

Maria Teresa Mendes Pinheiro

**APRENDER NA “UNIVERSIDADE DA TERCEIRA IDADE”:
EXPETATIVAS E SATISFAÇÃO DOS SENIORES
UM ESTUDO EXPLORATÓRIO**

**Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação com especialização
em Educação Social**

**Trabalho realizado sob a orientação do Professor Doutor
EUSÉBIO ANDRÉ DA COSTA MACHADO**



**UNIVERSIDADE
PORTUCALENSE**

Universidade Portucalense Infante D. Henrique

Departamento de Ciências da Educação e do Património

Porto, novembro de 2013

*Dedico este trabalho à minha querida Mãe, que não teve
a oportunidade de viver esta fase e ao meu tio que,
neste momento, se encontra num lar.*

AGRADECIMENTOS

É neste momento que escrevo o que me vem ao pensamento, a todas as pessoas que contribuíram para que este trabalho se tornasse realidade: um profundo agradecimento a todos aqueles que, de alguma forma, me acompanharam no desenvolvimento deste estudo.

Mas, em particular, agradeço:

À minha mãe, ao meu pai, aos meus irmãos e à minha irmã por formarem a melhor família que se pode ter, cujos ensinamentos vincaram a minha personalidade e me ajudaram a construir quem eu sou hoje.

À minha querida filha, Ana Sofia, pela compreensão das minhas ausências, e ao Pedro, meu marido.

Ao meu orientador, Professor Doutor Eusébio André Machado, pelo profundo respeito pelo meu trabalho, pela seriedade das suas orientações, pela segurança com a qual me conduziu pelos caminhos do conhecimento.

À Coordenadora do Mestrado, Professora Doutora Ana Sílvia Albuquerque e ao respetivo corpo docente, pela relevância das suas considerações e pelo incentivo, pelo carinho das suas palavras e pelos conhecimentos que contribuíram para a realização deste trabalho.

À instituição que me acolheu e permitiu a realização deste estudo.

Ao Fernando e ao Bruno, pelas importantes trocas de conhecimentos, que me fizeram crescer neste percurso.

À minha amiga Carla Cibrão que, desde o início, me desafiou e incentivou a participar neste percurso de aprendizagem.

A todos o meu Bem – Haja!

RESUMO

O envelhecimento populacional é uma realidade em todo o mundo, sobretudo em países ocidentais como Portugal, consequência da conjugação de múltiplos fatores, designadamente, o avanço da medicina e o decréscimo da taxa de natalidade. Trata-se de um problema que constitui, hoje, um desafio à responsabilidade individual e coletiva, o qual nos obriga a encontrar recursos e estratégias que conduzam a um envelhecimento ativo, saudável e autónomo.

As Universidades da Terceira Idade (UTI's) surgem como uma resposta social, cultural e educativa a este novo paradigma civilizacional marcado pela inversão da pirâmide demográfica, constatando-se um aumento significativo do número destas organizações em todo o mundo e no nosso país, principalmente a partir do ano 2000.

Sendo um imperativo saber de que forma as UTI's contribuem para um envelhecimento ativo, o presente estudo tem como objetivo principal conhecer as expectativas e o grau de satisfação dos frequentadores de uma UTI situada no norte do país, no âmbito do qual se desenvolveu um estudo exploratório, com o recurso a um inquérito por questionário (n=75) e à análise documental.

Os resultados apontam, genericamente, para um reconhecimento claro da importância UTI's no envelhecimento ativo, na aprendizagem, nas relações sociais e na cidadania. Neste sentido, as UTI's contribuem para a construção de uma sociedade integradora, respondendo às expectativas e anseios da população sénior.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento ativo, Universidade da Terceira Idade, seniores, aprendizagem ao longo da vida.

ABSTRACT

Population aging is a reality around the world, especially in western countries like Portugal, result from the combination of multiple factors, namely, the advance of medicine and the decrease in the birth rate. This is a problem that today is a challenge to both individual and collective responsibility, which forces us to find resources and strategies that lead to an active, healthy and autonomous aging.

The Universities of the Third Age (UTAs) emerge as a social, cultural and educational response to this new civilizational paradigm marked by reversing the demographic pyramid, where we can state a solid growth in the number of these organizations around the world and in our country, especially from 2000.

Being imperative to know how the UTA contribute to active aging , this study aims to know the expectations and satisfaction of attendees of an UTA located in the north , under which developed an exploratory study with the use of a questionnaire survey (n = 75) and document analysis .

The results indicate, generally, to a clear recognition of the importance UTAs in active aging, learning, social relations and citizenship. In this sense, UTAs contribute to building an inclusive society, responding to the expectations and desires of the senior population.

KEYWORDS: Active Aging, University of the Third Age, Seniors throughout life learning.

SUMÁRIO

RESUMO.....	9
ABSTRACT.....	11
INTRODUÇÃO	19
CAPÍTULO UM.....	25
SÉCULO XXI – O SÉCULO DO ENVELHECIMENTO: PERSPETIVAS DEMOGRÁFICAS NO MUNDO E EM PORTUGAL	25
1.1. O SÉCULO XXI E OS DESAFIOS DO “ENVELHECIMENTO”	27
1.2. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO MUNDIAL	29
1.3. ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO EM PORTUGAL.....	33
CAPÍTULO DOIS.....	37
O ENVELHECIMENTO HUMANO: ELEMENTOS PARA A CARACTERIZAÇÃO DE UM FENÓMENO COMPLEXO E MULTIDIMENSIONAL.....	37
2.1. CLARIFICAÇÃO DOS CONCEITOS DE “ENVELHECIMENTO” E DE “VELHICE”	39
2.2. ENVELHECIMENTO BIOLÓGICO E COGNITIVO	44
2.3. ENVELHECIMENTO FISIOLÓGICO E MODIFICAÇÕES CORPORAIS	46
2.4. ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL E ATIVO.....	49
2.5. ENVELHECIMENTO E IDOSOS: MITOS E PRECONCEITOS	51
CAPÍTULO TRÊS.....	55
AS UNIVERSIDADES DE TERCEIRA IDADE: HISTÓRIA,	55
MODELOS E PERSPETIVAS EDUCACIONAIS	55
3.1. AS UTI’S NO MUNDO: HISTÓRIA E MODELOS.....	57
3.2. UTI’S EM PORTUGAL	62
3.3. PERSPETIVAS EDUCACIONAIS PARA AS PESSOAS SENIORES: DA GERONTAGOGIA À APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA.....	65
CAPÍTULO QUATRO.....	73
CONTEXTO DO ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DA UTI	73
4.1. BREVE HISTORIAL E CARACTERIZAÇÃO	75
4.2. ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO	76

CAPÍTULO CINCO.....	79
METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO	79
5.1. OBJETIVOS DO ESTUDO.....	81
5.2. QUESTÕES DE PARTIDA E HIPÓTESES	81
5.3. OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	82
5.4. PROCEDIMENTOS DE INVESTIGAÇÃO	84
5.5. TÉCNICAS DE RECOLHA DE DADOS.....	86
CAPÍTULO 6	87
APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	87
6.1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA	89
6.2. DIMENSÃO 1 – MOTIVOS E EXPECTATIVAS EM RELAÇÃO À UTI	91
6.2.1. <i>Motivos de frequência</i>	91
6.2.2. <i>Grau de satisfação</i>	92
6.2.3. <i>Importância da UTI</i>	95
6.3. DIMENSÃO 2 – FUNCIONAMENTO DA UTI.....	97
6.3.1. <i>Semelhanças/dissemelhanças entre escola tradicional e UTI.....</i>	97
6.3.2. <i>Funcionamento das atividades</i>	98
6.4. DIMENSÃO 3 – RECONHECIMENTO E ACEITAÇÃO SOCIAL DA UTI	100
6.4.1. <i>Reconhecimento social.....</i>	100
6.4.2. <i>Participação familiar.....</i>	101
6.4.3. <i>Perspetiva da família</i>	102
CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES	103
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS.....	117

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIUTA- Associação Internacional das Universidades da Terceira Idade

U3A- University of the Third Age

ONU- Organização das Nações Unidas

INE- Instituto Nacional de Estatística

UTI's- Universidades da Terceira Idade

US- Universidade Sénior

UP- Universidades Populares

EFOS- Federação Europeia de Estudantes Universitários Seniores

OMS- Organização Mundial de Saúde

NCES- National Center for Education Statistics

UITI- Universidade Internacional da Terceira Idade de Lisboa

TIC- Tecnologias de Informação e Comunicação

RUTIS- Associação rede de Universidades da Terceira Idade

ALV - Aprendizagem ao Longo da Vida

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária portuguesa	33
Figura 2 - Índice de envelhecimento em 2001	36

INDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da população em Portugal (INE, 2002a)	34
Quadro 2- Modelos de Universidades da Terceira Idade no Mundo	59
Quadro 3– Recursos humanos do ano letivo 2012/2013	76
Quadro 4 - Horário de funcionamento da UTI	77
Quadro 5 – Oferta formativa da UTI.....	78

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1- Género dos seniores	89
Gráfico 2- Idade média dos seniores	89
Gráfico 3- Nível de escolaridade dos seniores.....	90
Gráfico 4- Nível de escolaridade dos seniores.....	90
Gráfico 5- Atividade profissional dos seniores	90
Gráfico 6- Zona de residência	91
Gráfico 7- Concelho de residência	91
Gráfico 8- Como gosta de ser visto.....	91
Gráfico 9- Convivência social.....	91

INDICE DE TABELAS

Tabela 1 - As condições da UTI	92
Tabela 2 - Satisfação com a UTI.....	93
Tabela 3 - Integração na comunidade.....	93
Tabela 4 - As atividades propostas vão ao encontro das necessidades individuais	94
Tabela 5 - Efeito da UTI na mudança de vida.....	94
Tabela 6 - Utilizo os conhecimentos adquiridos na UTI no dia-a-dia	95

INTRODUÇÃO

O trabalho que aqui apresentamos insere-se na área de especialização em Educação Social do Mestrado em Ciências da Educação e pretende contribuir, genericamente, para a compreensão do papel das UTI's no envelhecimento ativo, tendo como o objetivo central conhecer as expectativas e satisfação dos seniores frequentadores de uma UTI em particular.

Deste ponto de vista, julgamos pertinente uma análise e discussão das vicissitudes do processo de envelhecimento que, na realidade, se inicia quando nascemos, ou até mesmo na concepção, ainda que seja mais notado a partir da quarta ou quinta década da vida.

O processo de envelhecimento humano, desde a concepção até à morte, é cada vez mais vez mais longa e com consequências ainda por desvendar, despoletando um problema social novo: o aumento exponencial de idosos e grandes idosos.

Tendo em conta a atual realidade do envelhecimento demográfico, é fundamental que o governo (seja ao nível das políticas, seja ao nível dos programas sociais), as famílias e a sociedade em geral se preparem para a sua inelutável repercussão, quer ao nível de estruturas tecnológicas, económicas, familiares, culturais e sociais, quer a nível individual.

No entanto, importa perceber que, embora não exista uma definição universal para designar esta fase da vida humana, é necessário procurar na organização social e nos valores do grupo humano considerado o sentido do conceito social a cada momento construído.

Ora, antes de mais, nem sempre o envelhecimento foi visto da mesma forma, uma vez que depende de um conjunto complexo de fatores demográficos, políticos, médicos, sociais, culturais, económicos, etc. Depois, o modo de envelhecer varia consoante as épocas e as culturas e, consequentemente, conforme os modos de vida e os meios médicos, científicos e tecnológicos.

As características mais importantes do envelhecimento humano são, pois, a individualidade e diversidade - e estas características apresentam

reflexos bem acentuados no estado de saúde. Assim, e associado ao conceito de envelhecimento, deve estar o conceito de heterogeneidade.

No âmbito deste estudo, é necessário considerar e compreender o conceito de Aprendizagem ao Longo da Vida (ALV), o qual pressupõe o princípio de que os sujeitos humanos aprendem de um modo contínuo ao longo de todo o ciclo existencial. Neste sentido, não se pode deixar de associar o fenómeno das UTI's à afirmação deste novo paradigma educativo que não se esgota nos processos formais e escolarizados de educação.

Em Portugal, as UTI's estão presentes em todo o território nacional, embora sejam um fenómeno essencialmente urbano. No princípio do ano 2000, deu-se uma verdadeira explosão de UTI's até atingirem, hoje, o número considerável de 200.

A UTI (ou Universidade Sénior, como também é designada), tal como salienta Jacob, é “a resposta social, desenvolvida em equipamento (s), que visa criar e dinamizar regularmente atividades culturais, educacionais e de convívio, para e pelos maiores de 50 anos, num contexto de formação ao longo da vida, em regime não-formal” (2012, p. 16).

Monteiro e Neto (2006, p.184) consideram que existem diversas motivações que se relacionam com a vida de uma UTI, designadamente atualizar conhecimentos, adquirir novas aprendizagens, desenvolver competências artísticas e de relacionamento interpessoal e familiarizar-se com os outros e conviver.

As UTI's têm prestado um grande contributo em várias esferas da vida dos seniores, inclusive na promoção de atividades que otimizam não só a estimulação cognitiva, mas também a consolidação de competências sociais.

Neste aspeto, as UTI's apresentam-se como uma estratégia de *coping* para lidar com a solidão, pois, são muito eficientes para ultrapassar situações e sentimentos de solidão. Acresce que quem envelhece de maneira ativa ou participativa tem conseguido evitar o surgimento de certas patologias ou, pelo menos, minimizadas as suas consequências desagradáveis.

Neste enquadramento, o presente trabalho de investigação, orientado pelo objetivo acima enunciado, e após esta introdução, encontra-se organizado do seguinte modo:

Na primeira parte, levamos a cabo uma revisão da literatura sobre a temática em apreço:

- no primeiro capítulo, aborda-se genericamente os temas do envelhecimento mundial e nacional;

- no segundo capítulo, procuramos compreender os conceitos de “envelhecimento” e “velhice” e, conseqüentemente, caracterizar o chamado sujeito “idoso”, sem deixar de referir os mitos, estereótipos e preconceitos em relação ao processo de envelhecimento;

- no terceiro capítulo, abordamos a temática das UTI's e o conceito de ALV, especificamente nos adultos mais velhos.

Na segunda parte, apresentamos o trabalho empírico realizado:

- no quarto capítulo, procede-se a uma caracterização do contexto do nosso estudo;

- no quinto capítulo, esclarecemos e explicitamos as opções metodológicas: os objetivos específicos, as opções metodológicas, as hipóteses levantadas, os procedimentos de recolha, a análise da informação e a discussão da mesma.

- finalmente, no capítulo seis, dá-se conta dos resultados obtidos de modo sistemático e organizado de acordo com as dimensões e as categorias definidas.

Após a segunda parte, face à revisão de literatura e aos resultados do estudo, propomos as conclusões e recomendações que analisam e refletem o processo desenvolvido, dando conta dos resultados obtidos no que se refere às expectativas e grau de satisfação dos seniores na UTI.

REVISÃO DA LITERATURA

CAPÍTULO UM

SÉCULO XXI – O SÉCULO DO ENVELHECIMENTO:
PERSPETIVAS DEMOGRÁFICAS NO MUNDO E EM PORTUGAL

1.1. O Século XXI e os desafios do “envelhecimento”

Nos termos do artigo 123º do Regimento do Parlamento Europeu, 2012 foi declarado o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e Solidariedade Entre Gerações.

De acordo com Gro Harlem Brundtland, Diretora Geral da Organização Mundial da Saúde (OMS), “ (...) estamos celebrando uma das maiores conquistas da humanidade e enfrentando um dos seus maiores desafios: o crescente envelhecimento global da população” (Pessini, 2002, p. s/n). Deste modo, embora seja considerado uma conquista de amplitude mundial, o envelhecimento está a tornar-se um grande desafio para as sociedades - e Portugal não é exceção.

Tal como refere Clara, o envelhecimento da população portuguesa provoca enormes desafios, entre os quais se destacam os desafios sociais, económicos e científicos. A mesma autora salienta que “o desafio que se coloca é o de atender uma população progressivamente mais envelhecida, oferecendo serviços e benefícios que lhe permita uma vida digna e ativa” (2012, p. 4).

O termo “envelhecimento” é usado para se referir um processo ou um conjunto de processos que ocorrem em organismos vivos e que, com o passar do tempo, provocam perda de adaptabilidade, deficiência funcional e, finalmente, morte. Estes processos são diferentes dos ritmos biológicos diários ou sazonais e de qualquer outra mudança temporária (Spirduso, 2005, p. 6).

É considerada idosa a pessoa com idade igual ou superior a 65 anos, o que em Portugal equivale à idade da reforma (Instituto Nacional de Estatística). Segundo a ONU, os idosos são divididos em 3 categorias: os pré-idosos (entre os 55 e 64 anos); os idosos jovens (entre os 65 e 79 anos); e os idosos de idade avançada (mais de 75/80 anos). Conforme nos relata Simões “convencionou-se situar, por altura dos 65 anos, o início do período da existência cujo estudo nos vai ocupar – o ponto do ciclo da vida em que a aposentação tem geralmente lugar” (2006, p. 17).

Não obstante, torna-se difícil determinar quando começa e acaba a terceira idade, visto que

se antigamente o que se tinha em conta era a idade de reforma 65 anos, atualmente isso não acontece porque as pessoas reformam-se cada vez mais cedo por motivos que não se prendem com a idade, mas, sim, com o desemprego, situações incapacitantes e reformas antecipadas, o que torna difícil saber quem é ou não é uma pessoa idosa. (Pimentel, 2005, p. 43)

Durante muito tempo pensou-se que a explosão demográfica da terceira idade era uma consequência direta do aumento da esperança de vida. No entanto, esta hipótese não foi confirmada porque, hoje, sabe-se que o principal fator responsável por este fenómeno é o declínio da natalidade.

O aumento percentual no número de pessoas idosas, com 60 anos ou mais, é acompanhado pela queda no número de jovens com menos de 15 anos. Segundo Azeredo, “a população ativa jovem diminuirá mais do que a população ativa mais velha, percebendo-se que este grupo irá também ele envelhecer” (2011, p. 20).

Até 2050, o número de idosos no planeta excederá o de jovens pela primeira vez na história da humanidade. Em 1950, as pessoas idosas representavam 8% da população; em 2000, representavam 10% e, segundo as atuais projeções, até 2050, deverão corresponder a 21%. A OMS (2005) prevê que, em 2025, existam 1,2 biliões de pessoas com idade superior a 60 anos, sendo que muitos idosos, com mais de 85 anos, farão parte do grupo etário com maior crescimento.

Esta é a realidade com que nos deparamos no dia-a-dia das nossas sociedades:

enquanto no início do século passado a população era formada na sua maior parte por crianças, jovens e adultos de meia-idade e a percentagem das pessoas com mais de 65 anos era muito pequena, no século XXI a percentagem deste último segmento aumentou espectacularmente. (Jones, 2004, p. 28)

Mas, se o fenómeno pode ser considerado universal, na perspectiva de Simões (2006, p. 20), não é vivenciado do mesmo modo, em toda a parte e por todos os indivíduos, sendo o envelhecimento um processo pessoal que difere

de pessoa para pessoa, de classe social para classe social e até mesmo de época para época.

A evolução do estatuto social do idoso ao longo dos tempos apresenta muitas diferenças, pois, em sociedades mais conservadoras e tradicionalistas, o conhecimento e a experiência dos mais velhos são engrandecidos, enquanto, em sociedades onde se cultiva a beleza, a aparência e a juventude, a velhice é sinónimo de incapacidade (Pimentel, 2005, p. 45).

