação entre participantes não institucionalizados e institucionalizados (tabela 18), pode verificar-se que, em média, os que residem na Comunidade apresentam maiores níveis de felicidade subjetiva (média=21,2± 2,33) enquanto aqueles que residem na Instituição evidenciam níveis mais baixos, embora superiores aos obtidos na primeira avaliação (média= 15,27±3,20).

Estabelecendo uma comparação item a item, e tal como na avaliação inicial, pode verificar-se que geralmente os participantes da Comunidade tendem a apresentar valores médios superiores aos institucionalizados.

Tabela 18 - Distribuição percentual das respostas à Escala da Felicidade Subjetiva na Comunidade e na ER no momento pós-intervenção.

Itens	<i>Local</i>					
	<i>Comunidade (n=9)</i>			<i>Estrutura Residencial (n=11)</i>		
	N	%	$\bar{x} \pm s$	N	%	$\bar{x} \pm s$
Em geral considero-me	<i>1 pessoa que não é muito feliz</i>	-	-	-	-	-
	2	-	-	1	<b>9,1</b>	
	3	-	-	-	-	
	4	-	-	6,33 ±0,50	-	<b>4,91±1,30</b>
	5	-	-	-	5	45,5
	6	<b>6</b>	<b>66,7</b>	-	2	18,2
	<i>7 pessoa muito feliz</i>	3	33,3	1	<b>9,1</b>	
Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:	<i>1 Uma pessoa que é menos feliz</i>	-	-	-	-	
	2	-	-	1	9,1	
	3	-	-	2	<b>18,2</b>	4,00±1,10
	4	1	11,1	5,56±0,88	5	45,5
	5	3	33,3	-	2	18,2
	6	<b>4</b>	<b>44,4</b>	-	1	9,1
Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o descreve a si.	<i>1 De modo nenhum</i>	-	-	-	-	
	2	-	-	-	-	
	3	-	-	9	81,8	
	4	1	11,1	5,78±0,83	2	18,2
	5	1	11,1	-	-	3,18± 0,40
	6	<b>6</b>	<b>66,7</b>	-	-	
Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tão felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o descreve a si?	<i>7 Em grande parte</i>	1	11,1	-	-	
	<i>1 De modo nenhum</i>	-	-	-	-	
	2	<b>4</b>	<b>44,4</b>	-	1	9,1
	3	1	11,1	3,56±1,74	8	72,7
	4	1	11,1	-	1	9,1
	5	1	11,1	-	1	9,1
6	2	22,2	-	-	3,18± 0,75	
	<i>7 Em grande parte</i>	-	-	-	-	
<i>Média global da felicidade subjetiva</i>		<i>21,22±2,33</i>			<i>15,27±3,20</i>	

### A Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S)

Na tabela 19 estão expressos os resultados relativos à solidão experienciada pelos elementos da amostra estudada depois do programa de intervenção. Da sua análise pode verificar-se que globalmente estes evidenciam uma média global de solidão (média=48,15±18,89) superior à média teórica da escala (média teórica= 45). No que

diz respeito às subescalas pode verificar-se que na vertente Romântica a média obtida (média=19,40±9,94) é também superior à média teórica da subescala (média teórica=17,5), tendo-se registado um aumento de 3,84 pontos face ao momento pré intervenção. Nas outras subescalas, os valores médios registados são inferiores à média teórica e na solidão familiar regista-se uma diminuição média de 0,5 pontos entre os dois momentos. Já na solidão social há um aumento de 0,4 pontos.

Tabela 19 - Distribuição percentual das respostas à Escala de Solidão e suas dimensões na amostra global no momento pós-intervenção.

	1	2	3	4	5	6	7	$\bar{x} \pm s$	
<b>Romântica</b>	3.Tenho um parceiro com quem partilho os meus pensamentos e sentimentos mais íntimos. <sup>(a)</sup>	20	15	-	-	-	-	65	5,05±2,75
	6. Eu tenho um parceiro romântico ou matrimonial que me dá apoio e encorajamento que necessito. <sup>(a)</sup>	20	10	5	-	-	-	65	5,10±2,69
	10. Quem me dera ter uma relação romântica mais satisfatória.	70	5	5	-	-	10	10	2,25±2,24
	14.Eu tenho um parceiro romântico para cuja felicidade eu contribuo. <sup>(a)</sup>	30	5	-	-	-	-	65	4,95±2,87
	15. Tenho uma necessidade oculta de uma relação romântica próxima.	80	-	-	5	-	-	15	2,05±2,24
<b>Média global da solidão romântica</b>								19,40±9,94	
<b>Familiar</b>	1.Sinto-me só quando estou com a minha família.	40	40	15	5	-	-	-	1,85±0,88
	4.Não há ninguém na minha família de quem eu possa depender para me apoiar e encorajar, mas gostava de ter.	30	35	10	-	5	10	10	2,85±2,11
	8. Sinto-me próximo da minha família. <sup>(a)</sup>	25	30	20	-	-	10	15	3,10±2,20
	11.Sinto-me parte da minha família. <sup>(a)</sup>	30	45	5	-	-	5	15	2,70±2,15
	12. A minha família realmente preocupa-se comigo. <sup>(a)</sup>	40	35	15	-	-	-	10	2,25±1,77
<b>Média global da solidão familiar</b>								12,75±8,12	
<b>Social</b>	2 Sinto que faço parte de um grupo de amigos <sup>(a)</sup>	25	35	35	5	-	-	-	2,20±0,89
	5.Os meus amigos compreendem os meus motivos e razões. <sup>(a)</sup>	5	15	45	20	5	5	5	3,40±1,39
	7. Eu não tenho amigos que partilhem os meus pontos de vista, mas gostaria de ter.	15	15	40	5	10	10	5	3,30±1,72
	9. Sou capaz de depender da ajuda dos meus amigos. <sup>(a)</sup>	5	25	25	10	15	15	5	3,70±1,22
	13. Não tenho nenhum amigo que me compreenda, mas gostaria de ter.	15	25	25	5	5	20	5	3,40±1,93
<b>Média global da solidão social</b>								16,0±5,32	
<b>Média global da solidão</b>								48,15±18,89	

Legenda: (a) Questão com pontuação invertida

1- Totalmente desacordo; 2- muito desacordo; 3- pouco desacordo; 4- indiferente; 5- pouco de acordo; 6- muito de acordo; 7- totalmente de acordo

Os resultados relativos à solidão experienciada pelos residentes na Comunidade no pós intervenção estão representados na tabela 20. Da sua análise pode verificar-se

que globalmente estes evidenciam uma média global de solidão de  $32,78 \pm 10,32$  valor inferior à média teórica da escala (média teórica= 45). Entre os dois momentos regista-se uma diminuição de 10,44 pontos de solidão. No que diz respeito às subescalas os valores médios obtidos são claramente inferiores à média teórica que é 17,5 o que significa que estes indivíduos apresentam baixos níveis de solidão. Comparativamente aos valores registados no pré intervenção registam-se diminuições e 4,5; 3,5 e 2,6 pontos nas subescalas, romântica, familiar e social, respetivamente.

Tabela 20 - Distribuição percentual das respostas à Escala de Solidão e suas dimensões nos participantes na Comunidade no momento pós-intervenção.

	1	2	3	4	5	6	7	$\bar{x} \pm s$	
Romântica	3.Tenho um parceiro com quem partilho os meus pensamentos e sentimentos mais íntimos. <sup>(a)</sup>	44,4	33,3	-	-	-	-	22,2	2,67±2,50
	6. Eu tenho um parceiro romântico ou matrimonial que me dá apoio e encorajamento que necessito. <sup>(a)</sup>	44,4	22,2	11,1	-	-	-	22,2	2,78±2,49
	10. Quem me dera ter uma relação romântica mais satisfatória.	66,7	11,1	11,1	-	-	-	11,1	1,89±1,69
	14.Eu tenho um parceiro romântico para cuja felicidade eu contribuo. <sup>(a)</sup>	66,7	11,1	-	-	-	-	22,2	2,44±2,60
	15. Tenho uma necessidade oculta de uma relação romântica próxima.	88,9	-	-	11,1	-	-	-	1,33±1,00
<i>Média global da solidão romântica</i>								11,11±7,54	
Familiar	1.Sinto-me só quando estou com a minha família.	55,6	44,4	-	-	-	-	-	1,44±0,53
	4.Não há ninguém na minha família de quem eu possa depender para me apoiar e encorajar, mas gostava de ter.	55,6	33,3	11,1	-	-	-	-	1,56±0,72
	8. Sinto-me próximo da minha família. <sup>(a)</sup>	44,4	33,3	22,2	-	-	-	-	1,78±0,83
	11.Sinto-me parte da minha família. <sup>(a)</sup>	66,7	33,3	-	-	-	-	-	1,33±0,50
	12. A minha família realmente preocupa-se comigo. <sup>(a)</sup>	66,7	33,3	-	-	-	-	-	1,33±0,50
<i>Média global da solidão familiar</i>								7,44±2,60	
Social	2 Sinto que faço parte de um grupo de amigos <sup>(a)</sup>	55,6	33,3	11,1	-	-	-	-	1,67±1,00
	5.Os meus amigos compreendem os meus motivos e razões. <sup>(a)</sup>	11,1	22,2	33,3	22,2	-	-	11,1	3,22±1,72
	7. Eu não tenho amigos que partilhem os meus pontos de vista, mas gostaria de ter.	33,3	22,2	22,2	11,1	-	-	11,1	2,67±1,94
	9. Sou capaz de depender da ajuda dos meus amigos. <sup>(a)</sup>	-	22,2	33,3	22,2	11,1	11,1	-	3,56±1,33
	13. Não tenho nenhum amigo que me compreenda, mas gostaria de ter.	22,2	22,2	22,2	11,1	-	22,2	-	3,11±1,90
<i>Média global da solidão social</i>								14,22±5,29	
<i>Média global da solidão</i>								32,78±10,32	

Legenda: (a) Questão com pontuação invertida; 1- Totalmente desacordo; 2- muito desacordo; 3- pouco desacordo; 4- indiferente; 5- pouco de acordo; 6- muito de acordo; 7- totalmente de acordo

Os resultados relativos à solidão experienciada pelos participantes institucionalizados estão expressos na tabela 21. Da sua análise pode verificar-se que

globalmente estes evidenciam uma solidão média=60,73±14,36 que é um valor superior à média teórica da escala que é 45. No que diz respeito às subescalas pode verificar-se que na vertente Romântica a média obtida foi de 26,18±5,46 que é superior à média teórica da subescala (média teórica=17,5). Na subescala familiar e social os valores médios obtidos são inferiores à média teórica. Observa-se um aumento nos valores das médias em relação às obtidas antes da intervenção de: 2,82; 1,91; 2,81 e 7,55 pontos, respetivamente, na solidão romântica, familiar, social e global.

Tabela 21 - Distribuição percentual das respostas à Escala de Solidão e suas dimensões nos participantes residentes na ER no momento pós-intervenção.

	1	2	3	4	5	6	7	$\bar{x} \pm s$	
<b>Romântica</b>	3.Tenho um parceiro com quem partilho os meus pensamentos e sentimentos mais íntimos. <sup>(a)</sup>	-	-	-	-	-	100	7±0	
	6. Eu tenho um parceiro romântico ou matrimonial que me dá apoio e encorajamento que necessito. <sup>(a)</sup>	-	-	-	-	-	100	7±0	
	10. Quem me dera ter uma relação romântica mais satisfatória.	72,7	-	-	-	-	9,1	18,2	2,55±2,66
	14.Eu tenho um parceiro romântico para cuja felicidade eu contribuo. <sup>(a)</sup>	-	-	-	-	-	-	100	7±0
	15. Tenho uma necessidade oculta de uma relação romântica próxima.	72,7	-	-	-	-	-	27,3	2,64±2,80
<b>Média global da solidão romântica</b>								26,18±5,46	
<b>Familiar</b>	1.Sinto-me só quando estou com a minha família.	27,3	36,4	27,3	9,1	-	-	-	2,18±0,98
	4.Não há ninguém na minha família de quem eu possa depender para me apoiar e encorajar, mas gostava de ter.	9,1	36,4	9,1	-	9,1	18,2	18,2	3,91±2,30
	8. Sinto-me próximo da minha família. <sup>(a)</sup>	9,1	27,3	18,2	-	-	18,2	27,3	4,18±2,40
	11.Sinto-me parte da minha família. <sup>(a)</sup>	54,5	-	9,1	-	-	9,1	27,3	3,82±2,36
	12. A minha família realmente preocupa-se comigo. <sup>(a)</sup>	18,2	36,4	27,3	-	-	-	18,2	3,00±2,10
<b>Média global da solidão familiar</b>								17,09±8,58	
<b>Social</b>	2 Sinto que faço parte de um grupo de amigos <sup>(a)</sup>	36,4	63,6	-	-	-	-	-	2,63±0,50
	5.Os meus amigos compreendem os meus motivos e razões. <sup>(a)</sup>	9,1	54,5	-	18,2	9,1	9,1	-	3,55±1,13
	7. Eu não tenho amigos que partilhem os meus pontos de vista, mas gostaria de ter.	-	9,1	54,5	-	18,2	18,2	-	3,82±1,40
	9. Sou capaz de depender da ajuda dos meus amigos. <sup>(a)</sup>	9,1	27,3	18,2	-	18,2	18,2	9,1	3,82±2,04
	13. Não tenho nenhum amigo que me compreenda, mas gostaria de ter.	9,1	27,3	27,3	-	9,1	18,2	9,1	3,64±201
<b>Média global da solidão social</b>								17,45±5,13	
<b>Média global da solidão</b>								60,73±14,36	

Legenda: (a) Questão com pontuação invertida

1- Totalmente desacordo; 2- muito desacordo; 3- pouco desacordo; 4- indiferente; 5- pouco de acordo; 6- muito de acordo; 7- totalmente de acordo

### 6.3 Comparação dos Resultados Pré e Pós Intervenção

Apesar de a avaliação do estado cognitivo dos idosos ter constituído estratégia de seleção da amostra, considerou-se pertinente proceder a uma avaliação posterior a fim de se avaliar de igual forma a evolução dos participantes nesta temática.

Os dados expressos na tabela 22 representam as médias obtidas no Mini Exame Mental, pré e pós o programa de intervenção, pelos participantes da Comunidade e da Estrutura Residencial, e no global da amostra. Da sua análise verifica-se que, de uma maneira geral os participantes aumentaram a pontuação média obtida no Mini Exame Mental. A aplicação do teste de Wilcoxon, evidenciou diferenças estatisticamente significativas no global da amostra (Wilcoxon=-2,080;  $p=0,038$ ). A avaliação estabelecida para as duas amostras de forma individual, a aplicação do mesmo teste não demonstrou a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas.

Tabela 22 - Comparação das médias do teste de *Mini Exame Mental* no pré e pós o programa de intervenção.

Local	<i>Mini Exame Mental</i>		Wilcoxon	P
	Pré intervenção	Pós intervenção		
Comunidade	25,67	27,44	- 1,625	0,104
Estrutura residencial	25,73	26,18	- 1,278	0,201
Global da amostra	25,70	26,75	-2,080	<b>0,038</b>

#### 6.3.1 Os Sentimentos Avaliados

Na tabela 23 apresentam-se as médias obtidas na Escala Satisfação com a vida, pré e pós o programa de intervenção. Da sua análise pode verificar-se que os participantes aumentaram a pontuação obtida entre as duas avaliações, destacando-se a amostra da Comunidade com um aumento de três pontos. Apesar disto, no teste de Wilcoxon obtiveram-se valores de prova todos superiores a 5%, pelo que nenhuma das diferenças observada é estatisticamente significativa.

Tabela 23 - Comparação de médias da Escala de Satisfação com a Vida no pré e pós o programa de intervenção.

Local	Escala de Satisfação com a Vida		Wilcoxon	P
	Pré intervenção	Pós intervenção		
<b>Comunidade</b>	18,00	21,00	-1,825	0,068
<b>Estrutura residencial</b>	17,00	17,36	-0,179	0,858
<b>Global da amostra</b>	17,45	19,00	-1,524	0,128

Os dados expressos na tabela 24 representam as médias obtidas na Escala de Felicidade Subjetiva antes e após o programa de intervenção. Observa-se que todas as médias obtidas tiveram um aumento na última avaliação. A aplicação do teste de Wilcoxon comprova a existência de diferenças estatisticamente significativas nas médias obtidas: Comunidade (Wilcoxon=2,668 p=0,008); Estrutura Residencial (Wilcoxon= -2,944; p=0,003); amostra global (Wilcoxon= -3,930; p=<0,001). Deste modo, a felicidade dos indivíduos que constituem este estudo aumentaram entre os momentos pré e pós intervenção.

Tabela 24 - Comparação de médias da Escala de Felicidade Subjetiva no pré e pós o programa de intervenção.

Local	Escala de Felicidade Subjetiva		Wilcoxon	P
	Pré intervenção	Pós intervenção		
<b>Comunidade</b>	13,67	21,22	-2,668	<b>0,008</b>
<b>Estrutura residencial</b>	10,73	15,27	-2,944	<b>0,003</b>
<b>Global da amostra</b>	12,05	17,95	-3,930	<b>&lt;0,001</b>

Os valores médios obtidos na Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) obtidos no pré e pós intervenção constam na tabela 25. Observa-se que nos indivíduos da Comunidade há uma diminuição estatisticamente significativa entre as duas avaliações (Wilcoxon= -2,437; p=0,015). Nos indivíduos da Estrutura Residencial registou-se um aumento médio de cerca de 7 pontos, mas sem significado estatístico pois o valor de prova obtido no teste Wilcoxon é superior a 5%. Globalmente, regista-se uma ligeira diminuição do valor médio entre as duas avaliações, sem significado estatístico.

Tabela 25 - Comparação das médias da Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA - S) no pré e pós o programa de intervenção

Local	Escada Social e Emocional (SELSA-S)		Wilcoxon	P
	Pré intervenção	Pós intervenção		
<b>Comunidade</b>	43,22	32,78	-2,437	<b>0,015</b>
<b>Estrutura residencial</b>	53,18	60,73	-1,735	0,083
<b>Global da amostra</b>	48,70	48,15	-0,243	0,808

Quanto à subescala Solidão Romântica (tabela 26), na amostra global há uma ligeira diminuição, mas como o valor de prova obtido é superior a 5%, não se trata de uma diminuição estatisticamente significativa. Nos indivíduos da Comunidade há uma diminuição de cerca de 4 pontos, mas a diferença registada entre as duas avaliações não é estatisticamente significativa. Nos residentes na ER a solidão romântica aumentou cerca de três pontos entre as duas avaliações, mas mais uma vez, a diferença registada não é estatisticamente significativa.

Tabela 26 - Comparação de médias da subescala de Solidão Romântica no pré e pós o programa de intervenção.

Local	Solidão Romântica		Wilcoxon	P
	Pré intervenção	Pós intervenção		
<b>Comunidade</b>	15,56	11,11	-1,893	0,058
<b>Estrutura residencial</b>	23,36	26,18	-1,604	0,109
<b>Global da amostra</b>	19,85	19,40	-0,133	0,894

Na solidão Familiar, tabela 27, observa-se uma diminuição estatisticamente significativa nos indivíduos residentes da Comunidade, pois o valor de prova obtido no teste de Wilcoxon é inferior a 5%. Nos residentes na ER há um aumento, sem significado estatístico, entre as duas avaliações. Globalmente, observa-se uma ligeira diminuição da solidão familiar, mas a diferença não é estatisticamente significativa, pois o valor de prova obtido é superior a 5%.

Tabela 27 - Comparação das médias da subescala de Solidão Familiar no pré e pós o programa de intervenção.

