

ANTÓNIO MANUEL SOUSA PEREIRA

**QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO CONCELHO DE
TAVIRA**

**UM ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO DA DEPRESSÃO E DAS REDES SOCIAIS
COM A QUALIDADE DE VIDA**



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Abril de 2022

ANTÓNIO MANUEL SOUSA PEREIRA

QUALIDADE DE VIDA DOS IDOSOS DO CONCELHO DE
TAVIRA

UM ESTUDO SOBRE A RELAÇÃO DA DEPRESSÃO E DAS REDES SOCIAIS
COM A QUALIDADE DE VIDA

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob orientação de:

Professora Doutora Aurízia Félix Sousa Anica

Professor Doutor Filipe Jorge Gamboa Martins Nave



UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

Abril de 2022

Declaração de Autoria de Trabalho

Declaro ser o autor deste trabalho, que é original e inédito. Os autores e os trabalhos consultados estão devidamente citados ao longo do texto e constam da lista de referências bibliográficas.

@ Copyright: António Pereira 2022

A Universidade do Algarve reserva para si o direito, em conformidade com o disposto no Código do Direito de Autor e dos Direitos Conexos, de arquivar, reproduzir e publicar a obra, independentemente do meio utilizado, bem como de a divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição para fins meramente educacionais ou de investigação e não comerciais, conquanto seja dado o devido crédito ao autor e editor respetivos.

Assinatura:

Agradecimentos

Queria agradecer a todos aqueles que estiveram presentes durante esta etapa. Agradeço a todos os professores que integraram o Mestrado de Gerontologia Social na Universidade do Algarve, pelo conhecimento transmitido. Um agradecimento especial aos meus orientadores, Professora Doutora Aurizia Anica e ao Professor Doutor Filipe Nave pelo apoio durante este processo, pelas palavras de ânimo e por nunca me deixarem desistir.

Agradecer à Associação “Contacto” pela oportunidade de trabalhar junto de vós, e obrigado em nome de todos, pelo trabalho desenvolvido junto das populações mais frágeis e que muitas vezes é um trabalho invisível e pouco reconhecido.

Um obrigado especial aos colegas, professores e colaboradores da Associação que estiveram ligados ao processo da recolha de dados para o presente estudo. Também agradecer a todos os idosos que participaram no estudo.

Por último, quero agradecer à minha família, particularmente, aos meus pais por estarem sempre a meu lado, em todas as ocasiões. Agradecer à minha namorada por tudo. Pelo amor, pela paciência e que esta seja apenas uma etapa das nossas vidas.

Resumo

Partiu-se da questão: Qual a relação da depressão e das redes sociais com a qualidade de vida das pessoas idosas no concelho de Tavira?

Este estudo tem como objetivo ajudar a conhecer a realidade do envelhecimento no município, analisando a importância da depressão e das redes sociais na qualidade de vida da população idosa.

Nesta investigação realizou-se um estudo de caso exploratório, descritivo, transversal e comparativo. A amostra é constituída por 59 idosos com idades compreendidas entre 65 e 92 anos de idade, residentes predominantemente no Barrocal e na Serra do concelho de Tavira.

Os instrumentos utilizados foram um questionário sociodemográfico, a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, a Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben e o questionário WHOQOL-OLD. A análise dos dados foi realizada por meio do programa SPSS-IBM25 (Statistical Package for Social Sciences).

Concluiu-se que existe associação estatisticamente significativa entre a depressão e a qualidade de vida ($p=,000$) e que também existe associação estatisticamente significativa entre as redes sociais e a qualidade de vida ($p=0,009$). Posto isto, ambas influenciam a qualidade de vida.

Palavras-chave: *Qualidade de vida, idosos, envelhecimento, redes sociais, depressão*

Abstract

The starting point of this study was the question: What is the relationship of depression and social networks with the quality of life of elderly people in the county of Tavira?

The propose of this study is to understand the reality of ageing in this municipality, thus analyzing the importance of depression and social networks in the quality of life of the elderly population.

In this investigation was carried out an exploratory, descriptive, transversal and comparative case study. The sample is composed of 59 elderly people aged between 65 and 92 years old, living predominantly in Barrocal and Serra, in the county of Tavira

The instruments we applied were a sociodemographic questionnaire, the Yesavage Geriatric Depression Scale, the English Version of the Lubben Social Networks Scale and the WHOQOL-OLD questionnaire. Data analysis was performed using the SPSS-IBM25 program (Statistical Package for Social Sciences).

It was concluded that there is a significant relationship association between depression and quality of life ($p = .000$) and that there is also a significant relationship association between social networks and quality of life ($p = 0.009$). Thus, both influence and quality of life.

Keywords: *Quality of life, elderly, aging, social networks, depression*

Índice

Agradecimentos	iv
Resumo	v
Abstract.....	vi
Índice	vii
Índice de Figuras	ix
Índice de Tabelas	x
Índice de Apêndices.....	xiii
Siglas & Abreviaturas.....	xiv
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1.1. Envelhecimento	4
1.1.1. Envelhecimento ativo.....	5
1.2. Qualidade de vida na pessoa idosa	9
1.2.1. Qualidade de vida dos idosos no Algarve	10
1.3. Satisfação de vida do idoso.....	13
1.4. Redes de suporte social.....	13
1.5. A depressão no idoso	15
CAPÍTULO II – CONTEXTO DO ESTUDO.....	18
2.1. Caracterização do concelho de Tavira	19
2.2. Perfil demográfico do concelho de Tavira.....	21
2.2.1. Estrutura etária da população	21
2.2.2. Índice de envelhecimento.....	22
2.2.3. Índice de dependência de idosos	23
2.2.3. Índice de dependência total	23

CAPÍTULO III - METODOLOGIA	24
3.1. Questão de partida	25
3.2. Objetivos do estudo	25
3.3. Tipo de estudo.....	25
3.4. População e amostra	25
3.5. Variáveis em estudo.....	26
3.5.1. Formulário sociodemográfico e contextual.....	27
3.5.2. Escala de depressão Geriátrica de Yesavage (1983).....	27
3.5.3. Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6).....	27
3.5.4. WHOQOL-OLD.....	28
3.6. Hipóteses.....	30
3.7. Procedimentos.....	31
3.7.1. Procedimentos éticos e legais.....	31
3.7.2. Procedimentos de colheita de dados.....	31
CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	33
4.1. Análise descritiva dos dados	34
4.1.1. Caracterização da amostra.....	34
4.2. Análise Inferencial dos dados	37
CAPÍTULO V – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	43
CONSIDERAÇÕES FINAIS	50
Referências Bibliográficas.....	53
Anexos	60
Apêndices	70

Índice de Figuras

Figura 2.1 - Localização geográfica do concelho de Tavira.....	19
Figura 2.2 - Freguesias do concelho de Tavira antes da União das Freguesias	20

Índice de Tabelas

Tabela n.º 2.1 - População residente no concelho, 2011 e 2021	21
Tabela n.º 2.2 - Estrutura etária da população residente na NUT II Algarve e no concelho de Tavira, de 2009 e 2019 (Nº).....	22
Tabela n.º 2.3 - Índice de envelhecimento populacional, de 2009 e 2020.	22
Tabela n.º 2.4 - Índice de dependência de idosos, de 2010 e 2020 (%)	23
Tabela n.º 2.5 - Índice de dependência total, de 2010 e 2020 (%)	23
Tabela n.º 3.6 - Facetas da escala WHOQOL-OLD e itens que as constituem para a Versão Portuguesa (Vilar et al., 2015).....	30
Tabela n.º 4.7 – Distribuição das características socioculturais e contextuais da amostra	35
Tabela n.º 4.8 - Distribuição das Variáveis em Estudo consideradas na Escala de Depressão Geriátrica, Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais e Escala da Qualidade de Vida - WHOQOL-OLD	37
Tabela n.º 4.9 - Resultado do teste de Mann-Whitney da relação entre a género e a depressão	38
Tabela n.º 4.10 - Resultado do teste de Mann-Whitney da relação entre a género e as redes sociais	38
Tabela n.º 4.11 - Resultado do teste de Mann-Whitney da relação entre a género e a qualidade de vida	38
Tabela n.º 4.12 - Resultado do teste de Kruskal-Wallis da relação entre a estado civil e a depressão	39
Tabela n.º 4.13 - Resultado do teste de Kruskal-Wallis da relação entre a estado civil e as redes sociais.....	39
Tabela n.º 4.14 - Resultado do teste de Kruskal-Wallis da relação entre a estado civil e a qualidade de vida.....	40
Tabela n.º 4.15 - Resultado do teste de correlação não paramétricas de Spearman da relação entre a redes sociais e a depressão	41
Tabela n.º 4.16 - Resultado do teste de correlação não paramétricas de Spearman da relação entre a redes sociais e a qualidade de vida.....	42

Tabela n.º 4.17 - Resultado do teste de correlação não paramétricas de Spearman da relação entre a depressão e a qualidade de vida 42

Índice de Anexos

Anexo I - Escala de Depressão Geriátrica	61
Anexo II – Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben	63
Anexo III - Whoqol-Old	65

Índice de Apêndices

Apêndices A - Formulário Sociodemográfico.....	71
Apêndices B - Consentimento Informado	73

Siglas & Abreviaturas

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

WHOOL-BREF - World Health Organization Quality of Life Bref Form

WHOQOL-OLD - World Health Organization Instrument to assess Quality of Life Old Module

INTRODUÇÃO

O presente estudo insere-se no âmbito do curso de Mestrado em Gerontologia Social e destina-se à conclusão deste curso. Mais especificamente, este estudo está integrado no âmbito do Projeto Lado a Lado, dirigido pela Associação em Contacto (com sede em Tavira) e financiado pelo Programa Portugal Inovação Social. O Projeto Lado a Lado tem como objetivos principais: promover o envelhecimento ativo na comunidade (*ageing in place*), o combate ao isolamento, à solidão e à exclusão social da população sénior, fomentar a participação na vida da comunidade, contribuindo assim para o desenvolvimento comunitário e para o bem-estar da população. Os dados que aqui se utilizam foram recolhidos no terreno por uma equipa multidisciplinar composta por docentes e estudantes do curso atrás referido, na qual participou o autor do estudo que agora é apresentado.

O processo de envelhecimento demográfico é irreversível e inevitável. Estamos dia após dia a envelhecer sem outra alternativa. Neste contexto, é fundamental preparar uma velhice saudável e serena do ponto de vista físico e mental, processo que deve ser uma preocupação do indivíduo e da sociedade.

Segundo Fernández-Ballesteros (2009), pertencemos ao continente mais envelhecido do mundo. Este fenómeno deve-se a duas grandes alterações demográficas – o aumento da esperança média de vida, com origem no desenvolvimento científico, social, político, económico, e a diminuição da natalidade. Acrescenta ainda a mesma autora que a sociedade deve proporcionar maior qualidade de vida aos idosos e não apenas prolongar a sua vida.

Sowers e Rowe (2007) mencionam que o envelhecimento populacional é um dos maiores avanços da humanidade, mas ao mesmo tempo é o seu maior desafio. Carvalho e Mota (2012) refere ainda que não é só viver mais anos, mas viver mais anos com qualidade.

Segundo dados do INE do ano de 2019, o índice de envelhecimento do concelho de Tavira é de 202,6%, superior à média registada no Algarve e em Portugal. Em Tavira,

o índice de dependência de idosos é de 43,9 idosos por cada 100, sendo superior à média do Algarve e de Portugal.

Com este estudo pretende-se contribuir para o conhecimento da realidade social do concelho de Tavira, em especial a que respeita às questões associadas ao envelhecimento da população, analisando-se a relação da depressão e das redes sociais na qualidade de vida das pessoas idosas. Para tanto, foi construído um instrumento de recolha de dados composto pela Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1983), pela Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), na versão portuguesa de Ribeiro *et al* (2012) e pela escala de WHOQOL-OLD da OMS, na versão portuguesa de Vilar (2015). A estas escalas acrescentou-se um questionário sociodemográfico original. Construiu-se uma base de dados que foi analisada em IBM-SPSS Statistics25.

A presente dissertação está organizada em vários capítulos. No primeiro capítulo, faz-se um breve enquadramento teórico-conceitual, que introduz os conceitos e alguma literatura sobre o tema. Aqui são abordados os conceitos de envelhecimento, envelhecimento populacional, envelhecimento ativo, qualidade de vida na pessoa idosa, qualidade de vida dos idosos no Algarve, satisfação de vida do idoso, redes de suporte social e depressão no idoso.

No segundo capítulo, procura-se caracterizar o contexto do estudo, na perspetiva do envelhecimento demográfico.

No terceiro capítulo, apresenta-se a metodologia do estudo, explicitando-se a estratégia metodológica, a questão de partida, objetivos do estudo, instrumentos de recolha e análise de dados.

No quarto capítulo, são descritos, analisados e interpretados os dados obtidos. No quinto capítulo, discute-se, sintetiza-se e reflete-se sobre os resultados. Por último, tecem-se as considerações finais.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento

O envelhecimento é um processo de “deterioração endógena e irreversível das capacidades funcionais do organismo. É um fenómeno inevitável e inerente à própria vida”, segundo a Direção Geral de Saúde. É um processo contínuo, diferencial e ativo. O envelhecimento é iniciado antes da vida adulta e é construído ao longo da vida (OMS, 2005).

Segundo a OMS (2005), a idade cronológica para definir o envelhecimento não apresenta um valor padrão em todo o mundo, por exemplo, nos países desenvolvidos uma pessoa é considerada idosa aos 65 anos enquanto nos países em desenvolvimento é aos 60 anos.

Para Paúl (2005), o processo de envelhecimento é constituído por três elementos: à medida que envelhecemos a nível biológico estamos num crescimento constante de vulnerabilidade o que implica uma maior probabilidade de falecer; a nível social, existe o processo de desvinculação em alguns papéis da sociedade por as pessoas idosas não possuírem resistência física e mental suficientes; por último o envelhecimento psicológico é regulado pelas decisões e opções do próprio indivíduo. A autora reforça que o processo de envelhecimento não é estanque, pois depende da base filogenética, da hereditariedade de cada pessoa, do contexto sociocultural que em conjunto vai formar a tendência genética de cada pessoa.

Martins (2008) refere que o envelhecimento constitui um processo adaptativo, demorado e contínuo, decorrendo neste processo alterações tanto a nível biológico como psicológico e social. O modo de envelhecer é diferente de pessoa para pessoa, de população para população e também em distintas gerações.