1.2. Envelhecimento demográfico mundial

A partir da segunda metade do século XX, o envelhecimento da população despontou como fenómeno ao qual os países ainda se estão a adaptar. O envelhecimento da população mundial é resultado, essencialmente, do declínio da taxa de mortalidade, o aumento da esperança média de vida à nascença e da diminuição das taxas de natalidade e de fecundidade. No passado, envelhecer era um privilégio para alguns; agora, passou a ser uma experiência de um grande número de pessoas em todo o mundo. Deste modo, neste início de século, envelhecer não é um privilégio de uma pequena parcela da população (Kalache *et al.*, 1987, p. 201).

Para se compreender o crescimento populacional das idades avançadas, é necessário ter em conta o aumento progressivo da longevidade devido, desde logo, à melhoria das condições de vida nos seus mais variados aspetos que se produziram nas últimas décadas do século XX. O fenómeno deve-se, também, às conquistas tecnológicas e à medicina moderna que, nos últimos anos, produziram meios que tornaram possível diagnosticar, prevenir e curar muitas doenças fatais do passado, aumentando, deste modo, a expectativa de vida (Imaginário, 2008, p. 10)

Fernandes considera que os fenómenos demográficos quantificados têm uma maior extensão do que os indicadores numéricos da análise demográfica podem dar:

os aumentos nas probabilidades de sobrevivência das pessoas, em geral, e dos idosos, em particular, têm consequências qualitativas importantes, particularmente em termos de saúde física e bem-estar geral, não só pelas possibilidades que a medicina proporciona, como também pela capitalização em termos de saúde que representa uma boa alimentação ao longo da vida, cuidados de higiene e tão simplesmente um modo de vida cómodo e agradável.(1997, p. 56)

Segundo Rosa, “não é correto considerar os efeitos do envelhecimento demográfico como necessariamente perversos em termos sociais”, pelo que “ (...) o aumento da esperança de vida proporciona o surgimento de pessoas de idade cada vez mais avançada e, conseqüentemente, mais dependentes (surgindo hoje o conceito de 4ª idade)” (cit. por Pimentel, 2005, p. 35). Vários estudos indicam que, na 4ª idade, “todos os sistemas comportamentais mudam concomitantemente em direção a um perfil cada vez mais negativo; poucas funções permanecem robustas e resilientes perante mudanças de sinal negativo (a que corresponde a generalidade das perdas)” (Baltes & Mayer, 1999; Baltes & Smith, 1999, 2003 cit. in Fonseca, 2004, p. 80), ou seja, assiste-se a uma elevada prevalência de disfunção e um reduzido potencial de funcionamento na velhice mais tardia.

O envelhecimento demográfico incorpora, também, fatores de heterogeneização, pois os idosos não constituem um grupo homogéneo, quer do ponto de vista das práticas sociais e das representações simbólicas, quer do ponto de vista das expectativas face à vida e ao futuro, sendo esta uma questão central para romper com a análise tendencialmente generalista, segundo a qual os idosos são um grupo social uniforme (Dias & Rodrigues, 2012, p. 181).

Normalmente, o envelhecimento humano é entendido como um processo individual no qual se verificam várias alterações provocadas pela idade (biológicas, psicológicas, cognitivas, etc.). Mas existe outra interpretação que considera o envelhecimento como um processo coletivo, o “qual pode ser analisado numa óptica transversal” (Rosa, 1996, p. 9). Segundo esta perspetiva, o envelhecimento demográfico vai corresponder a alterações que dizem respeito à estrutura etária da população, traduzindo-se pelo aumento da importância relativa dos idosos. Dito de outro modo, podemos afirmar que

“aumentou, por um lado, a esperança de vida à nascença e diminui, por outro, a taxa de natalidade” (Simões, 2006, p. 17).

Deste ponto de vista, o envelhecimento demográfico define-se pelo aumento da percentagem de pessoas idosas na população total, sendo um processo dinâmico que possui diversos estádios graduais e vários fatores que estão relacionados entre si. É através da sucessão destes estádios que se verifica a transição de modelos demográficos jovens para modelos demográficos envelhecidos (Kalache *et al.*, 1987, p. 201).

No primeiro estádio, a mortalidade concentra-se nos primeiros anos de vida, sendo a população na sua maioria jovem; num segundo estádio, a mortalidade decresce e as taxas de crescimento da população aumentam ou mantêm-se elevadas, levando ao aumento da percentagem de jovens na população; num terceiro estádio, a taxa de mortalidade começa a decrescer e, ao mesmo tempo, há um declínio das taxas de fecundidade, originando o aumento de pessoas adultas jovens e, gradualmente, de pessoas idosas; e, por fim, num quarto estádio, a mortalidade nos grupos etários começa a decair aumentando de forma contínua a percentagem de pessoas idosas.

Beatty e Wolf (1996, p. 3) consideram três categorias de idosos: os jovens idosos (65/74 anos); os idosos médios (75/84 anos); e os muito idosos (85 ou mais anos). Ora, o que se verifica, em todo o mundo, é o aumento notável do número de pessoas com 80 ou mais anos, sendo constituído essencialmente por mulheres (Simões, 2006, p. 20). A longevidade está, pois, a aumentar a um ritmo sem precedentes históricos, assim como a proporção de pessoas com idade avançada. Segundo Lemaire e Bherer,

O número de pessoas com idades superiores a 65 anos ou a 80 anos registou um forte aumento na segunda metade do século XX e continuará a aumentar na primeira metade do século XXI. Em todos os países, o número de pessoas com idades superiores a 65 anos correspondia, em 1950 a 130 949 000 (5,2% da população mundial) e a 418 420 000 (6,9%), em 2000. As projeções apontam para que esse número ultrapasse os mil e quinhentos milhões (15,6%) em 2050. Em relação ao número de pessoas com idades superiores a 80 anos, as estatísticas revelam que em 1950, correspondia a 13 781 000 (0,5) e a 69 247 000 (1,1), em 2000. Em 2050,

esse número elevar-se-á a cerca de 380 milhões, o que representa 4,1% da população total. (2005, p. 21)

No que respeita à distribuição geográfica do fenómeno do envelhecimento, sabe-se que 54% das pessoas idosas do planeta vivem na Ásia, seguindo-se a Europa com 24% da população. Lemaire e Bherer (2012, p. 22) realçam que todas as regiões do mundo têm um ponto em comum: os idosos são, sobretudo, mulheres. Apesar de, nas regiões menos desenvolvidas do mundo, o fenómeno ter menor amplitude, é verdade que, na terceira e na quarta idades, a população é essencialmente constituída por mulheres.

Não obstante o número de pessoas idosas nas sociedades ser cada vez mais significativo, existem diferenças na forma como os países o atingem, visto que os mecanismos que levam ao envelhecimento, para além do grau de desenvolvimento dos países, são distintos. Os países em vias de desenvolvimento encontram-se num estágio de transição demográfica equivalente ao que aconteceu há anos atrás nos países desenvolvidos, embora esteja a decorrer num espaço de tempo mais curto. Com efeito, Pessini (2002, p. s/n) salienta que, nos países em vias de desenvolvimento, o ritmo da mudança demográfica é muito mais rápido que o desenvolvimento socioeconómico.

Kofi Annan, ex-Secretário-Geral da ONU, na abertura da Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento Humano (2002), recordou que o envelhecimento populacional não é um problema apenas do Primeiro Mundo, mas que, nos próximos 50 anos, a população idosa dos países em vias de desenvolvimento deverá quadruplicar. Estimulando os governos para se esforçarem na construção de uma sociedade adequada para as pessoas de todas as idades, Annan concluiu, dizendo:

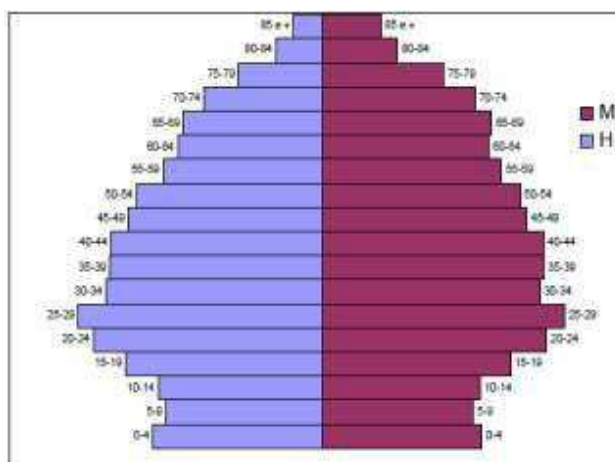
nós envelheceremos um dia, se tivermos este privilégio. Olhemos, portanto, para as pessoas idosas como nós seremos no futuro. Reconheçamos que as pessoas idosas são únicas, com necessidades e talentos e capacidades individuais e não um grupo homogéneo por causa da idade. (cit. por Pessini, 2002, p. s/n).

1.3. Envelhecimento demográfico em Portugal

Nos últimos tempos, a população portuguesa sofreu profundas alterações demográficas, sobressaindo uma das mais fortes tendências de envelhecimento de toda a Europa (Dias & Rodrigues, 2012, p. 182). Na perspetiva de Rosa (1996), estas alterações refletem-se nos mais diversos domínios da vida coletiva, sendo, por isso, cada vez mais difícil ignorá-las, visto que podem representar uma ameaça para o equilíbrio da sociedade. Para a autora supracitada, o envelhecimento demográfico é um tema de “inesgotável reflexão” visto ser “um processo integrante de um sistema complexo que é a própria sociedade” (1996, p. 7).

É verdade que, em Portugal, o fenómeno acontece mais tardiamente do que nos países da Europa Central e do Norte. No entanto, veio a mostrar-se mais vigoroso, sobretudo devido aos impactos e às características do processo migratório. De facto, o envelhecimento em Portugal não se deve apenas a razões tributárias das mudanças culturais e de mentalidades, do papel da mulher ou da relação desta com o mercado de trabalho, mas, sobretudo, à importante redução de contingente populacional jovem participante num processo emigratório relativamente curto (mais concentrado entre os finais dos anos 50 e meados dos anos 70).

Em Portugal Continental e de acordo com os dados disponibilizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE) (Figura 1), as alterações na estrutura demográfica estão bem explícitas na pirâmide etária:



Fonte: Censo de 2001, INE.

Figura 1 - Pirâmide etária portuguesa

No nosso país, a esperança média de vida aumentou consideravelmente, passando de 60 e 66 anos (homens e mulheres respetivamente) em 1960, para cerca de 73 e 79 anos em 2001. Relativamente à taxa de natalidade, em 1960, era de 23,7%, passando, em 2001, para 10,8%. A natalidade passou a ser uma das mais baixas da Europa (11% atualmente), depois de ter sido, nos anos 60, a mais alta (24%). Deste modo, Dias e Rodrigues (2012, p.183) realçam que, contemporaneamente, Portugal apresenta uma das mais baixas taxas de fecundidade da Europa, sem capacidade de renovação das gerações.

Segundo a distribuição da população em Portugal (Quadro 1), estamos perante um duplo envelhecimento da população, quer isto dizer, por um lado, um aumento do número de idosos e, por outro, uma diminuição do número de jovens. Em 1991, os idosos representavam 13,6% da população portuguesa, mas, em 2001, subiram para 16,4%. Denota-se, no espaço de uma década, um aumento de 2,8%. No que diz respeito aos jovens, passaram de 20% para 16%, no mesmo período de tempo (INE, 2002, p. 171).

Quadro 1 - Distribuição da população em Portugal (INE, 2002a)

Grupos Etários	Valor em 2001	
	N ^a	%
0 - 14anos	1.656.602	16%
15 - 24 anos	1.479.587	14,3%
25 – 64 anos	5.526.435	53,4%
65 ou + anos	1.693.493	16,4%
População Residente	10.356.117	100%

Temos, então, uma população idosa que “já supera, e cada vez excederá mais, a população juvenil (0-14 anos); uma população idosa, que já é bastante idosa, e cada vez mais o será” (Simões, 2006, p. 19). Na perspetiva do mesmo autor e segundo dados revelados pelas estatísticas demográficas, acresce que “o segmento mais idoso da população idosa é aquele que mais cresce”. É, precisamente, o grupo de 85 anos ou mais, constituído na sua grande maioria por mulheres, que maior desenvolvimento tem registado.

Na demografia portuguesa, em 2060, calcula-se que poderá haver uma grande alteração: a proporção de pessoas idosas poderá ser equivalente a três vezes a de crianças e jovens:

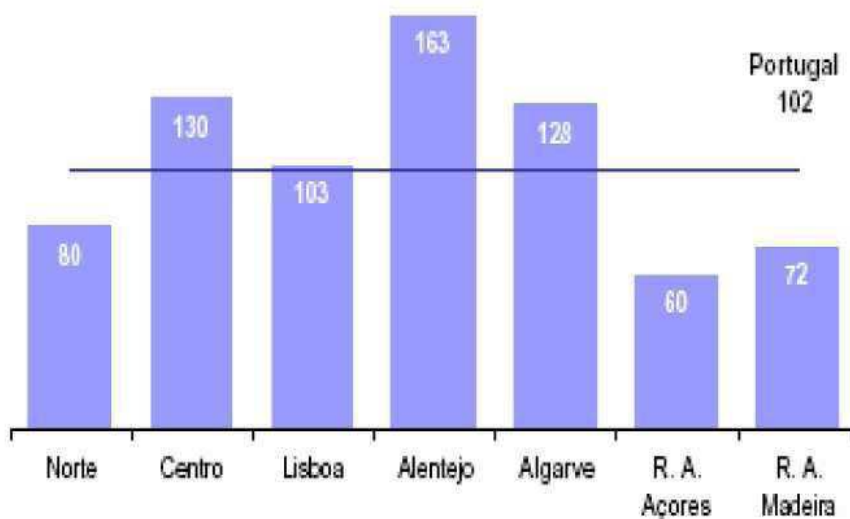
Nos próximos 50 anos, Portugal poderá continuar com cerca de 10 milhões de residentes, mas manter-se-á a tendência de envelhecimento demográfico, projectando-se que em 2060 residam no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem. (INE, 2009, p. 1)

De acordo com dados retirados do INE (2010, p. 93), a população em Portugal tem vindo a revelar um continuado envelhecimento demográfico, como resultado do declínio da fecundidade e do aumento da longevidade. Os ganhos na esperança de vida da população portuguesa são, cada vez mais, provenientes do aumento da sobrevivência em idades avançadas. A esperança média de vida aos 65 anos tem mantido uma tendência positiva, atingindo 68,47 anos no período 2008-2010. Para o mesmo período, a esperança média de vida à nascença foi estimada em 79,20 anos, sendo de 76,14 anos para os homens e de 82,05 anos para as mulheres. Assim,

este aumento resulta da transição demográfica, definida como a passagem de um modelo em que ambos os fenómenos atingem níveis baixos, originando o estreitamento da base de pirâmide de idades, com redução de efetivos populacionais jovens, e do alargamento do topo, com acréscimo de efetivos populacionais idosos. (Imaginário, 2008, p. 9)

Para Carrilho e Patrício (2010, p. 103), nos primeiros nove anos do século XXI, o crescimento da população portuguesa caracteriza-se pela redução do saldo natural (nados vivos e óbitos), negativo nos últimos anos, provocada, essencialmente, pela queda dos nascimentos com vida, como também pelo saldo migratório positivo e pelo progressivo agravamento do envelhecimento demográfico, tanto pela base como pelo topo da pirâmide de idades. Segundo as mesmas autoras, o fraco crescimento da população deve-se, essencialmente, ao saldo migratório positivo, visto que o saldo natural foi negativo.

No que diz respeito ao envelhecimento populacional por regiões do país, verifica-se (Figura 2) que, ao contrário do Norte, o Alentejo é a região que apresenta um índice de envelhecimento mais acentuado, seguindo-se o Centro e o Algarve.



Fonte: INE

Figura 2 - Índice de envelhecimento em 2001

Em Portugal, o envelhecimento é um processo que teve o seu começo nos meios rurais, estando muito ligado a movimentos populacionais emigratórios ou a migrações internas com direção às maiores cidades. No entanto, a tendência de envelhecimento encontra-se, hoje, alargada também às zonas mais urbanas do país (Dias & Rodrigues, 2012, p. 187). O envelhecimento deixou, assim, de ser um problema específico das zonas rurais do país e passou a ser um problema transversal a todas as regiões.

CAPÍTULO DOIS

O ENVELHECIMENTO HUMANO: ELEMENTOS PARA A
CARACTERIZAÇÃO DE UM FENÓMENO COMPLEXO E
MULTIDIMENSIONAL

2.1. Clarificação dos conceitos de “envelhecimento” e de “velhice”

O envelhecimento é um processo que acompanha toda a vida humana, consistindo na deterioração endógena e irreversível da estrutura e funcionalidade de vários órgãos e tecidos. É, igualmente, reconhecida a contribuição de fatores extrínsecos para o envelhecimento e para o modo como se envelhece. O envelhecimento é, além do mais, um fenómeno inevitável que “faz parte integrante da vida” (Laíns, 2012, p. 6), trazendo, assim, consigo alterações progressivas e graduais do estado da mente e do corpo.

Na perspectiva de Spirduso (2005, p. 6), o termo “envelhecimento” é usado para designar um processo ou um conjunto de processos que ocorrem em organismos vivos e que, com o passar do tempo, levam à perda de adaptabilidade, à deficiência funcional, e, por último, à morte. Estes processos são diferenciados dos ritmos biológicos diários ou sazonais e de qualquer outra mudança temporária. É essencial distinguir, por isso, efeitos do envelhecimento e efeitos seculares: estes últimos são os efeitos ambientais que influenciam todas as pessoas que vivem num determinado período.

Mas o envelhecimento é processo único para cada ser humano, uma vez que as mudanças e transformações características deste período variam de pessoa para pessoa, ocasionando uma maior dependência e incidência a processos patológicos. Tal como nos diz Fonseca, “com a passagem dos anos e a acumulação das experiências, os idosos acentuam as suas diferenças de origem, sublinhando as competências ou as incapacidades que a sua base genética, em interacção com o meio, permite expressar” (2004, p. 74).

Com o decorrer da idade, o organismo humano está sujeito, “a uma involução morfológica e funcional que conduz à diminuição progressiva das qualidades do indivíduo” (Hespanha, 1993, p. 318). Segundo a mesma autora,

biológica e psicologicamente, o envelhecimento traduz-se numa diminuição das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida: as reacções são mais lentas e os reequilíbrios do organismo precisam de mais tempo para a sua recuperação, começam a desvanecer-se os ideais da juventude, vive-se o dia-a-dia com desânimo e deixa-se instalar facilmente a rotina. (Hespanha, 1993, p.318)

O aumento do índice de envelhecimento, associado a uma melhor qualidade de vida dos gerontes, alterou as atitudes face ao envelhecimento e ao envelhecer. Segundo Vaz, “a velhice humana transformou-se numa questão social e política, rompendo com o estatuto que manteve até ao final da primeira metade do século XIX, em que era um assunto quase exclusivamente restrito à esfera privada e familiar” (2008, p.18).

Com efeito, ao longo do século XX e nos princípios do século XXI, a velhice transformou-se num problema social, para o qual se procurou encontrar uma resposta através do Estado-Providência. Mas a própria crise do Estado-Providência tem colocado a questão da velhice noutra patamar, transformando-se num problema político. De um modo geral, o discurso político, que os meios de comunicação transmitem, realça os custos com a proteção social dos gerontes, pelo que, segundo Silva, em contraste relativamente àquilo que ouvimos diariamente, “o envelhecimento não é prioritariamente um problema social” (2008, p.9).