Local	Solidão Familiar		Wilcoxon	P
	Pré intervenção	Pós intervenção		
<b>Comunidade</b>	10,89	7,44	-1,965	<b>0,049</b>
<b>Estrutura residencial</b>	15,18	17,09	-0,983	0,325
<b>Global da amostra</b>	13,25	12,75	-0,507	0,612

Por último, no que concerne à solidão social, regista-se uma diminuição nos participantes residentes na Comunidade mas sem significado estatístico. Nos participantes residentes na ER observa-se um aumento de mais de 3 pontos entre dois momentos, mas como o valor de prova obtido é superior a 5%, este aumento não é estatisticamente significativo.

Este aumento na ER reflete-se de forma direta na amostra global, pois entre as duas avaliações há um ligeiro aumento, ainda que sem significado estatístico. (Tabela 28)

Tabela 28 - Comparação de médias da subescala de Solidão Social no pré e pós o programa de intervenção.

Local	Solidão Social		Wilcoxon	P
	Pré intervenção	Pós intervenção		
<b>Comunidade</b>	16,78	14,22	-1,425	0,154
<b>Estrutura residencial</b>	14,64	17,45	-1,433	0,152
<b>Global da amostra</b>	15,60	16,00	-0,101	0,920

## **Capítulo VII. Avaliação da Satisfação relativamente ao Programa de Intervenção**

Como forma de avaliação das atividades realizadas ao longo da execução do programa de intervenção, pediu-se, novamente, a colaboração dos participantes do projeto, respondendo a um questionário de satisfação, composto por oito questões fechadas. As informações recolhidas serviram de base para uma avaliação às atividades executadas, percebida através das opiniões dos participantes.

Feita a análise das respostas obtidas com o Questionário de Avaliação de Satisfação, evidencia-se que todos os participantes do estudo gostaram muito de realizar as atividades do programa de Envelhecimento Ativo, considerando que as mesmas foram muito divertidas. Quando confrontados acerca do que gostaram mais, 85% referiram aprender coisas novas, 10% gostaram do convívio e os restantes 5% gostaram da diversão. No que concerne ao que gostaram menos, os participantes revelaram que gostaram de todas as atividades. E, todos os participantes referiram que a participação nestas atividades mudou algo neles, sendo que 65% se sentiram mais felizes e 35% sentiram que aprenderam coisas novas.

Quando confrontados com a numeração das atividades que gostaram mais, os resultados foram: psicomotricidade, jogos tradicionais, técnica do guardanapo em sabonetes e velas, bingo e os sacos de cheiro com percentagens iguais ou superiores a 75% da amostra global; e a atividade flores de papel que apenas foi realizada na comunidade com 100% de respostas afirmativas. As atividades menos prediletas foram: antónimos, teste de stroop, diferenças e o cálculo com percentagens inferiores ou iguais a 35% da amostra global; a atividade jogo de cartas e dominó foi realizada na ER e destes apenas 36% gostaram. Estes dados são apresentados na figura 5.

Por ultimo, todos os participantes referiram que gostariam de continuar a participar em atividades de um programa de Envelhecimento Ativo.

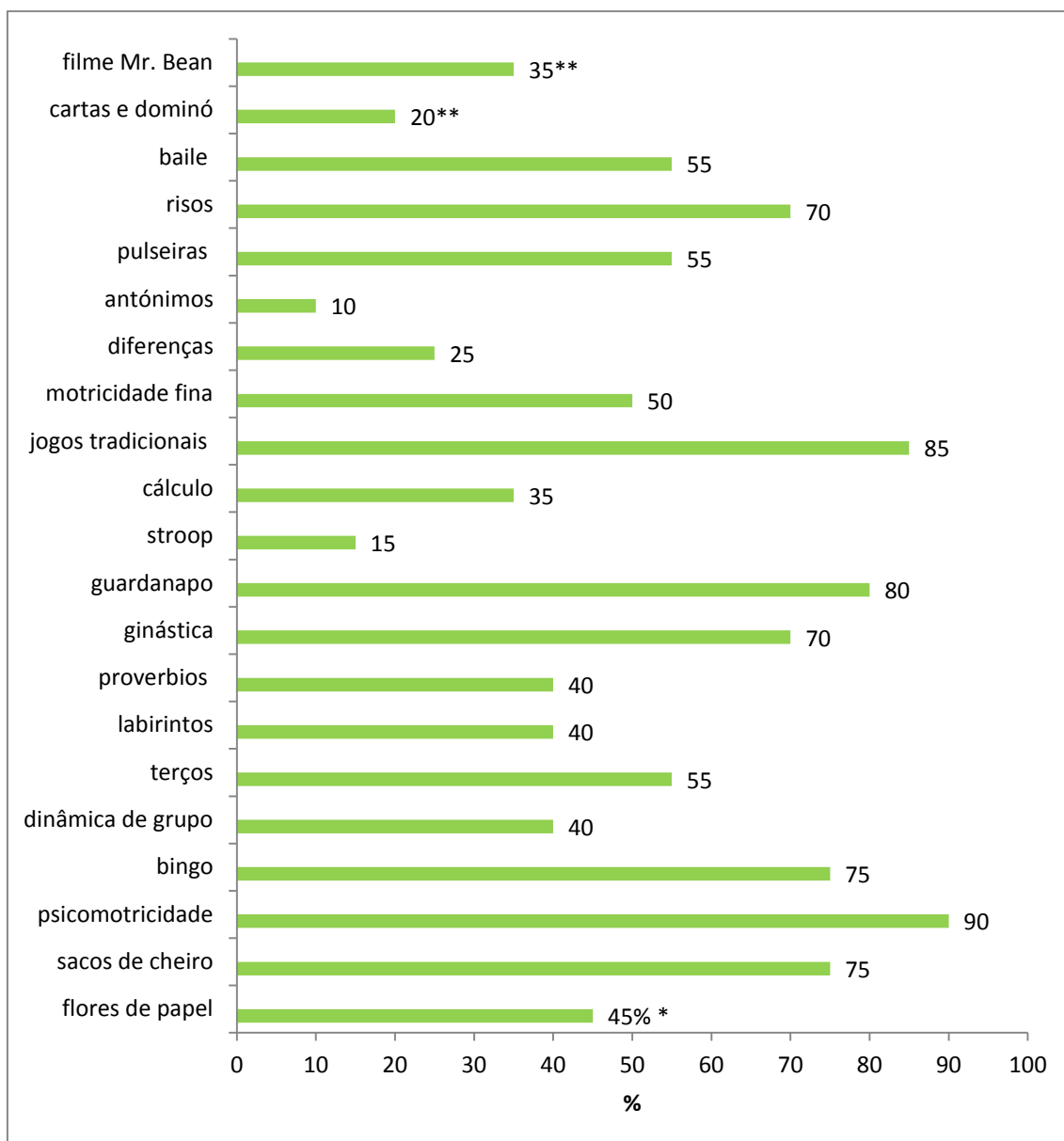


Figura 5 - Percentagem de respostas sobre as atividades que mais gostou.

**Legenda:**

\* Atividade para os residentes na comunidade, pelo que 45% da amostra global corresponde a 100% na comunidade

\*\* Atividade para os residentes na ER, pelo que 20% da amostra global corresponde a 36% na ER; e 35% da amostra global corresponde a 64% na ER.

## **Capítulo VIII. Discussão dos Resultados**

Neste capítulo pretende-se realizar uma breve resenha crítica acerca dos resultados que se consideram mais relevantes, confrontando-os com resultados de outros estudos. Considera-se, neste âmbito, pertinente fazer uma apreciação global dos resultados encontrados, de modo a destacar os que tenham sido mais significativos.

Este trabalho de projeto, inserido no âmbito de um programa de Envelhecimento Ativo desenhado com o fim de obter modificação em sentimentos das pessoas idosas, foi desenvolvido junto de duas amostras de idosos residentes em dois locais diferentes, numa comunidade rural e numa estrutura residencial, respetivamente. Posteriormente compararam-se os resultados obtidos quer entre as duas amostras, quer entre os dois momentos de recolha de dados e, com base nos mesmos, estabelecem-se comparações com os resultados obtidos noutros estudos.

Assim, a totalidade da amostra estudada revela maior prevalência de participantes do sexo feminino (15 mulheres) e apresenta uma idade média de 79 anos (min: 61 e máx: 93), dados que são consentâneos com a realidade demográfica do país, bem como com o referido pelo Ministério da Saúde (2004) que afirma que a esperança média de vida é mais elevada no sexo feminino que no masculino.

No que concerne ao estado civil, verifica-se que a maioria da amostra da Comunidade é casada (66,7%). Igual situação é referenciada no INE (2011), onde o maior grupo da população 47% era casado. O estado civil de casados predomina tanto no grupo dos homens como no das mulheres. Neste estudo verificou-se que na ER a viuvez é o estado que integra um maior número de idosos (72,7%), resultados que também são consentâneos como obtidos no INE (2013) onde é afirmado que dos óbitos ocorridos em Portugal, resultaram 13 442 viúvos e 32 150 viúvas. A dissolução do casamento por morte do cônjuge afeta sobretudo as mulheres devido à sobremortalidade masculina, justificando a disparidade das taxas brutas de viuvez por sexo 2,7 por mil homens e 5,8 por mil mulheres.

No referente à literacia, na amostra da comunidade predomina o número de idosos com o 1.º ciclo, (77,8 %) e as restantes não sabem ler nem escrever. Também na ER, a maioria dos participantes concluiu o 1.º ciclo, (54,5 %) enquanto 27,3 % não sabe ler nem escrever, resultados que estão igualmente de acordo com os obtidos no INE (2012b), onde se refere que os níveis de instrução da população idosa portuguesa são baixos, pois a população analfabeta é, ainda assim maioritariamente idosa, com quase 80% dos registos a representarem pessoas com 65 ou mais anos de idade.

No tocante à auto percepção de saúde, tanto na comunidade, como na ER, a maioria dos idosos considerou-a com sendo razoável (77,8%) e (81,8%) respetivamente. Estes resultados diferem no entanto dos apresentados no Inquérito Nacional de Saúde (INS) 2005/2006 onde indica que cerca de 41,4% dos residentes em Portugal Continental com 65 anos ou mais reportam o seu estado de saúde como mau ou muito má. Remete também para o facto de que a percepção da saúde varia consoante a idade.

Vários autores apontam para o facto de a idade e também outros aspetos sociodemográficos estarem relacionados com a percepção da saúde da pessoa idosa. Estudos como o de Excelsa (2001, citado por, Ferreira 2011) revelam que a escolaridade, a residência e a idade afetam negativamente a percepção da saúde.

Neste estudo constata-se que (77,8%) de idosos pertencentes à Comunidade reportam doenças clinicamente diagnosticadas, assim como na ER (90,9%). Num estudo realizado por Alves e Rodrigues (2005), os resultados para número de doenças crónicas corroboram com os encontrados em outros estudos, na medida em que afirmam que mais doenças crónicas implicam uma maior probabilidade do idoso declarar uma percepção má acerca da saúde, principalmente quando possui quatro ou mais doenças. Estes autores referem que é possível que idosos com duas ou três doenças crónicas possam ser considerados saudáveis, quando tais doenças estão controladas.

Aplicou-se uma escala (SWLS) como medida de satisfação com a vida, o que permitiu investigar acerca do grau de satisfação com a vida percecionado pelos idosos, verificando-se que no pré-intervenção a Comunidade obteve uma média de 18,00 e no pós intervenção uma média de 21,00. Na amostra da ER verificou-se que no pré-intervenção se obteve uma média de 17,00 e no pós-intervenção uma média de 17,36. Os idosos que constituem a amostra em estudo, no geral, mostraram-se satisfeitos com a

vida, o que vai ao encontro dos resultados obtidos nos estudos de Smith et al (1999) Baltes e Mayer (1999), Myers (2000) e Simões et al. (2001), citados por Nunes (2009). A média global da amostra encontrada no pré e pós intervenção foi de 19,00, o que indica um bem-estar subjetivo cognitivo. No entanto, os dados demonstram que os idosos da Comunidade apresentam valores mais elevados de satisfação com a vida, comparativamente com os idosos da ER. Neste sentido, os dados sugerem que o facto dos idosos estarem institucionalizados não melhora a percepção da sua satisfação com a vida. Os resultados obtidos reforçam o paradigma segundo o qual a satisfação com a vida reside em diversos fatores, que estão associados a circunstancialismos individuais de cada idoso. A satisfação com a vida surge como uma avaliação global e subjetiva que é realizada pelo idoso acerca da sua vida, na qual compara situações da sua vida real com aquelas que idealizou como sendo mais apropriadas para si. (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991; Diener, Oishi & Lucas, 2003).

No mesmo sentido, Paúl (1992, citado por Fonseca, 2006) busca circunstancialismos da vida que coloquem em causa a satisfação da vida durante o processo de envelhecimento. Para tanto realizou um estudo junto de 130 idosos (de ambos os sexos), inseridos quer numa comunidade quer num lar, a partir do qual concluiu que as questões relacionadas com a satisfação com a vida e o bem-estar se prendem, sobretudo, com os sentimentos de solidão e afastamento social, independentemente do contexto onde o idoso esteja inserido.

No que respeita aos resultados obtidos pela aplicação da Escala de Felicidade Subjetiva observou-se que todas as médias obtidas sofreram um aumento na última avaliação. Assim, verificou-se que a felicidade aumentou nos momentos pré e pós intervenção na amostra, em ambos os locais do estudo. Estes resultados corroboram com os estudos longitudinais de Veenhoven (2008), nos quais se aponta a importância da felicidade e do otimismo no aumento da longevidade. Também nas pesquisas de Rodrigues e Silva (2010) se evidencia que o sentimento de felicidade está grandemente associado com a autoestima, o conforto familiar, suporte e a participação social, sendo influenciado também pela situação conjugal.

Luz e Amatuzzi (2008) desenvolveram um estudo que tinha como objetivo compreender os sentimentos de felicidade no processo de envelhecimento. Os resultados demonstraram que estes sentimentos de felicidade estão associados com o

bem-estar da família e no facto de ainda poderem trabalhar. O trabalho é, além de fonte de prazer, uma forma de os idosos se manterem ativos. Concluíram, ainda, que a felicidade é um simples sentimento que se manifesta no quotidiano ou uma manifestação de recordações em que o idoso se sente vitorioso. Os resultados adquiridos permitiram compreender que pessoas mais otimistas, ou seja, aquelas que usufruem de eventos genético - biológicos, sócio - históricos e psicológicos, se adaptam com mais facilidade ao processo de envelhecimento, na medida em que existe um equilíbrio entre as perdas e os ganhos, potenciando o seu bem-estar e felicidade.

Segundo Sousa e Duarte (2013) demonstraram que indivíduos felizes são bem-sucedidos nos vários domínios das suas vidas. Indivíduos que casam relatam maior felicidade e satisfação com a vida do que pessoas que nunca casaram ou que se separaram.

De salientar um outro estudo levado a cabo por Lima, Barros e Alves (2012) refere que desenvolver uma atividade se associa, diretamente, com o sentimento de felicidade. A inserção ocupacional tende a melhorar a autoestima do idoso, a sua participação social e a qualidade dos seus relacionamentos.

Observou-se, ainda, que a maioria das publicações não utiliza a designação de “felicidade”, mas sim o termo “bem-estar subjetivo”. Tal facto provém da dificuldade em abordar diretamente a felicidade, de modo que muitos pesquisadores preferem mensurar o bem-estar subjetivo relatado pelos indivíduos felizes (Ferraz, Tavares & Zilberman, 2007).

Os resultados obtidos na Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) permitem constatar que nos indivíduos da Comunidade há uma diminuição estatisticamente significativa entre as duas avaliações no que concerne à perceção de sentimentos de solidão. Quanto aos indivíduos da ER registou-se um aumento médio de cerca de 7 pontos, mas sem significado estatístico, resultados que corroboram parcialmente os evidenciados por Paúl (1997), nos quais se destaca que a solidão é uma condição emocional que deriva da inexistência ou do não funcionamento das redes sociais sendo preponderante no que diz respeito às consequências ao nível da saúde física e psicológica dos indivíduos. Num estudo desenvolvido, tendo como amostra idosos residentes em Instituições e em Comunidades, a autora referida, concluiu que no grupo de residentes em lares o sentimento de solidão é maior, devido ao afastamento

relativamente às redes sociais de apoio. Hicks (2000) entende a solidão como associada ao isolamento social, a sentimentos de desesperança e, ainda, à incapacidade para realizar atividades diárias de forma autónoma. O seu estudo evidencia três fatores que aumentam os níveis de solidão entre os idosos institucionalizados, a saber: a falta de relações íntimas, o aumento da dependência e a perda de familiares e amigos. Neste domínio, intervenções individualizadas permitirão que o idoso tenha um maior bem-estar físico, mental, psicológico e emocional.

Da análise das três subescalas inseridas na Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S), deve referir-se que na primeira subescala referente à Solidão Romântica as médias obtidas pelos indivíduos da Comunidade e da ER verifica-se que houve uma diminuição de cerca de quatro pontos nos indivíduos da Comunidade, enquanto na ER registou-se um aumento de cerca de três pontos entre as duas avaliações. Embora a diferença registada tanto na Comunidade, como na ER não seja estatisticamente significativa, a verdade é que os idosos residentes na ER sentem mais solidão romântica do que os inseridos na Comunidade. O maior número de idosos casados regista-se na comunidade com (66,7%) enquanto que na ER se verifica uma maior prevalência de idosos que são viúvos (72,7%), dados estes que corroboram com os obtidos nos estudos de Murph (1982, citado por Barroso e Tapadinhas, 2006), segundo os quais os idosos casados revelam menores níveis de solidão romântica, do que aqueles que não têm uma relação amorosa, enquanto os idosos solteiros, viúvos e divorciados revelam maiores níveis de solidão romântica. Entende este autor que o facto de o idoso ser casado, lhe permite partilhar a sua vida com outra pessoa, que será sua confidente, beneficiando da intimidade deste relacionamento e, nessa medida, será capaz de suportar os efeitos nefastos associados à velhice. Lopata (1969, citado por Neto, 2000) realizou um estudo junto de idosos viúvos, observando os sentimentos associados à solidão. Em consequência, observou que as pessoas expostas à solidão, revelam, pelo menos, um dos sentimentos que se passam a especificar: desejar estar com o marido, querer ser amada por alguém, querer amar e tratar de alguém, querer ter alguém para partilhar o trabalho, temer a sua incapacidade para fazer novos amigos. O autor citado conclui que a solidão inclui o desejo do passado, desilusão com o presente e receio acerca do futuro. Paúl, Ayis & Ebrahim (2006, citado por Fonseca, 2006), realizaram um estudo recentemente, no qual defendem que existe uma conexão entre a solidão e o mal-estar psicológico

(sintomas depressivos), e que, assim sendo, o casamento é um forte atenuante durante o processo de envelhecimento.

Da análise da subescala referente à Solidão Familiar destaca-se uma diminuição estatisticamente significativa nos indivíduos da Comunidade. Nos indivíduos da ER registou-se um aumento mas sem valor estatístico, entre os dois momentos de avaliação. Quando se analisa os sentimentos de solidão experienciados por idosos institucionalizados e não institucionalizados, constata-se que os valores encontrados permitem inferir que os sentimentos de solidão variam significativamente em função do contexto habitacional do idoso. Como seria de esperar, quem está institucionalizado evidencia maiores níveis de solidão familiar. Segundo o estudo de Barroso e Tapadinhas (2006) os sentimentos de solidão são preponderantes nos idosos, sobretudo naqueles que vivem institucionalizados.

Por último, da análise da subescala respeitante à Solidão Social, registou-se, também, uma diminuição nos participantes da Comunidade, embora sem significado estatístico. Na ER verificou-se um aumento de mais 3 pontos entre os momentos pré e pós intervenção, contudo este valor não é estatisticamente significativo. Este aumento reflete-se de forma direta na amostra global, pois entre as duas avaliações há um ligeiro aumento, ainda que sem significado estatístico. Os resultados obtidos confirmam os obtidos no estudo de Barroso e Tapadinhas (2006) no qual verificaram que os idosos ao terem contato com amigos próximos apresentam menos sentimentos de solidão social, pois a preocupação dos amigos com estes, bem como o próprio contacto com eles, através de visitas influenciam substancialmente os sentimentos de solidão dos idosos, ou seja, quem tem menos contato e perceção de preocupação por parte da família e amigos, apresentam mais sentimentos de solidão social. No mesmo sentido, Russel et al. (1984, citado por Neto, 2000) demonstraram que as medidas de solidão social e emocional estão correlacionadas com a falta de amizade e relações íntimas e afetivas, sendo que se verificam com menos força junto dos idosos institucionalizados. Pimentel (2005) revela, no seu estudo, que a manutenção das relações de cariz social e familiar são importantes no afastamento da solidão e isolamento por parte do idoso.