Fontaine (2000) expõe que os processos de envelhecimento das pessoas idosas acontecem a um ritmo diferente e de forma diferente. São três os tipos de idade durante o processo de envelhecimento: a idade psicológica, a idade biológica e a idade social. A idade psicológica centra-se nas competências comportamentais que a pessoa pode alterar em consequência das alterações ambientais e físicas, inclui também a motivação, a memória e a inteligência. A idade biológica está associada ao envelhecimento orgânico. Com o passar do tempo, os órgãos vão sofrendo alterações que diminuem a sua capacidade de funcionamento normal, tornando-se assim menos eficazes. Este processo

é um processo contínuo e diferenciado, ou seja, não ocorre ao mesmo tempo, cada parte do organismo envelhece ao seu ritmo. A idade social, é associada à relação da pessoa idosa com a sociedade, relativamente aos papéis, estatutos e rotinas. O autor afirma ainda que as pessoas idosas mesmo vivendo acompanhadas com familiares ou outros indivíduos, podem viver em isolamento social. Esta situação pode dever-se ao facto de a pessoa idosa não contribuir produtivamente para a sociedade, o que pode dar origem a um tratamento diferente, prejudicando a sua interação social com os pares, podendo levar assim à sua marginalização.

1.1.1. Envelhecimento ativo

Segundo a PORDATA (2016), para efeitos estatísticos, em Portugal uma pessoa é considerada idosa com 65 ou mais anos de idade. O conceito de envelhecimento populacional é definido a nível coletivo, ou seja, é baseado na proporção da população idosa na população total. Em Portugal, no princípio do século XXI, havia 101,6 pessoas idosas por cada 100 jovens, mas em 2019, o índice de envelhecimento tinha subido para 161,3.

Um dos desafios coletivos em todo o mundo é a promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo da vida, com o objetivo de dar resposta ao envelhecimento da população e da sua longevidade (European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011).

Para a Organização Mundial de Saúde o envelhecimento ativo é um processo de continuidade na vida social, cultural, económica, espiritual e cívica. Esta definição de envelhecimento ativo está muito além de ser ativo fisicamente e profissionalmente (OMS, 2002). O envelhecimento ativo é considerado um processo que tem como objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem. Para envelhecer de forma ativa as condições de saúde são cruciais, mas temos também de considerar determinantes sociais, económicos, culturais e o sistema de saúde em que cada indivíduo está inserido.

Para a OMS (2005), o envelhecimento ativo depende de vários determinantes que envolvem o indivíduo, a família e o meio em que estão inseridos, tais como os determinantes: transversais, relacionados com os serviços de saúde e sociais; os determinantes comportamentais, relacionados com os aspetos pessoais; os determinantes

relacionados com o ambiente físico; e os determinantes relacionados com o contexto social e económico.

Os determinantes transversais são a cultura e o género que têm um papel fundamental para perceber o envelhecimento ativo e estão ligados a todos os outros determinantes. A cultura abrange todos os indivíduos e populações de um determinado local, o que de certa forma influencia e determina o envelhecimento das pessoas. As atitudes, as tradições, os costumes culturais influenciam as sociedades na procura de comportamento saudáveis e de aceitação do processo de envelhecimento (OMS,2002). As políticas praticadas em cada sociedade podem influenciar o bem-estar dos indivíduos, independentemente de serem mulheres ou homens (OMS, 2002). Em algumas sociedades o papel e o status da mulher é inferior em comparação com os do homem, condicionando assim o acesso à saúde, à educação, à alimentação, o que mais tarde se vai refletir no processo de envelhecimento. Por o outro lado, o homem apresenta mais comportamentos de risco, assim como mais lesões incapacitantes.

Os determinantes relacionados com os serviços de saúde e o serviço social abrangem a prevenção de doenças e a promoção da saúde, os tratamentos médicos, os serviços de saúde mental e os cuidados a longo prazo. É fundamental as sociedades possuírem sistemas de saúde que promovam a prevenção de doenças, acesso equitativo a cuidados primários de qualidade e a tratamentos a longo prazo numa perspetiva individual, de forma, a promover um envelhecimento ativo. A promoção de saúde é um processo que permite aos indivíduos melhorar e controlar a sua saúde e a prevenção permite prevenir e tratar. Podemos dividir a prevenção em três níveis: primária, que consiste em remover e evitar fatores de risco. A secundária, tenciona retardar os problemas de saúde. Por último, a terciária, que pretende delimitar o desenvolvimento da doença, evitando assim, complicações (OMS, 2002).

Para a OMS (2005) é essencial que os governos, indústrias farmacêuticas e profissionais de saúde trabalhem em parceria, para que o acesso à medicação seja garantido às populações mais idosas, assim como assegurar a sua melhor utilização.

Os serviços de saúde mental têm um papel fundamental no envelhecimento ativo, considerando-se urgente a atenção e o diagnóstico da depressão nas pessoas idosas (OMS, 2005). Os serviços de saúde e sociais devem ser acessíveis, devem estar coordenados e

integrados, e de forma alguma devem discriminar os indivíduos, pois, todos os indivíduos têm de ser tratados com dignidade e respeito (OMS, 2005).

Os determinantes comportamentais estão associados aos estilos de vida saudáveis, assim como a promoção da saúde ao longo de toda a vida. As adoções de estilos de vida saudáveis são determinantes para um envelhecimento ativo. Comportamentos saudáveis podem melhorar a qualidade de vida e prevenir doenças (OMS, 2005).

Os determinantes relacionados com os aspetos pessoais abrangem a biologia e a genética, fatores estes que têm uma grande influência no processo de envelhecimento. As pessoas idosas ficam doentes mais facilmente que os jovens porque estiveram mais tempo em contacto com fatores externos, comportamentais e ambientais, o que resulta de uma deterioração funcional progressiva e generalizada, aumentando assim o risco de doenças (OMS, 2002).

A combinação genética, a alimentação, o ambiente e de estilo de vida dependem da trajetória de vida, de saúde e de doença de cada indivíduo. É de destacar o facto de a longevidade ser um processo familiar (OMS, 2005). Afirmando-se desta forma que a influência da genética em várias doenças crónicas varia de indivíduo para indivíduo (OMS, 2005).

A inteligência e a capacidade cognitiva estão incluídas nos fatores psicológicos, estes são preponderantes e indicativos da longevidade e do envelhecimento ativo das pessoas idosas (OMS, 2005). A memória e a aprendizagem são capacidades que diminuem com o envelhecimento. Por outro lado, estas perdas de capacidade trazem ganhos do ponto de vista do conhecimento, sabedoria e experiência da pessoa idosa.

Os determinantes relacionados com o ambiente físico estabelecem a diferença entre a independência e dependência das pessoas idosas. As barreiras arquitetónicas criam maior predisposição ao isolamento social, à depressão e a um aumento de problemas relativos à mobilidade. Os acidentes e as catástrofes naturais podem causar na pessoa idosa lesões incapacitantes e irreversíveis. A interação social também promovida através da localização da residência dos idosos e dos transportes (OMS, 2002).

Ao ambiente físico estão também associados os alimentos, a água potável e o ar puro, fatores estes essenciais para as gerações vulneráveis, como as pessoas idosas, porque são estas que têm um sistema imunológico mais suscetível (OMS, 2002).

Os determinantes sociais abrangem as oportunidades de educação, a paz, o apoio social e a aprendizagem permanente. A proteção contra os maus tratos e a violência são conceitos chave na promoção do processo de envelhecimento saudável. Todos estes fatores são imprescindíveis, a falta dos mesmos pode levar ao isolamento social (OMS, 2002).

É importante a existência de redes e de parcerias entre os governos e as organizações não governamentais, de forma a fomentar grupos comunitários, voluntariado, implementação de programas de interação entre gerações com o objetivo geral de promover a saúde física e mental (OMS, 2002).

Os maus tratos e a violência contra a pessoa idosa são problemas cada vez mais frequentes. Os idosos que vivem sozinhos sentem-se mais expostos a crimes de furto ou agressão. Muitas das vezes, esta mesma violência é praticada pelas pessoas mais próximas dos idosos. Os maus tratos podem ser manifestados através de abusos físicos, sexuais, psicológicos e financeiros. Para que este fenómeno seja travado ou reduzido é necessário um trabalho em conjunto entre a polícia, os profissionais do serviço social e de saúde. É indispensável consciencializar a sociedade para a existência destes problemas, de forma a provocar alterações e conduzir à mudança destas atitudes perante a pessoa idosa (OMS, 2002).

A educação e a alfabetização são essenciais ao longo da vida, pois a sua ausência terá consequências no processo de envelhecimento. Quanto menor for o nível de educação, menor será o nível de capacidades e conseqüentemente de habilidades, por outro lado, um maior nível de educação contribui para as pessoas desenvolverem habilidades para se adaptarem e, conseqüentemente, para serem independentes ao longo do processo de envelhecimento (OMS, 2002).

Os determinantes económicos têm três aspetos importante para o envelhecimento ativo: trabalho, rendimento e proteção social. O aspeto do trabalho é essencial durante a vida de uma pessoa. As pessoas com um trabalho digno e com uma remuneração de acordo com a lei, manifestarão maior tranquilidade quando chegarem à velhice. A idade da reforma é um período em que é necessário que o individuo se mantenha ocupado, mesmo que não seja renumerado, para que possa passar por este processo de uma forma ativa (OMS, 2002). O rendimento é um fator importante, na medida que muitos idosos não têm reformas que lhes possibilitem pagar as despesas ou fazer poupanças. Esta falta

de rendimento dificulta o acesso à alimentação saudável e aos cuidados de saúde, tornando assim as pessoas idosas mais vulneráveis (OMS, 2002). A proteção social é importante para as pessoas idosas. Nos países desenvolvidos existem medidas governamentais a nível da saúde e de rendimentos. No caso de Portugal, existem as pensões, projetos de pensão reforma, entre outras, no campo da saúde, existe o sistema nacional de saúde que garante os cuidados de saúde (OMS, 2002).

A sociedade, a comunidade e o meio têm um forte impacto na forma como se envelhece. As interações e a solidariedade entre as diferentes gerações são os princípios essenciais para um envelhecimento ativo. (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013).

1.2. Qualidade de vida na pessoa idosa

O conceito de qualidade de vida, começou a ser estudado no início da década de 60, altura em que as preocupações científicas começaram a expressar-se neste campo.

A qualidade de vida é o principal traço para o indivíduo envelhecer ativamente (Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo & Marques, 2013). Sendo este conceito abstrato na medida que depende da perceção de cada individuo acerca da sua posição na vida, quer seja no contexto cultural e valores, nos seus objetivos, expetativas, padrões e preocupações (World Health Organization, 1997).

Lawton (1991) menciona que a qualidade de vida engloba várias dimensões, depende de pessoa para pessoa porque cada um faz a sua própria avaliação e pode não ser alcançável, por isso, gerir a expetativa ao longo da vida é crucial. Na qualidade de vida podem distinguir-se dois elementos: objetivos e subjetivos. Os elementos objetivos envolvem o estado de saúde, estado financeiro, rede social, capacidade funcional. Enquanto os elementos subjetivos são aqueles que são difíceis de avaliar como a satisfação com a vida, felicidade e autoestima.

Segundo Fonseca (2005), envelhecer com qualidade é estar satisfeito com a vida atual e ter expetativas positivas em relação ao futuro. Para este autor, para se estabelecer uma boa qualidade de vida é preciso ter a capacidade de ser resiliente a situações de perda e frustrações durante a vida, de modo a que se possa adaptar e ajustar às circunstâncias da vida.

Segundo Fernandez-Ballesteros e Anton (1997), a qualidade de vida de cada indivíduo está dependente do contexto de referência do indivíduo, ou seja, os parâmetros de uma pessoa com uma doença terminal e uma pessoa saudável. Com as investigações associadas à qualidade de vida, a OMS afirma que o termo não supõe apenas uma vertente física, mas também engloba um bem-estar psicológico e social. Não é só importante viver mais, mas viver melhor e com dignidade.

Nas pessoas idosas, as três componentes fundamentais no conceito de qualidade de vida são: bem-estar financeiro, a saúde e a vida social. Existem situações que podem afetar estas componentes e que vão surgindo com o decorrer da vida, como a perda de um filho, problemas de saúde, perda de um emprego, divórcio, ou seja, são marcos que ficam para a vida (Zaidi, 2014).

Em suma, a qualidade de vida das pessoas idosas depende das oportunidades e dos riscos que vivenciam ao longo da vida, juntamente com as gerações seguintes fornecem ajuda mútua e o apoio necessário (Organização Mundial da Saúde, 2002).

Para Fonseca (2005) para se estabelecer uma boa qualidade de vida é preciso ter a capacidade de ser resiliente a situações de perda e frustrações durante a vida, de modo a que a pessoa possa adaptar-se e ajustar-se às circunstâncias da vida.

1.2.1. Qualidade de vida dos idosos no Algarve

No conjunto dos vários estudos realizados sobre a qualidade de vida das pessoas idosas residentes no Algarve, apresentam-se seguidamente aqueles que nos parecem mais pertinentes considerando o tema aqui abordado. Luísa (2017; 2014) realizou um trabalho sobre as perceções de envelhecimento no Algarve recorrendo a uma metodologia mista. Neste estudo foram abordadas teorias sobre saúde, doença e qualidade de vida em pessoas idosas residentes no Algarve. Foram aplicadas entrevistas semiestruturadas e questionários validados para a população portuguesa com o objetivo de avaliar a satisfação com a vida e as perceções sobre a qualidade de vida. A amostra foi constituída por 300 pessoas que responderam a entrevistas semiestruturadas, em meio urbano, sendo que 27,3% pertencem a Vila Real de Santo António, 25,3% pertencem a Faro, 20% pertencem a São Brás de Alportel, 10% pertencem a Loulé, 9,3% pertencem a Albufeira e 8% pertencem a Lagos. As pessoas que participaram estudo tinham idades compreendidas entre 60 e 90, perfazendo uma média de 71 anos. A amostra era

constituída por 77% pessoas do sexo feminino, 84,7% eram pessoas reformadas, 57% eram casadas. Nesta amostra a maioria dos inquiridos é constituída por pessoas com um nível de escolaridade básico e superior e residem com o cônjuge ou com parentes diretos, sendo 47,3% os vivem com o cônjuge, com o cônjuge e filhos 10,3%. As entrevistas foram realizadas na sua maioria em academias seniores (59,3%) ou em associações de desenvolvimento local (19,3%).

Este estudo destaca a conjugação de diversos fatores na forma como se avalia a qualidade de vida como: género, idade, escolaridade, relações familiares, relações sociais, saúde e segurança social.

Na questão “o que é ter qualidade de vida?”, a categoria dada como a mais relevante é a saúde com 25,7%, muito próximo os inquiridos escolheram a categoria psicológica com 24%, com 23,7% escolhem a categoria comportamental e outros optam pela categoria social. Com o objetivo de mencionar o que é para cada um viver com qualidade de vida, estes mencionam categorias segundo os seus parâmetros. Para 49,7% das respostas centra-se em apenas uma categoria, 28,7% destacam duas categorias, 13,7% mencionam três categorias, 6,3% usam quatro categorias e 1,7% destacam 5 categorias. De salientar que as categorias referidas pelas inqueridos variam de 1 a 5 (Luísa, 2017).