O envelhecimento constitui, hoje mais do que nunca, um problema que tem que ser novamente colocado na agenda política, exigindo uma resposta mais global relativamente ao tipo de sociedade que queremos construir no presente e no futuro.

Spiriduso refere que a “primeira verdade sobre o envelhecimento é que todos envelhecem” e que “a segunda verdade é que todos envelhecem de forma diferente” (2005, p. 3), acrescentando que o

envelhecimento é um dos grandes enigmas da vida. Além do nascimento e da morte, é talvez a única experiência que todo o ser humano divide”, embora todos envelheçam isso acontece de formas diferentes e a ritmos dissemelhantes. (Spiriduso, 2005, p. 3)

Usualmente, o envelhecimento é associado a um “estado” que se denomina no senso comum por “velhice” (ou “terceira idade”, entre outros). No entanto, não se deve nem se pode confundir envelhecimento e velhice: o primeiro é um processo; a segunda é um estado.

Com efeito, o envelhecimento não é um “estado”, mas um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais,

bioquímicas e psicológicas que determinam a capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por conduzir à morte (Carvalho& Alencar, 2000, p. 1).

Por sua vez, a velhice constitui a última etapa da vida, caracterizando-se pela degenerescência progressiva das funções vitais, o aparecimento de doenças crônicas e a presença de menos-valias. Nesta etapa, a vida altera-se, também, bruscamente com a vinda da “reforma”, ausência de atividades e horários obrigatórios.

Relativamente à determinação precisa da idade correspondente à velhice, é consensualmente aceite, hoje em dia, que não existe uma base fisiológica ou psicológica que permita marcar o seu início (Hespanha,1993, p. 319). No passado ou no presente, em todas as sociedades, os idosos constituem um grupo social com um estatuto particular, mas só na sociedade urbano-industrial é que foi estabelecido institucionalmente o limite da idade ativa. De facto, a prática comum de designar como «velhas» as pessoas a partir dos 65 anos iniciou-se na Alemanha, nos anos 80 do século XIX, quando Otto Bismarck escolheu os 65 anos como a idade inicial para certos benefícios da segurança social (Spar & La Rue,1998, p. 13), sendo a primeira nação a estabelecer um plano de reforma.

Na maior parte dos casos, no entender de Hespanha (1993, p. 318), qualquer que seja a importância do momento biológico do envelhecimento, o que importa realçar, na grande maioria dos casos, são as diferenças com que nos deparamos entre pessoas da mesma idade, devendo-se, essencialmente, a fatores externos de ordem social que foram atuando ao longo do tempo. Assim, na mesma população, há indivíduos que têm um processo de envelhecimento acelerado pelos excessos do seu corpo, enquanto outros retardam o envelhecimento.

Os gerontologistas modernos fazem, na ótica de Spar e LaRue (1998, p. 30), uma distinção entre envelhecimento primário e envelhecimento secundário. O envelhecimento primário está ligado a um limite intrínseco, ao nível genético da longevidade celular, enquanto o envelhecimento secundário diz respeito aos efeitos acumulados por agressões ambientais, doenças e traumatismos. Embora as causas do envelhecimento primário e secundário

sejam diferentes, eles interagem de uma forma dependente. Por exemplo, doenças e stresse ambiental podem ativar os processos básicos do envelhecimento, aumentando a vulnerabilidade de uma pessoa a doenças e ao stresse ambiental (Spirduso, 2005, p. 7).

Recentemente, alguns autores redefiniram o envelhecimento como um processo que tem início antes do nascimento, a partir da concepção, sendo inerente ao processo natural da vida: “começamos a envelhecer no momento de nascer (se é que não é mais apropriado dizer, no momento da concepção)” (Simões, 2006, p. 31). Deste ponto de vista, uma vida saudável durante a gestação influencia, de alguma forma, o idoso que vamos ser, mas, sendo um processo contínuo e ativo, a partir de uma certa idade, uma prevenção contínua e hábitos saudáveis contribuem para um envelhecimento bem-sucedido (Schaefer, 2011, p. 21).

Para a sociedade, segundo Silva, o envelhecimento significa que

(...) O prolongamento do tempo médio de vida resulta num mais alargado relacionamento entre gerações, em maior estabilidade emocional, mais sabedoria acumulada, maior rentabilidade do investimento feito na escolarização e na formação dos seus membros. A par da inovação, estas são características a prezar. (2008, p. 9)

Segundo Spirduso (2005, p. 19), as teorias modernas sobre o envelhecimento, uma consequência dos avanços da ciência e da tecnologia, são sofisticadas e complexas, podendo ser divididas em três categorias essenciais: as “teorias genéticas”, as “teorias dos danos” e as “teorias do desequilíbrio gradual”. Vejamos o que cada uma propõe:

- as “teorias genéticas” sugerem que todo o processo de envelhecimento é programado pelos nossos genes, desde o nascimento até à morte;

- as “teorias dos danos” baseiam-se no conceito de que as reações químicas que ocorrem no corpo começam a produzir defeitos irreversíveis nas moléculas, pelo que pequenos danos diários podem ocorrer com o ar respirado, o fumo do cigarro, etc. ou produtos do metabolismo do próprio corpo.

- as “teorias do desequilíbrio gradual” asseguram que o cérebro, as glândulas endócrinas ou o sistema imunológico deixam de funcionar gradualmente, o que, para além de falharem, podem, também, provocar processos de envelhecimento a ritmos diferentes.

Segundo Levet-Gautrat (cit. por Pimentel, 2005, p. 41), associado ao conceito de envelhecimento encontra-se o conceito de idade, o qual pode ser utilizado em diferentes sentidos:

- a idade cronológica que nos remete para o tempo entre o nascimento e o momento presente, o que diz pouco sobre cada indivíduo, sendo insuficiente para o descrever;
- a idade jurídica corresponde em que o indivíduo assume direitos e deveres na sociedade, não condizendo com uma realidade biopsíquica;
- a idade física e biológica que diz respeito ao ritmo a que cada um envelhece¹;
- a idade psicoafectiva que tem a ver com a personalidade e as emoções do indivíduo e que, em princípio, não tem limites em função da idade cronológica²;
- a idade social que se relaciona com os papéis que a sociedade atribui ao sujeito em função das condições socioeconómicas.

Diversas são, pois, as definições que se podem encontrar relativamente ao processo inerente ao envelhecimento, mas devemos ressaltar sempre o seu carácter relativo. Neste aspeto, Philibert (cit. por Pimentel, 2005, p. 42) considera que uma pessoa idosa é sempre uma pessoa com mais idade do que a maioria daqueles que a rodeiam. Conforme as condições de vida, de trabalho, de longevidade da população média de referência e os seus costumes, a pessoa idosa pode, assim, ter 30,40 ou 85 anos: tudo depende da idade das pessoas que o rodeiam.

¹Os diferentes órgãos e funções vitais envelhecem a ritmos diferenciados. Deste modo, quando se atribui uma doença ou deficiência à idade, tem que se ter cautela, pois, muitas vezes, os problemas não são inerentes à idade, mas resultam do ambiente, das condições sociais, económicas e culturais.

²Muitas pessoas não se sentem velhas, não se reconhecendo como tal; são os outros que os sinalizam recorrendo à sua aparência, o que representa um dos dramas do envelhecimento: a diferença entre o que sentimos e a imagem que temos.

2.2. Envelhecimento biológico e cognitivo

Como fenómeno biológico, o envelhecimento tem sido interpretado em função de teorias que explicam as causas do envelhecimento celular e do aparecimento de perturbações de saúde, tendo como consequência, à medida que a idade avança, uma diminuição da viabilidade de sobrevivência (Vaz, 2008, p. 28). Com efeito, segundo Sáiz-Ruiz (cit. por Vaz, 2008, pp. 28-29),

a razão para o envelhecimento se produzir está na incapacidade das células do corpo humano se poderem substituir a si mesmas e, por conseguinte, morrerem ou perderem gradualmente uma parte da sua função. Esclarece que esse processo é provocado, não só por factores intrínsecos das células, mas também por factores extrínsecos relacionados, nomeadamente, com o ambiente ou com a organização hormonal.

Segundo Charcot (cit. por Vaz, 2008), a palavra “atrofia” é a que melhor designa as alterações anatómicas dos órgãos e dos tecidos. A atrofia geral dos indivíduos exterioriza-se por uma diminuição da estatura e do peso do corpo e por um emagrecimento mais ou menos evidente.

No entanto, nem todas as funções diminuem ao longo do processo de envelhecimento: as capacidades do aparelho cárdio-circulatório ou das do sistema da regulação térmica mantêm-se intactas ao longo tempo no processo de envelhecimento. Pelo contrário, a força muscular e o aparelho genital, as funções do sistema nervoso e da vida de relação, as funções respiratórias e a maior parte das secreções sofrem uma redução (Vaz, 2008, p. 30).

Na abordagem biológica, prevalecem as alterações físicas e psicológicas que se dão de forma particular em cada indivíduo, sendo que os determinantes da saúde se encontram, também, aliados ao género, visto que, de uma forma geral, os homens têm tendência para viverem mais tempo sem incapacidade física, apesar de a esperança de vida ser inferior à das mulheres. Aliás, a relação entre o envelhecimento e o género tem sido motivo de estudo de interesse crescente.

Com o avançar da idade, a superioridade numérica das mulheres é notória, devido à maior esperança de vida. Segundo Veras (2007, p. 659), o aumento da expectativa de vida da mulher é mais significativa do que a do homem, o que pode ser atribuído a fatores biológicos e à diferença de exposição aos fatores de risco de mortalidade. Todavia, segundo o mesmo autor, no plano económico, regista-se uma crescente participação da mulher na força de trabalho, a fim de contribuir financeiramente no orçamento doméstico. Esta situação tem como consequência, no seio familiar, a ausência de alguém que cuide do idoso em caso de doença e/ou de incapacidade física. Por outro lado, devido à maior duração de vida, a mulher acaba por estar exposta, durante períodos mais longos, às doenças crónico-degenerativas, à viuvez e à solidão.

No plano cognitivo, segundo Simões (2006, p. 29), o funcionamento eficaz das capacidades cognitivas (a aprendizagem, a memória, as aptidões intelectuais), depende da prevenção, do equilíbrio e da integração da personalidade.

Tendo em conta as teorias de Baltes, Vaz (2008, p. 31) defende que o desenvolvimento humano se caracteriza por perdas e ganhos durante a vida, não constituindo a vida adulta ou adulta mais velha, necessariamente, um declínio intelectual. Com efeito, segundo Marchand (2001, p. 163), na década de 70, o declínio intelectual era encarado como realidade indiscutível, o que deixou de ser no fim do século XX.

A inatividade e o sedentarismo são os responsáveis propulsores de um declínio das capacidades físicas dos idosos e, concomitantemente, do seu desempenho cognitivo. Segundo Barreto (1988, p. 162), encontram-se

(...) em particular risco de deterioração mental (...) aqueles que estão em situação de inactividade, com acentuada baixa de contactos durante o dia, e os que não têm tarefas definidas que impliquem responsabilidade e tomadas de decisão. (...) O exercício da inteligência será, pois, indispensável para a sua preservação.

Uma vez mais, estamos perante uma visão das capacidades cognitivas numa perspetiva individual e, no que diz respeito à aprendizagem, entende-se

que esta é tanto mais facilitadora para os idosos quanto maior ligação direta tiver com os seus contextos, conhecimentos e vivências. Desta forma, as UTI's tornam-se muito importantes como oportunidades de estimulação cognitiva, especialmente pelo modo como promovem a participação dos seniores, uma vez que, para além do mais, “a participação de forma correta é um direito” (Marchand, 2001, p. 164).

2.3. Envelhecimento fisiológico e modificações corporais

Tal como foi salientado, o envelhecimento natural era considerado, erradamente, um estado patológico, uma vez que se pensava ser uma situação que derivava da doença (Schaefer, 2011, p. 24). Segundo Kachar (2001, p. 37),

as modificações são iniciadas aos 30 anos de vida, produzindo modificações no indivíduo. O envelhecimento não se dá após os 60 anos conforme é categorizado o idoso, é um processo que transcorre toda a vida.

Sabe-se que, normalmente, é por volta dos 30 anos que as pessoas atingem o auge, quer fisicamente, quer mentalmente; a partir de então, há uma queda lenta que faz parte do processo normal de envelhecimento. Portanto, o envelhecimento é um processo contínuo e não uma mudança súbita a partir de uma certa idade. Mas, de acordo com Spirduso (2005, p. xi), a dimensão física é a primeira a dar sinal da universalidade do envelhecimento e que não há exceções à regra. Acresce que, para a maior parte das atividades, a função física é central, afetando todos a vida cognitiva, psicológica, social e espiritualmente.

Compreender os conceitos básicos da biologia do envelhecimento (teorias do envelhecimento, curvas de sobrevivência, etc.) é importante, mas não é menos importante perceber as mudanças nos principais sistemas fisiológicos e de que forma essas mudanças causam impacto no desempenho,

mobilidade e capacidade física, contribuindo para um envelhecimento bem-sucedido (Spirduso, 2005, p. xii).

De um ponto de vista médico e psíquico, não há uma única idade em que as pessoas, de uma forma geral, possam ser chamadas velhas e, para acautelar um destaque indevido na idade cronológica, pode ser útil pensar em cada pessoa como tendo várias idades, por exemplo, a idade biológica, a idade psíquica e a idade social (Spar & LaRue, 1998, p. 13).

Para Spirduso, “o envelhecimento é uma extensão lógica dos processos fisiológicos do crescimento e desenvolvimento, começando com o nascimento e terminando com a morte” (2005, pp. 6-7). O envelhecimento sucede com o inexorável passar do tempo, mas poucas pessoas morrem por causa da idade: as pessoas morrem porque o corpo perde a capacidade de suportar os fatores de stresse físico ou ambiental.

O envelhecimento está associado a mudanças corporais físicas, as quais, às vezes, podem ter um carácter dramático. O declínio físico é, talvez, o marcador mais implacável da idade cronológica (Spirduso, 2005, p. 93). Com a idade, as capacidades funcionais diminuem em diferente grau em cada pessoa. No entanto, as mudanças que ocorrem na velhice não são simplesmente alterações do estado de saúde, mas também o resultado de acontecimentos que mudam drasticamente a vida, tal como a reforma, a própria mudança de hábitos ou até mesmo a perda de entes queridos (Jones, 2005, p. 791).

Assim, para além dos aspetos biológicos e fisiológicos, o indivíduo possui interações histórico-sociais que ultrapassam a mera percepção e aptidão física. O processo biológico, que envolve o nascer, o crescer e o envelhecer, possui características próprias em cada uma das fases e, em todos os momentos vividos, o corpo sente, sorri, sofre, chora e se reconfigura. O corpo transcende a matéria, reagindo e reinterpretando as marcas inscritas da cultura.

Quando um bebé nasce, as primeiras coisas que as pessoas perguntam são: qual é o peso da criança e quanto mede. Conforme a criança vai crescendo, são registadas as várias mudanças. Na maturidade, os interesses sociais nas mudanças corporais tornam-se menos importantes. No entanto, apesar de as dimensões físicas não serem mencionadas ou registadas, as mudanças corporais relacionadas com a idade não param. Com o acréscimo

da idade, a altura e o peso continuam a alterar-se para a maioria das pessoas (Spirduso, 2005, p. 61).

Com o passar dos anos, a maioria das pessoas apercebe-se das alterações das funções do próprio corpo: muitas delas são óbvias, outras quase nem se notam. É difícil prever como alguém, em particular, pode envelhecer, visto que cada indivíduo envelhece a um ritmo diferente. No entanto, existem modificações que são quase universais, pelo que o seu conhecimento pode ajudar o indivíduo a adaptar-se ao envelhecimento (Jones, 2004, p. 8).

A pele é um dos órgãos extraordinários do corpo e é muito importante para a comunicação. Com a idade, a pele perde água e elasticidade, torna-se mais seca, aparecem manchas e rugas e o poder de cicatrização diminui. É preciso não esquecer que a pele é a grande reveladora do envelhecimento (Spirduso, 2005, p. 92).

Por volta dos 40 e 50 anos de idade, a visão também começa a dar sinais de cansaço, sendo um sinal inegável do envelhecimento. A maioria das pessoas constata que é difícil ver objetos a uma distância inferior a 60cm (presbiopia). Os olhos das pessoas idosas são menos capazes de se adaptar, em parte porque os músculos que dilatam e contraem as pupilas tendem a debilitar-se com a idade. As pessoas mais velhas podem, também, tornar-se mais sensíveis ao deslumbramento (luz forte que afeta diretamente os olhos). No entanto, o aumento da sensibilidade ao deslumbramento pode ser devido a perturbações oculares, como as cataratas (Jones, 2004, pp. 8-10). As cataratas, por exemplo, são um dos principais problemas oftalmológicos da terceira idade.

A composição corporal (ossos, músculos e gordura) muda absoluta e relativamente. A amplitude de movimento das articulações também é afetada pelo tempo e desuso (Spirduso, 2005, p. 62), o que permite avaliar até que ponto o movimento é fulcral para um envelhecimento bem-sucedido.

2.4. Envelhecimento saudável e ativo

A expressão “envelhecimento ativo” tem recebido uma entusiástica adesão. Trata-se de envelhecer dando prioridade, para além das atividades sociais, às atividades afetivas, às atividades profissionais e às atividades amorosas. Estas atividades preenchem o dia dos seniores, deixando-os ocupados e preparados para os mais difíceis problemas físicos e mentais.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2002), o envelhecimento ativo é um “processo de otimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento” (OMS, 2002, p. 12). Assim, este processo reconhece que, para além dos cuidados de saúde, existem outros fatores que influenciam a forma como o sujeito envelhece. Como tal, envelhecer de forma saudável e bem-sucedida não é uma questão meramente individual, mas antes influenciada pelas oportunidades advindas das políticas sociais e pelas iniciativas de saúde ocorridas ao longo de toda a vida.

Ribeiro e Paúl (2011, p. 1) referem que o conceito de envelhecimento ativo pretende ser abrangente, pelo que se estende, para além da saúde, a aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional que explica os resultados do envelhecimento. Este novo paradigma é mais consensual, destinando o conceito “ativo” para uma participação e envolvimento nas diferentes questões sociais, culturais, económicas, civis e espirituais e não, simplesmente, para uma capacidade de estar fisicamente ativo, ou de fazer parte da força de trabalho. O “envelhecimento ativo” exalta, pois, a importância das pessoas perceberem o seu potencial para a promoção do bem-estar e, essencialmente, da qualidade de vida.

O envelhecimento bem-sucedido traduz um projeto que tende contrariar, o mais possível, a tendência segundo a qual um acréscimo no número de anos é acompanhado por um decréscimo na qualidade de vida (Simões, 2011, p. 9). Nas palavras de Barros-Oliveira (2006, p. 274), “a geragogia devia propor-se, como meta final exactamente levar os idosos a ter um envelhecimento com sucesso, tornando ao mesmo tempo esse processo consciente e produtivo (em sentido amplo e não apenas material) por parte dos gerontes”. Deste modo,

promover a saúde e evitar doenças, permitir um bom funcionamento psicossomático, possibilitar várias tarefas (não apenas laborais, mas de voluntariado, de cultura, de educação dos mais jovens, etc.), enfim, todas as diversas atividades que os gerontes podem efetuar de forma eficiente contribuem para converter o idoso numa pessoa útil e inserida plenamente na sociedade.