Segundo o estudo Inglesias (2001) a solidão sentida pelos idosos pode ser prevenida ou, até mesmo, eliminada através da realização de atividades que favoreçam a manutenção das relações sociais e familiares.

Neste estudo constata-se que os participantes da Comunidade e da ER aumentaram a pontuação média obtida no Mini Exame Mental. A aplicação do teste Wilcoxon, evidenciou diferenças estatisticamente significativas no global da amostra (Wilcoxon=-2,080; p=0,038). Estes resultados evidenciam os obtidos num estudo realizado por Nery de Sousa e Chaves (2003), numa amostra de 46 idosos, cujo objetivo era evidenciar os resultados da estimulação da memória sobre o Mini Exame do Estado Mental, tendo por base a realização de 8 sessões de 2 horas, integrantes de palestras, aplicação de jogos, atividades de treino de raciocínio, resolução de problemas, cálculos, leitura e memorização visual. Os autores compararam os resultados antes e pós MEEM e verificaram que houve um aumento estatisticamente significativo (p= 0.042), na função cognitiva. O estudo de Chariglione (2010, citado por Apóstolo, Cardoso, Marta e Amaral, 2011), foi implementado, junto de 21 idosos, um programa integrante de diversas atividades de estimulação cognitiva, que evidenciaram resultados positivos ao nível do funcionamento cognitivo, a saber: atenção; sequência visual; listas de palavras; outros exercícios de memória. Apóstolo et al. (2011) realizaram um outro estudo, junto de duas amostras, sendo que uma era constituída por 13 idosos institucionalizados e a outra por 27 idosos não institucionalizados, no qual procederam à aplicação de um programa de estimulação cognitiva que envolvia atividades como a estimulação da atenção, linguagem, gnóscias, memória, praxias e funções executivas e no qual se evidenciaram, também, melhorias.

A análise dos resultados obtidos no questionário de avaliação da satisfação, permite-nos perceber que este tipo de intervenção é realmente importante, quer para os idosos que residem na Comunidade, quer para os da ER. Reportando-se aos dados obtidos pela aplicação das escalas de satisfação com a vida, escala de felicidade subjetiva e escala de SELSA-S, percebe-se que a intervenção junto dos idosos, através de um programa com diferentes atividades que os estimulem, é importante, na medida em que gera um aumento dos níveis da satisfação com a vida e na felicidade subjetiva.

Além disso, permite-nos inferir uma diminuição nos resultados obtidos na solidão percebida pelas participantes da Comunidade. Remetendo-se às respostas dos participantes no questionário de avaliação da satisfação verificou-se que todos os participantes, da Comunidade e da ER, gostaram muito de participar nas atividades que

foram desenvolvidas aquando do programa de intervenção e, ainda, que todos consideraram que aquelas foram muito divertidas. Quando confrontados com o que gostaram mais de fazer no âmbito das atividades, 85% referiram aprender coisas novas. Os participantes deste estudo referiram que a participação nestas atividades mudou algo neles, sendo que 65% sentiram-se mais felizes e 35% sentiram que aprenderam coisas novas. Por ultimo, todos os participantes referiram que gostariam de continuar a participar em atividades do mesmo tipo. Os resultados obtidos neste estudo foram ao encontro da opinião defendida por Mannell (1999, citado por Simões, 2006) que defende que as atividades de animação têm efeitos positivos sobre o bem-estar. Refere que o nível de participação em atividades evidencia o nível da satisfação com vida. Igualmente, Torres e Marques (2008) quando procederam à avaliação do Programa “Envelhecer com Qualidade”, com o propósito de observar em que medida os objetivos do programa foram atingidos, verificaram que os idosos estavam motivados com o programa porque permitia o fomento das interações sociais. Os idosos consideraram-se mais participativos e mais ativos após a intervenção.

De uma forma geral, os resultados encontrados neste estudo vão ao encontro da perspectiva defendida por Fernández – Ballesteros (2002, citado por Fonseca & Paúl, 2005) que entende serem de fomentar a promoção do envelhecimento ativo e das condições sociais. Esta promoção do envelhecimento ativo foi possível no presente estudo, junto dos participantes da Comunidade e da ER, promovendo-se o bem-estar, o aumento da satisfação com a vida, o aumento da felicidade subjetiva e a diminuição da solidão nos participantes da Comunidade.

Os dados obtidos permitem-nos reforçar a importância da promoção da interação social no processo de adaptação às novas vivências e exigências que ocorrem no processo de envelhecimento.

## **Conclusões, Limitações do Estudo e Sugestões**

Nas considerações finais pretende-se uma reflexão acerca de todos os passos que envolveram este Trabalho de Projeto. Desde a conceção da ideia de projeto à sua implementação, análise e, finalmente, reflexão acerca dos resultados obtidos. Destacam-se, em consequência, alguns condicionalismos que foram surgindo ao longo do trabalho, bem ainda os seus aspetos positivos, quer em contexto de trabalho, quer ao nível das pesquisas bibliográficas.

A aplicação do presente projeto revestiu-se de algumas dificuldades, sobretudo no âmbito da Estrutura Residencial, na medida em que envolveu um trabalho de aproximação aos participantes, de modo a que se sentissem motivados a participar em algumas das atividades da Instituição e, assim, ganhar a sua confiança. Assim, nas primeiras atividades, utilizou-se como estratégia de aproximação, a entrega de alguns rebuçados.

No que se refere à implementação do programa de intervenção junto da Comunidade, foi um processo mais fácil, uma vez que se tratava de uma novidade para as idosas, que não estavam familiarizadas com este género de atividades, tornando a tarefa ainda mais aliciante e motivadora. Houve também, aqui, uma necessidade de aproximação às idosas, de modo a que se sentissem motivadas para cooperarem no projeto, pelo que se utilizou como estratégia de aproximação e motivação, um momento de descontração, acompanhado de chá e bolo. Com o decorrer das atividades e solidificados que estavam os contactos, eram as próprias idosas que providenciavam a confeção do referido bolo para o próximo encontro seguinte.

Verificou-se, ainda, que no âmbito da Estrutura Residencial, os idosos tinham, já, contacto com atividades deste tipo, pois era frequente alguns deles participarem em atividades propostas pela Instituição e por Estagiários. A verdade é que antes de terem evidenciado interesse em cooperar nas mesmas, não mostravam confiança nas suas capacidades e no sucesso daquelas. Foram apontados outros entraves à realização das atividades propostas, nomeadamente a falta de saúde e de motivação.

Na Comunidade verificou-se que as idosas não tinham tido, na sua maioria, contacto com este tipo de atividades. No entanto, depois de alguns esclarecimentos, a cada atividade realizada, a maioria revelou ter alguma experiência na sua realização. As idosas da Comunidade apresentavam poucos hábitos de lazer e ócio, tendo por costume passar o tempo inativas, executando apenas as tarefas domésticas, participando, esporadicamente, em passeios e exercendo funções religiosas.

Quando comparados os resultados obtidos na Comunidade (meio rural) e na ER (meio urbano), verificamos que a amostra rural apresentou resultados superiores ao nível da satisfação com a vida, na felicidade subjetiva e, ainda, uma diminuição da solidão nos resultados obtidos no pré-intervenção. Estes resultados, sugerem que, para as amostras em estudo, as condições de vida no meio rural podem ser mais saudáveis e propícias a um envelhecimento bem-sucedido, quando comparadas com as condições em meio urbano.

Findo o programa de intervenção, fez-se circular, pelos idosos, um questionário de avaliação da satisfação, de forma a conhecer as suas opiniões acerca da implementação do mesmo. Verificou-se, em consequência, que todos gostaram muito de participar nas atividades do programa, considerando que foram muito divertidas. Embora tenham gostado de aprender coisas novas, salientaram, essencialmente, que a participação nestas atividades mudou algo em si mesmos, sendo que a maioria dos idosos respondeu dizendo sentirem-se mais felizes. Constatou-se, também, que todos os idosos gostariam de continuar a participar em atividades do mesmo tipo.

Nesta medida, e após o estudo, concluiu-se que a implementação de atividades integrantes de programas de envelhecimento ativo, desenvolvidas, regularmente, junto dos idosos, contribui para o aumento de sentimentos positivos ou satisfatórios. Fica demonstrado que aqueles que participaram nas atividades desenvolvidas, melhoraram o seu bem-estar psicológico: os idosos mostraram satisfação com os resultados obtidos; gostaram de participar; sentiram que o tempo passava melhor e consequentemente mais rápido; ficaram contentes por viverem experiências novas; viveram momentos divertidos e com muita alegria, pensando menos acerca dos aspetos mais difíceis das suas vidas. Comprovou-se, também, que a maioria dos idosos ganhou consciência de que ter uma atitude ativa e participativa no âmbito de programas de envelhecimento ativo lhes traz benefícios a nível físico e nos relacionamentos pessoais.

Pode-se concluir que, de modo geral, o presente estudo permitiu, essencialmente, perceber os efeitos nos sentimentos dos idosos decorrentes da execução de programas de Envelhecimento Ativo.

Uma das limitações sentidas ao longo do estudo prende-se com o facto dos idosos inseridos na ER realizarem diariamente diversos programas e atividades ocupacionais, o que condicionou a realização das atividades integrantes do estudo, que foram relegadas para segundo plano. Houve, inclusive, ocasiões nas quais a investigadora teve de proceder à remarcação das suas atividades em virtude de os idosos estarem ocupados com as atividades ocupacionais propostas pela Instituição.

Outra das condicionantes reveladas no projeto foi o facto de a amostra ter sido reduzida e o programa de intervenção ter decorrido num contexto temporal diminuto, pelo que seria interessante prosseguir o presente estudo com uma amostra de dimensão alargada e num espaço temporal também, ele, alargado. Mas, não se deve descurar o facto de o estudo ter sido realizado no âmbito de um mestrado, pelo que é possível que ocorram falhas na sua elaboração. De facto, o tempo foi escasso e a inexperiência da investigadora podem ter sido determinantes em incongruências ou imprecisões que possam ser detetadas.

Saliente-se, ainda, o facto de a literatura existente acerca das temáticas “felicidade subjetiva e solidão” ser, ainda, escassa, o que tornou ainda mais difícil a tarefa da investigadora no momento de revisão bibliográfica de apoio ao projeto.

O estudo reafirma, portanto, a urgência de as Instituições de apoio a idosos e Associações implementarem programas de Envelhecimento Ativo. Estes programas estimulam a vida mental, física e afetiva dos idosos, promovendo o envelhecimento bem-sucedido, pelo que se verifica uma melhoria nos sentimentos dos idosos. Espera-se, conseqüentemente, que possa servir de ponto de partida para outros projetos que venham a ser desenvolvidos no âmbito do Envelhecimento Ativo e que as estratégias utilizadas possam ser reutilizadas e melhoradas, não descurando as particularidades inerentes a cada caso concreto.

A realização da investigação e o contacto com idosos de uma Comunidade e de uma Estrutura Residencial, tratou-se de uma grande oportunidade, permitindo, humildemente, transformar aqueles idosos em pessoas mais felizes, constituindo uma forte motivação para o início da minha atividade profissional.

## Referências Bibliográficas

- Abreu, V., & Tamai, S. (2006). Reabilitação cognitiva em gerontologia. In: Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J., e Gorzoni, M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1162-1169). Rio de Janeiro. Guanabara Koogan.
- Albuquerque, I., & Pedroso de lima, M. (2007). Personalidade e bem-estar subjetivo: uma abordagem com os projetos pessoais. *psicologia.com.pt - O Portal dos Psicólogos*, 1-30.
- Alves L., Rodrigues R. (2005). Determinantes da Autopercepção de Saúde entre Idosos do Município de São Paulo, Brasil. *Revista Panam Salud Publica*.17 (5/6).
- Apóstolo, J., Cardoso, D., Marta, L., & Amaral, T. (2011). Efeito da Estimulação Cognitiva em Idosos. *Revista de Enfermagem Referência, III Série - n.º 5* 193-201.
- Barroso, V. L. & Tapadinhas, A. R. (2006). *Órfãos Geriátricos: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento-Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Psicologia.pt – O portal dos Psicólogos. Consultado em 10 de Setembro de 2015; Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Caleiro, A. (2011). Desemprego e Felicidade em Portugal. *Universidade de Évora, Departamento de Economia. Documento de Trabalho Nº 2011/05*.
- Coimbra, J. (2008). *O Sentimento de Solidão em Idosas Institucionalizadas: a influência da autonomia funcional e do meio ecológico*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia - Secção de Psicologia Clínica e da Saúde). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Coutinho, C. (2013). *Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: teoria e prática*. (2ª ed.). Coimbra: Edições Almedinha, S.A.
- Diener, E., Oishi, S. & Lucas, R. (2003) – Personality, Culture, And Subjective Well-Being: Emotional And Cognitive Evaluations Of Life. *Annual Reviews Psychology*, 54,403 – 425.

- Emília, M. (2014). *Teorias sobre o envelhecimento, perspectiva desenvolvimental do processo de envelhecimento e desenvolvimental da consciência*. In R. Pocinho, Envelhecimento, Sociedade e Saúde: Teorias e Práticas. (1ª ed. pp.12 – 63). Porto: Euedito
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade: Demografia, Família e Políticas Sociais em Portugal*. (1ªed.) Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, A. (2001). Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social: Itinerário de Pesquisa em Torno do Aumento da Esperança de Vida. *Sociologia, Problemas e Práticas* n.º 36, 39-52.
- Fernandes, A. (2012). *A Solidão nos Idosos*. (Licenciatura em Gerontologia Social). Escola Superior de Educação João de Deus. Lisboa.
- Fernandes, H. (2007). *Solidão em Idosos no Meio Rural do Concelho de Bragança*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso), Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação. Universidade do Porto, Porto.
- Fernandes, H., & Neto, F. (2009). Adaptação Portuguesa da Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S). *Psicologia, Educação e Cultura, XIII*, 7-31
- Fernández-Ballesteros R. (2009). *Gerontología Social*. Madrid: Ediciones Pirámide
- Fernández-Ballesteros, R. (2011), Posibilidades y Limitaciones de la Edad In López, J. *Envejecimiento Activo, Libro Blanco* (pp.101-146). Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad. Madrid: Imerso
- Fernández-Ballesteros, R., Zamarrón, M. D., & Tarraga, L. (2009). Plasticidade Cognitiva y Deterioro Cognitivo. In R. Fernández-Ballesteros, *Psicogerontología Perspectivas Europeas para um Mundo que Envejece*. (pp.201-259). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Fernández-Ballesteros. R. (2004). Gerontología Social In Fernández-Ballesteros. *Gerontología Social: Una Introducción* (pp.35-52). Madrid: Ediciones Pirámide
- Ferraz, R., Tavares, H., & Zilberman, M. (2007). Felicidade: Uma Revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34, 234-242.
- Ferreira (2011). *Perceção do Estado de Saúde da Pessoa Idosa Institucionalizada*. (Dissertação de mestrado em Saúde e Envelhecimento). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.
- Filho, E.T., & Alencar, Y.M (1998). Teorias do Envelhecimento. In E. Filho & M. Netto (eds), *Geriatrics, clinica e terapêutica*. São Paulo: Editora Atheneu.

- Fonseca, A. & Paúl, C. (2005). Condição psicossocial de Idosos Rurais numa Aldeia do Interior de Portugal. In A. M., Fonseca, C., Paúl, I. Martin, & J. Amado, *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (1ª.ed, pp. 97-108). Lisboa: Climepsi.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. (1ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica* (pp. 277-289). Vol, 20, nº 002.
- Fonseca, A. M. (2006). *O Envelhecimento: Uma Abordagem Psicológica*. (2ª ed.). Lisboa: Universidade Católica.
- Fonseca, A. M. (2011). *Reforma e Reformados*. (1ªed). Coimbra: Edições Almedina.
- Fonseca, A. M. (2012). Fundamentos Psicológicos para um Envelhecimento Ativo. In Palmeirão C. & Cruz A. (coord). *Envelhessomos*. (pp.15-49). Porto: Universidade Católica.
- Fontaine, R., (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. (1ª ed). Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M.-F. (1999a). O Desenho de Investigação. In M.-F. Fortin, *O processo de Investigação: da Conceção à Realização*. (pp.131 -145). Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.
- Fortin, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. Loures: Lusodidata.
- Fortin, M.-F. Côté, J., & Vissandjée, B. (1999b). A Investigação Científica. In M.-F. Fortin. *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. (pp.15 -23). Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas.
- Fortin, M.-F., Brisson, D., & Wakulczyk, G. (1999c). Noções de Ética em Investigação. In M.-F. Fortin. *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. (pp.113 -129). Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Vissandjée, B. (1999d). As Etapas do Processo de Investigação. In M.-F. Fortin., *O Processo de Investigação: da Conceção à Realização*. (pp.35-43). Loures: Lusociência- Edições Técnicas e Científicas.
- Fortuno, J. (2010). *Programas para la realización de actividad física*. IN L. Garcia, *Envejecimiento Activo y Actividades Socioeducativas com Personas Mayores: Guía de buenas prácticas*. (1ªed. pp.85 – 106). Madrid: Médica Panamericana.

- Freitas, P. (2011). *Solidão nos Idosos - Perceção em Função da Rede Social*. (Dissertação de mestrado em Gerontologia Social). Faculdade de Ciências Sociais. Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga, Braga.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e Evolução do Conceito de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 6, 203-214.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-Estar Subjetivo: em Busca da Qualidade de Vida. *Temas em Psicologia*, 12, 43-50.
- Guedea, M. T. D., Albuquerque, F. J. B. d., Tróccoli, B. T., Noriega, J. A. V., Seabra, M. A. B., & Guedea, R. L. D. (2006). Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 19, 301-308.
- Guerreiro, M. P., Botelho, A. P., Leitão, M. A., Castro-Caldas, O., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população Portuguesa da tradução do “Mini Mental State Examination (MMSE)”. *Revista Portuguesa de Neurologia*. 9, Vol. 1.
- Hicks, Jr. (2000). What is your life like now? Loneliness and elderly individuals residing in nursing homes. *Journal of Gerontological Nursing*. 26 (8):15-9
- Hill, M. M., & Hill, A. (2005). *Investigação por Questionário*. (2ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo, LDA.
- Hulley, S. B., Cummings, S. R., Browner, W. S., Grady, D. G., & Newman, T.B. (2008). *Delineando a Pesquisa Clínica: Uma Abordagem Epidemiológica*. (3ª ed).Porto Alegre: Artmed.
- INE (2009). *Anuário estatístico de Portugal 2008*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- INE, I. (2012b). *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- INE. (2011). *Censos 2011 - Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- INE. (2012a). *Censos 2011 - Resultados Definitivos - Região Norte*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- INE. (2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.
- Inglesias, Usel J. (2001). *La Soledade en las Personas Myores: Influencias Personales, Familiares y Sociales*. Análisis Cualitativo. Madrid: Imerso.