A qualidade de vida na compreensão dos inquiridos depende de fatores como a coabitação de cônjuge, maior escolaridade, ocupação, segurança social e idade. Na avaliação da própria perceção sobre a sua qualidade de vida, 46% opta pela categoria neutra e 45% avalia como boa, 3,7% menciona como má e 1% como muito má.

As pessoas casadas ou em união de facto destacam a qualidade de vida melhor do que os divorciados, solteiros ou viúvos. Se viverem acompanhados pelo cônjuge ou pelo cônjuge e filhos entendem que têm uma melhor qualidade de vida. Por outro lado, os que têm um grau de escolaridade maior ou que frequentem a academia sénior (59,3% dos inqueridos), assim como os pensionistas consideram que têm uma melhor qualidade de vida em comparação com os restantes.

Segundo Luísa (2017), pode-se evidenciar uma tendência, embora débil, para que quando mais idade tem a pessoa, menos qualidade de vida tem. A autora menciona que o entendimento que a pessoa tem com a saúde está relacionada com a idade, uma vez que os participantes consideram que os mais idosos têm menos saúde, está relacionada também com o género na medida em que os homens se consideram com mais saúde do que as mulheres. Em relação à ocupação no presente e ao nível de escolaridade, as pessoas

com mais estudos e que frequentam universidades seniores tendem a considerar que têm mais saúde.

A qualidade de vida está ligada ao stress. Sobre este tema Cary (2016), inquiriu 104 pessoas. Este estudo foi aplicado na freguesia de São Clemente que pertence ao concelho de Loulé. Todos os idosos tinham idade superior a 65 anos, sendo 52,9% mulheres e com um baixo nível de escolaridade (52,2%). Desta amostra 56,8% vive com o cônjuge ou com o companheiro.

O instrumento de recolha de dados é constituído por um questionário sociodemográfico, pela Escala de Perceção de Stress (Pais Ribeiro & Marques, 2009) e pelo questionário WHOQOL-BREF. Grande parte dos inquiridos, com uma percentagem de 45,2, classifica a saúde como «nem boa, nem má», enquanto 30,8% considera-se de boa saúde.

A análise dos dados do estudo sugere que há relação entre o stress e as variáveis sociodemográficas como a idade, habilitações literárias, valor da reforma, com quem habita, praticas de lazer e atividades.

De forma a esclarecer o conceito de stress, Pais Ribeiro e Marques (2009) diz que o stress está associado a alterações comportamentais, psicológicas, bioquímicas e fisiológicas. Numa perspetiva psicológica, o stress é um processo dinâmico, em que o individuo se adapta ao meio, pode causar sofrimento na pessoa no caso de ultrapassar certos níveis.

Num outro sentido, Martins (2012) estudou a relação entre o envelhecimento bem-sucedido e qualidade de vida no concelho de Olhão, no qual a autora confirma esta relação. Este estudo conta com uma amostra de 165 pessoa com idade média de 67,5 anos, sendo que 70,3% eram mulheres, 57% pertencia ao meio urbano e 47% ao meio rural. O estudo verifica que a idade influencia de forma negativa a qualidade de vida. Por outro lado, as habilitações literárias influenciam de forma positiva a qualidade de vida. Outro fator que influencia positivamente é o rendimento mensal familiar, assim como a saúde.

Paúl e Fonseca (2005) afirmam que são diversos os fatores que influenciam a qualidade de vida no processo de envelhecimento. Encontram-se perfis diferentes de envelhecimento: há fatores que acentuam formas positivas e satisfatórias, outros formas menos satisfatórias e menos positivas.

Gaudêncio, Silva e Dória (2014) referem que as relações sociais, os fatores socioeconômicos e a comunidade envolvente afetam a capacidade dos indivíduos mais velhos funcionarem normalmente no seu dia-a-dia.

Segundo Gaudêncio, Silva e Dória (2014) os idosos com baixos níveis de escolaridade e com menos rendimentos têm maior possibilidade de ter uma saúde pior, têm também um maior risco de virem a sofrer limitações funcionais devido a doenças prolongadas. Estas evidências foram verificadas de forma consistente em todos os países europeus.

Smith e Baltes (1997) mencionam que alguns investigadores designam a idade avançada para além dos 80 anos como a “quarta idade”, que traz fatores acrescidos de risco para a saúde física e mental e pode colocar sérios constrangimentos à satisfação de vida e ao bem-estar.

1.3. Satisfação de vida do idoso

Com o aumento da esperança média de vida é essencial garantir aos idosos felicidade e satisfação com a vida. A satisfação com a vida é um estado subjetivo, tornando-se assim um conceito complexo. Segundo Donalizio, JoiaI e Ruiz (2007), a satisfação de vida do idoso é associada a questões de dependência/autonomia. O autor acrescenta que a satisfação com a vida, indiretamente, traduz a qualidade de vida.

Segundo Neri (2001), a satisfação com a vida está associada ao bem-estar psicológico, traduz a avaliação pessoal sobre determinados campos. Um aspeto fundamental do bem-estar psicológico é a capacidade de se adaptar, ultrapassar as perdas e de criar informações positivas sobre a própria pessoa.

A satisfação com a vida é uma avaliação geral da própria vida de acordo com o próprio critério subjetivo. Tem como base a comparação entre o decorrer da vida do indivíduo e padrão por ele escolhido (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

1.4. Redes de suporte social

Segundo Hong, Casado e Harrington (2011), atualmente todas as definições de apoio social centram-se na densidade da rede social e no tamanho, assim como na densidade dos relacionamentos.

As redes sociais podem ser formadas por vizinhos, amigos, colegas de trabalho e familiares. Esta rede de suporte social pode ser alterada ou variar com o passar do tempo (Ornelas, 2008).

Segundo Sousa (2004), a velhice é uma fase onde se acentua a restrição das redes sociais, devido à dificuldade de manter as relações e este fenómeno deve-se aos seguintes pontos: perdas relacionais como a morte de amigos e familiares; vulnerabilidade social como a perda de capacidades físicas, alterações psicológicas e mudança de prioridades; barreiras ambientais e contextuais como o decréscimo económico e os estereótipos sociais; conflito e stress (interação com os pares). Nesta fase o autor reforça mais uma vez que as redes sociais diminuem, os idosos centram-se mais na família e reduzem o número de amigos. A rede social detém, todavia, um papel importante para o bem-estar psicológico das pessoas idosas.

Para Muniz (2003), a família é considerada uma formação social básica, tendo como objetivo a execução de determinadas funções como proteger os seus membros. Devido às necessidades dos idosos, por precisarem de cuidados regulares, surge o cuidador informal, que é sempre alguém da rede social como a família, amigos ou vizinhos. Estes cuidados são prestados sem contrapartida monetária para o cuidador informal (Sousa, 2004). Os cuidadores informais, por norma, fazem as tarefas domésticas dos idosos, a gestão do dinheiro do idoso, o auxílio nas atividades da vida diária, como comer, vestir, higiene básica, entre outras. A história da cultura portuguesa sempre atribuiu este papel de cuidador informal às mulheres da família em que os laços são mais fortes para com o idoso.

Segundo a OMS (2002), o apoio social é um conceito multidimensional que abrange recursos materiais e psicológicos como benéficos que podemos adquirir através das redes sociais. O apoio social no plano gerontológico pode influenciar a vulnerabilidade social das pessoas idosas, sendo um dos fatores associados ao estado físico e mental. A OMS refere que um suporte social é necessário para a promoção da saúde e do envelhecimento ativo.

Estudos realizados com a população idosa demonstram que o apoio social apresenta um papel importante no bem-estar, na manutenção da saúde e na auto compreensão enquanto pessoa (Rubinstein, Lubben & Mintzer, 1994). Calcula-se que as relações sociais, assim como a frequência de contatos preservam a função cognitiva do idoso (

Crooks et al., 2008). Bowling (1991, 1997), define o apoio social como um processo interativo no qual a pessoa adquire ajudas de caráter emocional, económico e instrumental através da sua rede social.

1.5. A depressão no idoso

As alterações demográficas e sociais vieram trazer problemas relacionados com a população inativa e problemas sociais (rejeição, afastamento...). A sociedade marginalizou os idosos, dando importância a valores como o lucro, rentabilidade, consumo, produtividade, atividade, proatividade, na medida em que as pessoas com mais de 65 anos de idade são vistas como pouco produtivas e que não estão aptas a competir. Os idosos são deixados ao esquecimento e à solidão (Costa, 1999).

De acordo com a autora, a reforma é um marco que faz com que muitos idosos se sintam inúteis, sendo esta etapa uma atitude egoísta da sociedade ao afastar os idosos do mercado de trabalho. Outra consequência da reforma é a perda de poder económico, o que resulta em maior dependência dos seus familiares. Esta dependência na prestação de cuidados diários, pode levar com que o idoso seja colocado de parte pelos familiares. Devido à pouca disponibilidade dos familiares, que não têm disponibilidade para darem apoio aos idosos, estes veem-se afetados a nível emocional.

Fatores como perda de autonomia e dependência física e mental contribuem para uma visão negativa do envelhecimento. O aparecimento de doenças, perda de força, dificuldade em manter um diálogo podem pôr o idoso numa situação de dependência e de solidão. Um dos erros das pessoas que convivem com os idosos é associarem a melancolia à idade, às perdas afetivas, às doenças, não dando importância às suas queixas (Simões, 1996).

Segundo Sousa (2008), a sociedade em geral e os próprios idosos acreditam que a depressão é um acontecimento normal durante o processo de envelhecimento. Lapid e Rummans (2003) reforça que a depressão nos idosos aumenta com o aumento do envelhecimento. Contudo, o autor esclarece que o estado depressivo não tem início aos 65 anos de idade, mas que é natural que a depressão acompanhe a pessoa. A qualidade de vida e o estado geral de um idoso piora com a depressão. Esta situação reflete-se na alta taxa de suicídio entre os idosos (Ballone, 2001).

São vários os modelos explicativos para o princípio da depressão no idoso. Santos (2002) menciona que não existe nenhum modelo que possa explicar a problemática da depressão, mas é importante que estes vários modelos se complementem numa perspetiva global de estudo da depressão. A depressão é constituída por diversos fatores, como os biológicos, psicológicos e sociais. Marques e Firmino (2003) referem que a relação entre a depressão e o envelhecimento são objeto de duas abordagens que se complementam. A primeira abordagem sustenta que a depressão resulta de alterações psicológicas, biológicas, cognitivas, sociais ou comportamentais impostas pelo envelhecimento. A segunda abordagem define a depressão como fator de mudança na qualidade de vida do idoso. Penna e Santo (2006) acrescenta que os fatores psicossociais como a perda da posição sociais depois da reforma, a perda de poder económico, que dão origem à pouca participação dos idosos em eventos e atividades sociais, o que vai acentuar a sua solidão. Fatores como o difícil acesso a transportes, incapacidade física e falta de companhia podem levar a pessoa idosa à depressão. A viuvez é um forte fator associado à solidão e isolamento social. Esta solidão é ainda mais acentuada nos momentos iniciais, se esta não for acompanhada pela presença dos filhos (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

Fontaine (2000) esclarece que do ponto de vista mental a depressão traz degradação da autoestima, degradação do papel que a pessoa representa na sociedade, perda de autonomia, desequilíbrios de personalidade. Esta pode ser classificada em primária, quando a mesma não tem uma causa detetável, ou secundária, quando é atribuída a doenças físicas ou medicamentos. Pode ser genética quando existe um padrão de aparecimento em membros de uma mesma família. Unipolar quando não ocorrem episódios constantes e bipolar quando ocorrem com sintomas intercalados. O mesmo autor refere ainda que se pode dividir em leve ou grave, dependendo da gravidade dos sintomas e o do grau de condicionamento funcional.

Segundo a OMS existem três principais tipos de depressão: a depressão major, a distimia e o transtorno bipolar. A distimia é considerada o tipo de depressão menos grave, está associada a perdas de apetite, perturbação do sono, falta de energia, pouca autoestima, falta de concentração, sentimentos de desespero e dificuldade em tomar decisões. Nesta não se observa a incapacidade do idoso, mas estão presentes mudanças indesejáveis no humor. A depressão major tem como características a alteração a nível do comportamento, a nível emocional e de pensamento que impossibilitam a pessoa de realizar as suas atividades. De acordo com Sousa (2008), a depressão major é a forma

mais grave de perturbação de humor no idoso. O último tipo de depressão é o transtorno bipolar que tem uma incidência menor que os outros dois tipos, sendo que este caracteriza-se por oscilações de humor que vão da euforia à depressão.

Simões (1996) menciona que, no idoso, os sintomas iniciais são muito inespecíficos, tais como a tristeza, desinteresse por prazeres habituais e hábitos, ansiedade e falta de energia.

Numa perspetiva de promoção da saúde mental, é importante a realização de atividades ao ar livre ou em grupo, de forma a melhorar ou evitar a depressão. Esta pode ser das principais terapias para a depressão das pessoas idosas. As funções mentais e cognitivas são fundamentais na autonomia da pessoa idosa. A diminuição destas funções leva à perda de funcionalidade e de autonomia. As atividades como a leitura, a aprendizagem de novos conhecimentos, o convívio com outras pessoas e treinos de memória são promotoras das capacidades cognitivas. Em relação à sociabilidade, a interação social é crucial para a promoção do envelhecimento saudável, assim como para a prevenção da doença. O voluntariado pode ser preponderante na promoção da sociabilidade, porque faz com que o idoso se sinta útil e desenvolva o sentido de pertença a uma sociedade, influenciando a autoestima dos indivíduos, sendo, portanto, uma excelente forma de promover o envelhecimento saudável. As estratégias de promoção de convívio e sociabilidade têm uma grande importância na vida das pessoas idosas, tendo resultados na saúde, bem-estar e na qualidade de vida (Conselho da União Europeia - Grupo das Questões Sociais, 2009).

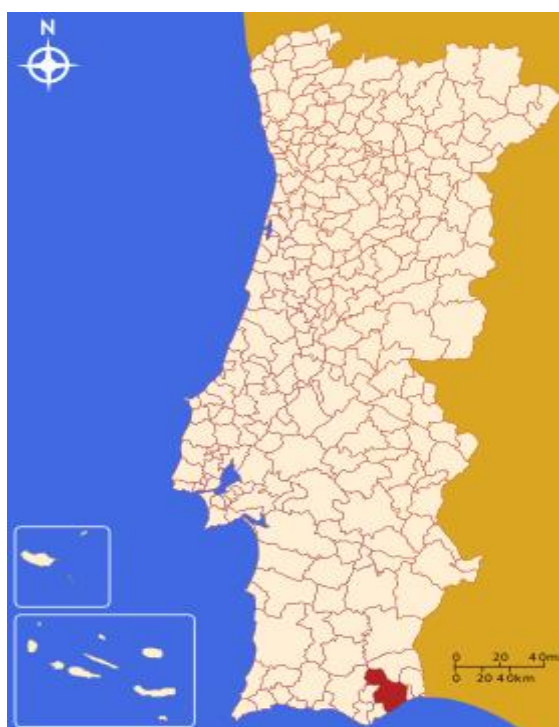
A depressão no idoso é silenciosa, razão pela qual é importante estarmos atentos a este fenómeno que é frequente. A perda de capacidades físicas e psicológicas, a própria dependência, o isolamento, a falta de tempo dos familiares e amigos, a perda de poder económico são fatores que contribuem para a depressão. É necessário estar alerta e identificar os pequenos sinais, de modo a prevenir que os idosos sofram em silêncio.