Rowe e Kahn (cit. por Barros-Oliveira, 2006, p. 272), definem envelhecimento bem-sucedido como

aquele em que os indivíduos continuam a funcionar eficazmente, quer do ponto de vista físico, quer psíquico ou mental. Assim, abrangeria três vertentes fundamentais: baixo risco de doenças ou de incapacidades resultantes das mesmas; bom funcionamento físico e mental; empenhamento activo na vida.

Segundo Stoppard, iniciar algum tipo de atividade pode proporcionar diversas coisas: “pode distrair as nossas mentes do sentimento de solidão, ao envolver-nos em atividades agradáveis e, desta forma, pode, inclusivamente, mudar directamente o nosso estado de espírito” (2004, p. 260). Assim, ter a oportunidade de conhecer pessoas com interesses semelhantes aos nossos e de praticar competências de socialização pode, também, criar condições de vida que permita aos sujeitos desenvolver uma perceção de realização e de satisfação pessoal. Segundo a mesma autora (2004, p. 261), a grande mudança baseia-se em deixarmos de ser passivos e começarmos a ser mais ativos.

É certo que envelhecer bem e com qualidade de vida, como disse Tótor, “passou a ser um cliché repetido à exaustão” (2008, p. 31). Mas trata-se, também, de uma forma de pressão sobre os idosos, na medida que, ao se criar esta necessidade, se produz a ideia de existirem manuais de regras de como ter e manter uma vida saudável e uma juventude eterna. Deste modo, envelhecer deixa de ser um acontecimento do domínio privado e passa a ser um acontecimento público: para vivermos esta etapa, necessitamos de consultar todos os especialistas e manuais, de forma a desenvolver a melhor resposta, de corrigir os efeitos do tempo e os descuidos “voluntários” ao longo

dos anos. É necessário deixar envelhecer e, neste processo, aprender a exercer o controlo e administração dos nossos desejos, prioridades e vontades, resistindo às estratégias que vinculem certos estilos de vida ao prazer, satisfação e bem-estar.

À medida que a idade avança, como refere Quintela (2012, p. XIII), ser ativo não se limita à prática de atividade física, mas envolve o estímulo cognitivo, a saúde mental, a interação com os outros, uma alimentação e comportamentos saudáveis, os cuidados com a saúde oral e a prevenção de acidentes, a assunção de uma sexualidade saudável, o reconhecimento do direito ao afeto, à dignidade e ao respeito e o combate aos fenómenos de maus tratos, de violência, de abuso, de isolamento e de solidão de que tantos idosos, ainda, são vítimas. Ser ativo, nas idades mais avançadas, é, também, ter acesso à informação, ao convívio com outras gerações, à promoção da autoestima, à participação em universidades, à reaproximação, cada vez maior, a uma vida dentro do ambiente natural.

As pessoas que encarem o envelhecimento deste modo, com a maximização dos seus ganhos e a minimização das suas perdas, estarão a promover um envelhecimento bem-sucedido, valorizando o potencial de cada pessoa e fomentando a vivência de experiências satisfatórias e de autorrealização.

2.5. Envelhecimento e idosos: mitos e preconceitos

Pimentel afirma que “as imagens negativistas e os mitos que se têm construído em torno do processo de envelhecimento desvalorizam o estatuto social do idoso e condicionam as suas oportunidades de realização e de autovalorização (2005, p. 14). Ao mesmo tempo, tal como salienta Débert nas séries de televisão, os seniores estão a ser “apresentados como activos, capazes de oferecer respostas criativas a um conjunto de mudanças sociais, reciclando identidades anteriores, desenvolvendo novas formas de sociabilidade e de lazer, redefinindo as relações com a família e os parentes” (1999, p. 218). É importante ressaltar que as mudanças operadas na conceção

da velhice indicam a construção de um mundo em que o envelhecimento se apresenta cada vez mais heterogéneo.

Concordamos com Henriques quando formula a ideia de que esta etapa não pode ser vista como um fim de vida, “mas antes uma etapa com características, competências e valores próprios e uma nova forma de olhar a vida, pois a cidadania é construída por todos os cidadãos e só é possível quando todos tiverem deveres e direitos iguais em participar” (2012, p. 82). Sendo fulcral modificar a visão negativa que existe dos seniores, “ para tal é importante fazer uma reflexão sobre este conceito fazendo referência a algumas definições” (2012, p. 82).

De uma forma geral, a sociedade em geral, a partir de ideias e conceções muito pouco discutidas, vê o idoso como se, nesta fase, existissem, essencialmente, aspetos negativos. Nas sociedades ocidentais contemporâneas, trata-se de uma ideia com elevado grau de evidência assente na categorização das idades cronológicas em função do critério de utilidade económica e produtiva, propondo para os idosos o distanciamento social e agregando expressões negativas, tais como: “limitado”, “decadente”, “ultrapassado”, etc.

Bruto da Costa (2007) salienta que um dos critérios para a avaliação do nível de humanidade de uma sociedade deveria ser o lugar e papel que esta destina às pessoas idosas na vida comunitária. No entanto, observa que atualmente tal humanismo quase não se nota: “quer a sociedade, quer o quotidiano das pessoas estão organizados de tal modo que os idosos não têm lugar nem papel na vida social” (Bruto da Costa, 2007, p. 87).

Alves e Novo consideram que

o envelhecimento da população portuguesa está a fazer emergir problemas sociais novos, muitos dos quais ainda não visíveis ou tematizados. Um desses problemas é a discriminação social veiculada através de comportamentos, atitudes e preconceitos presentes nas interações diárias com pessoas idosas e/ou difundidos através dos meios de comunicação. (2006, p. 65)

Vivemos numa sociedade produtiva, logo o idoso, ao entrar na idade de reforma, não produz e é muitas vezes considerado supérfluo. Neste sentido, segundo Pimentel (2005, p. 36), um dos estereótipos mais fortes baseia-se na crença de que os idosos são inúteis e improdutivos, representando uma sobrecarga para os mais jovens. Trata-se de um estereótipo que contribui, manifestamente, para o agravamento das incompatibilidades entre gerações, um vez que, como afirma Vaz,

idade cronológica serviu, na sociedade moderna, para institucionalizar o curso de vida e manipular a composição das gerações. Por um lado a inversão de poder dos grupos sociais, ao incorporar cada vez mais os jovens no mercado mecânico dispensando os mais velhos, classificados de inúteis. Por outro lado, a alteração da idade de velhice, se actualmente é de 65 anos, ela já foi de 50 anos no início do século XX. Surge, assim, o envelhecimento profissional associado ao critério de produtividade induzindo na discriminação dos mais velhos pelos mais novos. (2008, p. 123)

Outro estereótipo está relacionado com a sexualidade na velhice. A ideia de que a velhice traz impotência sexual é um mito muito presente. No entanto, para Menezes (2002, p. 78), a sexualidade é a possibilidade de encontro, satisfação e prazer, de forma ampla, o que é, no fundo, a própria energia de vida, o motor das realizações humanas. Hoje em dia, os médicos, psicólogos e sexólogos já desmitificaram esse assunto tão importante para a pessoa em todas as etapas da vida.

É evidente que, com o passar do tempo, o ser humano vai perdendo a jovialidade e a beleza exterior, aspetos tão valorizados pela sociedade, a qual, aliás, privilegia a juventude em prejuízo da velhice. Nunca existiram tantas intervenções cirúrgicas com finalidades plásticas e estéticas como nos dias de hoje. Do mesmo modo que nunca houve uma gama tão extensa de produtos cosméticos anti-envelhecimento no mercado. O avanço tecnológico e o envelhecimento da população tornaram-se corresponsáveis de tal crescimento, numa sociedade que pretende que seus idosos sejam eternamente jovens e ativos. No entanto, é preciso ter em conta que a beleza

é um conceito efêmero que muda de geração para geração. O belo de hoje é muito diferente do belo de séculos passados. Atualmente, no entanto, valoriza-se, até com exagero, a beleza juvenil. Esconde-se, por outro lado, a beleza da idade, refletida não apenas no ar de sensatez, sabedoria e sobriedade, mas também nas rugas e nos cabelos brancos como marcas do tempo. (Schaefer,2011, p. 22)

Não se pode negar que, hoje em dia, a idade pode constituir um valor acrescentado e um motivo adicional de respeito quando falamos de personalidades cuja obra ou cargo que ocupam fazem esquecer as vicissitudes da senescência. Mas, se os anos são motivo de admiração quando falamos de José Saramago, Simone Oliveira, Manoel de Oliveira ou de Nelson Mandela, o mesmo não acontece quando nos referimos ao cidadão anónimo que carrega os seus aniversários como um estigma social e os sente, por vezes, como “verdadeiros obstáculos ao exercício de uma cidadania ativa” (Guimarães, 2000, p. 19). Partilhando a convicção de Azeredo (2011, p. 20), diríamos que, numa sociedade produtiva em que a saúde física e mental é essencial para a produção de bens, é fundamental que os seniores queiram permanecer ativos, contrariando os estereótipos existentes que, no fundo, acrescentam mais exclusão, mais solidão e mais divisões a mundo que precisa, cada vez mais, de coesão social.

CAPÍTULO TRÊS

AS UNIVERSIDADES DE TERCEIRA IDADE: HISTÓRIA,

MODELOS E PERSPETIVAS EDUCACIONAIS

3.1. As UTI's no mundo: história e modelos

A ALV e a melhoria da qualidade de vida dos seniores são os objetivos que aparecem aliados às UTI's. O conceito de ALV refere-se a um "...processo ou sistema através do qual os indivíduos são capazes e dispostos a aprender em todas as fases da vida, desde a idade pré-escolar até à velhice" (NCES, 2000, p. 4), não sendo, portanto, um privilégio exclusivo das crianças e jovens, pois, na realidade, está presente em todas as faixas etárias. Ora, segundo Jacob (2012, p. 16), as UTI's são organizações cujo modelo de formação proporciona aos idosos um leque variado de aprendizagens culturais, recreativas, científicas, etc. Neste sentido, podem ser enquadrados no paradigma da ALV ou formação permanente, assimilando conceitos de gerontagogia ou gerontologia educacional.

As UTI's³, como movimento específico de ensino para seniores, surgem em 1972, em França, pela iniciativa do Dr. Pierre Vellas (médico e investigador), na Universidade de Toulouse. Com efeito, é no Departamento da Unidade de Ensino e de Pesquisas da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade de Toulouse que nasce o primeiro curso destinado unicamente aos reformados daquela localidade. Este curso não conferia títulos académicos nem exigia qualificações especiais ou exames, tendo como objetivo o estudo dos problemas médicos, sociais e psicológicos dos idosos (Jacob, 2012, p. 18).

Tal como salienta Miller (2007, p. 91), as UTI's apareceram com o objetivo de tentar perceber o que fazer para melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas. O movimento das UTI's desenvolveu-se em todo o mundo, de tal forma que, hoje, milhões de pessoas em diferentes países e continentes participam numa troca de atividades intelectuais, culturais e recreativas, sendo que todas estas atividades contribuem, seguramente, para um envelhecimento Ativo e para uma mudança da perceção do que significa envelhecer.

Segundo Cachioni, pode considerar-se que as UTI's representam

³ A Associação Internacional das Universidades da Terceira Idade (AIUTA) é um corpo federal no campo do ensino da terceira idade, reconhecido pela ONU, OMS, UNESCO, Conselho da Europa e outras organizações internacionais, que tem como finalidade disponibilizar aos seniores programas de ALV. A AIUTA realiza todos os anos uma Assembleia Geral com um caráter científico, reunindo especialistas em gerontologia, investigadores e alunos de todas as UTI's associadas. No entanto, não é o único organismo internacional; existe também a Federação Europeia de Estudantes Universitários Seniores (EFOS) (Miller, 2007, p.96).

um movimento de grande sucesso em diversos países, uma vez que vem criando oportunidades de desafio intelectual e promovendo bem-estar de adultos maduros e idosos, que estão em busca de um envelhecimento bem sucedido. Acredita-se, de forma generalizada, que os programas devem servir como espaço educacional, cultural, participativo e produtivo na sociedade em que estão inseridos”.(cit. por Monteiro & Neto, 2008, p. 54)

Jean-Louis Levesque (cit. por Miller, 2007, p. 92) identificou cinco modelos ou tipos diferentes de UTI's, nome que abrange outro tipo de instituições que se dedicam igualmente ao mesmo ideal de melhorar e investir na formação dos mais velhos, a saber:

- O modelo francês que está ligado a uma universidade clássica já existente;
- O modelo inglês (praticado sobretudo no Reino Unido e em várias formas em outros países de língua inglesa) cuja principal característica é a autoajuda e cujos membros tanto podem ser professores como alunos;
- O modelo norte-americano que segue o modelo francês com uma significativa contribuição de estudantes para a concretização dos cursos;
- O modelo sul-americano, baseado no modelo francês, com um maior número de dados de interesse na aprendizagem da população mais velha;
- O modelo chinês focado na vida em comunidade e na manutenção da cultura tradicional.

Quadro 2- Modelos de Universidades da Terceira Idade no Mundo

Países	Modelos de funcionamento
Alemanha	Seguem o modelo francês.
Austrália	Em 1984, em Melbourne. Seguem o modelo inglês. Em 1994, havia 108 instituições.
Áustria	Desenvolve um programa diferente dos modelos francês e inglês. O principal objetivo é preparar e qualificar o idoso a frequentar regularmente disciplinas do curso universitário. Os estudantes participam da associação dos idosos universitários, onde debatem sobre os direitos dos idosos na universidade e os seus representantes comparecem às reuniões do conselho universitário.
Canadá	Há grande variedade de programas educacionais para idosos. Trabalham quer no modelo inglês, quer no francês. Além de vários IRL's, há a Académie de Gérontologie de Lóutaouais, em Hull, Québec. Em Montreal, L'Institut Universitaire du Troisième Âge foi fundado em 1983 e os alunos recebem certificação em Bacharel em Artes.
China	Tem uma rede de 400 universidades para idosos que promovem atividades acadêmicas. Não há pré-requisitos para o ingresso. Há exames finais. Em 1993, aproximadamente 5300 escolas, universidades e universidades da terceira idade estavam envolvidas em atividades educacionais.
Dinamarca	Desde 1971 que há instituições educacionais promovendo cursos. Atualmente, há cursos especializados.
Espanha	Algumas universidades oferecem programas conforme o modelo francês.
EUA	Em 1975, em San Diego, segundo o modelo francês. A adesão foi pequena, pois os programas ILR (Institute for Learning in Retirement) estavam espalhados por todo o país, sendo o primeiro em Nova Iorque, em 1962. Na Universidade de Auburn, foi criado o Center on Aging que mantém a University Academy For Lifelong Learners.
França e Bélgica	As UTI's estão ligadas às universidades.
Grã- Bretanha	Modelo de autoajuda. Funcionam desde 1981. Há 240 universidades distribuídas por Inglaterra, Escócia, País de Gales e Irlanda do Norte.
Holanda	Estão localizadas nas universidades. Seguem o modelo inglês.
Japão	Os programas estão ligados a universidades como Osaka, Tóquio, Kobe e Kyoto.
Itália	Universidade Popular da Terceira Idade de Roma. Há uma ênfase na formação de agentes gerontológicos, isto é, os alunos têm oportunidade de atuar como voluntários na comunidade.
Noruega	Tem programas educacionais de nível superior para a reinserção de idosos no mercado de trabalho nas empresas de manufaturas.
Nova Zelândia	Em 1989, em Auckland. Segue o modelo inglês.
Polónia	Pertencem a uma associação nacional integrada na Faculdade de Medicina de Varsóvia. Seguem o modelo francês.
República Checa	Tem cerca de 45 universidades e segue o modelo inglês.

República da Irlanda	Os programas para idosos são organizados pelo movimento <i>Federation of Active Retirement Associations</i> (FARA). É semelhante às UTI's. Atualmente, há 76 associações. A FARA também desenvolve um projeto intergeracional denominado <i>Agelink</i> .
Suécia e Finlândia	Desenvolvem atividades nas universidades. Seguem o modelo francês.
Suíça	Há atividades desenvolvidas nas universidades locais. Segue o modelo francês.
Uruguai	A Universidade Aberta do Uruguai - UNI3- foi criada em 1983, no Instituto de Estudos Superiores de Montevideo e é o fruto da sua participação na Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em 1982. O programa da UNI-3 caracteriza-se por ser uma modalidade de ensino não formal, interoperacional e fundamentado na educação permanente. A sua ação estendeu-se por toda a América do Sul, incluindo o Brasil.

Fonte: Monteiro e Neto, 2008, p. 53, adaptado de Cachioni, 1999.

Nos diferentes modelos, as áreas mais frequentes de interesse são: Ciências Sociais e Humanas e as Línguas (nacionais e estrangeiras). As disciplinas mais solicitadas são a Psicologia, a História, a Sociologia, as Artes Plásticas (Pintura, Artesanato), a Antropologia, a Cultura (Literatura, Música, Arte e Teatro), Atividades Desportistas e Físicas (Natação, Dança e Hidroginástica) e a Saúde e Segurança (alimentação e cuidados primários). Um variado leque de atividades recreativas servem de complemento às disciplinas, como: visitas de estudo, festas, conferências, exposições, colóquios, teatro, coros, etc.

Segundo Jacob (2012, pp. 21-22), desde a primeira UTI nascida em Toulouse até às milhares existentes hoje em dia, pode concluir-se que houve uma evolução marcada por três gerações ou fases nos modelos de programas oferecido a por estas instituições:

- a primeira geração (anos 60 do século XX) é essencialmente marcada pela ocupação dos tempos livres, correspondendo a um modelo de serviços educativos;

- a segunda geração (anos 70) tem como objetivos principais melhorar o bem-estar mental do idoso através de atividades culturais com interesse e desenvolver as suas capacidades para intervir socialmente. É um tipo de atividade educativa que pode ter um cariz universitário, mas também pode estar a cargo de uma associação literária ou de um clube social;

- por último, a terceira geração (anos 80) desenvolve-se no sentido de aproximar as três características de uma universidade tradicional: o ensino, a pesquisa científica e o serviço à comunidade onde se encontra incluída.

Nesta última fase, procura-se dar resposta a uma população sénior cada vez mais jovem e escolarizada, a qual começa a exigir cursos que sejam reconhecidos. Pretende-se, assim, a criação de um programa educacional adaptado que possa ser frequentado, a título livre, por quem não queira obter um diploma. O programa educacional aparece com três ênfases, tendo como propósito que os alunos deixam de ser consumidores e passam a ser produtores: a participação, a integração e a autonomia.

Monteiro e Félix (2008) referem que o movimento das UTI's, tendo como orientação os princípios de Freire e de Rogers, incita a interação, proporcionando a troca entre os conhecimentos e saberes dos alunos adquiridos ao longo da vida de forma empírica e informal e os conhecimentos científicos administrados pelos professores. Este intercâmbio de saberes manifesta-se pela interação entre o viver e o saber, “promovendo nos alunos a aquisição de competências para melhor compreenderem as pessoas e o mundo onde interagem e assim poderem viver melhor” (Monteiro & Félix, 2008, p. 45).

As UTI's surgem como resposta social uma vez que “combatem o isolamento e a exclusão social dos mais velhos, principalmente a seguir à reforma; incentivam a participação dos seniores na sociedade; divulgam os direitos e oportunidades que existem para esta população; reduzem o risco de dependência e são um pólo de convívio” (Jacob, s/d., p. 4). Deste modo, estão associadas aos objetivos da melhoria da qualidade de vida dos seniores e da formação ao longo da vida, prevenindo o isolamento e exclusão social. Nesta medida, na opinião de Formosa, constituem “um movimento social na medida em que não se concentra na tentativa de influenciar as estruturas legislativas ou de exercer pressão sobre o governo para fazer novas leis e mudar outras que são ofensivas para as pessoas idosas” (2000, p. 327).