- Jacob, L. & Fernandes, H. (2011). Preparação para a Reforma: Responsabilidade Individual e Coletiva. In L. França, *Ideias para Envelhecimento Ativo*. (1ª ed). Almeirim: Rutis - Associação Rede de Universidades da Terceira idade.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos – Atividades*. (1ª ed). Lisboa: Ambar – Ideias no papel, S.A. Coleção Idade do Saber.
- Jacob, L., Santos, E., Pocinho, R., & Fernandes, H. (2013). *Envelhecimento e Economia Social: perspetivas atuais*. (1ª ed). Viseu: Psicossoma.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, Vol.82 (6), 1007-1022.
- Lima, L. (2004). *Posso Participar? Atividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. (1ªed). Porto: Ambar - Ideias no papel.
- Lima.G., Barros, A., & Alves, P. (2012). Sentimento de felicidade em idosos: uma abordagem epidemiológica, ISA-Camp 2008. *Cadernos de Saúde Pública*, 28, 2280-2292.
- López, J. (2011). *La Salud y Las Personas Mayores*. In J. Casado. *Libro Blanco del Envejecimiento Ativo* (1ª ed. pp. 223-262), Ministerio do Sanidad Política Social e Igualdad. Madrid: Imsero.
- Luz, M., & Amatuzzi, M. (2008). Vivências de felicidade de pessoas idosas. *Estudos da Psicologia*, 25 (2), 303-307.
- Maria Ruiz-Vargas, J. (2008). Ageing and memory: how and why does memory deteriorate with age? [Envejecimiento y memoria: como y por que se deteriora la memoria con la edad?]. *Revista espanola de geriatria y gerontologia*, 43(5), 268-270.
- Mata (2013). União de freguesias de Rebordainhos e Pombares. Consultado em 30 setembro de 2015; Disponível em: <http://ascrrebordainhos.blogspot.pt/search?updated-min=2013-01-01T00:00:00Z&updated-max=2014-01-01T00:00:00Z&max-results=>
- Melo, L., & Neto, F. (2003). Aspetos Psicossociais dos Idosos em Meio Rural: Solidão, Satisfação com a Vida e Locus de Controlo Gaia. *Psicologia, Educação e Cultura*. (3ª ed. pp. 107 – 121).

- Ministério da Saúde - Direcção-Geral da Saúde. (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Consultado em 20 de fevereiro de 2015; Disponível em: <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Morgado, J., Rocha, C., Maruta, C., Guerreiro, M., & Martins, I. (2009). Novos Valores Normativos do Mini-Mental State Examination. Vol.09. *Laboratório de Estudos de Linguagem*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Moura, C. (2006). *Século XXI - Século do Envelhecimento*. (1ª ed). Lisboa Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Neri, A. (2001). *Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas*. Campinas: Papirus.
- Neri, A. (2006). O Legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, vol. 14, nº1, p.17-34.
- Nery de Sousa, J. & Chaves, E. C. (2003). O Efeito do Exercício de Estimulação da Memória em Idosos Saudáveis. *Revista Escola de Enfermagem USP*.39.(1):13-9.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social II*. (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.
- Netto, M. P. (1999). *Gerontologia*. São Paulo: ATHENEU.
- Nunes, L. (2009). *Promoção do Bem-Estar Subjetivo dos Idosos através da Intergeracionalidade*. (Dissertação de mestrado em Psicologia, especialização em Psicologia do Desenvolvimento). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade de Coimbra, Coimbra.
- Oliveira, J. H. B. d. (2005). Questões Preliminares. In J. H. B. d. Oliveira, *Psicologia do Desenvolvimento e do Idoso*. (2ª ed). Porto: Legis Editora.
- OMS (2002). *Saúde Mental: Nova Compreensão, Nova Esperança*. Relatório Mundial da Saúde 2001. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- OMS. (2005). *Envelhecimento Ativo uma política de Saúde*. (1ª ed, pp.12-23).Brasília: World Health Organization.
- Pais, J. (2013). Tempos de Solidão. Consultado em 15 de Janeiro de 2015, Disponível em: [http://www.uff.br/observatoriojovem/sites/default/files/documentos/Tempos\\_de\\_Solidao\\_ICS\\_JMPais\\_Tempos\\_ARI.pdf](http://www.uff.br/observatoriojovem/sites/default/files/documentos/Tempos_de_Solidao_ICS_JMPais_Tempos_ARI.pdf)
- Paúl, C. (1997). *Lá para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.

- Pavot, W., Diener, E., Colvin, R. e Sandvik, E. (1991) – Further Validation of the Satisfaction With Life Scale: Evidence for the Cross-Method Convergence of Well-Being Measures. *Journal of Personality Assessment*, 57(1), p. 149 -161.
- Pereira, F. (2012). Teoria e Prática da Gerontologia - Um Guia para Cuidadores de Idosos (1º Edição ed.). Viseu: Psico & Soma - Editora, Formação e Empresas, Lda.
- Pereira, L. (2010). *Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado. A Intervenção da Animação Sociocultural*. (Dissertação de mestrado em Ciências da Educação: Especialização em Animação Sociocultural). Universidade de Trás-os Montes e Alto Douro – Pólo de Chaves, Chaves.
- Pimentel, L. (2005). *O Lugar do Idoso na Família*. 2ª Edição. Coimbra: Quarteto.
- Pousada, M. y Fuente, J. (2007). La memoria y la atención: qué son y para qué nos sirven. In: Triadó, Carmen y Villar, Feliciano (coords.) *Psicología De La Vejez*. Madrid. Alianza Editorial.
- Quartilho, M. (2010). Qualidade de vida, Felicidade, Saúde, Bem-Estar, Satisfação. Pessoas, Sociedades, Culturas. O que importa? In M.C. Canavarro & A.V. Serra, *Qualidade de Vida e Saúde: Uma Abordagem na Perspectiva da Organização Mundial da Saúde* (pp.55 - 129). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia De Investigação em psicologia e saúde* (1ª ed.). Porto: Livpsic.
- Ribeiro, J. L. P. (2012a). Validação transcultural da Escala de Felicidade Subjetiva de Lyubomirsky e Lepper. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13, 157-168.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de Envelhecimento Ativo*. (1ª ed). Lisboa: Lidel
- Ribeiro, S. (2012b). *Solidão e Qualidade de Vida em Idosos*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Rodrigues, A., & Silva, J. A. d. (2010). O Papel das Características Sociodemográficas na Felicidade. *Psico-USF*, 15, 113-123.
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa: Relógio D'Água Editores.

- Scalco, D., Araújo, L., Cora, L., & Bastos, J. (2011). Autopercepção de Felicidade e Fatores associados em Adultos de uma Cidade do Sul do Brasil: Estudo de base Populacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24, 648-657.
- Scorsolini-Comin, F. (2009). A Felicidade Paradoxal: Ensaio sobre a Sociedade de Hiperconsumo. *Psicologia em Estudo*, 14, 203-204.
- Seixas, E. (2013). *A Satisfação com a Vida em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Instituto Superior de Serviço Social. Universidade Lusíada de Lisboa, Lisboa.
- Sequeira, A., & Silva, N. (2002). O Bem-Estar da Pessoa Idosa em Meio Rural. *Análise Psicológica*. 3 (XX): 505-516.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel, Edições Técnicas, Lda.
- Silva, B. L.T.; de Oliveira, A. C. V.; Paulo, D. L.V.; Malagutti, M. P.; Danzini, V. M. P. & Yassuda, M. S. (2011). Cognitive training for elderly adults based on categorization strategies and calculations similar to everyday tasks. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de pedagogia n°3*, 503-515.
- Simões, A. (2006). *A Nova Velhice - Um Novo Público a Educar*. Porto: Âmbar.
- Sousa, G. (1998). *Metodologia da Investigação, Redação e Apresentação de Trabalhos Científicos*. (1ª ed). Porto: Livraria Civilização Editora
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*. Vol. 02. (2.ª ed). Porto: Âmbar, Coleção Idade do Saber.
- Souza, L., & Duarte, M. (2013). Amizade e Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29 (4), 429-436.
- Spiriduso, W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. (1ªed). Brasil: Editora Manule Ltda.
- Squire, A. (2005). *Saúde e Bem-Estar para Pessoas Idosas - Fundamentos básicos para a prática*. (1ªed). Lisboa: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.

- Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório e Implementação-Piloto de um Programa de Intervenção*. (Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia: Secção de Psicologia Clínica e da Saúde). Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Teles, M. R. (2003). *Efeitos de uma intervenção Psico-educativa nas competências cognitivas de vida em idosos*. Tese de Mestrado. Universidade Fernando Pessoa.
- Torres, M. & Marques, E. (2008). Envelhecimento Ativo: Um Olhar Multidimensional sobre a Promoção da Saúde – Estudo de Caso em Viana do Castelo. *VI Congresso Português de Sociologia*. Faculdade Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova de Lisboa, Lisboa.1-12.
- Tortosa, J. (2006). Envejecimiento cognitivo: Inteligencia y memoria. In *Tortosa, J., Psicología del Envejecimiento* (pp. 55-73). Madrid: Ediciones Pirámide.
- Veenhoven R. (2008). Health happiness: effects of happiness on physical health and the consequences for preventive care. *J Happiness Stud.* 9:449-469.
- Yaben, S. (2008). Adaptación al Castellano de la Escala para la Evaluación de la Soledad Social y Emocional em adultos SESLA-S. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 8,1, 113-116.
- Yassuda, M. & Abreu, V. (2006). Avaliação Cognitiva. In: Freitas, E., Py, L., Cançado, F., Doll, J., & Gorzoni, M. *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 1252-1259). (2ª ed.) Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artemed.

# **ANEXOS**

## **Anexos I.**

**Pedidos de Autorização para a Realização do Trabalho de Projeto na ASCRR (Comunidade) e na Fundação Betânia (Estrutura Residencial)**

Exmo. Sr. Presidente da  
Direção da Associação Social,  
Cultural e Recreativa de  
Rebordainhos

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização do trabalho de projeto

Eu, **Patrícia da Cruz Mateus**, aluna do 2º ano do Mestrado de “Envelhecimento Ativo”, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, subordinado ao tema **“Efeitos de um programa de Envelhecimento Ativo em sentimentos de idosos”**, sob orientação da Professora Doutora Maria Augusta Mata e da Professora Doutora Adília Fernandes, venho por este meio solicitar a V/ Exa. autorização para desenvolver um programa de intervenção de Envelhecimento Ativo com início previsto para fevereiro e conclusão em maio de 2014.

O presente projeto tem como objetivos avaliar a satisfação com a vida, a felicidade subjetiva e a solidão em idosos institucionalizados e não institucionalizados, desenhar, implementar e avaliar um programa de Envelhecimento Ativo.

O mesmo será apenas aplicado em idosos que aceitem livremente participar neste estudo (pelo que deverão assinar o consentimento informado apresentado em anexo), que consistirá em:

- Aplicação de um questionário de recolha de dados sócio- demográficos;
- Aplicação da escala Mini exame do Estado Mental (MEEM);
- Escala de Felicidade Subjectiva – (Lyubomirsky e Lepper, 1999; versão portuguesa de Pais – Ribeiro, 2012);
- Escala de Satisfação com a Vida – (Diener et al., 1985; versão portuguesa de Simões, 1992);
- Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) - (Tommaso, Brannen, e Best 2004, versão portuguesa de Hélder Fernandes e Félix Neto, 2009).

- Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) – Tommaso, Brannen, e Best 2004, versão portuguesa de Hélder Fernandes e Félix Neto, 2009)

Assim, os dados recolhidos irão ser objeto de estudo no âmbito do trabalho de projeto, onde me comprometo com o seguinte:

- Todas as informações serão devidamente codificadas, no sentido de garantir o anonimato dos participantes;
- As informações que me comunicar serão confidenciais;
- Em qualquer momento poderá ter acesso ao material que lhe diga respeito.

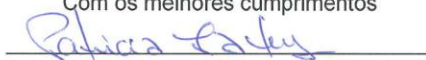
Cada participante mantém a liberdade de cessar o seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar no estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo à continuidade do mesmo.

Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional que pretenda, podendo contactar-me através do número 961 753 431 ou através do correio eletrónico [patriciamateus19@live.com.pt](mailto:patriciamateus19@live.com.pt)

Envio em anexo os documentos supracitados

Bragança, 16 de janeiro de 2014

Com os melhores cumprimentos



Patrícia da Cruz Mateus

**Aceito colaborar com este projeto.**

O presidente da Associação

  
(Assinatura e carimbo)

**ASSOCIAÇÃO SOCIAL, CULTURAL  
E RECREATIVA DE REBORDAINHOS**

ASCRR

Fundada em 2006-11-13

NIPC 507 416 260

À

DIREÇÃO DA FUNDAÇÃO BETÂNIA

**Assunto:** Pedido de autorização para a realização do trabalho de projeto

Eu, **Patrícia da Cruz Mateus**, aluna do 2º ano do Mestrado de “Envelhecimento Ativo”, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança, subordinado ao tema **“Efeitos de um programa de Envelhecimento Ativo em sentimentos de idosos”**, sob orientação da Professora Doutora Maria Augusta Mata e da Professora Doutora Adília Fernandes, venho por este meio solicitar a V/ Exa. autorização para desenvolver um programa de intervenção de Envelhecimento Ativo com início previsto para fevereiro e conclusão em maio de 2014.

O presente projeto tem como objetivos avaliar a satisfação com a vida, a felicidade subjetiva e a solidão em idosos institucionalizados e não institucionalizados, desenhar, implementar e avaliar um programa de Envelhecimento Ativo.

O mesmo será apenas aplicado em idosos que aceitem livremente participar neste estudo (pelo que deverão assinar o consentimento informado apresentado em anexo), que consistirá em:

- Aplicação de um questionário de recolha de dados sócio- demográficos;
- Aplicação da escala Mini exame do Estado Mental (MEEM);
- Escala de Felicidade Subjectiva – (Lyubomirsky e Lepper, 1999; versão portuguesa de Pais – Ribeiro, 2012);
- Escala de Satisfação com a Vida – (Diener et al., 1985; versão portuguesa de Simões, 1992);
- Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) - (Tommaso, Brannen, e Best 2004, versão portuguesa de Hélder Fernandes e Félix Neto, 2009).

Assim, os dados recolhidos irão ser objeto de estudo no âmbito do trabalho de projeto, onde me comprometo com o seguinte:

- Todas as informações serão devidamente codificadas, no sentido de garantir o anonimato dos participantes;
- As informações que me comunicar serão confidenciais;
- Em qualquer momento poderá ter acesso ao material que lhe diga respeito.

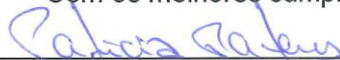
Cada participante mantém a liberdade de cessar o seu consentimento a qualquer momento, deixando de participar no estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo à continuidade do mesmo.

Disponibilizo-me para qualquer esclarecimento adicional que pretenda, podendo contactar-me através do número 961 753 431 ou através do correio eletrónico [patriciamateus19@live.com.pt](mailto:patriciamateus19@live.com.pt)

Envio em anexo os documentos supracitados

Bragança, 5 de fevereiro de 2014

Com os melhores cumprimentos



Patrícia da Cruz Mateus

**Aceito colaborar com este projeto.**

**A direcção da Instituição**

FUNDAÇÃO BETÂNIA  
Centro Apostólico de Acolhimento e Formação  
Cont. 503.208.343

(Assinatura e carimbo)

**Anexo II.**  
**Consentimento Informado**

### **Consentimento Informado**

Eu, \_\_\_\_\_, declaro, por este meio, que concordei em participar no estudo intitulado: **“Efeitos de um programa de Envelhecimento Ativo em sentimentos das pessoas idosas”**, desenvolvido por Patrícia da Cruz Mateus, mestranda de Envelhecimento Ativo, no Instituto Politécnico de Bragança, na Escola Superior de Saúde.

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa.

Fui Informado(a) dos objetivos do estudo, que, em linhas gerais visa avaliar a felicidade subjetiva em idosos, e a solidão em idosos; desenhar, implementar e avaliar um programa de animação sociocultural.

Fui Informado(a) de que tenho total liberdade para recusar participar na pesquisa ou abandoná-la no seu decurso sem qualquer justificação e também, que será mantido o anonimato e confidencialidade do estudo.

Local da Pesquisa: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 201\_\_

Assinatura dos participantes: \_\_\_\_\_

Assinatura da pesquisadora: \_\_\_\_\_

Nota: O presente documento, é assinado em duas vias. Uma das vias ficará na posse do pesquisador e por outra na posse dos participantes da pesquisa.

Obrigada pela sua colaboração!

**Anexo III.**  
**Instrumentos de Recolha de Dados**

## Questionário de recolha de dados sociodemográficos

**Por favor, dê a sua opinião da forma mais sincera possível. Não existem respostas mais ou menos desejáveis ou mais ou menos corretas, todas as opiniões são válidas e igualmente legítimas. Os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados apenas nesta investigação.**

**Agradecemos a sua colaboração e garantimos o anonimato e a confidencialidade das suas respostas. Informaremos dos resultados se for do seu interesse.**

**Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!**

### I – Dados sociodemográficos

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Sexo: Feminino  Masculino

3. Situação Conjugal

Cansado(a) / em união de facto

Divorciado (a)/ Separado (a)

Viúvo

Solteiro (a)

4. Habilitações Literárias

Não sabe ler nem escrever

1º ciclo do Ensino Básico (1º-4ºano)

2º ciclo do Ensino Básico (5º - 6º ano)

3ª ciclo do Ensino Básico (7º-9º ano)

Ensino Secundário (10º - 12º ano)

Ensino Superior

5 – Profissão anterior à reforma: \_\_\_\_\_

6 – Com quem reside:

Instituição

Casa própria, mas sozinho/a

Casa própria, com familiares

Casa de familiares

Outro local

Qual ? \_\_\_\_\_

7 – Quantos filhos tem? \_\_\_\_\_

## II – Atividades de Envelhecimento Ativo

1- Considera que a participação num programa de Envelhecimento Ativo vão ajuda-lo a passar o tempo livre?

Sim  Não

2- Quais as atividades que gostava de realizar se tivesse oportunidade?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## III – Saúde

1- Como considera a sua saúde?

Muito boa  Boa  Razoável  Má  Péssima

2 – Possui alguma doença clinicamente diagnosticada?

Sim  Qual? \_\_\_\_\_  
Não

3- Há quanto tempo lhe foi diagnosticada essa (s) doença (s)?

\_\_\_\_\_

4 – Qual a medicação que toma?

\_\_\_\_\_

## MineExame do Estado Mental (MEEM)

(Folstein, Folstein e Mchugh (1975), traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e col. (1994))

Utente:

---

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Avaliador: \_\_\_\_\_

### 1 – Orientação (1 ponto por cada resposta correta) (0-10 Pontos)

	Certo	Errado
1.1 – Em que ano estamos?		
1.2 – Em que mês estamos?		
1.3 – Em que dia do mês estamos?		
1.4 – Em que dia da semana estamos?		
1.5 – Em que estação estamos?		
1.6 – Em que país estamos?		
1.7 – Em que distrito é que vive?		
1.8 – Em que terra vive?		
1.9 – Em que casa estamos?		
1.10 – Em que andar estamos?		

**Total de pontos “orientação”:** \_\_\_\_\_

**2 – Retenção** (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida) (0-3 Pontos)  
vou dizer três palavras queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas.  
Procure ficar a sabê-las de cor:

	Certo	Errado
2.1 – Pêra		
2.2 – Gato		
2.3 – Bola		

**Total de pontos “retenção”:** \_\_\_\_\_

**3 – Atenção e cálculo** (1 ponto por cada resposta correta). Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, considera-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas (0-5 Pontos)

Agora peço que me diga quantos são 30 menos 3 e depois o numero encontrado voltar a tirar 3 e repete assim até eu dizer para parar.