CAPÍTULO II – CONTEXTO DO ESTUDO

2.1. Caracterização do concelho de Tavira

O município de Tavira integra a NUT II Algarve e tem uma área de 607 km². Está organizado em seis freguesias e compreende cento e seis localidades. A cidade de Tavira é sede e única cidade do concelho. Em termos geomorfológicos, o concelho está estruturado da seguinte forma: a norte a zona de serra, a sul as zonas de barrocal e do litoral, estas zonas são também diferentes no seu povoamento e na estrutura socioeconómica.

Figura 2.1 - Localização geográfica do concelho de Tavira



Fonte: Wikipedia, 2017

O concelho de Tavira, que é o terceiro maior do Algarve, confina a norte com o concelho de Alcoutim, a este com os de Castro Marim e Vila Real de Santo António, a noroeste com o concelho de Loulé, a oeste com o de São Brás de Alportel e a sudoeste com o de Olhão. A sul do concelho de Tavira, encontra-se o Oceano Atlântico.

No concelho de Tavira encontram-se as seguintes freguesias: Freguesia de Cachopo, Freguesia de Conceição e Cabanas, Freguesia de Luz de Tavira e Santo Estêvão, Freguesia de Santa Catarina Fonte do Bispo e Freguesia de Santa Luzia. Por último, a Freguesia de Tavira que resultou da união das Freguesias de Santiago e Santa Maria.

Figura 2.2 - Freguesias do concelho de Tavira antes da União das Freguesias



Fonte: Geneall.net

O concelho de Tavira tem-se afirmado pelo seu património cultural e natural, pela riqueza do seu património arquitetónico, arqueológico e pela diversidade paisagística. As atividades económicas desenvolvidas no concelho de Tavira articulam os habitantes residentes na serra, no barrocal e no litoral, não impedindo uma longa tendência para a concentração da população no litoral.

A cidade de Tavira dispõe de estruturas e serviços administrativos, judiciais, educativos, desportivos, comerciais, sociais, de saúde e culturais. Numa perspetiva de duração das ligações terrestres a outros centros urbanos, pode-se salientar que a cidade de Tavira se encontra a cerca de três horas da capital de Portugal, a hora e meia da capital da região autónoma da Andaluzia e a trinta minutos da capital do distrito do Algarve.

2.2. Perfil demográfico do concelho de Tavira

O concelho de Tavira registou, em 2021, um aumento de população residente em relação ao ano de 2011, tendo passado de uma população residente de 26 167 para 27 530 habitantes.

Podemos verificar que em 10 anos, desde 2011 até 2021, a população residente cresceu 1363 habitantes.

Tabela n.º 2.1 - População residente no concelho, 2011 e 2021

	2011	2021
Portugal	10 562 178	10 344 802
Algarve	451 006	467 475
Tavira	26 167	27 530

Fonte: INE

2.2.1. Estrutura etária da população

A estrutura etária do concelho de Tavira demonstra um envelhecimento demográfico que se tem vindo a acentuar, devido às questões de baixa da natalidade, aumento da longevidade e fluxos migratórios.

A população residente por grandes grupos etários demonstra um crescimento na faixa etária dos 65 anos ou mais, de 146 idosos, comparando com o ano de 2010. A diminuição da população faz-se sentir na faixa etária correspondente aos 0-14 anos de idade. A população entre os 15-64 anos também sofreu um decréscimo no valor de 1472 pessoas.

O concelho de Tavira apresenta a nível de estrutura etária residente um duplo envelhecimento, ou seja, existe um decréscimo da população de jovens e um aumento do número de idosos.

O envelhecimento da população tem origem no decréscimo da taxa de natalidade, na diminuição da taxa de mortalidade e no aumento da esperança média de vida, devido às melhorias das condições de vida.

Tabela n.º 2.2 - Estrutura etária da população residente na NUT II Algarve e no concelho de Tavira, de 2009 e 2019
(Nº)

	Algarve		Concelho de Tavira	
	2010	2020	2010	2020
0-14	70 691	66 463	3 610	3 179
15-64	292 907	276 376	16 223	14 751
65 ou mais	84 971	96 530	6 340	6 486

Fonte: Pordata, 2010 e 2020

2.2.2. Índice de envelhecimento

O índice de envelhecimento estabelece a relação entre a população idosa e a população jovem. Este indicador é definido como o quociente entre o número de pessoas com 65 anos de idade ou mais e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos de idade.

A população residente em Tavira apresentava, em 2010, um índice de envelhecimento de 175,6 idosos por cada 100 jovens. No ano de 2020, o índice de envelhecimento eleva-se para 204 por cada 100 jovens.

A população residente na NUT II Algarve apresentava, em 2020, uma estrutura etária menos envelhecida do que a registada em Portugal. Em Portugal existiam 165,1 idosos por cada 100 jovens, enquanto na NUT II Algarve, havia 147,9 idosos por cada 100 jovens. O concelho de Tavira revela um significativo envelhecimento da sua população residente na última década, quando comparado à generalidade do País e da Região, uma vez que tanto em 2010 como em 2020 apresenta um índice de envelhecimento superior ao da sua região e ao do país.

Tabela n.º 2.3 - Índice de envelhecimento populacional, de 2009 e 2020.

Tavira		Algarve		Portugal	
2010	2020	2010	2020	2010	2020
175,6	204,0	120,2	147,9	121,6	165,1

Fonte: PORDATA, 2010 e 2020

2.2.3. Índice de dependência de idosos

O índice de dependência de idosos dá-nos a relação entre o número de idosos e a população em idade ativa, isto é, a relação entre a população com 65 ou anos de idade e a população dos 15 anos aos 64 anos. Assim sendo, podemos verificar na tabela n.º 2.5 que Tavira, em 2020, apresenta 44 idosos por cada 100 habitantes em idade ativa. Desde o ano 2010 até 2020, o índice de dependência de idosos agravou-se 4,9, o que indica que temos mais 4,9 idosos por cada 100 pessoas ativas. Pela análise da tabela e do índice de dependência de idosos podemos afirmar que a população idosa em Tavira tem um peso mais significativo do que na generalidade do país ou mesmo na Região.

Tabela n.º 2.4 - Índice de dependência de idosos, de 2010 e 2020 (%)

	2010	2020
Portugal	27,9	34,7
Algarve	29	34,9
Tavira	39,1	44,0

Fonte: PORDATA, 2010 e 2020

2.2.3. Índice de dependência total

O índice de dependência total é um indicador que permite uma perceção sobre o esforço que a sociedade exerce sobre a população ativa. Este índice efetua a relação entre a população jovem e idosa e a população em idade ativa. É determinado pela relação entre a população dos 0-14 anos, juntamente com a população com 65 ou mais anos de idade, e a população entre os 15-64 anos. Em Portugal, o índice de dependência total de 2010 até 2020, aumentou 4,9%. Na tabela n.º 2.6 podemos verificar que o esforço da sociedade sobre a população ativa agravou-se, verificando-se um acréscimo de 4,2% para Tavira. O índice de dependência total de Tavira é superior ao de Portugal e também ao da NUT II Algarve.

Tabela n.º 2.5 - Índice de dependência total, de 2010 e 2020 (%)

	2010	2020
Portugal	50,8	55,7
Algarve	53,1	58,5
Tavira	61,3	65,5

Fonte: PORDATA, 2009 e 2020

CAPÍTULO III - METODOLOGIA

3.1. Questão de partida

A realização deste estudo partiu da seguinte questão: Qual a relação da depressão e das redes sociais com a qualidade de vida das pessoas idosas no concelho de Tavira? Em função desta questão de partida, foram definidos os objetivos geral e específicos.

3.2. Objetivos do estudo

Como objetivo geral pretendeu-se estudar a relação da depressão e das redes sociais com a qualidade de vida dos idosos no concelho de Tavira.

Como objetivos específicos pretendeu-se:

- Estudar a população idosa do concelho de Tavira na perspetiva da qualidade de vida;
- Analisar a depressão nos idosos;
- Identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida;
- Analisar as relações entre as variáveis independentes, a depressão, as redes sociais e a qualidade de vida;
- Analisar as relações entre depressão, redes sociais e a qualidade de vida.

3.3. Tipo de estudo

Nesta investigação escolheu-se realizar um estudo de caso exploratório, descritivo, transversal e quantitativo.

3.4. População e amostra

O tipo de amostragem escolhido para este estudo foi por conveniência, tendo-se aplicado os seguintes critérios:

- Ter idade igual ou superior a 65 anos;
- Ser residente no concelho de Tavira;
- Participar de livre vontade no estudo (consentimento informado);
- Ter capacidade cognitiva para responder às questões do estudo (embora esta vertente não tenha sido possível de aferir, senão no decorrer do questionário);

A população que cumpria os requisitos acima referidos e que poderia participar no estudo era de 6486 no concelho de Tavira. A amostra que foi disponível para o estudo foi de 59 pessoas.

O instrumento de recolha de dados foi constituído por um questionário sociodemográfico, pela escala de Depressão Geriátrica de Yasavage (1983) adaptada à população Portuguesa por Pocinho (2007), a escala da Versão Portuguesa da Escala Breve das Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) adaptada e validada por Ribeiro *et al.*, (2006) e a escala de WHOQOL-OLD adaptada e traduzido para a população portuguesa por Vilar (2015).

3.5. Variáveis em estudo

Nesta investigação, utilizámos quatro instrumentos de recolha de dados – um formulário sociodemográfico e contextual, a escala de Depressão Geriátrica de Yasavage (1983) adaptada à população Portuguesa por Pocinho (2007), a escala da Versão Portuguesa da Escala Breve das Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) adaptada e validada por Ribeiro *et al.*, (2006) e a escala de WHOQOL-OLD adaptada e traduzida para a população portuguesa por Vilar (2015), os quais apresentaremos mais detalhadamente.

Inicialmente elaborou-se um formulário sociodemográfico e contextual (Apêndice A) onde constam as variáveis independentes, de forma a responder às hipóteses formuladas. Estas variáveis correspondem à idade; género; estado civil; habilitações literárias, telefone na residência; água canalizada; saneamento básico; luz elétrica; com quem reside; resposta social; distância dos familiares e médico de família.

Como variáveis deste estudo, analisa-se a depressão, avaliada através da escala de Depressão Geriátrica de Yasavage (1983) adaptada à população Portuguesa por Pocinho (2007) (Anexo I), analisa-se as redes sociais, avaliada através da escala da Versão Portuguesa da Escala Breve das Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) adaptada e validada por Ribeiro *et al.*, (2012) (Anexo II) e a qualidade de vida, avaliada através da escala de WHOQOL-OLD adaptada e traduzida para a população portuguesa por Vilar (2015) (Anexo III).

3.5.1. Formulário sociodemográfico e contextual

De modo a recolher informações sobre os idosos da serra do concelho de Tavira, foi elaborado um formulário sociodemográfico e contextual para estudar as variáveis independentes.

Este formulário foi constituído por 11 questões de resposta aberta e fechada. Os questionários foram aplicados às pessoas participantes no estudo pelos investigadores do projeto Lado a Lado, no qual se insere o presente estudo, processo que visou facilitar o seu preenchimento. Os procedimentos foram explicados ao inquirido antes da realização do questionário.

3.5.2. Escala de depressão Geriátrica de Yesavage (1983)

(Adaptada à população Portuguesa por Pocinho, 2007)

A Escala de Depressão Geriátrica que tem como objetivo identificar os sintomas de depressão dos idosos foi construída por Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey e Leirer, em 1983. Esta escala é composta por 30 questões onde as respostas se apresentam de forma dicotómica (sim ou não). Cada resposta de sim ou não é pontuada com 0 ou 1 pontos e no final é feito o total que indica ausência ou ocorrência de depressão no idoso (Pocinho, 2009). A versão portuguesa aplicada neste estudo é constituída por 27 itens, sendo que os itens 27, 29 e 30 da escala original foram retirados nesta versão (Pocinho, 2009).

A pontuação da escala tem como valor mínimo 0 e valor máximo 27 e consoante a pontuação final deduz-se o significado. O valor de corte é 11, o que significa que uma pontuação abaixo deste número não releva presença de depressão e valores superiores relevam depressão.

Neste sentido, uma pontuação de zero a dez reflete ausência de depressão, de onze a 20 é considerado depressão leve, 21 ou mais pontos indica depressão moderada a grave (Pocinho, 2009).

3.5.3. Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)

(Traduzida e validada para diferentes países do continente Europeu e Asiático (Ribeiro *et al.*, 2006))

A escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS - Lubben Social Network Scale) é um dos instrumentos mais usados para avaliar a integração social e o risco de isolamento social em idosos de uma determinada comunidade (Ribeiro *et al.*, 2012).

Segundo Lubben e Gironde (2003), a nova versão da escala é apropriada para a seleção do risco de isolamento social. Esta versão foi criada com o intuito de tornar o instrumento mais simples e rápido, considerando as dificuldades que as pessoas idosas exibem ao completar um instrumento de avaliação.

A escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) é composta por dois conjuntos de questões em que estes avaliam as relações familiares (engloba pessoas que são familiares por nascimento, casamento, adoção, etc...) e as relações de amizade (inclui todos os amigos e os vizinhos).

O primeiro conjunto é constituído pelos seguintes itens: (1) “Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?”, (2) “De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?” e (3) “Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?”. Estes três itens são também adaptados e aplicados às relações de amizade.

A resposta a cada item é dada numa escala de Likert, a pontuação varia de 0 a 5. A pontuação varia entre “nenhuma pessoa” e “9 e mais pessoas”. A pontuação total da escala é igual à soma dos 6 itens, desta forma a pontuação varia de 0 a 30 pontos, na medida que o mínimo é 0 e o máximo é 30. Cada item varia numa escala de 0 a 5 (“0” corresponde a zero, “1” corresponde a um, “2” corresponde a dois, “3 ou 4” corresponde a três, “5 a 8” corresponde a quatro e “9 ou +” corresponde a cinco) (Ribeiro *et al.*, 2012).

Lubben *et al.* (2006) menciona que o valor de corte da soma dos itens da LSNS-6 é de 12 valores e para os conjuntos família e amigos o valor é de 6. Valores inferiores ao ponto de corte da LSNS-6 e dos seus conjuntos indicam risco de isolamento social.

Segundo Ribeiro (2012), o estudo para a validação da versão portuguesa demonstrou uma consistência interna de 0,80.