3.2. UTI's em Portugal

Em Portugal, o movimento das Universidades Populares (UP) surge nos finais do século XIX com o objetivo de democratizar o acesso ao conhecimento e à formação cultural, científica e técnica nas diversas áreas do saber e da atividade social. Na década de 30, com o regime ditatorial, foram encerradas todas as UP, pois, alegadamente, eram uma fonte de acesso ao conhecimento e à cultura, o que pode conduzir à subversão social e política. Após o 25 de Abril de 1974, recomeçaram as atividades das UP, embora, como seria natural, de uma forma muito politizada. Atualmente, apenas a UP do Porto está em funcionamento (Jacob,2012, p. 21).

A primeira UTI chega a Portugal em 1976 com a criação da Universidade Internacional da Terceira Idade de Lisboa (UITI) pelo Dr. Herberto Miranda, localizada no Chiado, em Lisboa. A passagem do Dr. Herberto Miranda por Paris terá sido essencial para a génese do projeto, visto ter travado conhecimento com Pierre Vellas (Jacob, 2012, p. 32). Segundo Miranda (cit. por Monteiro & Neto, 2008, p. 55), e apesar de não estar legalmente reconhecida, “a UITI oferece ‘licenciaturas’, ‘mestrados’ e ‘doutoramentos’, com a apresentação de teses e tudo. Quem não quiser o ‘título’, pode simplesmente matricular-se nas disciplinas que entender”.

De acordo com Costa,

De então para cá, instituições similares foram surgindo um pouco por todo o país, adoptando designações diversas – Universidades Seniores, Universidades do Autodidacta e da Terceira Idade, Academias de Cultura e Cooperação – mas todas convergindo para os mesmos propósitos: promover a cultura e a educação ao longo da vida e proporcionar formas saudáveis de ocupação dos tempos livres. (1999, p. 30)

Embora as UTI's tivessem aparecido na década de 70, numa primeira fase, o seu aparecimento e crescimento ficou circunscrito ao Porto e a Lisboa. No entanto, em 2000, deu-se uma “verdadeira explosão de UTI's até atingirem 192 em 2011, movimentando perto de 30.000 alunos” (Jacob,2012, p. 32), o que ficou a dever-se, essencialmente, à consciencialização pelo Estado e pela

sociedade do papel dos mais velhos, devido ao envelhecimento demográfico, à maior atenção por parte dos média e à existência de uma rede organizada de UTI's. Atualmente, devem existir mais de 200 UTI's em todo o país.

Em Portugal, nos últimos anos, as transformações foram muitas, desde o aumento da esperança média de vida, passando pela melhoria dos cuidados de saúde, até ao aumento das possibilidades de aceder à cultura e à educação para todos. Deste modo, as UTI's surgiram por todo o país, com uma origem expressivamente urbana e no litoral do país, embora nem sempre nos distritos com maior índice de envelhecimento (Henriques, 2012, p. 31).

Monteiro e Neto constataam que

a quase totalidade das UTI funciona fora do sistema escolar, mantendo-se fiéis aos princípios básicos da aprendizagem informal, de acordo com o modelo inglês de Universidades da Terceira Idade. Os alunos não necessitam de pré-requisitos para se matricular e frequentarem qualquer disciplina. Não há limite no tempo da frequência das disciplinas, o que não acontece em Espanha. (2008, p. 55)

No caso de Portugal o modelo adotado será, genericamente, o inglês, segundo o qual as UTI's nascem no seio de organizações sem fins lucrativos, os professores são voluntários e não garante certificação. As UTI's nacionais ministram cursos e disciplinas, dando primazia à divulgação cultural e convívio social, num sistema de educação informal, considerando-se esta como a aprendizagem que não é dispensada por um estabelecimento de ensino ou de formação e que não conduz, tradicionalmente, à certificação. Não obstante, as UTI's não deixam de estar estruturadas, do ponto de vista do aprendente, em termos de objetivos, duração e recursos (Jacob, s/d., p. 5).

No âmbito do modelo inglês, os idosos tanto podem ser professores como alunos, tendo hipótese de fazer pesquisa, baseando-se no ideal de autoajuda. O custo para os participantes é baixíssimo, pois as atividades podem desenrolar-se em edifícios locais, nomeadamente, escolas, centros comunitários, bibliotecas, câmaras, domicílios. Os horários, currículo e métodos são flexíveis, não se exigindo aos alunos pré-requisitos para a sua frequência (Monteiro & Neto, 2008, p. 53).

Nas UTI's, é possível encontrar não só as disciplinas tradicionais (denominadas também por atividades curriculares), como também atividades extracurriculares (viagens, palestras, visitas de estudo, colóquios, seminários, exposições, conferências, intercâmbios com associações e escolas, dia do aniversário da universidade), sendo que, em algumas UTI's, são realizados rituais académicos (Velo, 2000, p. 2).

Segundo o Jacob (2012, pp. 35-36),

Podemos caracterizar os alunos das UTI's como maioritariamente mulheres (76%), com idade entre os 60 e 70 anos, reformados ou domésticas (80%), e com habilitações desde a quarta classe ao doutoramento. (...) A maioria trabalha com professores voluntários, havendo, no entanto algumas que pagam aos professores para todas ou algumas disciplinas.

Além disso, segundo Monteiro e Neto (2008, p. 54), algumas UTI's "desenvolvem várias actividades paralelas (teatro, canto, cerâmica, rendas e bordados, tapetes de Arraiolos, pintura, natação, ginástica,...) e algumas têm revistas e publicações regulares". No entanto, para Velo (2000, p. 7), as ofertas formativas nem sempre incidem sobre a integração social e a promoção da intergeracionalidade, correndo o risco de os seniores serem apenas espetadores e consumidores de cultura, em vez de serem produtores de saber.

No dia 27 de novembro de 1998, foi constituída a Federação Portuguesa das Universidades, Academias e Associações para a Terceira Idade (FEDUATI). No entanto, mais tarde, esta associação extinguiu-se. Em abril de 2004, no III Encontro Nacional de Universidades Seniores, em Almeirim, as 30 Universidades presentes resolveram criar uma nova estrutura associativa, a RUTIS (Associação Rede de Universidades da Terceira Idade), que viria a ser constituída juridicamente em 2005 e cujo presidente/fundador foi o professor Luís Jacob (Jacob, 2012, p. 33).

As UTI's, tal como já referido anteriormente, assumem designações diversas, tendo estatutos próprios pelos quais se regem ou estatutos das organizações às quais estão agregadas. No caso das UTI's que pertencem à RUTIS, os objetivos estatutários são os seguintes:

- a) “Promover o envelhecimento ativo em todas as suas vertentes;
- b) Apoiar, unir, promover, representar e reconhecer as universidades da terceira idade e projetos similares sem fins lucrativos, adiante UTI’s;
- c) Fomentar a educação e o ensino, a formação profissional e a aprendizagem ao longo da vida;
- d) Incentivar a investigação académica e científica na área do envelhecimento e da cidadania;
- e) Fomentar a cooperação para o desenvolvimento, para a cidadania dos direitos humanos, para a cidadania e a igualdade, assim como para a solidariedade entre os povos nomeadamente entre os mais necessitados;
- f) Atuar na prevenção e promoção da saúde;
- g) Estimular o voluntariado, na e para a sociedade;
- h) Ajudar a criar uma identidade europeia e estreitar laços com as comunidades portuguesas no mundo;
- i) Promover outras atividades de solidariedade e desenvolvimento de solidariedade e desenvolvimento comunitário que se achar conveniente.

A RUTIS tem ainda como missão: “Promover o envelhecimento ativo, defender, representar e dinamizar as US e incentivar a participação social dos mais velhos” (Jacob, 2012, p. 7).

3.3. Perspetivas educacionais para as pessoas seniores: da gerontologia à aprendizagem ao longo da vida

As últimas décadas são marcadas pelo surgimento de vários termos que fazem referência ao estudo da velhice. A gerontologia é entendida como o campo de estudo dos idosos e dos fatores fisiológicos, psicológicos, sociais e culturais relacionados com o envelhecimento. Dentro da gerontologia surge a gerontologia educacional ou gerontagogia definida por Peterson (1976, p. 62) como “o estudo e a prática de tarefas educativas para e acerca dos seniores e das futuras pessoas seniores”. A sua definição distingue três componentes: 1)

os esforços educacionais desencadeados com o intuito de modificar atitudes e comportamentos de adultos mais velhos; 2) os esforços educacionais que visam melhorar as atitudes da população em relação aos idosos; e 3) a preparação profissional de pessoas que trabalham neste campo.

Tradicionalmente, a psicologia do desenvolvimento apenas estudava as mudanças que ocorriam na criança e no adolescente; só mais tarde é que se começou a inclinar sobre a idade adulta e o processo de envelhecimento. Jung deixa claro que envelhecer faz parte da vida e que a velhice é tão importante como as restantes etapas do ciclo vital, quando afirma que “o entardecer da vida humana é tão cheio de significação quanto o período da manhã. Só diferem quanto ao sentido e intenção” (1980, p. 61).

O fenómeno do aumento da duração vida humana, tal como já foi referenciado, é cada vez mais acentuado, pelo que há cada vez mais seniores com mais idade. Entre as preocupações e consequências desta realidade está o problema educativo. Com efeito, “a gerontologia ou teoria e prática sobre a educação dos seniores não apenas favorece esta etapa da vida, mas toda a sociedade e a comunhão entre as diversas gerações, cada vez mais educados os seniores podem, por sua vez tornar-se educadores dos mais novos” (Oliveira, 2008, p. 177). Assim, os seniores podem e devem educar-se e serem educados, quer através da sua experiência, quer através das relações com outras gerações, uma vez que os mais novos podem aprender com os mais velhos e, sobretudo, podem respeitá-los e acarinhá-los, dentro e fora da família.

Nas palavras de Barros-Oliveira,

Já há séculos que se falava da necessidade de uma educação continua e não apenas de crianças. Em particular, em meados do século XVII, o grande pedagogo Komensky (Comênio) defendia, na sua Pampaideia, oito tipos de instituições educativas para tantos outros sectores etários: escola do nascimento, escola da infância, escola da puerícia, escola da adolescência, escola da juventude, escola do adulto, escola do sénior, escola da morte. Porém até há bem pouco, a educação propriamente dita (e mesmo a psicologia do desenvolvimento) terminava com a adolescência. Os adultos eram esquecidos e muito mais os idosos, e falar

de morte era tabu. No entanto, pode e deve falar-se de morte em qualquer idade educativa, muito mais na gerontagogia. (2006, p. 269)

Segundo o mesmo autor (2006, p. 270), de uma forma genérica, quando falamos em educação de adultos, os mais velhos são os que menos participam, essencialmente, os que têm menos cultura ou já estão reformados, participando mais os que continuam ativos e os de nível cultural superior. O mesmo autor considera que “a educação dos adultos seniores deve ter em conta a personalidade, comportamentos e atitudes, bem como o ambiente onde se inserem” (2006, p. 270). Deste modo, a educação deve ser diferencial e contextual: é preciso recorrer muito mais à experiência acumulada do que fornecer novos conhecimentos.

Willis e Schaie (cit. Barros-Oliveira, 2006, p. 271) sugerem

cinco objetivos para a educação do idoso: 1)ajudá-los a compreender as modificações corporais e do comportamento (em particular mudanças cognitivas a nível da memória e da resolução de problemas) que se manifestam na velhice; 2)levá-los a compreender as mudanças tecnológicas e culturais da sociedade contemporânea, mudanças extremamente rápidas, como a informática e tudo o que a ela está ligado (como a internet); 3) torná-los aptos a desenvolver capacidades socioculturais e do envelhecimento; 4) levá-los a adquirir novas aptidões para lidar com as novas situações; 5) fazê-los aceder a um desenvolvimento satisfatório e a descobrir novos papéis, como o voluntariado. Tudo isto com o apoio de instituições ou associações vocacionadas para ajudar, a todos os níveis, aos idosos, como as Universidades de Terceira Idade.

A educação para idosos tem sido, na opinião de Jacob (2012, p. 16), objeto de inúmeros estudos, sendo aceite, na atualidade, duas perspetivas teóricas complementares: “uma que concebe a educação como estratégia de ‘socioterapia’, promovendo e estimulando a integração social, e neste caso a educação é um instrumento de promoção social. A segunda perspetiva concebe um envelhecimento melhor para aqueles que mantêm a mente ativa através de atividades educativas”.

Deste modo, a educação evita o deteriorar das atividades cognitivas. Educar para envelhecer e a consciencialização do que advém ao organismo pode facultar ter uma melhor qualidade de vida, bem como compreender o próprio corpo é fulcral para um envelhecimento com sucesso. Ora, neste aspeto, as UTI's também têm feito um trabalho significativo, possibilitando aos alunos a consciencialização dos comportamentos e das atitudes que melhor se adequam a um envelhecimento saudável (Monteiro & Félix, 2008, p. 47).

Não restam dúvidas de que os idosos de hoje são cada vez mais saudáveis, assim como cada vez mais instruídos. Ora, a experiência mostra que educação apela a mais educação, no sentido em que a elevação do nível educacional desencadeia maior procura de educação (Simões, 2006, p. 12), pelo que tem sentido afirmar:

mais saudáveis, mais longevas, mais instruídas, tais serão as novas gerações dos idosos (...) E serão os sujeitos desta nova velhice que constituirão a nova clientela para a educação. (Simões, 2006, p. 13)

Segundo Vandenplas-Holper (2000, p. 308), a “educação e formação ao longo da vida visa promover o desenvolvimento pessoal e o sentido de iniciativa das pessoas, a sua integração na vida activa e na sociedade, a sua participação no processo de decisão democrática e a sua aptidão a adaptarem-se às mudanças económicas, tecnológicas e sociais”. Constata-se, deste modo, uma necessidade de desenvolver o potencial dos seniores, tornando-os agentes ativos na sociedade e comprometendo-os no trabalho em diferentes áreas.

Com efeito, existem cada vez mais investigações que procuram identificar os fatores que podem influenciar o desempenho cognitivo ao longo da vida, quer ao nível das condições de saúde, quer ao nível dos fatores biológicos e genéticos. Ora, uma das principais conclusões é a de que o processo de envelhecimento pode ser influenciado pelas práticas do chamado “envelhecimento ativo”, entre as quais se inclui ALV, conceito que remete para a importância de manter atividades depois da reforma que conservem as capacidades e promovam a saúde.

Nesta lógica de ALV, existem três categorias de atividades de aprendizagem (Comissão Europeia, 2000, p. 9):

- Aprendizagem formal – é desenvolvida em instituições de ensino e formação e conduz à certificação através de diplomas e classificações;
- Aprendizagem não-formal – ocorre paralelamente à formação educacional, podendo ou não conduzir à certificação, sendo exemplo a participação em aulas de arte, música, desporto;
- Aprendizagem informal – está alicerçada às experiências da vida quotidiana que resultam em aprendizagens involuntárias.

A promoção da ALV deverá ser personalizada, pois a consideração pelas necessidades individuais de aprendizagem é condição básica para o sucesso e para a igualdade de oportunidades (Comissão Europeia, 2000, p. 5). Para além disso, de acordo com os teóricos da aprendizagem, para que haja motivação que impulse a aprendizagem, é necessário existir uma necessidade e/ou um desejo. De acordo com McClusky (cit. por Finsen, 2002, p. 43), os adultos mais velhos têm quatro tipos de necessidades de aprendizagem:

- Necessidade de enfrentar problemas (necessidades de *coping*) – relacionadas com o ajuste de vida diária, como aptidão física e autosuficiência económica;
- Necessidade de expressão – relacionadas com o interesse de participar em atividades do seu interesse;
- Necessidade de contribuição – relacionadas com a decisão em contribuir de forma útil para a sociedade;
- Necessidade de influência – relacionadas com o interesse de se tornar um agente de mudança social.

A investigação tem-se centrado sobre as motivações que estimulam os adultos para a aprendizagem, mas, nos últimos anos, a investigação também tem procurado identificar as barreiras que se opõem à participação dos adultos

em atividades de aprendizagem. Cross (cit. por Barros-Oliveira, 2006, p. 270) aponta três obstáculos que dificultam os adultos e, particularmente, os mais idosos de serem abrangidos ou se deixarem abranger pela educação: barreiras de ordem situacional (diversas circunstâncias, como a falta de tempo), de ordem institucional (como a acessibilidade da escola) e disposicionais (características idiossincráticas dos sujeitos, como pouca confiança nas suas capacidades para aprender).

Hoje em dia, a nível político, tomou-se consciência de que é possível influenciar o processo de envelhecimento através da promoção de políticas e práticas de envelhecimento ativo. De acordo com a Comissão Europeia, a ALV promove a realização pessoal, a cidadania ativa, a inclusão social e a empregabilidade/adaptabilidade. A tónica sobre este conceito é, hoje, menos direcionada para as dimensões do mercado de trabalho do que para as dimensões espirituais e culturais da aprendizagem. Contudo, e para que se assista à emergência de uma “cultura de aprendizagem” (Comissão Europeia, 2000, p. 4), é necessário criar oportunidades de aprendizagem, aumentar os níveis de participação e estimular a procura de aprendizagem, enfatizando a importância de aprender em qualquer idade.

ESTUDO EMPÍRICO

CAPÍTULO QUATRO

CONTEXTO DO ESTUDO: CARACTERIZAÇÃO DA UTI

4.1. Breve historial e caracterização

A 11 de janeiro de 1994, numa cidade do norte de Portugal, nascia a UTI num edifício, através do ato oficial de celebração da escritura de constituição da Cooperativa Social e Cultural, “entidade jurídica que enquadra e institui a Universidade”. Esta UTI resultou do sonho e do querer de meia dúzia de pessoas atentas às necessidades da comunidade, sendo

uma universidade de autodidactas, com dois vectores bem definidos. O social com festas, encontros e convívios, e o intelectual. Um completa o outro. (Soares, 1995, p. 4)

No primeiro trimestre de funcionamento (janeiro de 1994), iniciou com 86 alunos e em duas salas cedidas para o efeito. No entanto, no ano de 1996, com o aumento do número de alunos (140 alunos), surge a necessidade de novas instalações, uma vez que o espaço se tornara limitado. Neste novo espaço, mantiveram-se 4 anos, “no último ano dos quais já a “rebentar pelas costuras” (Menezes, 1999, p. 16). Com 209 associados no final de 1998, devido ao empenho dos diretores e ao apoio do presidente da Câmara Municipal, passaram a usufruir de novas instalações (as atuais), embora, cada vez mais, com o projeto de construção de instalações próprias que possam responder cabalmente às necessidades e ambições da UTI.

Em cada ano, é publicada uma revista, na qual se relatam todas as atividades levadas a cabo pela UTI. No ano de 1995, em outubro, foi editada a n.º 1, com uma tiragem de 1000 exemplares. Em 2001, a publicação da Revista anual mudou para livro, salientando o presidente da UTI “que era chegada a hora de mudar o modo e a data da publicação. (...) Os artigos que normalmente se publicam, o seu conteúdo e até a forma como têm sido publicados, parecem enquadrar-se melhor numa espécie de livro.”

No que concerne à caracterização dos alunos desta UTI, pode constatar-se que é frequentada maioritariamente por seniores que residem na cidade onde se situa; os restantes residem nas freguesias circundantes à cidade.

Por sua vez, verifica-se uma prevalência do sexo feminino (75 %) sobre o masculino (25%).

Dos alunos que frequentam esta instituição apenas 10% frequentou a escola quatro anos; 35% frequentou entre 5 a 11 anos. Os restantes 55 % possuem, pelo menos, 12 anos de escolaridade.