Ex.: 30 - (3)\_\_\_ 27 - (3)\_\_\_ 24 - (3)\_\_\_ 21 - (3)\_\_\_ 18 - (3)\_\_\_

**Total de pontos “atenção e cálculo”:** \_\_\_\_\_

**4 – Evocação** (1 ponto por cada resposta correta) (0-3 Pontos)

Veja se consegue dizer as 3 palavras pedidas anteriormente para decorar:

	Certo	Errado
2.1 – Pêra		
2.2 – Gato		
2.3 – Bola		

**Total de pontos “atenção e cálculo”:** \_\_\_\_\_

**5 – Linguagem** (1 ponto por cada resposta correta) (0-8 Pontos)

**5.1 – Como se chama isto? (mostrar objetos)** (0-2 Pontos)

	Certo	Errado
5.1.1 – Relógio		
5.1.2 – Lápis		

**Total de pontos:** \_\_\_\_\_

**5.2 – Repita a frase que lhe vou dizer: “ O rato roeu a rolha”** (0-1 Pontos)

**Total de pontos:** \_\_\_\_\_

**5.3– Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa, (ou sobre a cama se for o caso); dar a folha com as duas mãos:** (0-3 Pontos)

	Certo	Errado
5.3.1 – Pegue com a mão direita		
5.3.2 – Dobra ao meio		
5.3.3 – Coloca onde deve		

**Total de pontos:** \_\_\_\_\_

**5.4– Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz (mostrar cartão com a frase legível – “feche os olhos”; sendo analfabeto, lê-se a frase)** (0-1 Pontos)

**5.4.1 – Fechou os olhos**

Certo	Errado

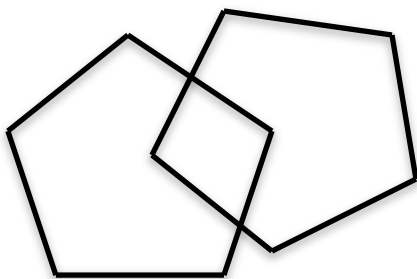
**Total de pontos:** \_\_\_\_\_

**5.5 – Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação (0-1Pontos)**

**Total de pontos:** \_\_\_\_\_

**6 – Habilidade construtiva** (1 ponto pela cópia correta) (0-1 Pontos)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



**Total de pontos:** \_\_\_\_\_

**Total de pontos MMS (máximo de 30 pontos):** \_\_\_\_\_

**Classificação:** Varia entre 0 e 30, sendo os valores de corte para a população portuguesa a partir dos quais se considera com defeito cognitivo os seguintes:

- Analfabetos:  $\leq 15$
- 1 a 11 anos de escolaridade:  $\leq 22$
- Escolaridade superior a 11 anos:  $\leq 27$

**SLWS – Satisfaction With Life Scale ( Diener et al., 1985); (Escala de Satisfação com a vida, versão portuguesa de Simões, 1992)**

Esta escala compreende cinco fases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e marque uma cruz (x) no quadrado que melhor indica a sua resposta.

	<b>Discordo Muito (1)</b>	<b>Discordo um pouco (2)</b>	<b>Não concordo, nem discordo (3)</b>	<b>Concordo um pouco (4)</b>	<b>Concordo Muito (5)</b>
1.A minha vida parece-me, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.					
2.As minhas condições de vida são muito boas.					
3.Estou satisfeito(a) com a minha vida.					
4.Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida, que eu desejaria.					
5.Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

**Escala de Felicidade Subjectiva – (Lyubomirsky e Lepper, 1999; versão portuguesa de Pais – Ribeiro, 2012)**

Para cada uma das questões e/ou afirmações seguintes, por favor, assinale na escala, entre 1 e 7, a que parece que melhor o/a descreve.

1. Em geral, considero-me:

1	2	3	4	5	6	7
Uma pessoa que não é muito feliz						Uma pessoa muito feliz

2. Comparativamente com as outras pessoas como eu, considero-me:

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

Menos feliz

Mais Feliz

3. Algumas pessoas são geralmente muito felizes. Elas gozam a vida apesar do que se passa à volta delas, conseguindo o melhor do que está disponível. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

De modo nenhum

Em grande parte

4. Algumas pessoas geralmente não são muito felizes. Embora não estejam deprimidas, elas nunca parecem tao felizes quanto poderiam ser. Em que medida esta caracterização o/a descreve a si?

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

De modo nenhum

Em grande parte

**Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S) – (Tommaso, Brannen, e Best 2004, versão portuguesa de Hélder Fernandes e Félix Neto, 2009)**

	Totalmente em desacordo	Muito desacordo	Pouco desacordo	Indiferente	Pouco acordo	Muito de acordo	Totalmente de acordo
1. Sinto-me só quando estou com a minha família.							
2. Sinto que faço parte de um grupo de amigos*							
3. Tenho um/a parceiro/a com quem partilho os meus pensamentos e sentimentos mais íntimos.*							
4. Não há ninguém na minha família de quem eu possa depender para me apoiar e encorajar, mas gostava de ter.							
5. Os meus amigos compreendem os meus motivos e razões.*							
6. Eu tenho um/a parceiro/a romântico/a ou matrimonial que me dá apoio e encorajamento que necessito.*							
7. Eu não tenho amigos que partilhem os meus pontos de vista, mas gostaria de ter.							
8. Sinto-me próximo da minha família.*							
9. Sou capaz de depender da ajuda dos meus amigos.*							
10. Quem me dera ter uma relação romântica mais satisfatória.							
11. Sinto-me parte da minha família.*							
12. A minha família realmente preocupa-se comigo.*							
13. Não tenho nenhum amigo que me compreenda, mas gostaria de ter.							
14. Eu tenho um/a parceira romântico/a para cuja felicidade eu contribuo.*							
15. Tenho uma necessidade oculta de uma relação romântica próxima.							

**Obrigada pela sua ajuda!**

**Anexo IV.**  
**Planificação das Sessões na Comunidade**

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		<b>Sessão nº 1</b>	<b>Data</b>	<b>Horário</b>
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		<b>Duração:</b> 30 minutos	23-02-2014	15:00h
<b>Local:</b> Freguesia de Rebordainhos		<b>Recursos Materiais:</b>		15:30h
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Palestra de apresentação</b>	<p>A Investigadora faz a apresentação do programa, expondo como vão decorrer as atividades e o respetivo calendário;</p> <p>Esclarece algumas dúvidas que possam surgir aos participantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Explicar em que consiste o programa e quais os seus objetivos, para que os participantes possam tomar a sua decisão de forma voluntária e esclarecida.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		<b>Sessão nº 2</b>	<b>Data</b>	<b>Horário</b>
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		<b>Duração:</b> 60 minutos	02-03-2014	15:00h
<b>Local:</b> Freguesia de Rebordainhos		<b>Recursos Materiais:</b> tesouras, papel colorido e revistas.		16:00h
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Flores de papel</b>	Serão entregues aos participantes moldes de flores e ser-lhes-á pedido que recortem esses moldes. Aos participantes que conseguirem fazer as flores ser-lhes-ão entregues diferentes modelos de papel para a construção das flores manualmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desenvolver a motricidade fina;</li> <li>➤ Estimular a criatividade;</li> <li>➤ Precisão manual e a coordenação e psico-motora;</li> <li>➤ Desenvolver as capacidades cognitivas, assim como a motricidade fina e grossa;</li> <li>➤ Desenvolver a imaginação e a criatividade.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		<b>Sessão nº 3</b>	<b>Data</b>	<b>Horário</b>
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		<b>Duração:</b> 60 minutos	09-03-2014	16:00h 17:00h
<b>Local:</b> Freguesia de Rebordainhos		<b>Recursos Materiais:</b> lápiz/caneta e folhas.		
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Antónimos e Sinónimos</b>	Será entregue aos participantes uma lista de palavras e, posteriormente, ser-lhes-á pedido que digam uma palavra que seja sinonimo daquela que lhes foi apresentada, e depois uma outra que seja antónimo. Para os participantes que não sabem ler nem escrever a actividade será a mesma, mas realizada de forma oral.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Melhorar e/ou manter a motricidade manual;</li> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental;</li> <li>➤ Estimular o raciocínio;</li> <li>➤ Amplificar as reservas cognitivas;</li> <li>➤ Aumentar a atenção e a concentração;</li> <li>➤ Praticar o vocabulário.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		Sessão nº 4	Data	Horário
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		<b>Duração:</b> 30 minutos	16-03-2014	15:00h 15:30h
<b>Local:</b> Freguesia de Rebordainhos		<b>Recursos Materiais:</b> sabonetes, ralador, tecido, fita decorativa, sacos de tecido.		
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Saquinhas de cheiro</b>	Para a atividade dos sacos de cheiro serão apresentados o seguinte material: sabão, ralador, tecido e fita decorativa. De seguida será pedido aos participantes para passarem o sabão no ralador, que, posteriormente, será colocado dentro do saco de tecido e decorado com a fita decorativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral para retardar o desenvolvimento de doenças degenerativas (Alzheimer; Parkinson entre outras...)</li> <li>➤ Desenvolver as capacidades cognitivas, assim como a motricidade fina e grossa;</li> <li>➤ Desenvolver a imaginação e a criatividade;</li> <li>➤ Estimular os sentidos, tato e olfato;</li> <li>➤ Produzir pequenos trabalhos.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		Sessão nº. 5	Data	Horário
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		<b>Duração:</b> 30 minutos	23-03-2014	16:00h 16:30h
<b>Local:</b> Freguesia de Rebordainhos		<b>Recursos Materiais:</b> clipes, formas de plástico, molas, cartolina, vários objetos (tampas, lápis, tesoura, etc)		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
<b>Jogos de Psicomotricidade:</b> - Associação de números, cores, objetos e formas; - Noção temporal (estações do ano, meses, dias da semana e períodos do dia)	Serão apresentados uma série de jogos de estimulação cognitiva. Cada participante, individualmente dever fazer a associação de números, cores, objetos, formas e letras do abecedário. Ser-lhes-á pedido para colocarem por ordem as estações do ano, meses, dias da semana, períodos do dia e também completar frases curtas. Para os participantes que não sabem ler e escrever a atividade será a mesma, embora realizada oralmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Melhorar a motricidade fina;</li> <li>➤ Manter ou melhorar as habilidades cognitivas;</li> <li>➤ Estimular a atenção e a concentração;</li> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental;</li> <li>➤ Desenvolver a coordenação visual.</li> <li>➤ Estimular o raciocínio;</li> <li>➤ Aumentar as reservas cognitivas.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		Sessão nº 6	Data	Horário
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		<b>Duração:</b> 60 minutos	30-03-2014	15:00h 16:00h
<b>Local:</b> Freguesia de Rebordainhos		<b>Recursos Materiais:</b> cartões /bolas, papel e caneta.		
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Jogo do Bingo</b>	Será entregue a cada participante um cartão com 25 números, e a cada bolinha sorteada, o participante terá de marcar os números que possui no cartão. O jogo termina quando o primeiro jogador completar o cartão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral para retardar o desenvolvimento de doenças degenerativas;</li> <li>➤ Promover o convívio entre os participantes da Associação;</li> <li>➤ Estimular a concentração;</li> <li>➤ Desenvolver a percepção espacial e a atenção;</li> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral.</li> </ul>		

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES		Sessão nº 7	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		Duração: 60 minutos	06-04-2014	15:00h
Local: Freguesia de Rebordainhos		Recursos Materiais: retroprojektor, portátil.		16:00h
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
Dinâmica de grupos sobre a temática “Páscoa”	Os participantes serão reunidos numa sala, na qual vão assistir a uma apresentação que terá como tema a época Pascal. À posteriori serão feitas perguntas aos participantes, nomeadamente acerca das “Tradições da Páscoa”, “Visita Pascal” e “Receita do foliar”. No final da atividade serão oferecidas amêndoas e ovos de chocolate aos participantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental e preceptiva;</li> <li>➤ Desenvolver a perceção espacial;</li> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral;</li> <li>➤ Treinar a concentração;</li> <li>➤ Cultivar a Fé e Religião;</li> <li>➤ Relembrar tradições antigas na Páscoa.</li> </ul>		

PLANIFICAÇÃO DAS SESSOES		Sessão nº 8	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		Duração: 60 minutos	13-04-2014	15:00h 16:00h
Local: Freguesia de Rebordainhos		Recursos Materiais: massa milaneza, fio, plasticina, tesoura.		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
Construção de terços	Será dado a cada participante massa milaneza, fio e plasticina para a construção de um terço.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desenvolver as capacidades cognitivas, assim como a motricidade fina e grossa;</li> <li>➤ Desenvolver a imaginação e a criatividade;</li> <li>➤ Estimular os sentidos, tato e olfato;</li> <li>➤ Produzir pequenos trabalhos;</li> <li>➤ Cultivar a Fé e Religião;</li> <li>➤ Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		<b>Sessão nº 9</b>	<b>Data</b>	<b>Horário</b>
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		<b>Duração:</b> 60 minutos	27-04-2014	15:00h
<b>Local:</b> Freguesia de Rebordainhos		<b>Recursos Materiais:</b> papel, lápis/caneta.		16:00h
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<p><b>Jogo do labirinto</b></p> <p><b>Recolha e completar provérbios e adivinhas</b></p>	<p>Serão entregues aos participantes folhas onde constam labirintos e pede-se-lhes que encontrem o caminho mais rápido para chegar ao centro do labirinto. Serão entregues folhas onde constam provérbios e adivinhas e pede-se-lhes que completem os espaços que se encontram em branco. Para os participantes que não sabem ler e escrever a atividade será a mesma, embora realizada oralmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental e preceptiva;</li> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral;</li> <li>➤ Treinar a concentração;</li> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral;</li> <li>➤ Desenvolver a perceção espacial, a atenção e a concentração;</li> <li>➤ Retardar os efeitos da perda de memória.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSOES</b>		Sessão nº. 10	Data	Horário
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		<b>Duração:</b> 60 minutos	04-05-2014	15:00h 16:00h
<b>Local:</b> Freguesia de Rebordainhos		<b>Recursos Materiais:</b> bolas, corda, garrafas de plástico, fita adesiva, radio.		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
<b>Ginástica Geriátrica</b>	<p>Esta atividade será desenvolvida através de exercícios de aquecimentos; jogos populares e desportivos como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Passar a bola;</li> <li>➤ Jogo mais rápido;</li> <li>➤ Derrubar garrafas (Bowling);</li> <li>➤ Jogo do balão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover o bem-estar físico através da movimentação das articulações;</li> <li>➤ Aumentar a elasticidade;</li> <li>➤ Aumentar a resistência e a força muscular;</li> <li>➤ Melhorar a motricidade dos membros inferiores e superiores;</li> <li>➤ Melhorar a coordenação e o equilíbrio;</li> <li>➤ Potenciar a interação social entre os participantes;</li> <li>➤ Prevenir o aparecimento ou retardar o aparecimento de doenças osteoarticulares ou o seu desenvolvimento para outras zonas do corpo.</li> </ul>		

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES		Sessão nº 11	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		Duração: 60 minutos	11-05-2014	16:00h 17:00h
Local: Freguesia de Rebordainhos		Recursos Materiais: cola branca, sabonetes, guardanapos, pinceis, verniz.		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
Técnica do guardanapo em sabonetes e velas	Inicialmente será explicado aos participantes a técnica do guardanapo em sabonetes e em velas e de seguida os mesmos iniciarão, livremente, a atividade proposta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Melhorar e/ou manter a motricidade manual;</li> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental;</li> <li>➤ Estimular o raciocínio;</li> <li>➤ Aumentar as reservas cognitivas;</li> <li>➤ Treinar a motricidade fina da mão dos participantes.</li> </ul>		

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES		Sessão nº 12	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		Duração: 60 minutos	18-05-2014	16:00h
Local: Freguesia de Rebordainhos		Recursos Materiais: lápiz/caneta caneta e folhas.		17:00h
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
<p>Teste de stroop e Identificação de imagens Exercícios de cálculo</p>	<p>Será fornecido aos participantes que sabem ler o teste de stroop, no qual deverão mencionar a cor em que a palavra esta impregnada e não a palavra propriamente dita. Para os participantes que não sabem ler, ser-lhes-á apresentada uma série de imagens (carro, bola, rosa, gato, relógio, casa) que devem observar atentamente durante 30 segundos, de seguida ser-lhes-á solicitado, que recordem as imagens anteriormente apresentadas. Posteriormente serão apresentados aos participantes exercícios de cálculo simples, atenção e sequencias logicas. E para os participantes que não sabem ler e escrever, deverão realizar os cálculos mentalmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Treinar a memória, atenção e a concentração;</li> <li>➤ Desenvolver as capacidades cognitivas, nomeadamente a atenção e a memória.</li> <li>➤ Desenvolver a capacidade de memorização;</li> <li>➤ Potenciar o raciocínio abstrato;</li> <li>➤ Contribuir para a manutenção do desempenho cognitivo.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		Sessão nº13	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		Duração: 60 minutos	25-05-2014	15:00h 16:00h
Local: Freguesia de Rebordainhos		Recursos Materiais: latas, papel, tabuleiro com uma matriz de três linhas por três colunas, tampas de iogurte, cordas, garrafas, bolas, arcos.		
Atividades	Descrição da Atividade		Objetivos	
Jogos tradicionais (jogo das latas, jogo do galo, lançar a bola, jogo do balão, jogo mais rápido, bowling)	Numa primeira etapa, serão formados grupos de dois, quatro e seis participantes para os jogos do galo, lançar a bola e das latas respetivamente. Posteriormente, na segunda etapa, serão formados novamente grupos de dois, quatro e seis pessoas para os jogos do mais rápido, do balão e bowling respetivamente.		<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Relembrar aos participantes os diferentes jogos tradicionais do seu tempo;</li> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental;</li> <li>➤ Readquirir funções cognitivas;</li> <li>➤ Promover o convívio entre os participantes;</li> <li>➤ Quebrar a rotina.</li> </ul>	

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES		Sessão nº 14	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		Duração: 60 minutos	01-06-2014	15:00h
Local: Freguesia de Rebordainhos		Recursos Materiais: papel, caneta ou lápis.		16:00h
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
<b>Jogo das Diferenças</b>  <b>Motricidade Fina</b>	<p>Será entregue aos participantes, uma folha onde constam duas imagens aparentemente semelhantes, posteriormente ser-lhes-á pedido que observem atentamente as imagens e que identifiquem as diferenças entre as duas imagens.</p> <p>Nesta atividade é pedido aos participantes que decalquem uma linha a tracejado unam números de 1 a 47.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Melhorar e/ou manter a motricidade manual;</li> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental e preceptiva;</li> <li>➤ Desenvolver a perceção espacial;</li> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral;</li> <li>➤ Treinar a concentração;</li> <li>➤ Estimular o raciocínio.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		<b>Sessão nº 15</b>	<b>Data</b>	<b>Horário</b>
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		<b>Duração:</b> 60 minutos	08-06-2014	15:00h
<b>Local:</b> Freguesia de Rebordainhos		<b>Recursos Materiais:</b> elásticos coloridos		16:00h
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Pulseiras da Moda</b>	Será entregue aos participantes um saco onde constam elásticos coloridos e de seguida ser-lhes-á explicado aos participantes como se faz cada pulseira.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estabelecer o diálogo no grupo;</li> <li>➤ Promover o convívio e a socialização;</li> <li>➤ Desenvolver as capacidades cognitivas, assim como a motricidade fina e grossa;</li> <li>➤ Desenvolver a imaginação e a criatividade;</li> <li>➤ Produzir pequenos trabalhos.</li> </ul>		

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES		Sessão nº 16	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		Duração: 60 minutos	15-06-2014	15:00h
Local: Freguesia de Rebordainhos		Recursos Materiais: portátil, colunas, novelo de lã		16:00h
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
<p><b>Terapia do Riso</b></p> <p><b>Baile</b></p>	<p>Na atividade “Terapia do Riso” os participantes sentar-se-ão em cadeiras formando uma roda fechada, e de seguida terão que passar um novelo de lã uns aos outros e cada um terá que dizer o seu nome e o do seu animal preferido. De seguida, ouvir-se-ão sons de animais e os participantes terão que os imitar, soltando gargalhadas altas. Serão realizados alguns exercícios de expressões faciais, nomeadamente: bater palmas em pé e dizer “OO,AA;OO;AA”, rir, fazer caretas, deitar a língua de fora, esticar os braços, fazer likes com os dedos, baixar e levantar os braços. Por fim, os participantes dançarão de acordo com as suas capacidades e preferências, sendo que cada um poderá dançar de acordo com a sua vontade, em roda, individualmente ou dança livre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estabelecer o diálogo no grupo;</li> <li>➤ Promover o convívio e a socialização;</li> <li>➤ Expressar sentimentos, através do corpo;</li> <li>➤ Aumentar a capacidade de expressão e comunicação;</li> <li>➤ Promover o convívio e a socialização;</li> <li>➤ Aumentar autoestima a partir do processo de participação.</li> </ul>		