3.5.4. WHOQOL-OLD

(Traduzida e adaptada para a população portuguesa por Vilar, 2015)

A Qualidade de Vida começou a ganhar importância na promoção da saúde física e mental e no bem-estar social das pessoas (Carneiro, Falcone, Clark, Prette, & Prette,

2007). O conceito de Qualidade de Vida definido pelo grupo WHOQOL define qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem acerca da sua posição na vida, no contexto de cultura e sistema de valores em que se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Vilar *et al.*, 2010).

A elaboração do WHOQOL-OLD, foi realizada pelo grupo WHOQOL. O projeto WHOQOL-OLD, teve início em 1999 e tinha como objetivo adaptar-se à população idosa (Vilar *et al.*, 2015). A versão final do WHOQOL-OLD deu origem a 24 itens agrupados em seis facetas: Funcionamento Sensorial; Autonomia; Atividades Passadas, Presentes e Futuras; Participação Social; Morte e Morrer e Intimidade.

A escala WHOQOL-OLD, na adaptação e validação para a população portuguesa agregou uma nova faceta, designada Família/Vida familiar. Esta faceta tem como objetivo avaliar a satisfação com o apoio familiar e as suas relações, assim como a preocupação com a saúde e bem-estar dos seus familiares (Vilar *et al.*, 2015). Numa fase inicial foram introduzidos 8 itens na faceta Família/Vida Familiar, mas foram considerados quatro, originando assim um total de vinte e oito itens para a Versão Portuguesa. Os itens 1, 2, 3, 7, 8, 9 e 10 foram invertidos, estando enunciados na negativa (Vilar, 2015).

A escala WHOQOL-OLD é constituída por 28 itens em que as respostas são do tipo Likert com 5 pontos. Cada faceta é formada por 4 itens, desta forma os pontos variam entre 4 e 20, sendo que os valores mais elevados indicam uma melhor qualidade de vida. A soma da resposta dos 28 itens contempla uma pontuação global, obtendo assim, uma variação entre 28 e 140 pontos. Após calculada a pontuação global esta é convertida numa escala de 0 a 100 pontos percentuais. Devem, contudo, ser convertidos tanto os resultados total por faceta (RTF) como o resultado total das facetas (RBF), através da regra: $RTF = 6,25 \times (RBF - 4)$ (Power, 2005).

Tabela n.º 3.6 - Facetas da escala WHOQOL-OLD e itens que as constituem para a Versão Portuguesa (Vilar *et al.*, 2015)

Facetas	Itens	Pontuação Global e Pontos Percentuais
Funcionamento Sensorial	1, 2, 3, 20	A pontuação de cada faceta varia de 4 – 20 (0-100)
Autonomia	4, 5, 6, 11	
Atividades passadas, Presentes e Futuras	12, 13, 15, 19	
Participação Social	14, 16, 17, 18	
Morte e Morrer	7, 8, 9, 10	
Intimidade	21, 22, 23, 24	
Família/Vida Familiar	25, 26, 27, 28	
Total WHOQOL-OLD	28 Itens	28 – 140 (0-100)

3.6. Hipóteses

Neste contexto, construímos três níveis de hipóteses: o primeiro nível leva a prova estatística o efeito das variáveis independentes sociodemográficas (género e estado civil) nas variáveis dependentes Redes Sociais, Depressão e Qualidade de vida (H1.1, H1.2, H1.3, H2.1, H2.2, H2.3)

No segundo nível, relacionámos as variáveis Redes Sociais e Depressão (H3.1).

No terceiro nível, analisámos as variáveis independentes Redes Sociais e Depressão com a variável dependente Qualidade de Vida (H4.1, H4.2).

Nesta investigação, foram definidas as seguintes hipóteses:

H1.1 – Existe relação entre a género e a depressão

H1.2 – Existe relação entre a género e as redes sociais

H1.3 – Existe relação entre o género e a qualidade de vida

H2.1 – Existe relação entre a estado civil e a depressão

H2.2 – Existe relação entre a estado civil e as redes sociais

H2.3 – Existe relação entre o estado civil e a qualidade de vida

H3.1 – Existe relação entre as redes sociais e a depressão

H4.1 – Existe relação entre as redes sociais e a qualidade de vida

H4.2 – Existe relação entre a depressão e a qualidade de vida

3.7. Procedimentos

No processo de investigação foram cumpridos os procedimentos éticos, legais e de colheita de dados.

3.7.1. Procedimentos éticos e legais

Antes de realizar a colheita de dados foi elaborado um consentimento informado (apêndice I) para a realização do estudo que o idoso inquirido assinava antes de iniciar o inquérito. Aos inquiridos que não sabiam ler nem escrever, o consentimento informado foi lido na íntegra pelo inquiridor e consequentemente assinado pelo mesmo.

3.7.2. Procedimentos de colheita de dados

Aos idosos inquiridos foi-lhes explicado e apresentado individualmente os objetivos do estudo, assim como garantida a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. Após fornecida esta informação e dada a autorização pelos participantes, dava-se início à aplicação do instrumento de recolha de dados.

A recolha de dados ocorreu entre setembro de 2019 e abril de 2020 e teve uma duração de oito meses. Estes inquéritos foram executados no local onde se realiza o projeto Lado a Lado, dirigido pela Associação Contacto em Tavira e nas povoações serranas do concelho. Neste período de tempo foram realizados os 59 inquéritos que constituem a amostra deste estudo. Cada instrumento de recolha de dados demorou cerca de uma hora a preencher, quando foi feita aplicação por meio de questionário oral, o que aconteceu na maior parte dos casos porque os inquiridos não eram alfabetizados ou porque o solicitavam com a justificação de que não se sentiam em condições de ler e responder autonomamente.

Os dados recolhidos foram introduzidos no programa IBM-SPSS Statistics com o objetivo de realizar a sua análise. Estes dados estão expostos em tabelas, para uma melhor compreensão e perceção dos mesmos.

CAPÍTULO IV – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

4.1. Análise descritiva dos dados

Neste capítulo, faz-se uma análise descritiva da amostra e dos dados recolhidos. Com o intuito de dar resposta à questão de partida, realizou-se um inquérito por questionário, tendo o instrumento de recolha de dados sido composto, como foi atrás referido, por um questionário sociodemográfico, pela Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1983) adaptada à população Portuguesa por Pocinho (2007), pela Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (versão portuguesa) e pelo questionário WHOQOL-OLD.

Os dados são apresentados em tabelas e analisadas estatisticamente, recorrendo à estatística descritiva e inferencial.

4.1.1. Caracterização da amostra

A amostra para este estudo é composta por 59 pessoas com 65 ou mais anos, ou seja, 0,91 % numa população residente de 6485 pessoas que se encontravam nesta faixa etária em 2020 (INE, PORDATA, última atualização: 2021-06-14).

De acordo com os dados da tabela n.º 4.8, a média de idades das pessoas incluídas na amostra deste estudo é de 77,17, o desvio padrão é 7,35, a moda são 82 anos, o mínimo de idade no estudo é 65 anos e o máximo é 92 anos. Relativamente ao género, verificamos que o género feminino predomina na amostra, visto que 62,7% dos participantes na amostra são do sexo feminino e 37,3% são do sexo masculino. Relativamente ao estado civil, 45,8% dos idosos inquiridos são casados, 44,1% dos idosos são viúvos e 5,1% são solteiros.

Na mesma tabela, podemos identificar que relativamente às habilitações literárias dos participantes no estudo, 45,8% têm escolaridade até ao 4ºano, 35,6% não sabem ler, 5,1% sabem ler, mas não sabem escrever, 8,5% sabem ler e escrever, 3,4% têm entre o 5ºano-6ºano, 1,7% tem entre o 7º-9ºano e não há ninguém com escolaridade entre o 10º-12ºano.

De acordo com os dados relativos às condições de vida dos participantes no estudo, que, como atrás foi referido, são residentes na serra e no barrocal do concelho de Tavira, 93,2% dos incluídos na amostra tem telefone na sua residência e 6,8% (4) não tem

telefone na sua residência. Conforme é visível na tabela, 71,2% dos inquiridos tem água canalizada na residência e 28,8% não tem água canalizada na residência. Através da leitura da tabela, 86,4% tem saneamento básico ou fossa na sua residência e 13,6% não tem saneamento básico. De acordo com os dados, 98,3% dos idosos referem que têm luz elétrica na sua residência e apenas 1,7% (1) refere que não tem luz elétrica na residência.

Conforme se pode observar ainda na tabela 4.8, relativamente à estrutura doméstica dos inquiridos, 45,8% habitam com o cônjuge, 40,7% vivem sozinhos, 10,2% vivem com o filho(a), sendo que 3,4% habitam com o irmão ou irmã. Assim sendo, a maioria dos participantes reside com o cônjuge ou com parentes diretos.

Ainda de acordo com os dados da tabela 4.8, verifica-se que 89,8% dos idosos não tem nenhuma resposta social e 10,2% refere tem outro tipo de apoio. A moda é “nenhum”. No entanto, observa-se que a maioria dos participantes reside relativamente próximo dos seus familiares, uma vez que 76,3% dos inquiridos vive a menos de 20 km dos familiares diretos, 18,3% vive a uma distância de 20 Km a 50 km, e 5,1% vive a mais de 250 km.

Conforme é visível na tabela, 100% dos idosos tem médico de família.

Tabela n.º 4.7 – Distribuição das características socioculturais e contextuais da amostra

Variáveis		%	Média	Moda	D. P	Mínimo	Máximo
Idade	-	-	77,17	82	7,35	65	92
Género	Masculino	37,3	-	Feminino	-	-	-
	Feminino	62,7	-		-	-	-
Estado Civil	Solteiro/a	5,1	-	Casado/a	-	-	-
	Casado/a	45,8	-		-	-	-
	Viúvo	44,1	-		-	-	-
Habilitações Literárias	Não sabe ler	35,6	-	até ao 4ºano	-	-	-
	Sabe ler, mas não sabe escrever	5,1	-		-	-	-
	Sabe ler e escrever (s/ habilitações)	8,5	-		-	-	-
	até ao 4ºano	45,8	-		-	-	-
	5º-6ºano	3,4	-		-	-	-
	7º-9º ano	1,7	-		-	-	-
	-	-	-		-	-	-
Telefone na residência	Sim	93,2	-	Sim	-	-	-
	Não	6,8	-		-	-	-
Água canalizada	Sim	71,2	-	Sim	-	-	-

	Não	28,8	-		-	-	-
Tem saneamento básico	Sim	86,4	-	Sim	-	-	-
	Não	13,6	-		-	-	-
Tem eletricidade	Sim	98,3	-	Sim	-	-	-
	Não	1,7	-		-	-	-
Com quem reside	Sozinho/a	40,7	-	Cônjuge	-	-	-
	Cônjuge	45,8	-		-	-	-
	Filho/a	10,2	-		-	-	-
	Irmão/ã	3,4	-		-	-	-
Tem alguma resposta social	Outro	10,2	-	Nenhum	-	-	-
	Nenhum	89,8	-		-	-	-
A que distância residem os seus familiares direto	Menos de 20 km	76,3	-	Menos de 20 km	-	-	-
	20 a 50 km	18,6	-		-	-	-
	+ de 250 km	5,1	-		-	-	-
Tem médico de família	Sim	100	-	Sim	-	-	-

Para este estudo aplicámos a Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (1983), a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6), na versão portuguesa de Ribeiro, O, *et al* (2012) e pela escala de WHOQOL-OLD da OMS, na versão portuguesa de Vilar, M.M.P. (2015). Na tabela nº 4.9, é possível observar os valores mínimos e máximos, média e desvio padrão dos resultados obtidos.

No que respeita aos dados recolhidos por meio da aplicação da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, usámos o ponto de corte 11, o que significa que uma pontuação abaixo deste número não releva presença de depressão e valores superiores relevam depressão. Segundo a análise da tabela, podemos identificar que 23,7% dos inquiridos têm ausência de depressão e 76,3% têm presença de depressão.

No que respeita aos dados recolhidos por meio da aplicação Escala Breve de Redes Sociais, utilizámos o ponto de corte de 12 valores, com valor igual ou superior a 12 valores consideramos Sem Isolamento Social e com menos de 12 valores consideramos em Isolamento Social. Podemos observar que 20,3% dos inquiridos vive em isolamento social e que a maioria (79,7%) não vive em isolamento social.

No que respeita aos dados obtidos por meio da aplicação do Escala da Qualidade de Vida - WHOQOL-OLD, é possível verificar os valores mínimos e máximos, média e

desvio padrão relativos a cada faceta. A faceta que apresenta uma média mais elevada é “Família/Vida Familiar” e o que obteve valores mais baixos foi a faceta “Morte e Morrer”. Obteve-se a média do Score da Qualidade de Vida de 67,12.

Tabela n.º 4.8 - Distribuição das Variáveis em Estudo consideradas na Escala de Depressão Geriátrica, Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais e Escala da Qualidade de Vida - WHOQOL-OLD

Variáveis		%	Média	D.P.	Mínimo	Máximo
Escala de Depressão Geriátrica	Ausência de Depressão	23,7	14,75	4,15	7	22
	Presença de Depressão	76,3				
Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais	Isolamento Social	20,3	16,76	4,51	6	30
	Sem Isolamento Social	79,7				
Escala da Qualidade de Vida - WHOQOL-OLD	Funcionamento Sensorial	-	68,75	14,73	31,25	93,75
	Autonomia	-	66,42	12,87	31,25	93,75
	Atividades Passadas, Presentes e Futuras	-	63,03	13,25	12,50	81,25
	Participação Social	-	65,78	13,40	25	100
	Morte e Morrer	-	62,29	20,20	,00	100
	Intimidade	-	69,49	12,82	31,25	100
	Família/Vida Familiar	-	74,05	10,17	37,50	100
	Total	-	-	67,12	8,24	48,21

4.2. Análise Inferencial dos dados

Para o presente estudo foram utilizados testes não paramétricos. Estes são utilizados com maior relevância nas ciências sociais, pois permitem trabalhar com pequenas amostras. É uma ferramenta usada em estudos onde não se conhece a distribuição da população e os seus parâmetros. Foi tido em consideração um valor de significância de 0,05 e de 0,01.

H1.1 – Existe relação entre a género e a depressão

Para verificar a hipótese formulada aplicou-se o teste de Mann-Whitney. Segundo a análise da tabela n.º 4.10, podemos observar que existe relação entre o género e a depressão com uma diferença estatisticamente significativa de $p=,004$, em que os homens têm mais depressão do que as mulheres.

Tabela n.º 4.9 - Resultado do teste de Mann-Whitney da relação entre a género e a depressão

	Posto médio	p
Score Total da Depressão	Masculino – 38,23	,004
	Feminino – 25,11	

H1.2 – Existe relação entre o género e as redes sociais

Para averiguar a hipótese enunciada aplicou-se o teste de Mann-Whitney, verificando-se na tabela n.º 4.11 que não existem diferenças estatisticamente significativas. Contudo, é possível observar que os homens têm mais redes sociais que as mulheres.