Os alunos são maioritariamente casados (60%); os restantes (40%) são não casados (solteiros, divorciados ou viúvos). O ano de nascimento dos sócios da UTI varia entre 1930 e 1951. A maioria (70%) dos alunos tem entre 65 e 79 anos.

Tendo em consideração que, na primeira metade do século transato, era a classe média que estudava, pode-se apurar que esta instituição é frequentada principalmente por alunos oriundos da classe média. Com efeito, durante a sua vida ativa, os alunos da UTI foram professores (60%), quadros médios(15%), quadros superiores(10%), comerciantes(5%), industriais(5%), profissões liberais(5%).

4.2. Organização e funcionamento

A UTI, atualmente, é composta por 162 alunos, 65 cooperadores e 22 professores (quadro 3). No edifício onde funciona, possui cinco salas, sendo que existe o bar, o ginásio, a sala de artes, a sala de aula e, por fim, o “salão nobre” também designado por auditório.

Quadro 3– Recursos humanos do ano letivo 2012/2013

Ano letivo	Nº alunos	Nº professores	Órgãos de gestão e administração	Nº salas	Nº disciplinas
2012/2013	162	22	Direção; Assembleia Geral; Conselho fiscal	5	25

A gestão e administração da US são partilhadas pelos seguintes órgãos: direção, conselho fiscal, assembleia geral.

A direção tem como funções a gestão e administração da instituição, coordenando a aplicação do plano de atividades e todas as atividades da UTI.

O conselho fiscal tem por função, principalmente, fiscalizar as contas e orçamentos.

Por seu turno, a assembleia geral é um órgão do qual fazem parte todos os alunos da UTI, ou seja, todos os sócios. A sua função é a de regular a gestão da UTI, aprovando, designadamente, o plano anual de atividades, o orçamento anual e o relatório de contas.

O número de horas de funcionamento da UTI é de oito horas diárias, divididas em dois períodos distintos: manhã e a tarde. Deste modo, como se pode verificar no quadro 4, a UTI funciona das 9:00 às 19:00h, com o intervalo de almoço das 12:00 às 14:00h.

Quadro 4 - Horário de funcionamento da UTI

HORÁRIO PARA O ANO LECTIVO 2012/2013

SEGUNDA				TERÇA				QUARTA				QUINTA				SEXTA			
09h00 - Abertura				09h00 - Abertura				09h00 - Abertura				09h00 - Abertura				09h00 - Abertura			
Aulas	Inic	fim	Local	Aulas	Inic	fim	Local	Aulas	Inic	fim	Local	Aulas	Inic	fim	Local	Aulas	Inic	fim	Local
												Reiki	10H00	11H00	Ginásio				
Hidrogin	10h30	11h15	Piscina	Ginástica	10h00	11h00	Ginásio					Hidrogin	10h30	11H15	Piscina	Ginástica	10h00	11h00	Ginásio
12h00 - Fecho				12h00 - Fecho				12h00 - Fecho				12h00 - Fecho				12h00 - Fecho			
14h00 - Reabertura				14h00 - Reabertura				14h00 - Reabertura				14h00 - Reabertura				14h00 - Reabertura			
Informática	14h30	16h00	Sala Artes	DANÇA S	15h00	16h30	Ginásio	Artes Manuais	15h00	18h00	S. Artes	Cavaquinhos	15h00	16h30	Ginásio				
Informática	16h00	17h30	Sala Artes	Costura	15h00	18h00	S. Artes					Pintura	15h00	18h00	S. Artes	REUNIOES FIM ANO	15H00	16H00	Ginásio
												Inglês 2	15h00	16h00	Sala 1	Educação p/a Saúde	16h00	17h00	Sala 1
Hist.Ling. Portuguesa	15h00	16h00	Sala 1	Cultura Religiosa	15h00	16h00	Sala 1	Coral	15h00	16h00	Salão Nobre	História da Música	15h00	16h00	Salão Nobre				
Filosofia	16h00	17h00	Sala 1	Inglês 1	16h00	17h00	Sala 1					Educ. Emocional	16h00	17h00	Sala 1	Teatro e Jogos	16h00	18h00	Ginásio
				Português	16h00	17h00	Salão Nobre	História	16h00	17h00	Sala 1								
TUNA	16h00	17h00	Ginásio					Cantares de Reis	16h00	17h00	Ginásio	TUNA	16h30	17h30	Ginásio				
Francês	17h00	18h00	Sala 1	Psicologia	17h10	18h00	Sala 1												
19h00 - Fecho				19h00 - Fecho				19h00 - Fecho				19h00 - Fecho				19h00 - Fecho			

A UTI oferece atividades que procuram dar resposta à procura de educação permanente não formal para adultos mais velhos, tendo em consideração a idade e os interesses dos seus alunos. Todas as atividades são preparadas, planeadas e organizadas em regime de voluntariado. As atividades

lecionadas nesta UTI podem ser consideradas práticas e teóricas, tal como podemos verificar no quadro 5, sendo que as disciplinas mais procuradas são as de cariz prático.

Quadro 5 – Oferta formativa da UTI

Oferta formativa	
Disciplinas teóricas	Disciplinas práticas
História língua portuguesa	Hidroginástica *
Filosofia	Informática
Francês	Tuna
Cultura religiosa	Ginástica
Educação emocional	Danças
Inglês	Costura
Português	Cantares de reis
Psicologia	Artes manuais
História	Coral
História da música	Reiki
Educação para a saúde	Cavaquinhos
	Pintura
	Teatro e jograis.
* Atividade funciona fora do edifício	

CAPÍTULO CINCO

METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO

5.1. Objetivos do estudo

O objetivo principal desta investigação é compreender as expectativas e o grau de satisfação vivenciados pelos seniores na frequência de uma UTI.

Em função deste objetivo geral, foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Compreender o padrão de frequência da UTI, nomeadamente em relação ao género, idade e atividade profissional anterior;
- Conhecer os motivos de frequência;
- Avaliar a importância da UTI na integração da vida ativa e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos seniores;
- Dilucidar a categoria de atividades de aprendizagem presente no funcionamento da UTI;.
- Identificar a interação familiar do sénior e a UTI

Com base nestes objetivos, demos início ao estudo com a pretensão de compreender, conhecer e analisar a realidade no próprio contexto, valorizando o olhar e a opinião dos próprios seniores.

5.2. Questões de partida e hipóteses

A questão de partida deste estudo exploratório é a seguinte:

- quais são as expectativas e qual é o grau de satisfação dos seniores quando frequentam uma UTI?

Tendo em conta a pergunta de partida, várias questões foram, ainda, consideradas:

- A motivação de ingresso correlaciona-se com a solidão?
- As pessoas que frequentam a UTI têm necessidade de se sentirem incluídos?

- Os fatores sociodemográficos, tais como, nível de instrução, profissão, idade e género, influenciam a frequência na instituição?
- Ao frequentarem a UTI, qual será o grau de satisfação?
- Através da frequência na UTI, os alunos sentem uma maior aceitação social?
- Existe participação familiar na vida da UTI?

Face às questões de investigação propostas, formulámos as seguintes hipóteses:

H1 - Os alunos da UTI sentem um grau de satisfação elevado.

H2 - Os alunos da US são maioritariamente do género feminino, com idade inferior a 75 anos e a atividade profissional anterior, de algum modo, ligada ao ensino e/ou pedagogia.

H3 - Os principais motivos de frequência são a aprendizagem e o convívio.

H4 - A UTI proporciona novas aprendizagens, otimizando o exercício mental e físico através de um processo de envelhecimento ativo.

H5 - A aprendizagem presente na UTI é não formal.

H6 - A família dos seniores participam nas atividades da UTI.

5.3. Opções Metodológicas

Minayo define metodologia como “o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade”(2008, p. 14). Ainda segundo a mesma autora, a metodologia reúne, ao mesmo tempo, “a teoria da abordagem (o método), os instrumentos de operacionalização do conhecimento (as técnicas) e a criatividade do pesquisador (sua experiência, sua capacidade pessoal e sua sensibilidade) (Minayo, 2008, p. 14).

A investigação é um estudo sistemático à procura de conhecimentos e respostas em relação a um determinado objeto com o fim de o incorporar, de forma comunicável e comprovável, a um corpo de conhecimento que se dispõe

numa dada área de reflexão. Este estudo sistemático expressa uma concepção determinada do que seja essa área: do sentido e do lugar que ela ocupa no contexto amplo dos conhecimentos (Batista, 2001, p. 32).

Neste sentido, o problema subjacente a este trabalho prende-se com os seguintes vetores de análise: o funcionamento da UTI e as lógicas de frequência, o bem-estar dos seniores e as questões relacionadas com o envelhecimento ativo.

Nas ciências sociais e humanas, pela grande importância dada ao contexto dos sujeitos estudados, surge muitas vezes a necessidade de se utilizar métodos complementares para uma melhor compreensão dos fenómenos investigados. Os métodos de investigação devem ser, assim, escolhidos consoante os temas estudados, os objetivos da investigação, os sujeitos participantes e a formação e experiência do investigador.

As duas principais abordagens que encontramos na investigação são a quantitativa e qualitativa, cuja principal diferença é que

a abordagem quantitativa funda-se na frequência, de aparição de certos elementos da mensagem. A abordagem não quantitativa recorre a indicadores não frequenciais susceptíveis de permitir inferências. (Bardin, 1977, p. 107)

Para Bardin (1977, p. 107), a abordagem quantitativa e a qualitativa não têm o mesmo campo de ação, pois uma gera dados descritivos sob um método estatístico, configurando-se como uma análise mais objetiva, mais fiel e mais exata. A outra, respetivamente, caracteriza-se como um método mais intuitivo, mais maleável e adaptável, possibilitando interpretar situações imprevistas, ou que haja evolução das hipóteses de pesquisa.

A investigação qualitativa pode, assim, associar-se à investigação quantitativa para obter informações mais completas ou seja, são complementares e não opostas ou antagónicas (Pais Ribeiro, 2007, p. 75). Enquanto a investigação quantitativa privilegia a quantidade, a frequência e tudo aquilo que pode ser quantificado, podendo-se extrapolar resultados, a investigação de cariz qualitativo enfatiza a explicação e/ou compreensão dos

fenómenos e dos factos que, só pela metodologia quantitativa, poderiam não ser satisfatoriamente analisados.

Ora, este estudo exploratório foi realizado, sobretudo, a partir de uma abordagem quantitativa, através do recurso a um inquérito por questionário. No entanto, foram incluídos questões abertas e recorremos a documentos que nos permitiram, ao mesmo tempo, complementar os dados quantitativos com dados de natureza qualitativa.

Consideramos fundamental dar supremacia à voz das próprias pessoas, preferindo o inquérito por questionário como principal instrumento de recolha de dados.

A opção pela utilização do inquérito por questionário pareceu-nos a mais adequada visto que, na ótica de Quivy e Campenhoudt (1992, p. 190), o questionário é um instrumento baseado numa série de questões escritas que são dirigidas a um conjunto de indivíduos, envolvendo as suas opiniões, crenças, expectativas, representações e informações factuais, sobre eles próprios e o seu próprio meio.

Para a concretização deste estudo, seleccionou-se uma UTI geograficamente situada no norte do país, na qual obtivemos uma amostra de 75 alunos ($n=75$) numa população de 162 alunos ($N=162$) que frequentam a UTI no ano letivo 2012/2013.

Para efeitos de tratamentos dos dados, foram utilizadas duas técnicas: a análise estatística através de tabelas de frequência e a análise de conteúdos através de um processo de categorização.

5.4. Procedimentos de Investigação

Numa primeira fase, procedeu-se ao contato com a direção da UTI para solicitar a autorização para a aplicação dos questionários utilizados no presente estudo. A direção comunicou a autorização da pesquisa, solicitando o envio de um pedido formal com o propósito de obter o consentimento da mesma. Em novembro de 2012, foi formalizado o pedido para a realização deste estudo,

perante o envio de uma carta (anexo 1). A autorização formal foi concedida e o trabalho iniciou-se na mesma data.

Foi efetuada uma aplicação inicial no intuito de fazer ajustes e aferições no questionário final. Neste sentido, aplicamos o questionário (pré-teste) a sete alunos da UTI, tendo como objetivos testar a qualidade das perguntas e razoabilidade da sua ordenação, bem como verificar se as respostas tinham possibilidade de corresponder à informação pretendida.

Da análise dos dados obtidos nesta recolha inicial, verificou-se que algumas das perguntas do questionário não foram compreendidas de maneira uniforme pelos inquiridos. Procedeu-se, então, à sua reformulação, passando, deste modo, o questionário inicial por alguns ajustes, dos quais resultou a proposta final apresentada.

Posteriormente, o questionário foi distribuído a 100 alunos frequentadores da UTI para que eles próprios os preenchessem (questionários de administração direta). Todos os alunos foram devidamente informados dos objetivos do estudo e do tratamento sigiloso dos dados, manifestando a concordância na participação do mesmo.

Os alunos responderam individualmente nas diferentes aulas e nos intervalos.

De seguida, foram transcritas as respostas obtidas para o tratamento das informações através da análise de conteúdo; as informações prestadas de carácter quantitativo foram tratadas utilizando as técnicas de estatística descritiva.

Do total dos questionários preenchidos e entregues pelos participantes, 75 foram validados.

Para garantirmos uma maior fidedignidade das respostas aos questionários presenciámos algumas atividades e efetuámos várias visitas à instituição, visando uma maior abertura e confiança aquando da sua aplicação.

Os questionários foram recolhidos entre dezembro de 2012 e abril de 2013, sendo que todos os participantes receberam por escrito e também pessoalmente o nosso agradecimento pelo contributo dado ao estudo.

5.5. Técnicas de Recolha de Dados

Utilizamos como instrumento de recolha de dados o inquérito por questionário (Anexo 2) e análise documental.

O questionário elaborado é constituído por duas secções:

- a secção A para a recolha de dados de caracterização sociodemográficas (género, idade, naturalidade, atividade profissional, área de residência, estado civil, escolaridade, convivência social e de como gosta de ser visto).

- a secção B para a recolha de dados relativos aos motivos de frequência, ao grau de satisfação relativamente à UTI, às semelhanças entre escola tradicional e a UTI, ao funcionamento das atividades, ao reconhecimento social, à participação familiar e à perspetiva da família.

Para análise estatística dos dados, os dados foram introduzidos numa base de dados e foram utilizados os programas Excel SPSS 20.0.

Para a análise de conteúdo, organizamos os dados coletados por dimensões e por categorias, permitindo gerar interpretações e inferências.

CAPÍTULO 6

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

6.1. Características sociodemográficas da amostra

Como podemos verificar pelo gráfico 1, existem diferenças relativamente ao sexo dos alunos que estudam na UTI: verifica-se uma predominância significativa do sexo feminino (72%) comparativamente ao sexo masculino (28%).

No que respeita à idade (gráfico 2), constata-se um predomínio de estudantes da UTI com idades compreendidas entre os 65 -79 anos de idade (69%).

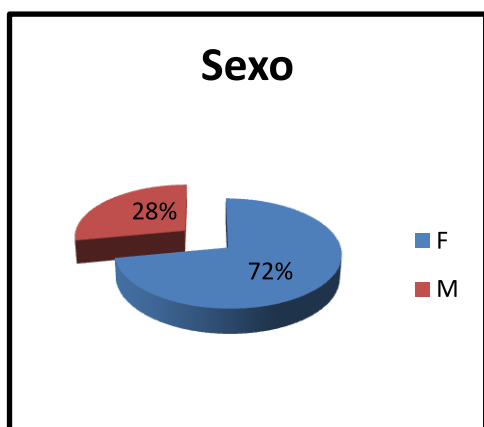


Gráfico 1- Género dos seniores

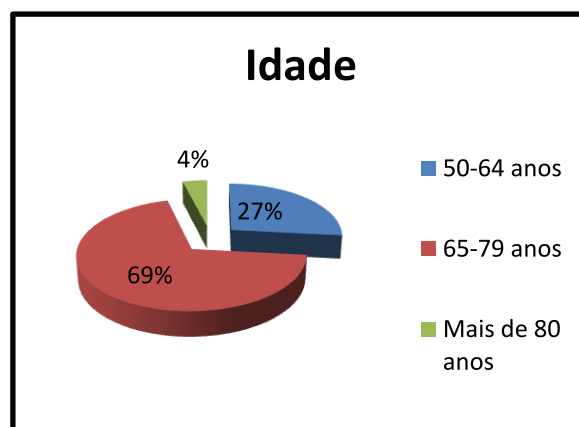


Gráfico 2- Idade média dos seniores

No que concerne à escolaridade (gráfico 3), podemos observar que mais de metade dos alunos da UTI (58%) frequentaram mais de 12 anos a escola, 33% frequentaram entre 5 a 11 anos e somente 9% frequentaram 4 anos.

Relativamente ao estado civil (gráfico 4), a maioria dos alunos está casada ou a viver em união de facto (53%), sendo que há um número significativo de alunos que são viúvos (as) (27%) e divorciados/separados (16%). O estado civil de solteiro(a) está presente em número reduzido (4%).

Assim, a análise do gráfico 4 permite-nos aferir uma significativa heterogeneidade de níveis de escolaridade dos alunos da UTI.

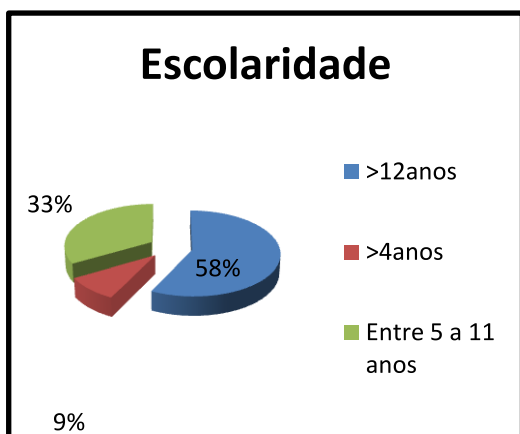


Gráfico 3- Nível de escolaridade dos seniores

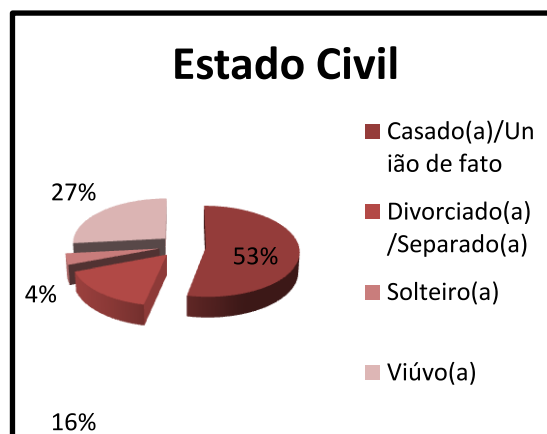


Gráfico 4- Nível de escolaridade dos seniores

De acordo com o gráfico 5, a atividade profissional mais significativa desenvolvida pelos alunos durante a vida ativa é a de professor, representando quase 1/3 da amostra. Mas os resultados revelam uma elevada heterogeneidade de percursos profissionais, desde bancários até operários têxteis. Convirá acrescentar ainda que 100% dos alunos se encontram na situação de reformados.