**Anexo V.**  
**Planificação das Sessões na Estrutura Residencial**

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		<b>Sessão nº 1</b>	<b>Data</b>	<b>Horário</b>
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Fundação Betânia		<b>Duração:</b> 30 minutos	21-02-2014	15:00h
<b>Local:</b> Fundação Betânia		<b>Recursos Materiais:</b>		15:30h
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Palestra de apresentação</b>	A Investigadora faz a apresentação do programa, expondo como vão decorrer as atividades e o respetivo calendário; Esclarece algumas dúvidas que possam surgir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Explicar em que consiste o programa e quais os seus objetivos, para que os participantes possam tomar a sua decisão de forma voluntária e esclarecida.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		Sessão n.º 2	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Fundação Betânia		Duração: 60 minutos	03-03-2014	10:20h 11:20h
Local: Fundação Betânia		Recursos Materiais: bolas, corda, garrafas de plástico, fita adesiva, radio.		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
Ginástica Geriátrica	<p>Esta atividade será desenvolvida através de exercícios de aquecimento; jogos populares e desportivos como por exemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Passar a bola;</li> <li>➤ Jogo mais rápido;</li> <li>➤ Derrubar garrafas (Bowling);</li> <li>➤ Jogo do balão.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover o bem-estar físico através da movimentação das articulações;</li> <li>➤ Aumentar a elasticidade;</li> <li>➤ Aumentar a resistência e a força muscular;</li> <li>➤ Melhorar a motricidade dos membros inferiores e superiores;</li> <li>➤ Melhorar a coordenação e o equilíbrio;</li> <li>➤ Potenciar a interação social entre os participantes;</li> <li>➤ Prevenir o aparecimento de doenças osteoarticulares ou o seu desenvolvimento para outras zonas do corpo.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		<b>Sessão nº 3</b>	<b>Data</b>	<b>Horário</b>
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Fundação Betânia		<b>Duração:</b> 60 minutos	10-03-2014	16:00h 17:00h
<b>Local:</b> Fundação Betânia		<b>Recursos Materiais:</b> cartões e bolas, papel e caneta.		
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Jogo do Bingo</b>	Será entregue a cada participante um cartão com 25 números, e a cada bolinha sorteada, o participante, marca os números que possui no cartão. O jogo termina quando o primeiro jogador completa o cartão.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral para retardar o desenvolvimento de doenças degenerativas;</li> <li>➤ Promover o convívio entre os participantes da Instituição;</li> <li>➤ Estimular a concentração;</li> <li>➤ Desenvolver a percepção espacial e a atenção;</li> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral.</li> </ul>		

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES		Sessão n.º.4	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Fundação Betânia		Duração: 60 minutos	17-03-2014	10:20m 11:20m
Local: Fundação Betânia		Recursos Materiais: latas, papel, tabuleiro com uma matriz de três linhas por três colunas, tampas de iogurte, cordas, garrafas, bolas, arcos, colheres, ovos de esferovite.		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
Jogos tradicionais (jogo das latas, jogo do galo, lançar a bola, jogo do balão, jogo mais rápido, bowling)	Numa primeira etapa, serão formados grupos de dois, quatro e seis participantes para os jogos do galo, lançar a bola e das latas respetivamente. Posteriormente, na segunda etapa, serão formados novamente grupos de dois, quatro e seis participantes para o jogo do mais rápido, do balão, jogo do ovo na colher e bowling respetivamente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Relembrar aos participantes os diferentes jogos tradicionais do seu tempo;</li> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental;</li> <li>➤ Readquirir funções cognitivas;</li> <li>➤ Promover o convívio entre os participantes;</li> <li>➤ Quebrar a rotina.</li> </ul>		

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES		Sessão nº. 5	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Fundação Betânia		Duração: 60 minutos	24-03-2014	16:00h 17:00h
Local: Fundação Betânia		Recursos Materiais: clipes, formas de plástico, molas, cartolina, vários objetos (tampas, lápis, tesoura, etc)		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
<b>Jogos de Psicomotricidade:</b> - Associação de números, cores, objetos e formas; - Noção temporal (estações do ano, meses, dias da semana e períodos do dia)	Será apresentada uma série de jogos de estimulação cognitiva. Cada participante, individualmente, deverá corretamente fazer a associação de números, cores, objetos, formas e letras do abecedário. Será pedido aos participantes para colocarem por ordem as estações do ano, meses, dias da semana, períodos do dia e também completar frases curtas. Para os participantes que não sabem ler e escrever a atividade será a mesma, realizada embora oralmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Melhorar a motricidade fina;</li> <li>➤ Manter ou melhorar as habilidades cognitivas;</li> <li>➤ Estimular a atenção e concentração;</li> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental;</li> <li>➤ Desenvolver a coordenação visual.</li> <li>➤ Estimular o raciocínio.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		Sessão nº. 6	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Fundação Betânia		Duração: 30 minutos	31-03-2014	16:00h 17:00h
Local: Fundação Betânia		Recursos Materiais: caneta/ lápis e papel.		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
Recolha e completar provérbios/ adivinhas	<p>Serão entregues aos participantes folhas onde constam provérbios e adivinhas e pede-se completem os espaços que se encontram em branco.</p> <p>Para os participantes que não sabem ler e escrever a atividade será a mesma, embora oralmente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Prevenir o declínio das aptidões cognitivas através do treino frequente de exercícios mentais simples e fáceis;</li> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral;</li> <li>➤ Desenvolver a perceção espacial, a atenção e a concentração;</li> <li>➤ Tardar os efeitos da perda de memória.</li> </ul>		

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES		Sessão nº 7	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Fundação Betânia		Duração: 60 minutos	07-04-2014	16:00h
Local: Fundação Betânia		Recursos Materiais: retroprojektor, portátil.		17:00h
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
Dinâmica de grupos sobre a temática “Páscoa”	Os participantes serão reunidos numa sala, na qual assistirão a uma apresentação que terá como tema a época Pascal. À posteriori serão feitas perguntas aos participantes relacionadas como “Tradições da Páscoa”, “Visita Pascal” e “Receita do foliar”. No final da atividade serão oferecidas amêndoas e ovos de chocolate aos participantes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental e preceptiva;</li> <li>➤ Desenvolver a perceção espacial;</li> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral;</li> <li>➤ Treinar a concentração;</li> <li>➤ Cultivar a Fé e Religião;</li> <li>➤ Relembrar tradições antigas na Páscoa.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		<b>Sessão nº 8</b>	<b>Data</b>	<b>Horário</b>
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Fundação Betânia		<b>Duração:</b> 30 minutos	21-04-2014	16:00h
<b>Local:</b> Fundação Betânia		<b>Recursos Materiais:</b> caneta/lápis e papel.		16:30h
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Jogo do labirinto</b>	Serão entregues aos participantes folhas onde constam labirintos e pede-se-lhes que encontrem o caminho mais rápido para chegar ao centro do labirinto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental e preceptiva;</li> <li>➤ Desenvolver a percepção espacial;</li> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral;</li> <li>➤ Treinar a concentração;</li> </ul>		
<b>Motricidade Fina</b>	Nesta atividade será pedido aos participantes que decalquem uma linha a tracejado e unam números de 1 a 47.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desenvolver a percepção espacial, a atenção e a concentração;</li> <li>➤ Retardar os efeitos da perda de memória.</li> </ul>		

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES		Sessão nº 9	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Fundação Betânia		Duração: 30 minutos	28-04-2014	16:00h 16:30h
Local: Fundação Betânia		Recursos Materiais: cola branca, sabonetes, pinceis, velas, verniz, guardanapos e tesoura.		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
Técnica do guardanapo em sabonetes e velas	Inicialmente será explicada aos participantes a técnica do guardanapo em sabonete e em velas e, de seguida, realizarão livremente a atividade proposta.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Melhorar e/ou manter a motricidade manual;</li> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental;</li> <li>➤ Estimular o raciocínio;</li> <li>➤ Aumentar as reservas cognitivas;</li> <li>➤ Treinar a motricidade fina da mão dos participantes.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		<b>Sessão nº 10</b>	<b>Data</b>	<b>Horário</b>
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Fundação Betânia		<b>Duração:</b> 30 minutos	05-05-2014	16:00h
<b>Local:</b> Fundação Betânia		<b>Recursos Materiais:</b> lápiz/caneta e folha.		16:30h
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Teste de stroop e</b> <b>Identificação de imagens</b> <b>Exercícios de cálculo</b>	Será fornecido aos participantes o teste de stroop, no qual deverão mencionar a cor em que a palavra está impregnada e não a palavra propriamente dita. Para os participantes que não sabem ler, ser-lhes-ão apresentadas uma série de imagens (carro, bola, rosa, gato, relógio, casa) as quais deverão observar, atentamente durante 30 segundos e, de seguida, ser-lhes-á solicitado que relembrem as imagens anteriormente apresentadas. Serão, posteriormente, apresentados aos participantes exercícios de cálculo simples, atenção e sequências lógicas. E para os participantes que não sabem escrever far-se-ão os cálculos mentalmente.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Treinar a memória, atenção e a concentração;</li> <li>➤ Desenvolver as capacidades cognitivas, nomeadamente a atenção e a memória.</li> <li>➤ Desenvolver a capacidade de memorização;</li> <li>➤ Potenciar o raciocínio abstrato;</li> <li>➤ Contribuir para a manutenção do desempenho cognitivo.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		Sessão nº 11	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Fundação Betânia		Duração: 60 minutos	12-05-2014	16:00h 17:00h
Local: Fundação Betânia		Recursos Materiais: massa milaneza, fio, plasticina, tesoura.		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
Construção de terços	Serão dados a cada participante massa milaneza, fio e plasticina para a construção do terço.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Desenvolver as capacidades cognitivas, assim como a motricidade fina e grossa;</li> <li>➤ Desenvolver a imaginação e a criatividade;</li> <li>➤ Estimular os sentidos, tato e olfato;</li> <li>➤ Produzir pequenos trabalhos;</li> <li>➤ Cultivar a Fé e Religião;</li> <li>➤ Desenvolver a motricidade fina.</li> </ul>		

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES		Sessão nº 12	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Fundação Betânia		Duração: 30 minutos	19-05-2014	16:00h
Local: Fundação Betânia		Recursos Materiais: lápis/ caneta e folhas.		16:30h
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
<p><b>Jogo das diferenças</b></p> <p><b>Antónimos e Sinónimos</b></p>	<p>Ser entregue aos participantes uma folha onde constam duas imagens aparentemente semelhantes, e em seguida ser-lhes-á solicitado que observem atentadamente as imagens e que identifiquem as diferenças entre as duas imagens. Posteriormente será entregue aos participantes uma lista de palavras e pede-se-lhes que digam uma palavra sinónima daquela que lhes foi apresentada e depois uma outra que seja antónima.</p> <p>Para os participantes que não sabem ler nem escrever a atividade será a mesma, mas realizada de forma oral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Melhorar e/ou manter a motricidade manual;</li> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental;</li> <li>➤ Estimular o raciocínio;</li> <li>➤ Aumentar as reservas cognitivas;</li> <li>➤ Desenvolver a perceção espacial;</li> <li>➤ Desenvolver a atenção e a concentração;</li> <li>➤ Praticar o vocabulário.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSOES</b>		Sessão nº 13	Data	Horário
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Fundação Betânia		<b>Duração:</b> 30 minutos	26-05-2014	16:00h 16:30h
<b>Local:</b> Fundação Betânia		<b>Recursos Materiais:</b> sabonete, ralador, tecido, fita decorativa.		
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Saquinhos de cheiro</b>	<p>Para a atividade dos sacos de cheiro será apresentado o seguinte material: sabão, ralador, tecido e fita decorativa.</p> <p>De seguida será pedido aos participantes para passarem o sabão no ralador e, posteriormente, será colocado dentro do saco de tecido e decorado com a fita decorativa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Aumentar a atividade cerebral para retardar o desenvolvimento de doenças degenerativas (Alzheimer; Parkinson entre outras...)</li> <li>➤ Desenvolver as capacidades cognitivas, assim como a motricidade fina e grossa;</li> <li>➤ Desenvolver a imaginação e a criatividade;</li> <li>➤ Estimular os sentidos, tato e olfato;</li> <li>➤ Produzir pequenos trabalhos.</li> </ul>		

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES		Sessão nº 14	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Fundação Betânia		Duração: 60 minutos	02-06-2014	15:00h 16:00h
Local: Fundação Betânia		Recursos Materiais: cartas e dominó.		
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
Jogo das Cartas e Dominó	Criar-se-ão equipas de acordo com os seus gostos para jogar cartas e dominó. Os participantes poderão escolher o jogo que preferirem jogar, sendo que vai haver a possibilidade de jogar mais do que uma modalidade, caso assim pretendam.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover o convívio entre os participantes;</li> <li>➤ Desenvolver a agilidade mental;</li> <li>➤ Estimular o raciocínio;</li> <li>➤ Aumentar as reservas cognitivas.</li> <li>➤ Incentivar a ocupação adequada do tempo livre, evitando assim perda de funções.</li> </ul>		

<b>PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES</b>		<b>Sessão nº 15</b>	<b>Data</b>	<b>Horário</b>
<b>Destinatários:</b> Idosos que residem na Fundação Betânia		<b>Duração:</b> 60 minutos	09-06-2014	16:00h
<b>Local:</b> Fundação Betânia		<b>Recursos Materiais:</b> Portátil, tela e colunas.		17:00h
<b>Atividade</b>	<b>Descrição da Atividade</b>	<b>Objetivos</b>		
<b>Visualização de um filme "Mrs Bean em férias"</b>	Nesta sessão os participantes irão assistir ao filme "Mrs Bean em férias" na sala de atividades lúdicas. "Mr. Bean está a caminho do sul de França para umas simples férias ao sol. No que poderia ter sido uma viagem calma e divertida para o Mr. Bean, rapidamente se transforma numa corrida em busca do pai de um jovem, o que altera os planos de Mr.Bean. Será Mr.Bean capaz de encontrar o pai do jovem e prosseguir na sua viagem?" Muita comédia do princípio ao fim ao estilo do Mr.Bean.	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Promover o convívio e a socialização;</li> <li>➤ Treinar a capacidade de concentração;</li> <li>➤ Proporcionar momentos de alegria;</li> <li>➤ Melhorar o bem-estar dos participantes;</li> </ul>		

PLANIFICAÇÃO DAS SESSÕES		Sessão nº 16	Data	Horário
Destinatários: Idosos que residem na Freguesia de Rebordainhos		Duração: 60 minutos	15-06-2014	15:00h
Local: Freguesia de Rebordainhos		Recursos Materiais: portátil, colunas, novelo de lã		16:00h
Atividade	Descrição da Atividade	Objetivos		
<p><b>Terapia do Riso</b></p> <p><b>Baile</b></p>	<p>Na atividade “Terapia do Riso” os participantes sentar-se-ão em cadeiras formando uma roda fechada, e de seguida terão que passar um novelo de lã uns aos outros e cada um terá que dizer o seu nome e o do seu animal preferido. De seguida, ouvir-se-ão sons de animais e os participantes terão que os imitar, soltando gargalhadas altas. Serão realizados alguns exercícios de expressões faciais, nomeadamente: bater palmas em pé e dizer “OO,AA;OO;AA”, rir, fazer caretas, deitar a língua de fora, esticar os braços, fazer likes com os dedos, baixar e levantar os braços. Por fim, os participantes dançarão de acordo com as suas capacidades e preferências, sendo que cada um poderá dançar de acordo com a sua vontade, em roda, individualmente ou dança livre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Estabelecer o diálogo no grupo;</li> <li>➤ Promover o convívio e a socialização;</li> <li>➤ Expressar sentimentos, através do corpo;</li> <li>➤ Aumentar a capacidade de expressão e comunicação;</li> <li>➤ Promover o convívio e a socialização;</li> <li>➤ Aumentar autoestima a partir do processo de participação.</li> </ul>		

**Anexo VI.**  
**Atividades realizadas (V) e não realizadas (X) na Comunidade e na**  
**Estrutura Residencial**

**Atividades realizadas (V) e não realizadas (X) na Comunidade e na Estrutura Residencial**

<b>Atividades</b>	<b>Comunidade</b>	<b>Estrutura Residencial</b>
<b>Flores de Papel</b>	V	X
<b>Saquinhos de Cheiro</b>	V	V
<b>Jogos de “Psicomotricidade”</b>	V	V
<b>Jogo do bingo</b>	V	V
<b>Dinâmica de grupo sobre a temática “Páscoa”</b>	V	V
<b>Construção de Terços</b>	V	V
<b>Jogo do Labirinto</b>	V	V
<b>Recolha e completar provérbios e adivinhas</b>	V	V
<b>Ginástica Geriátrica</b>	V	V
<b>Técnica do guardanapo em sabonetes e velas</b>	V	V
<b>Teste de Stroop e Identificação de Imagens</b>	V	V
<b>Exercícios de Cálculo, Atenção e Sequências Lógicas</b>	V	V
<b>Jogos Tradicionais</b>	V	V
<b>Motricidade Fina</b>	V	V

<b>Jogo das Diferenças</b>	V	V
<b>Antónimos e Sinónimos</b>	V	V
<b>Pulseiras da Moda</b>	V	X
<b>Terapia do Riso</b>	V	V
<b>Baile</b>	V	V
<b>Jogo de Cartas e Dominó</b>	X	V
<b>Visualização do filme “Mr.Bean em Férias”</b>	X	V

**Anexo VII.**  
**Atividades Desenvolvidas na Comunidade e na Estrutura Residencial**

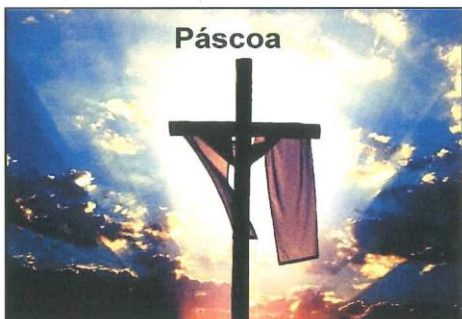
*“Antónimos e Sinónimos”*

**Exercício:**

Escreva à frente de cada palavra abaixo descrita, um sinónimo e um antónimo.

<b>Palavras</b>	<b>Antónimos</b>	<b>Sinónimo</b>
<b>Grande</b>		
<b>Magro</b>		
<b>Quente</b>		
<b>Bonito</b>		
<b>Baixo</b>		
<b>Rápido</b>		
<b>Meigo</b>		
<b>Simpático</b>		
<b>Muito</b>		
<b>Comprido</b>		

**" Dinâmica de grupo sobre a temática Páscoa "**



**Páscoa**

A Páscoa é uma festa cristã que celebra a ressurreição de Jesus Cristo.

- Depois de morrer na cruz, seu corpo foi colocado em um sepulcro, onde ali permaneceu, até sua ressurreição, quando seu espírito e seu corpo foram reunificados;
- É o dia santo mais importante da religião cristã, quando as pessoas vão às igrejas e participam de cerimônias religiosas.

**Porque comemoramos a Páscoa?**

- A verdadeira origem é hebraica quando o povo Judeu saiu do Egito, foi a primeira celebração pascal;
- Hoje na era cristã se comemora a páscoa celebrando a ressurreição de Jesus Cristo que é considerado o último cordeiro pascal, aquele que tira o pecado do mundo, então páscoa é uma festa cristã de celebração.

*Ele é o Cordeiro de Deus, que tira o pecado do mundo! João 1:29*

**O significado da Páscoa**

A palavra "Páscoa" é de origem hebraica (Pessach) e significa passagem.