Tabela n.º 4.10 - Resultado do teste de Mann-Whitney da relação entre a género e as redes sociais

	Posto médio	p
Score Total da Rede Social	Masculino – 34,18	,148
	Feminino – 27,51	

H1.3 – Existe relação entre o género e a qualidade de vida

Para verificar a hipótese formulada aplicou-se o teste de Mann-Whitney. Segundo a análise da tabela n.º 4.12, podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e a qualidade de vida, no entanto os homens apresentam melhor qualidade de vida do que as mulheres. Observamos, contudo, que na faceta Família/Vida Familiar existem diferenças estatisticamente significativas ($p=,023$), em que os homens apresentam maior qualidade de vida do que as mulheres. Também na faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras existem diferenças estatisticamente significativas ($p=,012$), em que os homens apresentam maior qualidade de vida do que as mulheres.

Tabela n.º 4.11 - Resultado do teste de Mann-Whitney da relação entre a género e a qualidade de vida

Facetas	Posto médio	p
Funcionamento Sensorial	Masculino – 30,16	,955
	Feminino – 29,91	
Autonomia	Masculino – 32,59	,349
	Feminino – 28,46	
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	Masculino – 37,16	,012
	Feminino – 25,74	
Participação Social	Masculino – 33,55	,210
	Feminino – 27,89	
Morte e Morrer	Masculino – 31,11	,698
	Feminino – 29,34	
Intimidade	Masculino – 32,45	,351
	Feminino – 28,54	
Família/Vida Familiar	Masculino – 35,66	,023
	Feminino – 26,64	
Score Total Qualidade de Vida	Masculino – 34,30	,138
	Feminino – 27,45	

H2.1 – Existe relação entre o estado civil e a depressão

Para verificar a hipótese formulada aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis. Segundo a análise da tabela nº 4.13, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a depressão. Os solteiros/as manifestam mais depressão que os restantes.

Tabela n.º 4.12 - Resultado do teste de Kruskal-Wallis da relação entre a estado civil e a depressão

	Posto médio	p
Score Total da Depressão	Solteiro/a – 41,17	,422
	Casado/a – 28,10	
	Viúvo/a – 30,90	

H2.2 – Existe relação entre a estado civil e as redes sociais

Para verificar a hipótese formulada aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis. Segundo a análise da tabela nº 4.14, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e as redes sociais.

Tabela n.º 4.13 - Resultado do teste de Kruskal-Wallis da relação entre a estado civil e as redes sociais

	Posto médio	p
Score Total da Rede Social	Solteiro/a – 25,83	,779
	Casado/a – 29,03	
	Viúvo/a – 31,60	

H2.3 – Existe relação entre o estado civil e a qualidade de vida

Para verificar a hipótese formulada aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis. Segundo a análise da tabela nº 4.15, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a qualidade de vida ($p=,964$). Todavia, verifica-se que nas facetas de Autonomia ($p=,006$), Atividades Passadas, Presentes e Futuras ($p=,025$) apresentam diferenças estatisticamente significativas em que os solteiros/as apresentam melhor qualidade de vida. Em relação à Intimidade ($p=,011$) os casados/as apresentam melhor qualidade de vida. A faceta Participação Social ($p=0,049$) apresenta diferença estatisticamente significativa, contudo para não cometer o erro tipo I interpretamos como não significativo.

Tabela n.º 4.14 - Resultado do teste de Kruskal-Wallis da relação entre a estado civil e a qualidade de vida

Facetas	Posto médio	p
Funcionamento Sensorial	Solteiro/a - 32,33	,552
	Casado/a - 32,08	
	Viúvo/a - 27,33	
Autonomia	Solteiro/a - 48	,006
	Casado/a - 23,93	
	Viúvo/a - 34,92	
Atividades Passadas, Presentes e Futuras	Solteiro/a - 49,50	,025
	Casado/a - 25,25	
	Viúvo/a - 33,23	
Participação Social	Solteiro/a - 41,00	,049
	Casado/a - 24,92	
	Viúvo/a - 34,60	
Morte e Morrer	Solteiro/a - 32,50	,361
	Casado/a - 32,83	

	Viúvo/a - 26,44	
Intimidade	Solteiro/a - 14,33	,011
	Casado/a - 35,50	
	Viúvo/a - 25,46	
Família/Vida Familiar	Solteiro/a - 21,33	,342
	Casado/a - 32,33	
	Viúvo/a - 28,31	
Score Total Qualidade de Vida	Solteiro/a - 29,17	,964
	Casado/a - 29,50	
	Viúvo/a - 30,67	

H3.1 – Existe relação entre as redes sociais e a depressão

Para verificar a hipótese formulada aplicou-se o teste de correlação não paramétrica de Spearman. Segundo a análise da tabela n.º 4.16, podemos verificar que a correlação é fraca, positiva e que não existe associação estatisticamente significativa.

Tabela n.º 4.15 - Resultado do teste de correlação não paramétricas de Spearman da relação entre a redes sociais e a depressão

	Rho de Spearman	Score Total da Depressão
Score Total da Rede Social	,248	P= ,058

H4.1 – Existe relação entre as redes sociais e a qualidade de vida

Para verificar a hipótese formulada aplicou-se o teste de correlação não paramétrica de Spearman. Segundo a análise da tabela n.º 4.17, podemos verificar que a correlação é fraca, positiva e que existe associação estatisticamente significativa.

Tabela n.º 4.16 - Resultado do teste de correlação não paramétricas de Spearman da relação entre a redes sociais e a qualidade de vida

	Rho de Spearman	Score Total Qualidade de Vida
Score Total da Rede Social	,339	P=,009

A correlação é significativa no nível ,01 (2 extremidades).

H4.2 – Existe relação entre a depressão e a qualidade de vida

Para verificar a hipótese formulada aplicou-se o teste de correlação não paramétrica de Spearman. Segundo a análise da tabela n.º 4.18, podemos verificar que a correlação é moderada, positiva e que existe associação estatisticamente significativa.

Tabela n.º 4.17 - Resultado do teste de correlação não paramétricas de Spearman da relação entre a depressão e a qualidade de vida

	Rho de Spearman	Score Total Qualidade de Vida
Score Total da Depressão	,563	P= ,000

A correlação é significativa no nível ,01 (2 extremidades).

CAPÍTULO V – ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Este capítulo tem como objetivo analisar mais minuciosamente os resultados apresentados do capítulo anterior, cruzando dados do nosso estudo com outras investigações.

Na presente investigação sobre a relação da Depressão e das Redes Sociais com a Qualidade de Vida dos idosos residentes do concelho de Tavira, partiu-se de um estudo no terreno, através da realização de questionários a pessoas idosas.

- Idade

Na presente investigação, podemos verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre a idade e a Depressão, Redes Sociais e Qualidade de Vida.

Em relação à idade verificamos que quanto mais idade têm os idosos maior a tendência de apresentarem-se mais depressivos, confirmando assim o estudo de Silva (2005) e Fernández-Ballesteros (2009). Clemente (2013), situando-se nos problemas sociais da velhice, acrescenta que os sentimentos de solidão na idade avançada são um dos grandes impulsionadores à depressão e posterior isolamento. A idade avançada, são fatores de risco para o isolamento. Quando essa rede não funciona adequadamente ou não existe, o isolamento e a depressão podem advir (Paúl, Ayis & Ebrahim, 2006).

Em relação à qualidade de vida, também os autores Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore e Cecon (2006) concluíram através da sua investigação que a variável idade não interfere com a qualidade de vida.

- Género

Na presente investigação, prevalecem os idosos do género feminino aos idosos do género masculino. Há em Portugal, muitos estudos sobre idosos em que o sexo feminino prevalece, destaca-se o estudo de Vilar (2015) sobre a avaliação da qualidade de vida em adultos idosos, em que a autora refere que a percentagem das mulheres é superior (57.8%). Isto pode estar relacionado com os efeitos da sobre mortalidade masculina e com a esperança de vida ser mais elevada no caso das mulheres (INE, 2013).

Na Escala de Depressão o género masculino apresenta mais depressão. Em sentido oposto, nos dados publicados pela DGS (2005) podemos verificar que as mulheres apresentam níveis depressivos mais elevados do que os homens. Apesar de haver diferenças estatisticamente significativas entre o género e a depressão, no presente estudo os homens apresentam mais depressão. Contudo, são as mulheres que moram mais frequentemente sozinhas, o que nos leva a crer que, no caso destas, o facto de viver sozinho não é gerador de depressão. Por outro lado, podemos verificar no nosso estudo que são os homens que residem mais longe dos familiares diretos, o que pode justificar um nível maior de depressão nestes.

Relativamente à Escala das Redes Sociais, o género masculino apresenta um maior suporte das redes sociais. Maia (2016) menciona que os homens têm uma rede de amigos e uma rede familiar de maiores dimensões, assim como um maior número de confidentes, o que corresponde a melhor integração e menor isolamento social.

De salientar que na Escala de Qualidade de Vida, o género masculino demonstra mais qualidade de vida. Também Gameiro *et al.* (2010) conclui no seu estudo que os idosos do sexo masculino apresentam melhor Qualidade de Vida.

- Estado Civil

Segundo os dados obtidos no presente estudo, através do formulário sociodemográfico, relativamente ao estado civil dos idosos inquiridos podemos identificar que a maioria dos idosos são casados. Os resultados apresentados são idênticos aos de Fonseca (2005) em que a maioria dos inquiridos são casados com 72,6%, 23,9% viúvos e 3,4% solteiros. Podemos verificar neste estudo que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil com a Depressão, a Rede Social e a Qualidade de vida.

O presente estudo demonstra que os idosos divorciados e viúvos são os que apresentam maiores índices de depressão. Salgueiro (2007) refere que casos stressantes, como divórcios, acidentes traumáticos ou as próprias perdas familiares e amigos podem dar início a situações depressivas. Relativamente às Redes Sociais, verifica-se que o grupo de idosos viúvos apresenta maiores redes sociais, quando comparado com o grupo de casados e solteiros. Portanto, residir sozinho parece não ter impacto no tamanho das redes sociais. Também segundo os dados do nosso estudo, podemos identificar que a grande maioria dos idosos viúvos vivem a menos de 20 km dos familiares diretos, o que

nos indica que a proximidade entre os mesmos é geradora de uma maior rede social. Em sentido oposto, Neto (2000) refere que os idosos casados são as que sofrem menos de solidão.

Contudo, podemos afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas na Autonomia, Atividades Passadas, Presentes e futuras e na Participação Social em que os solteiros/as têm mais Qualidade de Vida e que na faceta Intimidade os casados/as têm mais Qualidade de Vida. Segundo Daatland (2005), o conceito de qualidade de vida parece ter uma fraca correlação com o estado civil.

- **Habilitações literárias**

Na presente investigação, podemos identificar que os idosos com mais escolaridade se apresentam menos deprimidos, este facto corrobora com os estudos de Bergdahl et al., (2005) e Chou & Chi, (2005).

Ao observarmos a relação entre as habilitações literárias e as redes sociais, podemos identificar que os idosos que com mais habilitações literárias têm mais redes sociais. Silva (2009) refere que nas zonas rurais com a população nascida nas décadas de 20, 30 e 40, muitos não tinham acesso à escolaridade, uma vez que o ensino era restrito a segmentos sociais específicos. Podemos afirmar que os idosos que têm mais habilitações literárias têm uma maior rede social de amigos. Neste sentido, Cabral et al., (2013) diz que os idosos com poucas habilitações literárias eram direcionados para a atividade agrícola familiar. Desta forma, acentuava-se a inserção dos idosos no seio familiar.

Ao analisarmos a relação entre as habilitações literárias e a qualidade de vida verificamos que existe uma relação linear, quanto mais habilitações literárias melhor é a qualidade de vidas do idoso. Caramelo (2014) obteve diferenças estatisticamente significativas que revelam que a qualidade de vida aumenta à medida que aumentam as habilitações literárias.

- **Telefone da residência**

Na presente investigação, podemos identificar que os idosos com telefone na residência têm menos depressão. Relativamente às redes sociais podemos identificar que os idosos sem telefone na residência têm mais redes sociais.

A nível familiar ter telefone na residência é sinónimo de uma maior rede social familiar e a nível de amigos ter telefone na residência afasta os idosos originando uma

rede social menor. Licoppe (2002) diz que as relações próximas podem ser geridas com chamadas curtas. Podemos verificar que as relações de amizade são construídas e mantidas na proximidade, provavelmente vivem no mesmo local ou estão juntos frequentemente. Os idosos com telefone têm mais qualidade de vida havendo uma relação com uma diferença estatisticamente significativa. Johnsen (2003) afirma que a comunicação tem como objetivo a troca de informação, por vezes pode ser sem qualquer conteúdo ou outra função que não seja manter o contacto social.

- Com quem reside

Neste estudo, podemos identificar que a maioria dos inquiridos reside com o cônjuge, 40,7% reside sozinho e 10,2% dos inquiridos reside com o filho. Com base no teste Kruskal Wallis, verificamos que na Depressão, Redes Sociais e Qualidade de vida que o género não tem diferença estatisticamente significativa.

Os inquiridos que residem com os filhos têm mais depressão que os restantes inquiridos que vivem com o cônjuge e sozinhos. Em relação às redes sociais, os idosos que residem sozinhos têm uma rede social familiar menor comparando com os idosos que vivem com o cônjuge ou com o filho, em sentido oposto quem reside sozinho tem uma maior rede social de amigos comparando com os restantes idosos. Paúl, Avis & Ebrahim (2006) refere que a perda ou dificuldade de acesso a familiares mais chegados e a amigos são fatores de risco para o isolamento. Quando essa rede não funciona adequadamente ou não existe, o isolamento e a depressão podem ocorrer. Este fato corrobora o nosso estudo na medida em que a incidência de isolamento social recai nos idosos que residem sozinhos.

Podemos observar que na Qualidade de Vida, na faceta Autonomia os inquiridos que residem sozinhos têm mais qualidade de vida e na faceta Intimidade os inquiridos que residem com o cônjuge têm mais qualidade de vida. Num modo geral, os idosos que residem com o cônjuge têm mais qualidade de vida.

- Resposta social

Neste estudo, podemos identificar que o idoso com uma resposta social tem mais depressão, tem menos redes sociais e mais qualidade de vida do que os idosos sem resposta social.

Turner e Noh (1988) referem que o risco de sofrer de depressão é mais elevada nos indivíduos que mostram incapacidade física. Os idosos com resposta social apresentam elevados índices de depressão. A dificuldade em satisfazer as atividades da vida diária é apontada como fator de risco para a depressão (Forsell & Winblad, 1999)

No presente estudo, podemos identificar que as pessoas com uma resposta social têm mais qualidade de vida. Em sentido oposto Borges e Moreira (2009) afirmam que a pessoa que é parcialmente dependente afeta o psicológico e compromete a qualidade de vida. Contudo podemos identificar que os idosos com uma resposta social, têm uma maior rede familiar provavelmente este facto prende-se com a necessidade de apoio no dia-a-dia, desta forma os idosos consideram-se com melhor qualidade de vida. Através do presente estudo os idosos consideram o apoio familiar crucial para uma boa qualidade de vida.