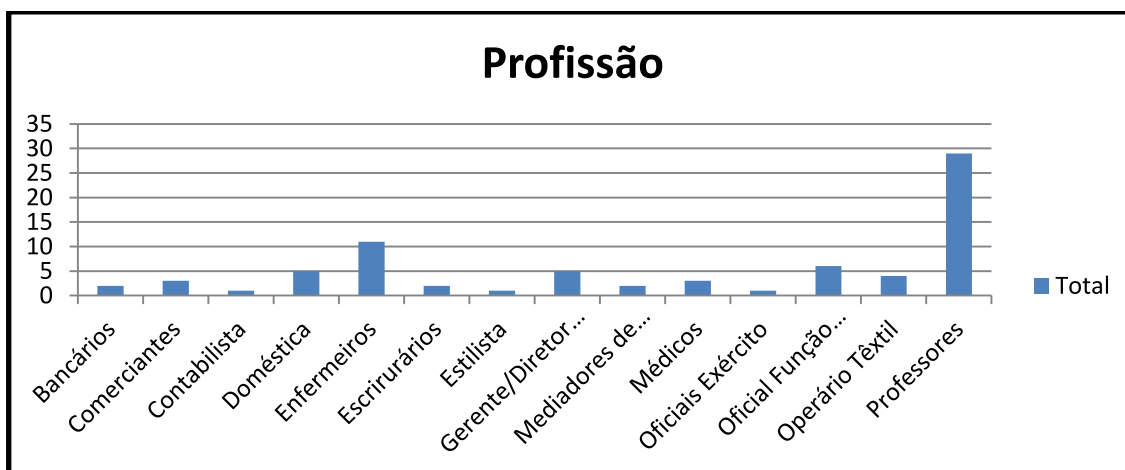


Gráfico 5- Atividade profissional dos seniores

A grande maioria dos alunos da UTI são residentes na sede do concelho (gráfico 7), sendo que, conforme podemos observar no gráfico 6, a zona de residência dos alunos é maioritariamente a zona urbana (84%).

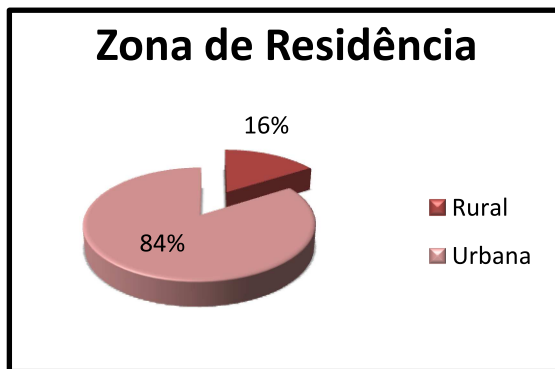


Gráfico 6- Zona de residência

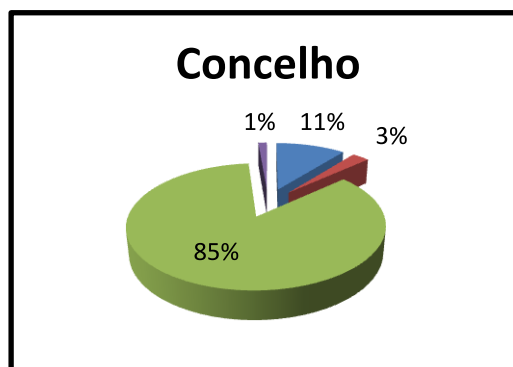


Gráfico 7- Concelho de residência

Relativamente ao modo como gostam de ser vistos pelos outros (gráfico 8), os participantes preferem, claramente, a designação de “sénior” (93%) e a seguir a designação de “idoso” (4%).

Quanto à convivência social, podemos constatar (gráfico 9) que a maioria (40%) vive em casa, 29% vive com a família alargada e 27% vive sozinho.



Gráfico 8- Como gosta de ser visto

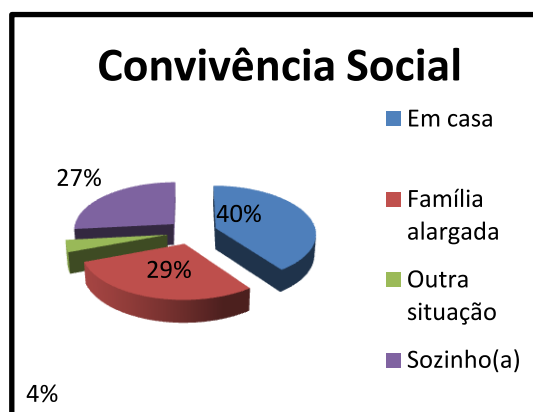


Gráfico 9- Convivência social

6.2. Dimensão 1 – Motivos e expetativas em relação à UTI

6.2.1. Motivos de frequência

Os resultados obtidos permitem afirmar que, quando questionados sobre os motivos que os levaram a ingressar na UTI, os alunos consideram três motivos principais: em primeiro lugar, ter um relacionamento com outras pessoas (92%); em segundo lugar, obter novos conhecimentos (88%); e, em terceiro lugar, o facto de poder ser considerado uma pessoa ativa (73%).

Podemos, assim, realçar que a aprendizagem e o envelhecimento ativo são os motivos importantes, mas, de facto, é a necessidade de estabelecer novos relacionamentos que determina a frequência da UTI, o que sinaliza um problema gravíssimo de solidão e abandono da população sénior.

Independentemente do sexo, comprova-se que os motivos que levam as pessoas a frequentarem a US são: sociais (como relacionar-se com outras pessoas, o facto de poder ser considerado ativo) e formativos (ampliação de conhecimentos).

6.2.2. Grau de satisfação

De acordo com a tabela 1, verifica-se que 78,6% dos alunos consideram que as condições da UTI são muito boas. Uma percentagem residual (4%) discorda totalmente desta afirmação.

Tabela 1 - As condições da UTI

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	3	4
Discordo em parte	7	9,3
Indiferente	6	8
Concordo em parte	43	57,3
Concordo totalmente	16	21,3
Total	75	100

Quando questionados sobre o grau de satisfação relativamente à UTI (tabela 2), uma maioria significativa manifesta uma elevada concordância (42,7% concordam parcialmente e 38,7% concordam totalmente).

Tabela 2 - Satisfação com a UTI

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	1	1,3
Discordo em parte	2	2,7
Indiferente	10	13,3
Concordo em parte	32	42,7
Concordo totalmente	29	38,7
Total	74	100

Por outro lado, conforma a tabela 3, menos de metade dos alunos (46,6%) assume um efeito positivo no que respeita à integração na comunidade pelo facto de frequentar a UTI, mas uma percentagem equilibrada de alunos afirma que é indiferente (25,3%) ou que não concorda com esta afirmação.

Tabela 3 - Integração na comunidade

	Frequência	Percentagem
Discordo totalmente	9	12
Discordo em parte	10	13,3
Indiferente	19	25,3
Concordo em parte	28	37,3
Concordo totalmente	7	9,3
Total	73	100

No que respeita às necessidades dos alunos (tabela 4), do total de participantes, 78,7% consideram que as atividades que a US dispõe vão ao encontro das suas necessidades, sendo que as classes discordantes são, de facto, meramente residuais.

Tabela 4 - As atividades propostas vão ao encontro das necessidades individuais

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	0	0
Discordo em parte	4	5,3
Indiferente	11	14,7
Concordo em parte	35	46,7
Concordo totalmente	24	32,0
Total	74	100

Relativamente ao efeito da UTI na mudança de vida, mais de metade dos alunos (53,4%) concorda que, depois do ingresso na UTI, a sua vida se modificou positivamente.

Tabela 5 - Efeito da UTI na mudança de vida

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	9	12,0
Discordo em parte	8	10,7
Indiferente	17	22,7
Concordo em parte	29	38,7
Concordo totalmente	11	14,7
Total	74	100

No que concerne à utilidade dos conhecimentos adquiridos (tabela 6), a maior parte dos participantes no estudo (64%) refere que são utilizados no seu quotidiano, existindo, no entanto, 20% dos alunos que considera que os conhecimentos adquiridos são indiferentes quanto à sua utilização.

Tabela 6 - Utilizo os conhecimentos adquiridos na UTI no dia-a-dia

	Frequência	Porcentagem
Discordo totalmente	6	8,0
Discordo em parte	5	6,7
Indiferente	15	20,0
Concordo em parte	37	49,3
Concordo totalmente	11	14,7
Total	74	100

Como se pode observar nas tabelas acima apresentadas, a maioria dos resultados aponta para uma prevalência das classes concordantes, à exceção do item referenciado na tabela 3 respeitante à integração social. Assim, a frequência da UTI apresenta médias superiores a 50% nas classes concordantes, das quais se infere que grau de satisfação é claramente positivo.

6.2.3. Importância da UTI

Relativamente à importância da UTI, os alunos apresentam as seguintes justificações:

- poder ocupar-me em atividades que gosto e me enriquecem. (Q3)⁴
- o convívio, o conhecimento de novas amizades e a prática constante de exercícios físicos e mentais. (Q4)
- recordar coisas aprendidas anteriormente e conviver. (Q11)
- maior integração na sociedade e faz viver uma vida mais intensamente.(Q13)
- atividades que até à altura não praticava. (Q15)

⁴ Para efeitos de codificação das respostas, utilizamos o símbolo Q (questionário) e número atribuído a cada participante.

- a dignidade e a amizade que lá se vive. (Q17)
- ambiente, o companheirismo, a amizade. (Q21)
- o convívio com outras pessoas, para mim é como uma segunda família. (Q27)
- estar ativo e o convívio. (Q28)
- o facto de aprender a tocar instrumentos e praticar atividades lúdicas que na vida ativa não tive oportunidade. (Q30)
- ter convívio e alargar um pouco mais os meus conhecimentos. (Q40)
- o convívio diário e os laços de amizade. (Q45)
- o convívio, a troca de saberes e experiências. (Q55)
- as atividades: música e rancho. (Q58)
- a possibilidade da ocupação dos tempos num ambiente de são, camaradagem, aprendizagem e alegria. (Q63)
- o convívio franco, afável, respeitoso e sem subserviências. (Q64)
- a convivência e tudo o que dela resulta para o meu ego. (Q65)
- passar o tempo com pessoas da minha idade. (Q73)

Face a estas afirmações dos alunos, a importância da UTI tem muito a ver com a aquisição de novas aprendizagens e até mesmo o recordar de outras aprendizagens já esquecidas, cuja utilidade é referida, verificando-se, assim, uma valorização do aprender ou do reaprender.

É de realçar, por outro lado, a satisfação do convívio e da partilha como fatores de socialização, cuja razão de ser tem muito a ver com uma vontade de integração social e comunitária, uma vez que os alunos que convivem com quem sentem afinidade sentem-se, naturalmente, menos sós.

É evidente, também, a realização pessoal, a oportunidade de concretizar vivências e interesses de vivências anteriores com pessoas da mesma idade são os tantos fatores que sustentam a importância da UTI para os participantes no nosso estudo.

Ao considerar estes resultados pode conjeturar-se que os alunos frequentam a UTI para conviver, travar amizades e aprender, vivendo “mais intensamente” e otimizando o bom funcionamento mental.

6.3. Dimensão 2 – Funcionamento da UTI

6.3.1. Semelhanças/disseminhanças entre escola tradicional e UTI

No que toca a esta categoria, os alunos da UTI parecem valorizar a liberdade de escolha em detrimento da obrigação, pois frequentam as atividades que desejam, fazendo com que esta participação seja voluntária. Deste modo, desenvolvem atividades que lhes dão prazer.

Assim, para os participantes no estudo, as principais diferenças entre o ensino formal tradicional e o ensino não-formal da UTI são as seguintes:

- ausência de rivalidades. (Q1)
- a liberdade de opções sem avaliação. Apenas a satisfação pessoal. (Q3)
- na escola tradicional é a preparação para a integração dum indivíduo na sociedade quer na vida social, política, familiar mas essencialmente na vida profissional, enquanto na UTI é tentar manter a mente sã e procurar escapar à solidão. (Q4)
- No tempo da Universidade/Liceu tinha que estudar, fazer os trabalhos e muito empenhamento. Agora, nesta instituição, os trabalhos são feitos ao ritmo da idade. (Q6)
- a primeira exige muito trabalho e esforço a pensar no futuro. A UTI exige vontade e ajuda a distrair. (Q13)
- diferença é entre obrigação e devoção. (Q15)
- não acho que haja diferença, pois cada uma foi vivida conforme a época. (Q16)
- na escola tradicional há programas a cumprir, na UTI escolhem-se os programas. (Q18)
- aqui não há a preocupação de “exames ou frequências” apenas participação e aquisição de conhecimentos. (Q27)
- a única diferença é que não há exame no fim do ano letivo e ninguém reprova. (Q34)

- a US tem carácter mais lúdico e menos exigente. (Q39)
- na escola a aprendizagem era obrigatória. Na UTI é facultativa e faz-nos lembrar a nossa juventude. Há alegria, passeios, convívios. (Q42)
- não há tanta pressão nas aulas. Nesta há muita troca de ideias. (Q43)
- A UTI é informal e sem qualquer pressão. (Q51)
- Escolas têm regras. Somos mais insubordinados. (Q58)
- no liceu era mais uma situação de obrigação de aprender e evoluir e na UTI é mais lembrar o que aprendeu e conviveu. (Q62)
- tudo o que se faz é de escolha livre, não há competição nem exames. (Q63)

Fica, pois, bem explícito que, para os alunos, na escola tradicional há exames/avaliação, metas, estudo, trabalho, empenhamento, responsabilidade, com programas e horários a cumprir, enquanto na UTI tudo é facultativo, sem pressões, sem preocupações, valorizando-se a vertente social, a comunicação, o informalismo e o “prazer” de aprender sem obrigações.

6.3.2. Funcionamento das atividades

Relativamente ao modo como funcionam as aulas, os participantes no estudo veicularam as seguintes opiniões:

- dentro dos meios que têm procuram gerir o melhor possível. (Q4)
- as aulas funcionam bem. (Q5)
- de forma agradável, ativa e autónoma. (Q6)
- gosto muito pois são aulas muito participativas. (Q9)
- funcionam bem, mas acho que deviam haver mais visitas de estudo. (Q11)
- funcionam com muito convívio e camaradagem. (Q13)
- funcionam bem. Os professores são espetaculares, mesmo sendo voluntários. (Q14)

- acho que funcionam bem, apesar de não frequentar algumas das disciplinas. (Q18)
- as aulas funcionam sem a pressão natural de quem tem de atingir médias altas. (Q21)
- muito bem. Está tudo muito organizado. (Q26)
- os professores são pessoas que sabem expor os temas. (Q28)
- deviam ser mais científicas algumas delas. (Q30)
- as aulas onde não tínhamos nenhuns conhecimentos deveriam ser dadas mais “lentamente”. (Q31)
- funcionam muito bem e cada um pode optar pela área que achar mais interessante. (Q42)
- funcionam bem, tanto na transmissão de conhecimentos como no relacionamento entre professor e alunos. (Q45)
- há poucas disciplinas e sempre pensei que o estudo era levado mais a sério. (Q53)
- as aulas que frequento são boas e bem geridas, bem estruturadas. São exigentes na música. (Q58)
- muito bem. Há uma grande diversidade de aulas e os professores (ótimos) tratam-nos de igual para igual. (Q59)
- são boas e vão de encontro às necessidades intelectuais dos utentes. (Q62)
- as aulas são orientadas por profissionais devidamente habilitados e com formação superior. A direção não interfere. (Q64)
- são um excelente meio de não só passar o tempo, como de aprender algo que ainda desconhecíamos. (Q65)
- não há classificação, e cada um tira os apontamentos que quer e gosta. (Q66)
- funcionam bem, os alunos devido à idade são um pouco menos disciplinados do que o eram liceu. (Q70)

Nestas respostas, os participantes no estudo apresentam uma perceção muito positiva do funcionamento pedagógico da UTI, avultando indicadores relacionados com a organização, a partilha de conhecimentos, o bom

ambiente, a habilitação e a qualidade dos professores e a estrutura das disciplinas.

6.4. Dimensão 3 – Reconhecimento e aceitação social da UTI

6.4.1. Reconhecimento social

Neste aspeto, pode afirmar-se que as opiniões se dividem: por um lado, há alunos que pensam que a UTI implica que haja uma maior aceitação social; por outro lado, há alunos que pensam o contrário, dizendo nem a frequência da UTI acarreta maior aceitação, nem sequer deve ter essa finalidade. Há, pois, uma grande heterogeneidade de sentimentos que estão relacionados com a experiência de vida de cada aluno.

No primeiro caso, encontramos as seguintes respostas:

- sim, em parte. (Q7)
- a princípio não, agora sim. (Q9)
- sim. Pois juntamente com os meus companheiros participamos em eventos que são solicitados à Universidade. (Q21)
- sim. Ganhei novas amizades e uma maior integração no grupo. Sinto-me mais acompanhada. (Q42)
- sinto, porque convivo mais com outras pessoas. (Q47)
- sem dúvida alguma que sim. Os conhecimentos sociais não se restringem à US, mas expandem-se. (Q65)
- acho que sim. É de grande utilidade para os utentes que quiserem e puderem aproveitar as aulas e os respetivos ensinamentos. (Q66)
- sim, conseguimos ter uma melhor integração na sociedade. (Q71)

No segundo caso (os que negam reconhecimento social), os participantes referem o seguinte:

- não, pois sempre tive uma vida social intensa. (Q4)

- não, já usufruo de bastante aceitação social. (Q12)
- não, só mais atividade e amizades. (Q13)
- não, só que esta universidade tem um impacto tão positivo na minha comunidade, que me dá uma enorme alegria. (Q17)
- não. A aceitação social que tinha é igual à que tenho agora. (Q18)
- acho que a participação numa UTI não deve, de forma alguma, ter essa finalidade. (Q45)

6.4.2. Participação familiar

Nesta categoria, as respostas dos participantes são diversificadas. Em primeiro lugar, temos os que consideram que não há interação UTI/família, embora haja uma concordância implícita e explícita:

- Quanto à interação entre a família e a US: não há interação. (Q5)
- não existe qualquer interação entre a minha família e a instituição, mas estão de acordo com as minhas actividades. (Q6)
- quando tem oportunidade interagem. (Q17)
- não há muita interação. (Q24)
- não existe interação e acham-me jovem para frequentar à que consideram uma instituição de terceira idade. (Q30)
- existe pouca intervenção. (Q44)
- a minha família acha bem, mas não interage com a instituição. (Q72)
- a minha família não interage com a instituição. (Q74)

Embora com menor frequência, há quem refira processos de interação entre a família e a UTI:

- assistem com agrado às atividades públicas. (Q49)
- participa bastante quando solicitada. (Q55)
- a minha família participa na Universidade. (Q59)
- interagem sempre com interesse e até ajudam quando é necessário. (Q63)

- com grande adesão e satisfação. (Q64)

6.4.3. Perspetiva da família

Finalmente, a última categoria que considerámos foi o modo como a família vê a participação do aluno na UTI. Na maior parte das situações, os participantes considera que as suas famílias veem a participação dos alunos na US com agrado e satisfação, embora em graus diferentes. Em alguns casos, ressalva-se, ainda, que a frequência da UTI não deve interferir nos planos da família. Vejamos as respostas:

- Dão todo o apoio. (Q3)
- sim. Veem como aspeto positivo. (Q7)
- acham bem e concordam plenamente. (Q15)
- vê com muita admiração. (Q17)
- só põe objeções quando vai contra as necessidades deles. (Q23)
- sim, gostam que eu frequente. (Q26)
- a família vê com bons olhos. Pois o que querem é que esteja em atividade. (Q29)
- Concorda e vê com bons olhos a participação na Universidade. (Q38)
- Indiferente. (Q39)
- A participação é vista como normal. (Q44)
- Concordam totalmente. (Q49)
- com muito agrado e satisfação e com muita tranquilidade. (Q55)
- acham interessante, desde que não os incomodem. (Q58)
- todos aplaudem esta opção que tive inerente à US. (Q65)
- vê a minha participação na universidade como uma atividade diária e ativa. (Q73)

CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

A revisão de literatura efetuada indica que, na modernidade, a velhice é um conceito complexo, multidimensional e relativo social e culturalmente. Neste sentido, tudo aponta para a necessidade de um posicionamento aberto sobre o que é ser sénior atualmente, especialmente se nos centrarmos na perspetiva da resposta dos indivíduos. Olhar para a população sénior exige, pois, uma perspetiva heterogénea, tendo em conta as diferentes trajetórias individuais, os diferentes processos biológicos de envelhecimento e, sobretudo, as diferentes posturas e atitudes face a esta fase da vida.