A Páscoa já era celebrada pelos judeus antes mesmo do nascimento de Jesus Cristo. Os judeus comemoram esse dia, desde há muito tempo, só que com outro sentido, o de liberdade, após anos de escravidão no Egito.

Em contrapartida, para os cristãos, a Páscoa tem um significado especial e diferente uma vez que celebra o renascimento de Jesus Cristo e sua ascensão ao céu, dois dias depois da morte na cruz (sexta-feira Santa). Páscoa é renascimento é o recomeço da vida. FELIZ PÁSCOA!

**SÍMBOLOS DA PÁSCOA**

<http://danielara.blogspot.com/>

## CRUZ

- É um símbolo da religião cristã que mostra o sofrimento de Cristo para salvar seus irmãos;
- Ela representa para os cristãos a porta da libertação dos pecados para a vida eterna, pois Jesus morreu na cruz para lavar os pecados de cada ser humano.



## PÃO E VINHO



- O pão e o vinho, sobretudo na antiguidade, foram a comida e bebida mais comum para muitos povos;
- Cristo ao instituir a Eucaristia se serviu dos alimentos mais comuns para simbolizar sua presença;
- Assim, o pão e o vinho simbolizam essa aliança eterna do Criador com a sua criatura e sua presença no meio de nós.

## CORDEIRO

- Na Páscoa da antiga Lei, era sacrificado um cordeirinho.
- No Novo Testamento, a vítima pascal é Jesus Cristo, chamado Cordeiro Pascal.



## CÍRIO PASCAL

- Representa o Cristo Ressuscitado que deixou o túmulo, radioso e vitorioso;
- Na vela pascal, ficam gravadas as letras alfa e ômega, significando que Deus é princípio e fim;
- Os algarismos do ano também ficam gravados no Círio Pascal;
- Nas casas cristãs, é comum o uso da vela no centro da mesa no almoço de Páscoa.



## SINOS

Cantam a alegria da Ressurreição expressa nos cânticos de Aleluia. Tocando festivamente, anunciam novos tempos, alma nova nas criaturas.



## PEIXE



- É o símbolo do Cristianismo. Dizem que no passado quando os cristãos se reuniam, faziam desenho de um peixe;
- Na semana santa não se come carne por causa do corpo de Cristo, e substituíram a carne pelo peixe.

## COELHO

➤ Símbolo da rápida e múltipla fecundidade da própria instituição, que está espalhada por toda a parte, reproduzindo fiéis: há um número incalculável de filhos de Deus, frutos da graça da Ressurreição.



## Ovos

- Nas culturas pagãs, o ovo trazia a ideia de começo de vida. Os povos costumavam presentear os amigos com ovos, desejando-lhes boa sorte.
- Os chineses já costumavam distribuir ovos coloridos entre amigos na primavera, como referência à renovação da vida.



## GIRASSOL

O girassol tem um simbolismo especial, pois está sempre voltado para o Sol, astro-rei, assim como nossas almas, que devemos estar viradas para o Divino – Sol, ou seja, Cristo Ressuscitado.



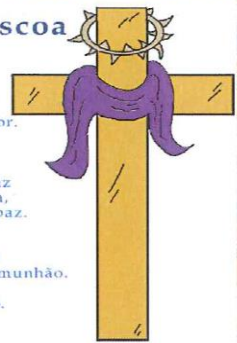
## Poema de Feliz Páscoa

Páscoa é libertação,  
é amor e renovação  
da fé, em Nosso Senhor.  
Ele, sua vida nos deu  
demonstrando seu imenso amor.

Sim por nós Ele morreu  
mas na glória ressuscitou.  
A mensagem que a Páscoa traz  
é de amor alegria e esperança,  
de que no mundo possa haver paz.

Abramos o coração.  
Páscoa é tempo de partilhar  
tempo de doar, de fraternidade e comunhão.  
É tempo de amar  
e ao próximo estender a mão.

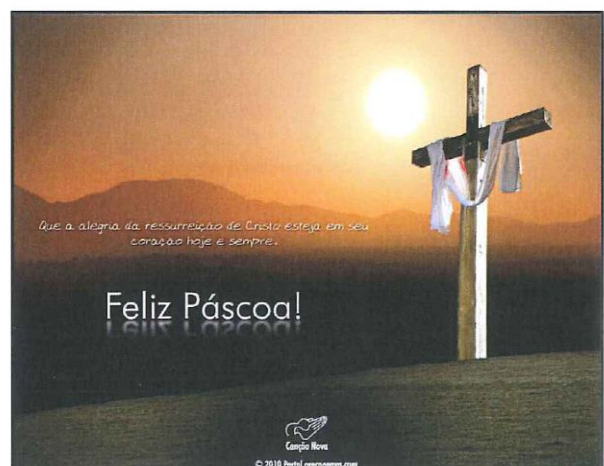
Aleluia! Aleluia!  
Cristo ressuscitou!  
E entre nós Ele ficou.



[www.frasesdepascoa.com.br](http://www.frasesdepascoa.com.br)

➤ Como era feita a visita Pascal?

➤ Qual é o prato tradicional do dia de Páscoa?



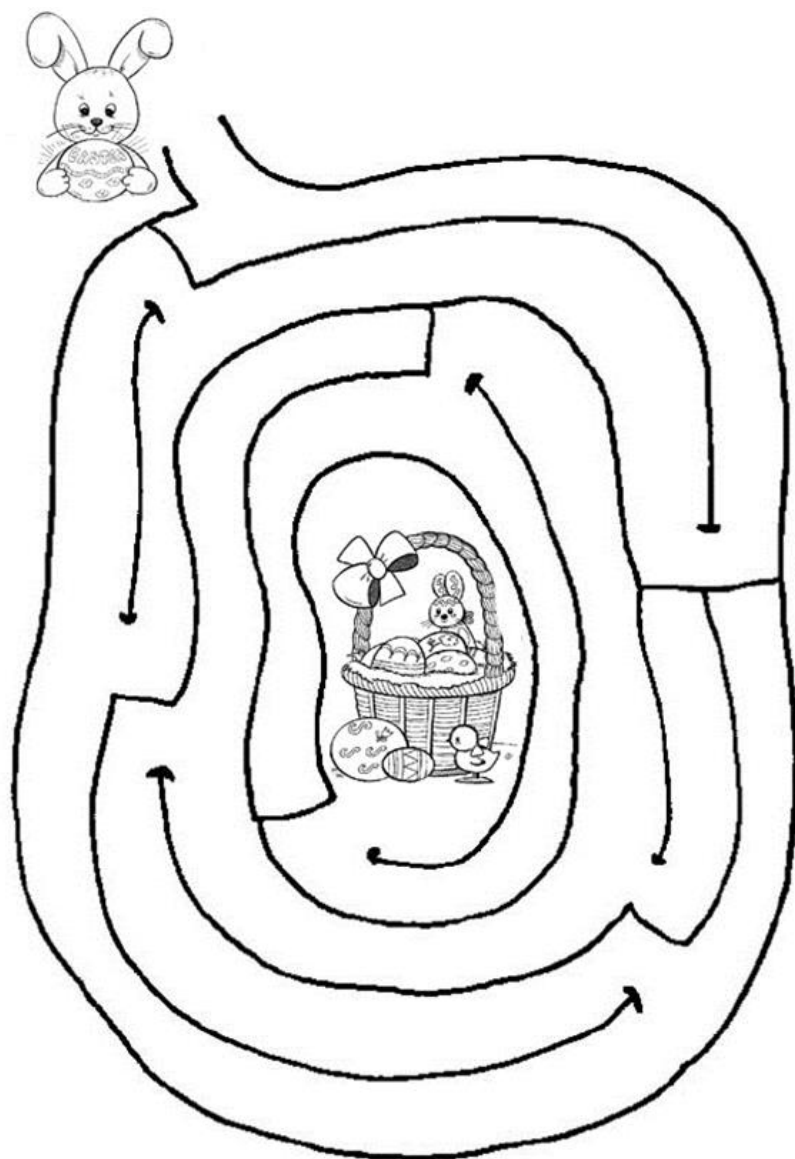
Que a alegria da ressurreição de Cristo esteja em seu coração hoje e sempre.

Feliz Páscoa!



© 2018 Pentel [caminhonovo.com](http://caminhonovo.com)

*“Jogo do labirinto”*



## *“Recolha e completar provérbios e adivinhas”*

### **Jogo dos Provérbios Populares com Rima**

Os provérbios são ditos populares (frases e expressões) que transmitem conhecimentos comuns sobre a vida. Muitos deles foram criados na antiguidade, porém estão relacionados a aspetos universais da vida, por isso são. Utilizados até os dias atuais. Preparados para acertar?

<b>1</b>	Cada um vê mal ou bem Consoante os olhos que _____.
<b>2</b>	Filhos criados, Trabalhos _____.
<b>3</b>	Quem não arrisca Não _____.
<b>4</b>	Água mole em pedra dura Tanto dá, até que _____.
<b>5</b>	Pratica o Bem Sem olhar _____.
<b>6</b>	Quem não sente Não é filho de boa _____
<b>7</b>	Quem canta, Seus males _____.
<b>8</b>	Quem conta um conto Sempre acrescenta um _____.
<b>9</b>	Vale mais prevenir Que _____.
<b>10</b>	Diz-me com quem andas Dir-te-ei _____.
<b>11</b>	Ladrão que rouba ladrão Tem cem anos de _____.

<b>12</b>	Casa em que não há pão, Todos ralham e ninguém tem_____.
<b>13</b>	Entre marido e mulher Não metas a _____.
<b>14</b>	Cada cabeça Sua _____.
<b>15</b>	Quem vê caras Não vê _____.
<b>16</b>	Quem muito fala Pouco _____.
<b>17</b>	Entre marido e mulher Não se mete _____.
<b>18</b>	Quem não deve Não _____
<b>19</b>	Muito riso Pouco _____.
<b>20</b>	Cão que ladra Não _____.
<b>21</b>	Quem tudo quer Tudo_____.
<b>22</b>	Para bom entendedor Meia _____.
<b>23</b>	Filho de peixe sabe _____.
<b>24</b>	A mulher e a sardinha Querem-se das_____.
<b>25</b>	Mais vale um pássaro Na mão do que _____.
<b>26</b>	
<b>27</b>	

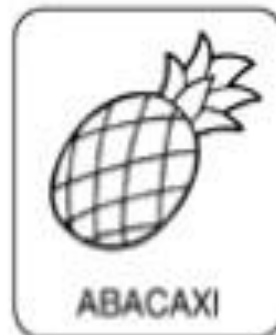
*“Advinhas”*

## Jogo "O que é, o que é?"

**1** O QUE É, O QUE É QUE TEM BICO, MAS NÃO BICA. TEM ASA, MAS NÃO VOA?



**2** O QUE É, O QUE É QUE TEM COROA, MAS NÃO É REI. TEM ESPINHO MAS NÃO É PEIXE?



**3** O QUE É, O QUE É QUE QUANTO MAIS TIRA, MAIOR FICA?



## Jogo "O que é, o que é?"

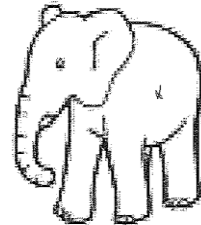
4 O QUE É, O QUE É QUE MAIS PESA NO MUNDO?



HIPOPÓTAMO



BALANÇA

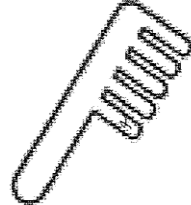


ELEFANTE

5 O QUE É, O QUE É QUE TEM DENTES, MAS NÃO PODE COMER?



SABONETE

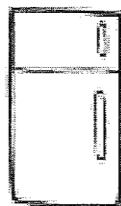


PENTE

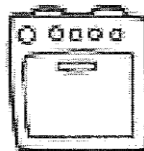


ALGODÃO

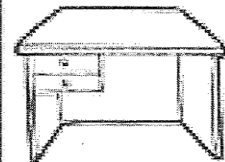
6 O QUE É, O QUE É QUE TEM BOCA, MAS NÃO FALA. TEM BOTÃO, MAS NÃO É TELEVISÃO?



GELADEIRA



FOGÃO



MESA

*“Teste de Stroop”*

Observe atentamente as palavras que se seguem e, em 20 segundos, diga a cor em que a palavra se encontra assinalada e não a palavra propriamente dita.

AZUL	VERMELHO	VERMELHO
VERMELHO	VERDE	VERDE
AZUL	VERDE	VERDE
AMARELO	AZUL	AMARELO
AZUL	VERMELHO	VERDE
AMARELO	VERDE	AZUL
AMARELO	VERDE	VERMELHO
VERDE	AZUL	AMARELO
VERDE	VERMELHO	AMARELO
AZUL	AZUL	VERMELHO

## “Identificação de Imagens”

Observe atentamente, durante 30 segundos as imagens que se seguem



Das imagens que se seguem, assinala aquelas que se encontravam presentes no quadro anteriormente apresentado.



*“Exercícios de Cálculo, Atenção e Sequências Lógicas”*

**Exercícios de Cálculo**

**Instruções:** resolva mentalmente as seguintes equações e apresente os resultados.

$12-3=$

$9 \times 4=$

$5+4=$

$7+7=$

$7 \times 3=$

$9-4=$

$7-5=$

$6 \times 6=$

$9 \times 1=$

$5+9=$

$13-4=$

$16 \div 6=$   resto

$9 \times 0=$

$7+4=$

$10-9=$

$2+1=$

$17 \div 4=$   resto

$2 \times 9=$

$4 \times 7=$

$8 \times 3=$

$4+1=$

$1+2=$

$4+2=$

$15-6=$

$10 \div 2=$

$5+5=$

$4 \div 2=$

$1+9=$

$6 \times 5=$

$4 \times 3=$

$5-2=$

$8+5=$

## Exercícios de Atenção

Instruções – procurar e assinalar as **letras P e L**.

A	C	P	V	J	S	B	S	O	D
R	A	D	C	C	O	N	L	A	C
J	E	A	V	E	E	A	O	I	T
L	A	O	L	F	G	C	S	C	A
O	R	S	E	O	A	E	S	D	I
G	G	F	H	I	C	S	L	N	P
R	A	C	A	C	O	S	R	E	O
A	S	E	D	I	P	G	E	M	R
I	D	U	I	G	U	P	E	A	C
I	V	L	C	O	L	O	A	F	O

## Exercício de Sequências Lógicas

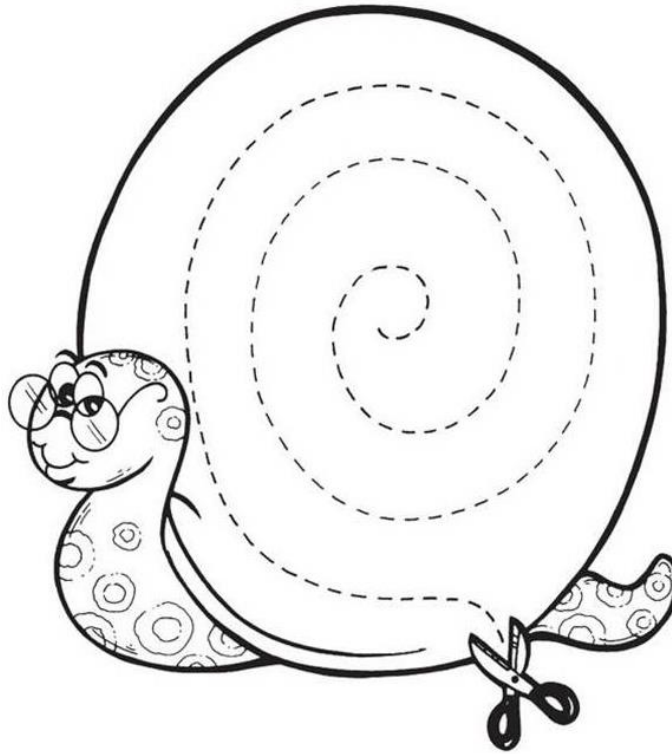
Instruções - complete as seguintes séries

<b>1</b>	<b>3</b>	<b>5</b>	<b>7</b>	<b>9</b>	
<b>8</b>	<b>7</b>	<b>6</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	
<b>5</b>	<b>10</b>	<b>15</b>	<b>20</b>	<b>25</b>	
<b>12</b>	<b>10</b>	<b>8</b>	<b>6</b>	<b>4</b>	
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	
<b>4</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	

*Exercícios de Motricidade Fina*

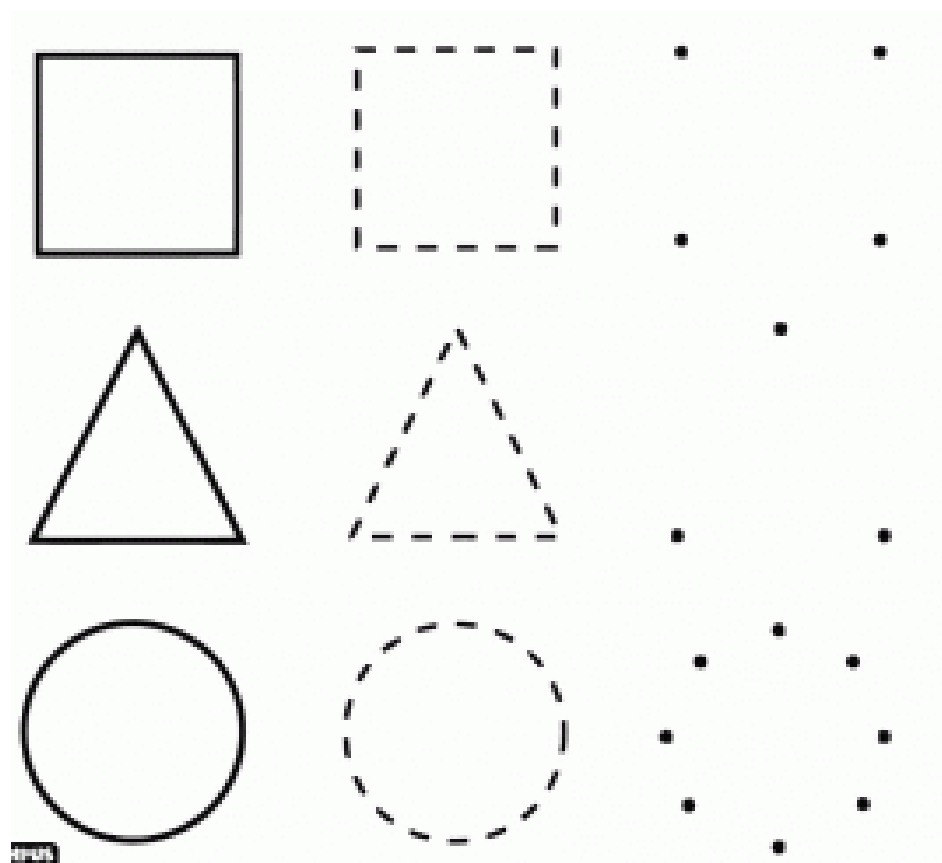
**“ Motricidade I”**

**Traçar com um lápis as linhas que se encontram a tracejado**



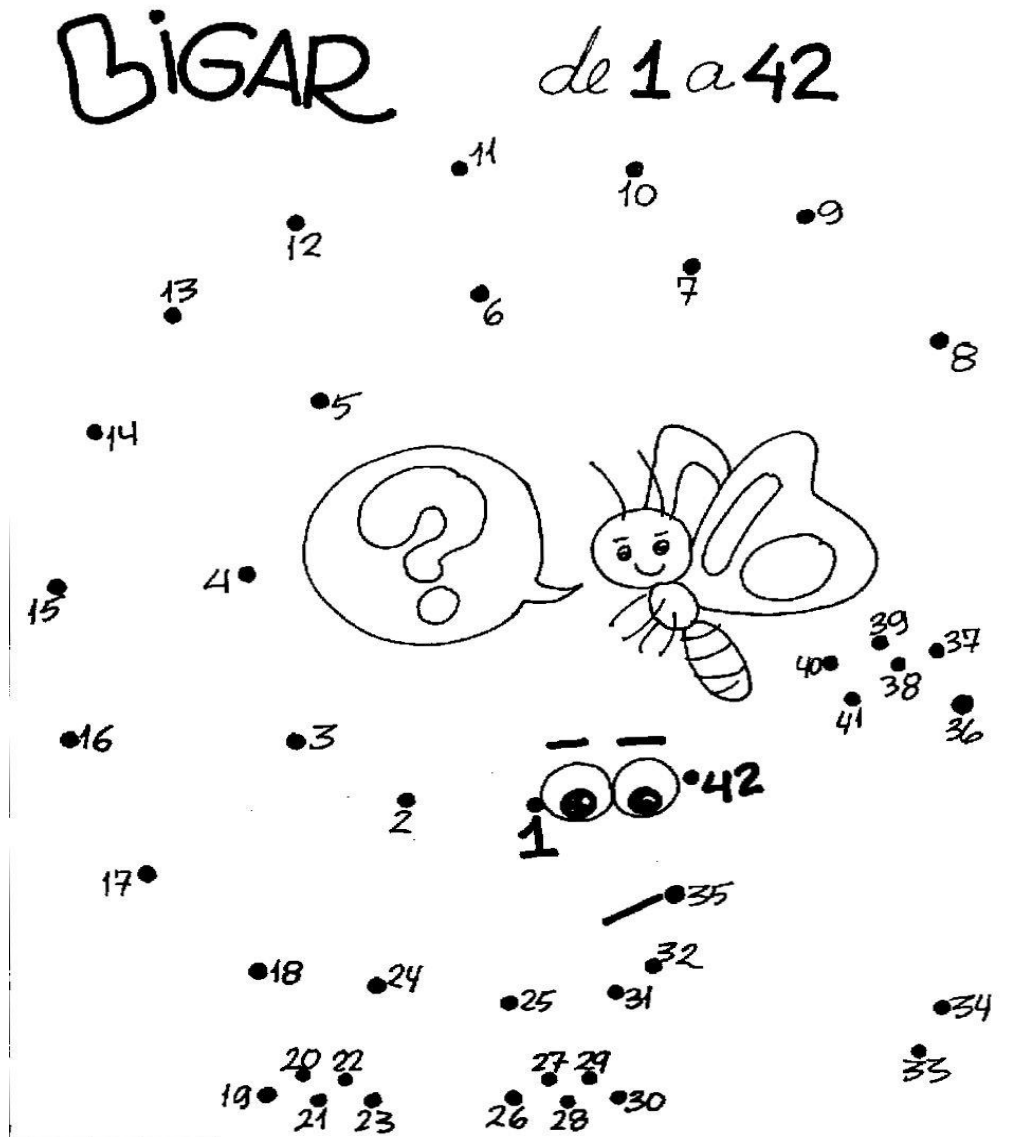
## “ Motricidade II”