- Distância dos familiares

Segundo o presente estudo, os idosos que residem mais perto dos familiares diretos têm menos depressão e quanto maior a distância mais depressão. Os idosos que residem perto dos seus familiares têm uma maior rede social. A nível da qualidade de vida no presente estudo os idosos que vivem mais longe dos familiares diretos têm mais qualidade de vida.

Os idosos que vivem mais distantes dos familiares diretos têm mais qualidade na faceta Autonomia, na faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras, na faceta Participação Social e na faceta Morte e Morrer em comparação com os outros idosos que residem mais perto dos seus familiares diretos. A explicação pode-se centrar em que os idosos que vivem mais longe dos familiares diretos têm uma maior rede de amigos. Freitas (2011) refere que um dos aspetos mais importantes para a qualidade de vida é o apoio da família e participação em atividades sociais, sendo que os baixos níveis de contactos podem associar-se a uma qualidade de vida pobre.

No presente estudo, 23,7% dos inquiridos têm ausência de depressão e 76,3% têm presença de depressão. Almeida e Quintão (2012) indicou no seu estudo que em 71 idosos 73,17% tem presença de depressão. Podemos observar que a percentagem de presença de depressão nos idosos é mais elevada no nosso estudo do que nos estudos acima referidos.

Segundo o nosso estudo, podemos verificar que as redes sociais fomentam uma melhor qualidade de vida. Pinquart, M., e Sörensen, S. (2000) e Litwin, H. e Stoeckel, K. J. (2014) mencionam que redes sociais maiores estão associadas a uma maior qualidade de vida. Estes dados corroboram o nosso estudo.

Os resultados obtidos no estudo de Serra (2006), verificaram que uma melhor qualidade de vida estava associada a uma menor pontuação nos indicadores de depressão, este facto corrobora o nosso estudo, na medida em que existe relação entre a depressão e a qualidade de vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a discussão dos resultados, em modo de conclusão, pretende-se fazer uma reflexão sobre o presente estudo, para verificar se os objetivos pré-definidos foram alcançados e apresentar também as principais conclusões.

O presente estudo teve como pergunta de partida: Qual a relação da depressão e das redes sociais com a qualidade de vida das pessoas idosas no concelho de Tavira? O objetivo geral era estudar a relação da depressão e das redes sociais na qualidade de vida dos idosos no concelho de Tavira. Numa fase inicial para dar uma sustentabilidade teórica à temática, foram estudados conceitos ligados ao envelhecimento, à qualidade de vida na pessoa idosa, à satisfação de vida do idoso, às redes de suporte social e à depressão no idoso. De seguida foi feita uma análise de contexto do estudo a nível geográfico e demográfico e, por fim, apresentados e discutidos os resultados do presente estudo.

Com base nos dados atrás analisados e discutidos, considero que o objetivo geral foi atingido, podemos concluir que a depressão e as redes sociais têm associação estatisticamente significativa na Qualidade de Vida dos idosos do Concelho de Tavira.

Verificamos que existe relação entre o género e a depressão, pelo que aceitamos que existe associação estatisticamente significativa. Verificamos também que não existe associação estatisticamente significativa entre o género e as redes sociais. Analisando os dados, podemos verificar que não existe associação estatisticamente significativa entre o género e a qualidade de vida. Verificamos também que não existe associação estatisticamente significativa entre o estado civil e a depressão. Também que não existe associação estatisticamente significativa entre o estado civil e as redes sociais. Analisando a hipótese da relação entre o estado civil e a qualidade de vida, verifica-se que os resultados não são estatisticamente significativos. Verificamos também que não existe associação entre a depressão e as redes sociais e vice-versa, uma vez que os resultados não são estatisticamente significativos. Verificamos que existe relação entre as redes sociais e a qualidade de vida, pelo que aceitamos que existe associação estatisticamente significativa entre as redes sociais e a qualidade de vida. Por último, verificamos que existe associação entre a depressão e a qualidade de vida, pelo que aceitamos a hipótese.

Em função dos resultados obtidos neste estudo, considera-se necessário investir no desenvolvimento de projetos locais que visem combater a depressão e o isolamento social, uma vez que estes fatores estão associados a uma pior qualidade de vida. A

promoção de atividades lúdicas, como a música, a dança, o teatro, entre outras, pode ser desenvolvida com o objetivo de aproximar as pessoas idosas, criar e fortalecer laços de amizade e, assim, combater a solidão que assola o dia-a-dia destes. A organização de encontros gastronómicos e culturais pode constituir uma forma de afastar sentimentos de solidão e de tristeza, criando momentos de partilha de afetos, memórias e atividades. Promover a formação de um grupo de voluntários com o objetivo de interagir com a população alvo, em torno de atividades como jogos, trabalhos quotidianos e atividades de sociabilidade e a dinamização de oficinas de memórias e artesanato, em que os idosos são os atores principais, podem constituir uma estratégia de combate ao isolamento social e à depressão.

Considero que este estudo contribui para uma visão da relação da depressão e das redes sociais na qualidade de vida, em particular na região estudada. E que oferece um contributo relevante para o planeamento e desenvolvimento fundamentado do Projeto Lado a Lado.

A comparação dos resultados do presente estudo com os resultados de outras investigações semelhantes do ponto de vista metodológico e do objeto de estudo foi uma das dificuldades sentidas na realização deste trabalho.

A nível profissional, espero colocar em prática os conhecimentos adquiridos, de forma a beneficiar a qualidade de vida dos idosos na instituição em que trabalho. Espero também direcionar a formação profissional obrigatória para temas tão atuais, como os que foram aflorados no trabalho. A nível pessoal foi muito enriquecedor, irei levar para o futuro as aprendizagens adquiridas, pois o objetivo é contribuir para que homens e mulheres vivam com melhor qualidade de vida. Sabendo os fatores que condicionam esta, mais eficaz se torna a ação tendente a alcançar aquele objetivo.

A realização de estudos direcionados a pessoas idosas com semelhantes características e em contextos diferentes permitiria obter uma visão mais vasta da relação entre a depressão, as redes sociais e a qualidade de vida e a adequação a contextos específicos da intervenção com vista a alcançar o objetivo de viver mais e melhor.

Referências Bibliográficas

Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20, 153-164. <https://www.scielo.br/j/ptp/a/85JVntJ3f8WJMYnPVgZDMVz/?format=pdf&lang=pt>

Almeida, H. (2012). *Biologia do Envelhecimento: Uma introdução*. In C. Paúl, & Ó. Ribeiro, Manual de Gerontologia. Lisboa. Lidel.

Almeida, M. Gutierrez, G., Marques, R. (2012) *Qualidade de vida*. São Paulo: Edições EACH. http://each.uspnet.usp.br/edicoes-each/qualidade_vida.pdf

Ballone, G. (2001) *Stress: sistema imunológico e infecção. Clínica Geral Psicossomática*. <http://www.psiqweb.med.br/trats/bipolar.htm/>

BERGDAHL, E. [et al.] (2005) - Depression among the oldest old: the Umeå 85+ study. *International Psychogeriatric Association*. 17, 557-575. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16185377/>

Borges, A. K. (2009) Influência da prática de atividades Físicas na terceira idade: *estudo comparativo dos níveis de autonomia para o desempenho nas AVDs e AIVDs entre idosos ativos fisicamente e idosos sedentários*, 15 (3),562-573. <https://www.periodicos.rc.biblioteca.unesp.br>

Bowling, A. (1991). *Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. An analysis of concepts and a review of the evidence*. *Fam Pract*, 8, 68-83. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2044876/>

Bowling, A. (1997). *Measuring health: A review of quality of life measurement scales*. Philadelphia: Open University Press. https://www.academia.edu/2869893/Measuring_health_a_review_of_quality_of_life_measurement_scales

Cabral, A., (1996). *Dicionário de Psicologia*, Editora Cultrix.

Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://www.ffms.pt/FileDownload/b45aa8e7-d89b-4625-ba91-6a6f73f4ecb3/processos-de-envelhecimento-em-portugal>

Caramelo, A. (2014) - IV Curso do Doutorado em Enfermagem Reichel. Assistência ao idoso: aspetos clínicos do envelhecimento. Rio de Janeiro. Guanabara Koogan. <https://docplayer.com.br/58821725-Universidade-catolica-portuguesa-qualidade-de-vida-da-pessoa-idosa-nos-lares-e-centros-de-dia-do-distrito-de-vila-real.html>

Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Del Prette, Z., & Del Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: Relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20, 229-237 <https://www.scielo.br/j/prc/a/N478Dh5G85YhRMdXfmTj6Bj/?lang=pt&format=pdf>

- Carvalho, J., & Mota, J. (2012). *O Exercício e o Envelhecimento*. In C. Paúl & Ó. Ribeiro (Eds.), *Manual de Gerontologia*. Lidel.
- Cary, V. F. P. (2016). *Stresse e Qualidade de Vida da Pessoa Idosa*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/9844>
- Chou, K., & Chi, I. (2005). Prevalence and correlates of depression in Chinese oldest-old. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 20(1), 41-50.
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15578666/>
- Clemente, S. (2013). *Envelhecer Ontem e Hoje: A Perspetiva do Idoso*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social. Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
<https://1library.org/document/zgxrpe7q-envelhecer-ontem-e-hoje-a-perspetiva-do-idoso.html>
- Conselho da União Europeia - Grupo das Questões Sociais. (26 de Outubro de 2009). *Envelhecimento saudável e com dignidade - Projecto de conclusões do Conselho*. Bruxelas: UE.
- Costa, M. (1999). *O Idoso – Problemas e Realidade*. Coimbra, Formasau.
- Crooks, V.C.; Lubben, J.; Petitti, D.B.; Little, D. & Chiu, V. (2008). *Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women*. *American Journal of Public Health*, 98(7). 1221-1227.
<https://ajph.aphapublications.org/doi/full/10.2105/AJPH.2007.115923>
- Daatland, S. (2005). Quality of life and ageing. In M. Johnson, *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Donalisio, M.R. JoiaI, L.C., Ruiz, T. (2007). *Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos*, 41.
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/Qks8zRMJpNCFjLb68HDf5Fc/?lang=pt>
- European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group. (2011). *Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Brussels. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ue-strategicimplementation-01.pdf>
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: contribuciones de la psicología*. Madrid: Ediciones Pirámide. <https://www.aidep.org/sites/default/files/2017-07/RIDEP%2030%20-com2.pdf>
- Fonseca, A. M. (2005), *O envelhecimento bem-sucedido*. Lisboa: Climepsi Editores. <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/11727>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa. Climepsi.
- Forsell, Y., & Winbland, B. (1999) Incidence of Major depression in a very Elderly population, *Internaticonal Jornal of Geriatric Psychiatry*, 14 (5), 368-372.
- Freitas, P. (2011). *Solidão em Idosos - percepção em função da rede social*. II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada. Universidade Católica Portuguesa.
<https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8364>

Gameiro, S., Canavarro, M. C., Pereira, M., Serra, A. V., Paredes, T., Simões, M., Quartilho, M. J. R., & Rijo, D. (2010). Factores Sociais e Demográficos de Variabilidade da Qualidade de Vida na População em Geral. Em M. C. Canavarro, & A. V. Serra, *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199905\)14:5<368::AID-GPS919>3.0.CO;2-Y](https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199905)14:5<368::AID-GPS919>3.0.CO;2-Y)

Gaudêncio, J., Silva, M. E. D., Doria, I., (2014) *Perfis de Envelhecimento em Idosos com Idade Avançada: Resultados de um Estudo no Sotavento Algarvio*. Universidade do Algarve

<https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/10679/1/EvAlg%20P.P.Qualidade%20de%20Vida.pdf>

Hong, M.; Casado, B.L. & Harrington, D. (2011). Validation of Korean Versions of the Lubben Social Network Scales in Korean Americans. *Clinical Gerontologist*, volume 34(4).

<https://www.bc.edu/bc-web/schools/ssw/sites/lubben/description/translations.html>

INE. (2013). *Estatísticas Demográficas 2011*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

[https://www.ine.pt > ngt_server > attachfileu](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu)

Johnsen, T. (2003). “*The Social Context of the Mobile Phone Use of Norwegian Teens.*” In *Machines that Become Us: The Social Context of Communication Technology*, de J. Katz. New Brunswick: Transaction Publishers,

Lapid MI, Rummans TA. (2003) Evaluation and management of geriatric depression in primary care. *Mayo Clin Proc.* 78(11), 1423-1429.

DOI: [10.4065/78.11.1423](https://doi.org/10.4065/78.11.1423)

Lawton, M. (1991). A multidimensional view of quality of life in frail elders. In Birren, J., Lubben, J., Rowe, J., Deutchman, D. (Eds), *The concept and measurement of quality of life in the frail elderly*. San Diego, Academic Press

Licoppe, C. (2002). “Two modes of maintaining interpersonal relations through telephone: from the domestic to the mobile phone.” In J. Katz (ed.). *Machines that become us: the social context of personal communication technology*. New Jersey, Transaction Publishers.

Litwin, H. and Stoeckel, K. J. (2014) ‘Confidant network types and well-being among older Europeans’, *The Gerontologist.* 54, 762–72. <https://academic.oup.com/gerontologist/article/54/5/762/625661>

Lubben, J. & Gironde, M. (2003). Centrality of social ties to the health and well-being of older adults. In Berkman, B. & Harootyan, L. (Eds.). *Social work and health care in an aging world*: 319-350. New York: Springer.

Luísa, C. (2014). *Teorias Leigas sobre Saúde e Doença e Conceitos Relacionados em Pessoas Idosas*. Huelva: Universidade de Huelva. <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/15158/1/Teorias%20leigas%20sobre%20sa%C3%BAde%20e%20doen%C3%A7a%20e%20conceitos%20relacionados%20em%20pessoas%20idosas.pdf>

Luísa, C. (2017). *Teorias Leigas em Pessoas Idosas. Conhecer para Intervir. Guia para Educadores Sociais e Educadores*. Viseu: Psicossoma.

Maia, L., M., C., (2016) International Journal of Developmental and Educational Psychology, *Revista de Psicologia*, 1 (1), 293-304. https://www.researchgate.net/publication/304713196_REDES_DE_APOIO_SOCIAL_E_DE_SUORTE_SOCIAL_E_ENVELHECIMENTO_ATIVO/link/5777ce8d08ae4645d6100c17/download

Marques, L., & Firmino, H. (2003). Depressão e comportamentos suicidários no idoso. In. Vaz Serra. A. (Coord.). *Medicina: Temas Actuais - Depressão* (pp. 133-162). Castanheira do Ribatejo: Atral-Cipan. https://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_87.htm

Martins, J. (2008) Investigação em enfermagem: alguns apontamentos sobre a dimensão ética, *Pensar Enfermagem*, 12(2). <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/23998>

Martins, M. I. (2012). *O Envelhecimento e a Capacidade Funcional dos Idosos*. Dissertação de mestrado. Faro: Universidade do Algarve. <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/3131>

Muniz, R. M. (2003). *Poder e Sucessão: Ascensão, Declínio e Falência de uma Gestão Familiar em uma Empresa Capixaba*. *Revista O&S*, 26. <https://www.scielo.br/j/osoc/a/MwGMjYY9hrzCHbTt9gjzzPr/?lang=pt&format=pdf>

Neri, A.L. (2001). *Maturidade e velhice*. Campinas. Papirus.