Com o aumento da esperança de vida, os idosos são confrontados com novas realidades e possibilidades, sendo evidente o aumento dos recursos e das estratégias que proporcionam um envelhecimento ativo, saudável e autónomo. Neste âmbito, as UTI's são uma resposta social, cultural e pedagógica muito interessante, na medida em que proporciona ao sénior quer uma vida ativa, quer uma aprendizagem ao longo da vida, contribuindo, seguramente, para um envelhecimento ativo com sucesso.

Tendo em conta as questões deste estudo, bem como as hipóteses apresentadas, podemos, então concluir o seguinte a partir dos dados que recolhemos:

a) a H1 é confirmada, na medida em que os resultados indicam que os alunos mostram ter uma satisfação elevada na frequência da UTI;

b) quanto ao padrão de frequência da UTI, verifica-se que os alunos são maioritariamente do género feminino, com idades inferiores a 75 anos e com um nível de instrução superior, o que confirma a H2;

c) os resultados apontam, também, para a confirmação da H3, pois, como principais motivos de frequência, foram indicados o convívio, a aprendizagem e a consciência de vitalidade;

d) no que concerne à importância da UTI, os resultados mostram que esta proporciona aos alunos novas aprendizagens, otimiza o exercício mental e físico, relacionando-se com o envelhecimento ativo, o que confirma a H4 apresentada.

e) relativamente à H5, embora os resultados apontem para um carácter não formal em contraste com a escola tradicional, não podemos deixar de

salientar que, retirando a avaliação, a UTI mimetiza e reproduz o modelo escolar;

f) finalmente, H6 é parcialmente confirmada, uma vez que o envolvimento das famílias apresenta grandes disparidades, sendo a UTI encarada, muitas vezes, de um modo ocupacional e suplementar à família.

O estudo revela que mais de metade dos alunos (53,4%) concorda que, depois do ingresso na UTI, a sua vida se modificou, o que evidencia a importância significativa destas organizações na construção de percursos de vida mais solidários, mais interventivos e mais válidos. Neste sentido, educação dos, com e para os seniores é mais do que necessária, na medida em favorece toda a sociedade e as diversas gerações, atuais e futuras, contribuindo para a construção de uma sociedade integradora e inclusiva que também tem um lugar para todos os seniores.

Tendo em consideração as conclusões do nosso estudo, propomos as seguintes recomendações:

- Divulgar e dar a conhecer o projeto UTI junto as populações para que seja um projeto de toda a comunidade e não apenas de uma parte;
- Envolver a família com todas as suas gerações para promover o diálogo intergeracional;
- Concretizar parcerias com outras associações de natureza cultural, desportiva, social, etc.;
- Favorecer o maior intercâmbio de saberes e experiências de vida, aproveitando a heterogeneidade cultural, social e profissional dos alunos da UTI;
- Valorizar as experiências de vida de cada aluno, assumindo que se trata do mais precioso repositório de saber a partilhar com os outros;
- Fomentar o desenvolvimento de uma cidadania ativa e crítica no pressuposto do indispensável contributo dos seniores para o futuro das próximas gerações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, J., & Novo, R. (2006). Avaliação da discriminação social de pessoas idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology, Asociación Espanola de Psicología Conductual*, 6, 1, 65-77.
- Azeredo, Z. et al. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicosoma.
- Bardin, L. (1997). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barreto, J. (1988). Aspectos psicológicos do envelhecimento. *Psicologia*, VI (2), 159-170.
- Barros-Oliveira, J. H. (2006). Educação das pessoas idosas. *Psicologia Educação e Cultura*, X, 2, 267-309.
- Barros de Oliveira, J. H. (2012). *Psicologia do idoso: temas complementares*. Porto: Livpsic.
- Batista, M. (2001). *A investigação em serviço social*. Lisboa- S. Paulo: CPIHTS e Veras Editora.
- Beatty, P.T., & Wolf, M. A. (1996). *Connecting with older adults: Educational responses and approaches*. Malabar: Krieger Publishing Company.
- Carrilho, M.J., & Patrício, L. (2002). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 32, 147-175.
- Carrilho, M.J., & Patrício, L. (2010). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 48, 101-138.
- Carvalho Filho, E., & Netto, M. (2000). *Geriatrics: fundamentos, clínica e terapêutica*. S. Paulo: Editora Atheneu.

- Clara, G.(2012). *O desafio do envelhecimento em Portugal*.Geriatrics prática. Coimbra: Jasfarma.
- Comissão Europeia (2000). *Memorando sobre Aprendizagem ao Longo da Vida*. Bruxelas. Acedido em 12 de março de 2013 de em:http://ec.europa.eu/education/lifelong-learning-policy/doc/policy/memo_pt.pdf
- Débert, G. G. (1999). *A reinvenção da velhice*. São Paulo: EDUSP, FAPESP.
- Dias, I., & Rodrigues, V. (2012). *Demografia e sociologia do envelhecimento*. Lisboa: Lidel Editores.
- Fernandes, A.(1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Findsen, B. (2002). Developing a conceptual framework for understanding older adults and learning. *New Zealand Journal of Adult Learning*, 30 (2), 34-52. Acedido em 12 de março de 2013 de<http://eprints.gla.ac.uk/3278/1/Findsen23Devel2006.pdf>
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento – uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Formosa, A.M. (2000). Older adult education in a Maltese University of the Third Age: a critical perspective. *Education and Age*, 13, 315-338.
- Gesaworld (2005). *Relatório final da fase I de diagnóstico da situação actual*. Lisboa: Ministério da Saúde - Alto Comissariado da Saúde - Cuidados de Saúde e Apoio Social a Pessoas em Situação de Dependência.
- Guerra, I. (2006). *Pesquisa qualitativa e análise de conteúdo – sentidos e formas de uso*. Estoril: Principia Editora.

- Guimarães, P. (2000). O estatuto dos idosos no direito português ou o fim do idoso crepuscular. *Unagui - Revista da Universidade do Autodidacta e da Terceira Idade de Guimarães*, 5.
- Henriques, L.(2012). *Práticas Participativas na Universidade Sénior em contexto rural «Apelo» à Cidadania e oportunidades* (Tese de Doutoramento). Lisboa: Universidade nova de Lisboa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.
- Hespanha, M. J. (1993). Para além do estado: saúde e a velhice na Sociedade-Providência. In B. S. Santos (Org.) *Portugal: Um retrato singular*.Porto: Edições Afrontamento.
- INE (1999). *As gerações mais idosas*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística – Gabinete de Estudos e Conjuntura. Série de Estudos, 83.
- INE(2002a). *O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e sócio-económica recente das pessoas idosas*. Lisboa: INE
- INE (2002b). A situação demográfica recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 32,147-175.
- INE (2009). *Projecções de população residente em Portugal 2008-2060*. Acedido em 12 de abril de 2013 de http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=66023625&att_display=n&att_download=y.
- INE (2011). Anuário estatístico de Portugal 2010. Lisboa: INE.
- INE (2012).O envelhecimento em Portugal. Acedido em 15 de abril de 2013 de http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf
- Imaginário, C. (2008). *O idoso dependente em contexto familiar. Uma análise da visão da família e do cuidador principal*. Coimbra: Formasau.

- Jacob, L. (2012a). *Universidades Seniores: Criar novos projectos de vida*. Edição Especial para o *III Congresso Mundial do Envelhecimento Activo* realizado na Fundação Calouste Gulbenkian de 19 a 20 de Abril no âmbito das comemorações do Ano Europeu do Envelhecimento Activo e Solidariedade Entre Gerações. Almeirim: RUTIS.
- Jacob, L.(2012b). *Universidades Seniores: Criar novos projetos de vida*. Acedido em 15 de abril de de:http://www.rutis.org/documentos/conteudos/livrosdasUniversidadesSeniores_edio.pdf
- Jacob, L. (s/d.).*As Universidades da Terceira Idade: Um exemplo de educação para adultos*. Acedido em 15 de abril de<http://www.rutis.pt/documentos/conteudos/UniversidadesdaTerceiraldadeluisjacob.pdf>
- Jones, T. V. (2004). *Manual Merck - Geriatria*. Lisboa: Editorial Oceano.
- Jung, C. G. (1980). *Psicologia do inconsciente*. Petrópolis: Vozes.
- Kachar, V. (2001). *Longevidade: um novo desafio para a educação*. São Paulo: Cortez.
- Kalache, A., Veras, R., & Ramos, R.(1987). O Envelhecimento da População Mundial. Um Desafio Novo. *Revista Saúde Pública*, 21, 200-210.
- Laíns, J. (2012). *Prevenção em geriatria. Geriatria prática*. Coimbra: Jafarma.
- Lemaire, P., & Bherer, L.(2005). *Psicologia do desenvolvimento: uma perspectiva cognitiva*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Lessard-Hébert, M.,Goyette, G., & Boutin, G. (1990).*Investigação Qualitativa – Fundamentos e Práticas*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Lima, M. (s/d.). *Corporeidade e Envelhecimento- As diversas partes do corpo quando envelhece*. Acedido em 15 de abril de 2013 de www.univag.com.br.
- Lima, M., &Albuquerque, I. (2006). Personalidade na idade adulta: o contributo dos projectos pessoais. *Psicologia Educação e Cultura*, X,2, 245-266.
- Marchand, H. (2001). Temas de desenvolvimento psicológico do adulto e do idoso. Coimbra: Quarteto Editora.
- Menezes, I. (2002).Sexualidade. In M. Assis (Org.),*Promoção da saúde e envelhecimento: orientações para o desenvolvimento de acções educativas com idosos* (pp.77-85). Rio de Janeiro: Centro de Referência e Documentação sobre Envelhecimento.
- Menezes, J, & Guedes, A.(1999). UNAGUI - Revista da Universidade do Autodidacta e da Terceira Idade de Guimarães, 4.
- Menezes, J. (2000). UNAGUI - Revista da Universidade do Autodidacta e da Terceira Idade de Guimarães, 5.
- Miller, S.(2007). IAUTA/AIUTA and the internacional dimensions of the U3A.UNAGUI,12, 91-95.
- Minayo, M. C. de S. (Org.) (2008). *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Monteiro, H., & Neto, F.(2008).Universidades da terceira Idade: da solidão à motivação. Porto: Livpsic.
- Monteiro, H.,& Neto, F. (2006). A solidão em pessoas idosas: Universidades de Terceira Idade. *Psicologia, Educação e Cultura*, X, 1, 183-208.

- Monteiro, H., & Neto, F. (2008). Estilos motivacionais de alunos das universidades da terceira idade. *Psicologia, Educação e Cultura*, *XII*, 1, 87-112.
- National Center for Education Statistics (2000). Lifelong Learning NCES Task Force. *Working Paper*, 1, 1-64.
- Nazareth, J.M. (1988). Portugal os próximos 20 anos: unidade e diversidade da demografia portuguesa no final do século XX. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Oliveira, J.H.B. (2008). *Psicologia do idoso*. Porto: Livpsic.
- OMS(2005). Guia Global: Cidade Amiga do Idoso. Acedido em 14 de janeiro de 2013 de <http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>
- ONU(2011). Envelhecimento. Acedido em 14 de janeiro de 2013 de <http://www.unric.org/pt/envelhecimento>
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora/Livpsic.
- Pereira, P.(2012). Jornal do X curso pós-graduado sobre o envelhecimento. Geriatria Prática. Coimbra:Jasfarma.
- Peterson, D.A. (1976). Educational Gerontology: the stat of the art. *Educational Gerontology*, 1 (1), 61-68.
- Pimentel, L.(2005). *O lugar do idoso na família*. Coimbra: Quarteto.
- Quintela, M. J.(2011). Prefácio. In O. Ribeiro & C. Paúl (Orgs.), *Manual de envelhecimento activo* (pp.XIII -XIV). Lisboa: Lidel.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L.(2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. Lisboa: Gradiva.

- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- Rosa, M. J. (1996). *O envelhecimento da população portuguesa*. Mirandela: Artes Gráficas, S.A.
- Schaefer, C.C. (2011). *TCC - Terceira Idade Inclusão Digital - Ação Social da Prefeitura de União da Vitória e UNIUV*. Acedido em 2 de março de 2013 em <http://pt.scribd.com/doc/46689620/TCC-Terceira-Idade>.
- Silva, L. (2008) Prefácio. In *A velhice na primeira pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.
- Simões, A.(2006). *A nova velhice: um novo público a educar*. Porto: Ambar.
- Simões, A. (2011). Um modelo mal sucedido de envelhecimento bem sucedido. *Psicologia, Educação e Cultura*, XV,1, 7-27.
- Soares, J., Melo, J. I., & Oliveira, J. L. (1995). UNAGUI - Revista da Universidade do Autodidacta de Guimarães, 1.
- Spar, J., & LaRue, A.(1998). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Spiriduso, W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. S. Paulo: Manole.
- Stoppard, M.(2004). *Desafiar a idade*. Porto: Civilização, Editores, Ld.^a.
- Thumerelle, P.-J. (1996). *As populações do mundo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Vala, J.(1986). A análise de conteúdo. In A. S. Silva & J. M. Pinto (Orgs.), *Metodologia das ciências sociais*. Porto: Edições Afrontamento.

- Vandenplas-Holper, C. (2000). *Desenvolvimento psicológico na idade adulta e durante a velhice*. Maturidade e sabedoria. Porto: Edições Asa.
- Vaz, E. (2008). *A velhice na primeira pessoa*. Penafiel: Editorial Novembro.
- Veloso, E.(2000). Caracterização das Universidades da Terceira Idade em Portugal – algumas dimensões. In IV Congresso Português de Sociologia. As Universidades da Terceira Idade em Portugal: contributos para uma caracterização.
- Veras, R. (2007). Atenção preventiva ao idoso: Uma abordagem de saúde coletiva. In M. Netto M. (Org), *Tratado de Gerontologia*(pp.655-669). São Paulo: Atheneu.
- Verissimo, M. (2012). *Tratar melhor os idosos para mais qualidade de vida. Geriatria Prática*. Coimbra: Jasfarma.
- World Health Organization (2002). *Active Aging. A Policy Framework*. Madrid: World Health Organization.

ANEXOS

Anexo 1 – Declaração



UNIVERSIDADE PORTUCALENSE

Declaração

Eu, abaixo assinada, Ana Sílvia Albuquerque, na qualidade de Coordenadora do Mestrado em Ciências da Educação da Universidade Portucalense, declaro que a mestranda Dra. Teresa Pinheiro irá desenvolver uma investigação de cariz académico com vista à realização de uma dissertação de Mestrado, sob a orientação científica do Prof. Doutor Eusébio Machado, sobre a temática Aprender na "Universidade da Terceira Idade": Expetativas e satisfação dos Seniores - Estudo de caso. Mais declaro que os casos objetos de estudo serão sujeitos a procedimentos que assegurem o anonimato - até mesmo para o orientador científico acima indicado - das pessoas que os integram, para o efeito seleccionadas.

A coordenadora do Mestrado em Ciências da Educação

Ana Sílvia Albuquerque

(Prof. Doutora Ana Sílvia Albuquerque)

Porto e Universidade Portucalense, 06 de Novembro de 2012.

Anexo 2 – Questionário

Questionário

Antes de mais, obrigado por aceitar participar neste estudo.

Este questionário faz parte de um projeto de mestrado em Ciências da Educação com especialização em Educação Social da Universidade Portucalense, no Porto, subordinado ao tema “Aprender na Universidade da Terceira Idade: expectativas e satisfação dos séniores”.

Neste sentido, peço-lhe que responda a um conjunto de perguntas relativo à frequência na Universidade Sénior. Para cada questão, deve assinalar, no respetivo quadrado, um x que corresponda à sua opção. No caso das respostas abertas, estas deverão conter todas as informações que considere úteis e pertinentes.

Procure responder de forma verdadeira e clara a todas as questões realizadas: não respostas certas ou erradas. As mesmas perguntas são elaboradas a todos os participantes e todos os dados recolhidos serão confidenciais, anónimos e destinam-se apenas à elaboração da dissertação de Mestrado.

Maria Teresa Mendes Pinheiro

Data de preenchimento: _____

Secção A

1. Género:

1.1 Feminino

1.2 Masculino

2. Data de nascimento: ..

3. Idade: (anos completos até à data da entrevista)

4. Naturalidade: _____

5. Atividade profissional: _____

6. Zona de residência

6.1 Rural 6.2 Urbana

7. Freguesia do concelho onde reside: _____

8. Estado civil:

8.1 Solteiro(a)

8.3 Casado/união de fato

8.2 Viúvo(a)

8.4 Divorciado/separado

9. Anos de escolaridade:

9.1 Não tem qualquer escolaridade

9.2 > 4 anos

9.3 Entre 5 a 11 anos

9.4 > 12 anos

10. Com quem vive?
- 10.1 Sozinho
- 10.2 Em casa
- 10.3 Em família alargada
- 10.4 Outra situação

11. Como gosta de ser visto?
- Velho Sênior Idoso geronte

Secção B

11. Assinale com um x os três principais motivos que o levaram a frequentar a universidade:

- 11.1 Não ter de fazer alguns trabalhos domésticos _____
- 11.2 Provar aos outros que se enganaram a meu respeito _____
- 11.3 Não estar mais em desvantagem no fim da vida ativa _____
- 11.4 Poder ocupar-me melhor dos meus filhos _____
- 11.5 Aceder a uma ocupação _____
- 11.6 Obter novos conhecimentos _____
- 11.7 Ter um relacionamento com outras pessoas _____
- 11.8 Poder ser considerado como pessoa ativa _____
- 11.9 Outros: Quais? _____

12. Por cada afirmação abaixo, faça uma cruz por baixo do número que melhor se adequar à sua opinião sobre os diferentes aspetos relacionados com o grau de satisfação, sendo que o 1 corresponde a “Discordo Totalmente” e o 5 “Concordo Totalmente” .

Afirmações	Grau de satisfação relativamente à Universidade				
	Discordo Totalmente	Discordo em parte	Indiferente	Concordo em parte	Concordo totalmente
	1	2	3	4	5
As condições da Universidade são excelentes.					
Estou satisfeito(a) com a Universidade.					
Por participar nesta Universidade tenho uma maior integração na comunidade.					
As atividades propostas vão de encontro às minhas necessidades.					
Mudei a vida depois da entrada na Universidade.					
Utilizo os conhecimentos adquiridos na Universidade no dia-a-dia.					

13. O que é para si o mais importante na Universidade? 14. Como vê a sua família a participação na Universidade? Existe interação entre a família e a instituição?

15. Quais são as diferenças entre a escola (liceu/universidade) e a Universidade Sénior?

16. Qual é a sua opinião sobre o modo como funcionam as “aulas” na Universidade Sénior?

17. Sente que por participar nesta Universidade usufrui de uma maior aceitação social?

Muito Obrigado pelo tempo despendido e pelo seu contributo!