Copie a figura de cada coluna seguindo os pontos dos quadros



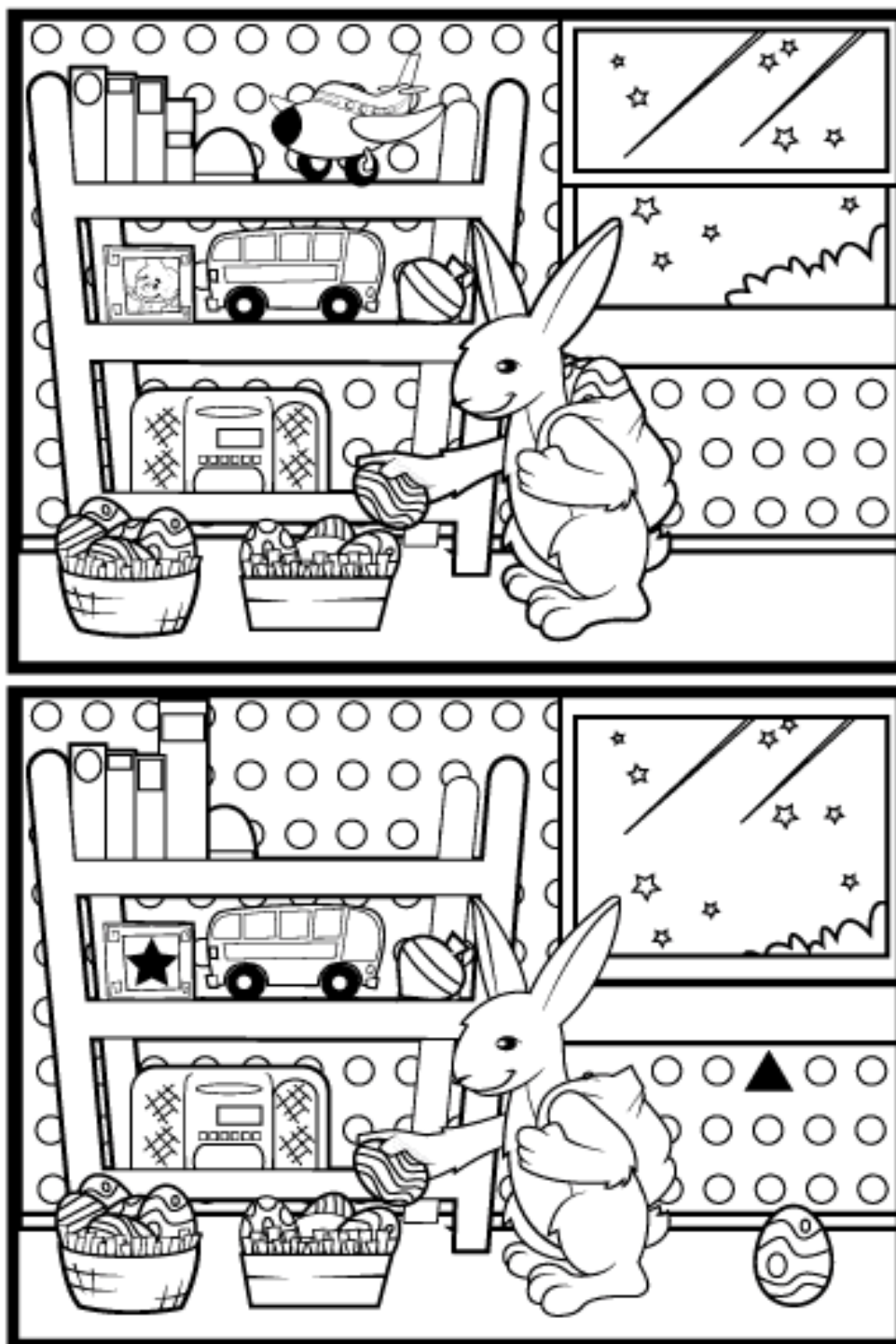
“ Motricidade III”

Una todos os pontos seguindo a enumeração até conseguir uma figura.



*“Jogo das Diferenças”*

Descubra as 7 diferenças entre as seguintes imagens



**Anexo VIII.**  
**Algumas das Fotografias das Atividades do Programa de**  
**Envelhecimento ativo na Comunidade**

**Atividade: “Flores de papel”**



**Atividade “Saquinhos de cheiro”**



## Atividade:” Jogo do Bingo”



### Atividade: "Ginástica Geriátrica"



### Atividade: "Jogos Tradicionais"



**Atividade: “Jogos de Psicomotricidade”**



**Atividade:” Técnica do guardanapo em sabonetes e velas”**



**Atividade:” Pulseiras da Moda”**



**Atividade:” Terapia do Riso”**



**Anexo IX.**  
**Algumas das Fotografias das Atividades do Programa de**  
**Envelhecimento ativo na Estrutura Residencial**

**Atividade: "Ginástica Geriátrica"**



**Atividade: "Jogo do Bingo"**



### Atividade: “Jogos Tradicionais”



### Atividade: “Técnica do guardanapo em sabonetes e velas”



## Atividades: “Jogos de Psicomotricidade”



**Atividade: “Construção de Terços**



**Atividade: “Saquinhos de Cheiro”**



**Anexo X.**  
**Questionário de Avaliação da Satisfação**

## Questionário de Avaliação da Satisfação

Este questionário pretende avaliar a satisfação dos idosos em relação às atividades em que participaram, bem como, verificar se eles gostariam de continuar a frequentar as atividades num programa de Envelhecimento Ativo. Nas questões que se seguem coloque uma cruz (x) nos espaços que melhor indica a sua resposta.

Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!

**1- De 1 a 5 diga quanto gostou de participar nas atividades do programa de Envelhecimento Ativo?**

- (1) Não gostei nada
- (2) Não gostei
- (3) Gostei mais ou menos
- (4) Gostei
- (5) Gostei muito

**2- O que achou sobre as atividades do programa de Envelhecimento Ativo?**

- Muito aborrecidas
- Aborrecidas
- Divertidas
- Muito divertidas

**3- O que gostou mais?**

- Diversão
- Convívio
- Aprender coisas novas
- Reviver tradições
- Outro: \_\_\_\_\_

**4- O que gostou menos?**

- Não gostou das atividades
- As atividades eram demoradas
- As atividades eram difíceis
- Gostou de todas as atividades

Outro: \_\_\_\_\_

**5- Acha que ter participado nestas atividades do programa de Envelhecimento Ativo mudou alguma coisa em si?**

Sim

Não

**6- Se respondeu sim na anterior pergunta, o que acha que mudou?**

Sentiu-se mais feliz

Sentiu-se mais ocupado

Sentiu que aprendeu coisas novas

Outro: \_\_\_\_\_

**7- Qual/quais as atividades que mais gostou?**

Flores em Papel

Saquinhos de Cheiro

Jogos de “Psicomotricidade”

Jogo do bingo

Dinâmica de grupo sobre a temática “Páscoa”

Construção de Terços

Jogo do Labirinto

Recolha e completar provérbios e adivinhas

Ginástica Geriátrica

Técnica do guardanapo em sabonetes e velas

Teste de Stroop e Identificação de Imagens

Exercícios de Cálculo, Atenção e Sequências Lógicas

Jogos Tradicionais

Motricidade Fina

Jogo das Diferenças

Antónimos e Sinónimos

Pulseiras da Moda

Terapia do Riso

Baile

Jogo de Cartas e Dominó

Visualização do filme Mr.Bean em Férias

**8- Gostava de continuar a participar em atividades de um programa de Envelhecimento Ativo?**

Sim  Não

**Anexo XI.**  
**Tabelas das Atividades, Doenças e Medicação da Amostra**

Tabela - Atividades que gostariam de realizar

Atividades que gostariam de realizar	<i>Local</i>			
	<i>Comunidade (n=8)</i>		<i>ER (n=9)</i>	
	N	%	N	%
<i>Novas aprendizagens</i>	1	12,5	2	22,2
<i>Agricultura</i>	-	-	2	22,2
<i>Informática</i>	-	-	1	11,1
<i>Costura e canções de igreja</i>	-	-	1	11,1
<i>Costura</i>	-	-	1	11,1
<i>Jogos de mesa</i>	-	-	1	11,1
<i>Crochet</i>	1	12,5	1	11,1
<i>Jogos tradicionais e cantar</i>	1	12,5	-	-
<i>Canções de igreja</i>	4	50	-	-
<i>Dançar, ginástica e bordados</i>	1	12,5	-	-

Tabela - Doenças clinicamente diagnosticadas

Doenças clinicamente diagnosticadas	<i>Local</i>			
	<i>Comunidade (n=7)</i>		<i>ER (n=10)</i>	
	N	%	N	%
<i>Cardíaca</i>	-	-	1	10
<i>Diabetes</i>	2	28,6	2	20
<i>HTA</i>	-	-	1	10
<i>Reumatismo</i>	-	-	1	10
<i>Cardíaca, pulmonar e intestinal</i>	-	-	1	10
<i>Litíase biliar, diabetes</i>	-	-	1	10
<i>Próstata</i>	-	-	1	10
<i>Gástrica</i>	2	28,6	1	10
<i>Cardíaca, renal</i>	-	-	1	10
<i>AVC</i>	1	14,3	-	-
<i>Cardíaca, tiroide</i>	1	14,3	-	-
<i>Tiroide, hérnia discal</i>	1	14,3	-	-

Tabela- Medicação

Medicamentos	<i>Local</i>			
	<i>Comunidade (n=8)</i>		<i>ER (n=11)</i>	
	N	%	N	%
<i>Bomba de oxigénio, cardíaco, intestino</i>	-	-	1	9,1
<i>Ossos, cabeça e varizes</i>	-	-	1	9,1
<i>Antidiabéticos, antidiplidémicos</i>	1	12,5	2	18,2
<i>Próstata, colesterol</i>	-	-	1	9,1
<i>Estômago</i>	1	12,5	1	9,1
<i>Próstata, HTA</i>	-	-	1	9,1
<i>HTA, estômago, dormir</i>	-	-	1	9,1
<i>HTA, coração, rins</i>	-	-	1	9,1
<i>Insulina</i>	-	-	1	9,1
<i>AVC</i>	1	12,5	-	-
<i>Cardíaca, tiroide, colesterol</i>	1	12,5	-	-
<i>HTA</i>	2	25,0	-	-
<i>Memória</i>	1	12,5	-	-
<i>Antidiabéticos, antidiplidémicos, HTA</i>	1	12,5	-	-
<i>Memória, ansiolíticos, antiagregante plaquetário, protetor gástrico</i>	-	-	1	9,1

**Anexo XII.**  
**Estudo Publicado na Revista “Atención Primaria”**

**Aim:** To evaluate older patients' knowledge about their medication in order to provide data to improve pharmacist's intervention on home care visits of isolated elderly.

**Methodology:** Patients with 65 or more years old, living alone and integrating a social support network of the Coimbra City Council concerning the provision of meals on weekends were invited to participate in this study. A questionnaire composed by 10 questions, including specific questions to assess patient's knowledge about his medication, was applied to each senior at their home after assigning the informed consent.

**Results:** From a total of 28 seniors visited, 25 agreed to participate. When interrogated specifically about two medicines, 46% knew the therapeutic indication for both drugs and 27% knew the indication for only one of the drugs. When asked about 'how' and 'when' to take the medicines, only one participant distinguished the two terms; nevertheless, 82% knew when to take their drugs. Virtually all seniors were unaware to identify the possible adverse effects of the two drugs, 36% would appeal to their physician if adverse effects occurred and 9% would stop the medication. If a dose was forgotten, 27% of the participants would wait for the next dose.

**Conclusions:** Older people's knowledge about their medication is reduced, being useful to create strategies of pharmaceutical care to support the elderly living isolated in their homes in the management of their medication.

**Keywords:** Elderly. Home care visits. Medication's knowledge. Pharmaceutical care.

#### EVALUATION OF DRUG STORAGE CONDITIONS TO IMPROVE PHARMACEUTICAL CARE ON HOME VISITS OF ISOLATED ELDERLY

Tânia Morais, Joana Silva, Margarida Caramona, Fernando Fernandez-Llamos, Isabel Vitória Figueiredo, Margarida Castel-Branco

*University of Coimbra, Portugal.*

*Contact details: isabel.vitoria@netcabo.pt*

**Introduction:** Multiple chronic diseases in the elderly leads to several types of medication. Older people are more prone to make mistakes and susceptible to problems related with medication. It is crucial to assure the quality of the use of medicines by this population.

**Aim:** To evaluate how the process of drug storage is achieved by elderly people in their homes in order to provide data to improve pharmacist's intervention on home care visits of isolated elderly.

**Methodology:** Patients with 65 or more years old, living alone and integrating a social support network of the Coimbra City Council concerning the provision of meals on weekends were invited to participate in this study. A questionnaire composed by 10 questions, with specific questions to assess patient's storage of medicines, was applied to each senior at his home after assigning the informed consent.

**Results:** From a total of 28 seniors visited, 25 agreed to participate. Different active substances stored per home varied between 2 and 41 (mean 14). An average of 9 medicines/home not being used at the moment of the interview was found, with 64% mentioning they intended to use it in the future. 62% stored their medicines in the kitchen. Medication stored was exposed to moisture (43%), heat (46%) and light (11%). 24% of the units found had no information leaflet, 12% had no outer packaging and 15% had already expired. At the end of the therapeutic, the participants referred they keep the medicines at home (40%), give them back to the pharmacy (40%) or threw them into regular trash (36%).

**Conclusions:** There is a need of education of the elderly concerning use, storage, management and disposal of medication. Pharmaceutical care can be useful in promoting strategies regarding rationalization of medicines home stocks.

**Keywords:** Elderly. Home care visits. Medication storage. Pharmaceutical care.

#### EFFECTS OF AN ACTIVE AGING PROGRAM ON OLD PEOPLE'S FEELINGS

Patrícia Mateus, Carlos Magalhães, Eugénia Anes, Filomena Sousa, Adília Fernandes, Augusta Mata

*Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.*

*Contact details: augustamata@ipb.pt*

**Introduction:** Portugal is actually an aged country where two distinct scenarios can be distinguished. The coast, and the interior one. The regions with higher proportions of old people are the interior ones, less dense and populated where the lower proportion of people in active age is associated with lack of employment and educational opportunities leading the younger generations to leave these regions (EUROSTAT, 2014).

**Objectives:** To evaluate the effect of an active aging program with a group of elderly.

**Method:** Quasi-experimental study with a questionnaire including Mini Mental Test, and the scales of Subjective Happiness and Life Satisfaction to 9 elderly community residents and 11 living at a nursing home in the city of Bragança to whom an active aging program was implemented along four months.

**Results:** The community older adults had a mean age of  $79.45 \pm 7.93$  years, all female, while the residents at the nursing home had a mean age of  $83.72 \pm 5.06$  years, 5 men and 6 women. There were statistically significant differences between the means of scores before and after the interventions: Mini Mental Test (before:  $25.7 \pm 3.35$ ; after:  $26.75 \pm 2.57$ ,  $p = 0.038$ ) and subjective Happiness Scale (before:  $12.05 \pm 3.26$ ; after:  $17.95 \pm 4.11$ ,  $p < 0.001$ ). Although there has been an increase in the average of Satisfaction with Life scale scores after the intervention, the difference between averages did not reveal to be statistically significant (before:  $17.45 \pm 3.72$ ; after:  $19.00 \pm 3.67$ ,  $p = 0.128$ ).

**Conclusions:** Data allow us to conclude on the importance of the implementation of active aging programs among the elderly.

**Keywords:** Active aging. Happiness. Satisfaction with life.

#### NUTRITIONAL STATUS AND SOCIAL RESOURCES OF AN OLD POPULATION IN THE NORTHEAST OF TRÁS-OS-MONTES

Liliana Gonçalves, Augusta Mata, Ana Pimentel, Gorete Baptista, Helena Pimentel

*Escola Superior de Saúde/Instituto Politécnico de Bragança, Portugal.*

*Contact details: hpimentel@ipb.pt*

**Introduction:** Portugal shows a very pronounced aging population. It lost population in every quinquennial age group between 0-29 years. To ages over 70 years the growth was about 26%. The total of old people living in Alto Trás-os-Montes is of 56966 and in the region of Alfândega da Fé is of 1660 (INE, 2011).

**Objectives:** To assess nutritional status of people with 75 years or more in the municipality of Alfândega da Fé; To know social resources and to check if there are correlations between nutritional status of the elderly and clinical and characterization variables of the studied population. A proportional and probabilistic sample of 109 old people of a total of 487, mainly female (62.4%; 68) was gathered from the database of users registered at the Health Centre of Alfândega da Fé.

**Materials and methods:** A Correlational and cross-sectional study was designed. It was applied the Mini Nutritional Assessment (MNA) and also the Scale of Social Resources (OARS).

**Results:** From the total of 109 old people 28, 4% (31) are at risk of malnutrition and 71, 6% (78) present a normal nutritional status. From the total of subjects who participated in the study 40.4% (44) have adequate social resources, while more than a half 59.6% (65) have impaired social resources. We also concluded that social resources are independent from the nutritional status