Neto, F. (2000). *Psicologia social* (Vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.

Organização Mundial da Saúde (2002). *Envelhecimento ativo: uma estrutura de política*. Génova.

Organização Mundial da Saúde (2005) *Envelhecimento Ativo: Uma política de Saúde*, Brasília, Organização Mundial da Saúde https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

Ornelas, J., (2008). *Sentimento de Comunidade e capital Social. Psicologia Comunitária*. Fim de Século: Lisboa. https://www.researchgate.net/publication/329328938_Sentimento_psicologico_de_comunidade_Estudo_da_escala_SCI-2_num_contexto_associativo

Pais-Ribeiro, J., & Marques, T. (2009). A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 10 (2), 237-248. <https://www.redalyc.org/pdf/362/36218589008.pdf>

Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Climepsi Editores

Paúl, C. (2005) Envelhecimento ativo e redes de suporte social, *Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 15, 275-286. <https://www.redalyc.org/pdf/4265/426540419011.pdf>

Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). *Psychological distress, loneliness, and disability in old age*. *Psychology, Health & Medicine*, 11(2), 221-232. doi: 10.1080/13548500500262945

Penna, F. Santo, F. (2006) O movimento das emoções na vida dos idosos: um estudo com um grupo da terceira idade. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 08(01), 17-24. <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/948>

Pereira, R. J., Cotta, R. M., Franceschini, S. C., Ribeiro, R. L., Sampaio, R. F., Priore, S. E., & Cecon, P. R. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 28,27-38 <https://www.scielo.br/j/rprs/a/6XN7kRNr6QjQqd93NKzh7Gy/abstract/?lang=pt>

Pinquart, M., & Sörensen, S. (2000). Influences of socioeconomic status, social network, and competence on psychological well-being in the elderly. *Psychology and Aging*, 15, 187–224. https://www.academia.edu/57088734/Influences_of_socioeconomic_status_social_network_and_competence_on_subjective_well_being_in_later_life_A_meta_analysis

Pires, M. A. E. (2014). *Avaliação da Qualidade e do Grau de Dependência dos Idosos apoiados pelo Serviço de Apoio Domiciliário da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa*. Dissertação de Mestrado. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa. <https://recil.ulusofona.pt/handle/10437/5490>

Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS)for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, Vol.32, pp.233-236. Doi: 10.1080/07317110802678680.

Pocinho, M. (2007) Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano. Dissertação de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel SalazarUniversidade do Porto, Portugal. <https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/154>

Pocinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. T., & Yesavage, J. A. (2009). *Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders*. *Clinical Gerontologist*, 32 (2), 223-236. <https://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/38>

PORDATA. (2016). *Retrato de Portugal*. Edição 2016. Lisboa. <https://www.pordata.pt/Retratos/2016/Retrato+de+Portugal-42>

Power, M.; Quinn, K.; Schmidt, S. (2005). WHOQOL-OLD Group. Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, 14, 2197-2214. https://era.library.ualberta.ca/items/d06b0c36-72ea-49ec-881b-7bbb373463ac/view/ab9f0472-7c7e-4617-ab06-e817f8a3b2fa/QLR_2005_14.pdf

Ribeiro, O., Teixeira, L., & Barbosa, S. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (. LSNS-6), 15(1), 217–234 https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/3430/1/2012_Vers%C3%A3o%20portuguesa%20da%20Lubben.pdf

Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). *Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)*. *Kairós*,15 (1), 217–234. <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/12787/9276>

- Rubbinstein, R.L.; Lubben, J.E. & Mintzer, J.E. (1994). *Social isolation and social support: an applied perspective. The Journal of Applied Gerontology*, 13(1), 58-72. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/073346489401300105>
- Salgueiro, H. D. (2007). Determinantes psicossociais da depressão no idoso. *Nursing*, 222. http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2939:determinantepsico-
- Santos, C. (2002) *Depressão no idoso: estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão. 2ª Edição. Lisboa. Quarteto Editora*
- Serra, A.V. et al (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, Jan/Mar, Vol. 27, n.º 1, Hospitais da Universidade de Coimbra. <https://eg.uc.pt/bitstream/10316/21539/1/2006%20Estudos%20psicom%c3%a9tricos%20do%20WHOQOL-Bref.pdf>
- Silva, L. R. F. (2009). Autonomia, imperativo à atividade e "máscara de idade": prerrogativas do envelhecimento contemporâneo? In: *Psicologia & Sociedade*, 21(1), 128-134.
- Silva, M. E. D. (2005). Saúde Mental e Idade Avançada – uma Perspectiva abrangente. In Paúl, C.& Fonseca, A. M (coord), *Envelhecer em Portugal*. Lisboa. Lidel.
- Simões, M. (1996). Depressão nas idades avançadas: aspetos práticos do diagnóstico, terapêutica e da relação médico paciente deprimido idoso e seus familiares. *Revista Medicina Geriátrica*
- Smith, J., & Baltes, P. B. (1997). *Profiles of psychological functioning in the old and oldest old. Psychology and Aging*, 12, 458-472. <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0882-7974.12.3.458>
- Sousa, F. A. (2008). *Depressão e atividades de vida diária no idoso*. Tese de Mestrado. SACS, Aveiro.
- Sousa, L. Figueiredo, D. Cerqueira, M. (2004) *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice. Coleção "Idade do saber". Porto. Ambar* <https://bibliografia.bnportugal.gov.pt/bnp/bnp.exe/registo?1340516>
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2006). *Envelhecer em Família. Os Cuidados Familiares na Velhice*. Lisboa, Ambar.
- Sousa, L., Matos, A., (2004). *How multiproblem families try to find support in social services. Journal of Social Work Practice*, 18 (1), 65-80. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0265053042000180590>
- Sowers, K., & Rowe, W. (2007). Global aging. In J. Blackburn & C. Dulmus (Eds.), *Handbook of gerontology: Evidence-based approaches to theory, practice, and policy* (pp. 3-16). New York: John Wiley & Sons. https://www.academia.edu/30339936/Handbook_of_Gerontology_Evidence_Based_Approaches_to_Theory_Practice_and_Policy_Edited_by
- Turner, R., Noh, S. (1988). Physical Disability and depression: a longitudinal analysis. *The Journal of Health and Social Behavior*, 29 (1), 23-37 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2966841/>

Vilar, M. M. P. (2015). *Avaliação da Qualidade de Vida em Adultos Idosos: Estudos da Adaptação, Validação e Normalização do Whoqol-Old para a População Portuguesa*. Dissertação de Doutoramento. Universidade de Coimbra, Coimbra. <https://estudogeral.sib.uc.pt/handle/10316/28680?mode=full>

Vilar, M., Simões, M. R., Sousa, L. B., Firmino, H., Paredes, T., & Lima, M. P. (2010). Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: Notas em torno do processo de adaptação e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa. In M. C. Canavarro, & A. V. Serra (coord.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspetiva da Organização Mundial de Saúde* (pp. 229-250). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

World Health Organization. (1997). *Programme on Mental Health. WHOQOL: Measuring quality of life*, 13. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/63482/WHO_MSA_MNH_PSF_97.4.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a primary report. *J Psychiatr Res*. 1983; 17: 37-49

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7183759/>

Zaidi, A. (2014). *Life cycle transitions and vulnerabilities in old age: a review*. New York.

https://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_2014_zaidi_final.pdf

Anexos

Anexo I - Escala de Depressão Geriátrica



Escala de depressão Geriátrica de Yesavage (1983)

(Adaptada á população portuguesa por Pocinho, 2007)

DGS	Sim	Não	
1 – Está satisfeito com a sua vida atual?	0	1	1
2 – Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	1	0	0
3 – Sente que a sua vida está vazia?	1	0	0
4 – Anda muitas vezes aborrecido?	1	0	0
5 – Encara o futuro com esperança?	0	1	1
6 – Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar?	1	0	0
7 – Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo?	0	1	1
8 – Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	1	0	0
9 – Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1	1
10 – Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido?	1	0	0
11 – Fica muitas vezes inquieto e nervoso?	1	0	0
12 – Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	1	0	0
13 – Anda muitas vezes preocupado com o futuro?	1	0	0
14 – Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	1	0	0
15 – Atualmente, sente-se muito contente por estar vivo?	0	1	1
16 – Sente-se muitas vezes desanimado e abatido?	1	0	0
17 – Sente que, nas condições atuais, é pouco inútil?	1	0	0
18 – Preocupa-se muito com o passado?	1	0	0
19 – Sente-se cheio de interesse pela vida?	0	1	1
20 – Custa-lhe muito meter-se em novas atividades?	1	0	0
21 – Sente-se cheio de energia?	0	1	1
22 – Sente que para a sua situação não há qualquer esperança?	1	0	0
23 – Julga que a maior parte das pessoas passam bem melhor que o senhor?	1	0	0
24 – Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância?	1	0	0
25 – Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar?	1	0	0
26 – Sente dificuldade em se concentrar?	1	0	0
27 – Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)?	1	0	0



Anexo II – Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes
Sociais de Lubben



Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)

Ribeiro, O. *et al* (2012)

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

8

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



Anexo III - Whoqol-Old



WHOQOL-OLD

Vilar, M.M.P. (2015)

Pretende perceber até que ponto sentiu certas coisas, referentes às últimas duas semanas.

1 – As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua vida diária?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

4

2 – As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua capacidade para participar em atividades?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

3 – As dificuldades de audição, visão, paladar, olfato ou tato afetam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

4 – Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

5 – Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

6 – Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

7 – Está preocupado(a) como o modo como irá morrer?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

Investidores Sociais:			Portugal INOVAÇÃO SOCIAL	Cofinanciado por:			
-----------------------	--	--	--------------------------------	-------------------	--	--	--



8 – Até que ponto tem medo de não controlar a sua morte?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

9 – Tem medo de morrer?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

5

10 – Receia sofrer antes de morrer?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

Pretende perceber até que ponto experimentou ou conseguiu fazer, referentes às últimas duas semanas.

11 – Consegue fazer aquilo que gosta?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

12 – Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos de vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

13 – Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

14 – Tem atividades suficiente para ocupar o seu dia-a-dia?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

Pretende perceber até que ponto se sentiu satisfeito(a) em relação a vários aspetos da sua vida, referentes às últimas duas semanas.

15 – Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

Investidores Sociais:			Portugal INOVAÇÃO SOCIAL	Cofinanciado por:			



16 – Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

17 – Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas atividades que realiza?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

18 – Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em atividades da comunidade?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

19 – Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

20 – Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo: audição, visão, paladar, olfato e tato)?				
Muito mau	Mau	Nem bom nem mau	Bom	Muito bom

Relacionamentos íntimos, referentes às últimas duas semanas

21 – Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

22 – Sente que tem amor na sua vida?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

23 – Tem oportunidade de amar alguém?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente

Investidores Sociais:			Portugal INOVAÇÃO SOCIAL	Cofinanciado por:			
	UNIÃO DAS FREGUESIAS DE TAVIRA SANTA MARIA E SANTIAGO						FUNDO SOCIAL EUROPEU



24 – Tem oportunidade para se sentir amado(a)?				
Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente

Relações familiares, referente às duas últimas semanas

7

25 – Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

26 – Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

27 – Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito

28 – Sente que a sua família lhe dá valor?				
Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo

Apêndices

Apêndices A - Formulário Sociodemográfico

Questionários de Avaliação

Caracterização Sociodemográfica:

Dados Pessoais

1 – Idade:

2 – Género: Masculino Feminino

3 – Estado Civil: Solteiro(a) Casado (a) União de Facto Separado
Divorciado(a) Viúvo

4 – Habilitações literárias:

Não sabe ler Sabe ler mas não sabe escrever Sabe ler e escrever (s/ habilitações)

Grau de instrução: até 4ºano 5º - 6ºano 7º - 9ºano 10º - 12ºano
Outro

5 – Tem telefone na sua residência? Sim Não

6 – Tem água canalizada na sua residência? Sim Não

7 – Tem saneamento básico ou fossa na sua residência? Sim Não

8 – Tem luz elétrica na sua residência? Sim Não

9 – Neste momento com quem reside?

Sozinho(a) Cônjuge Companheiro(a) Filho(a) Instituição
Neto(a) Irmão/Irmã Outros familiar Outra situação, qual? _____

9 – Recebe apoio de alguma Instituição ou resposta social?

Lar Centro de Dia Apoio Domicílio Outro Nenhum (a)

10 – A que distância residem os seus familiares diretos (filho(a), irmão(a))?

Menos de 20 km 20 a 50 km 51 a 100 km 101 a 250 km + de 250 km

11- Tem médico de família? Sim Não

1

Apêndices B - Consentimento Informado



Portugal
INOVACÃO
SOCIAL



PARCERIAS
para o Impacto



Cofinanciado por:

TERMO DE CONSENTIMENTO INFORMADO PARA |

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

A Associação Em Contato Távira, no âmbito do Projeto Lado a Lado - Dispositivo Móvel de Animação Sociocultural Rural, numa iniciativa da Portugal Inovação Social, Programa Parcerias para o Impacto do Programa Operacional e Regional CRESCE Algarve 2020 e em parceria com a Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve, pretendem realizar um estudo sobre a Qualidade de Vida dos Idosos residentes no meio rural da Freguesia de Távira.

Através da aplicação de instrumentos de colheita de dados junto de uma amostra mínima de 100 destinatários finais que venham a ser intervencionados nas ações previstas para o Projeto Lado a Lado - Dispositivo Móvel de Animação Sociocultural Rural, pretendemos aferir se a intervenção realizada contribuiu para a melhoria percebida da qualidade de vida (sintomas depressivos, integração social e risco de isolamento social dos idosos na condição de fragilidade social em situação de isolamento, solidão e exclusão social e/ou com emergência social), ocorrendo em dois momentos distintos, na fase inicial e na fase final da intervenção.

Assim, solicitamos a autorização para proceder à realização do presente questionário que ajudará a recolher a informação para o estudo.

Todas as informações recolhidas serão para o estudo em questão, somente os resultados da pesquisa serão publicados.

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas.

Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas.

Nome: _____

Assinatur: _____

Data: ____/____/____

Investidores Sociais

município
távira



UNIÃO DAS FREGUESIAS DE TÁVIRA
SANTA MARIA E SANTIAGO

Entidade Parceira

UAIG
UNIVERSIDADE DO ALGARVE