HUMBERTO JOAQUIM SANTANA PINTO

Qualidade de vida de pessoas idosas em meio rural:

Um estudo na freguesia de Salir

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

2023

HUMBERTO JOAQUIM SANTANA PINTO

Qualidade de vida de pessoas idosas em meio rural:

Um estudo na freguesia de Salir

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob orientação de:

Professora Doutora Cláudia Luísa

UNIVERSIDADE DO ALGARVE

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO

2023

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: Humberto Pinto 2023

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

Percorrer este caminho só foi possível com o apoio, energia e força de várias pessoas, a quem dedico especialmente este trabalho.

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 à minha orientadora, Professora Doutora Cláudia Luísa pelo apoio durante este processo, pela atenção, pelas palavras de ânimo, disponibilidade e competência demonstrada no decorrer do mesmo e por nunca me deixar desistir.

Um grande agradecimento a todas as pessoas que, de algum modo, me deram força na realização deste trabalho.

À minha esposa, Sílvia Viegas, pela força, compreensão e por ter estado sempre presente e ao meu lado.

Aos idosos que aceitaram colaborar na investigação. Sem eles este trabalho não seria possível.

Aos meus amigos e colegas que frequentaram o curso e a todos que de uma forma ou de outra, me apoiaram.

Resumo

Sendo Salir uma das freguesias rurais mais envelhecidas do concelho de Loulé, o presente estudo pretende responder à seguinte pergunta de partida: Quais os fatores que influenciam a qualidade de vida no idoso isolado a viver em ambiente rural na Freguesia de Salir?

Este estudo tem como objetivo ajudar a conhecer a realidade do envelhecimento na Freguesia de Salir, nomeadamente os idosos a viver isoladamente, identificando as suas carências, como vivem e o que pode ser corrigido para que os mesmos disfrutem de qualidade de vida.

A amostra é constituída por 30 idosos com idades compreendidas entre 75 e 85 anos de idade a viver de forma autónoma.

Para a realização desta investigação foi utilizado o método quantitativo uma vez que se recorreu ao inquérito por questionário e ao instrumento WHOQOL-OLD versão portuguesa, sendo os idosos abordados presencialmente.

Nesta investigação realizou-se um estudo de caso sendo a amostra obtida através do método de amostragem não probabilística por conveniência, idosos do concelho de Loulé, mais propriamente à Freguesia de Salir.

A análise dos dados foi realizada por meio do programa SPSS-IBM25 (Statiscal Package for Social Sciences), versão 28 para Windows e da análise de conteúdo.

Os resultados evidenciaram ser possível relacionar alguns determinantes da qualidade de vida dos idosos com as facetas do instrumento Whoqol-Old, contudo nem todas as associações ou relações têm significância estatística. Conclui-se que é possível melhorar a qualidade de vida dos idosos a viver de forma isolada na Freguesia de Salir, com vista a manter sua independência, autonomia, saúde e a reforçar os laços sociais por forma a combater o isolamento social.

Palavras-Chave: Qualidade de vida; envelhecimento; isolamento social; meio rural.

Abstract

As Salir is one of the oldest rural parishes in the municipality of Loulé, this study aims to answer the following starting question: What factors influence the quality of life of the isolated elderly living in a rural environment in the parish of Salir?

This study aims to help to know the reality of aging in the Parish of Salir, namely the elderly living in isolation, identifying their needs, how they live and what can be corrected so that they enjoy a better quality of life.

The sample consists of 30 elderly people aged between 75 and 85 years living independently.

To carry out this investigation, the quantitative method was used, as a questionnaire survey and the Portuguese version of the WHOQOL-Old instrument were used, with the elderly being approached in person.

This research was a case study and the sample was obtained using the non-probabilistic convenience sampling method, with elderly people from the municipality of Loulé, more specifically from the parish of Salir.

The data was analyzed using SPSS-IBM25 (Statiscal Package for Social Sciences), version 28 for Windows and content analysis.

The results showed that it is possible to relate some of the determinants of quality of life of the elderly to the facets of the WHOQOL-OLD instrument, although not all the associations or relationships are statistically significant. It is concluded that it is possible to improve the quality of life of the elderly living in isolation in the parish of Salir, with a view to maintaining their independence, autonomy, health and strengthening social ties in order to combat social isolation.

Keywords: Quality of life; ageing; social isolation; rural environment.

Índice

Agradecimentos ……...…...v
Resumo ……..vi
Abstract ……vii
Índice ……...viii
Índice de Figuras …….....x
Índice de Tabelas ……...……xi
Índice de Gráficos ……...xiii
Índice de Apêndices ……...……...….xiv
Índice de Anexos …….....xv
Siglas & Abreviaturas ……xvi
Introdução …….…….....1
Capítulo I – Enquadramento Teórico ……..……..4
1. O envelhecimento demográfico mundial e europeu ……....4
1.1 O envelhecimento demográfico…….…….4
1.2 O envelhecimento demográfico em Portugal ……8
1.3 O envelhecimento demográfico no Algarve …….11
1.4 Caraterização da Vila de Salir …….....12
Capítulo II – O Processo de Envelhecimento …….13
2. Envelhecimento humano e as sua componentes ……..…..……13
2.1 Fatores de risco e proteção associados à solidão……...16
2.2 O isolamento social ……..20
2.3 A qualidade de vida ……..21
2.4 A qualidade de vida no idoso relacionada com a saúde ……...25
2.5 Qualidade de vida dos idosos no Algarve ……28
2.6 Satisfação de vida do idoso …….….34
Capítulo III– Metodologia…….. ……...36
3. Tipo de estudo …...…….…….……...36
3.1 Questão de partida ……37
3.2 Objetivos do estudo ……..37
3.3 Hipóteses ……..37
3.4 Amostra ……..……..38

3.5 Técnicas e instrumentos de recolha de dados ……...39
3.5.1 Inquérito por questionário ……40
3.5.2 Escala Whoqol – Old ……..…..41
3.6 Procedimento de recolha de dados …….……..……....44
3.7 Procedimentos éticos e legais ……...45
4. Capítulo IV – Apresentação dos resultados …….……..……....46
4.1 Análise descritiva dos resultados ……..…46
4.2 Caraterização da amostra …….47
4.3 Análise descritiva das categorias …….52
4.4 Tratamento estatístico da Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL – OLD.…66
4.5 Análise Inferencial dos dados ……..68
5. Capítulo V – Discussão dos resultados …….....72
5. Discussão ……...72
5.1 Perfil sociodemográfico ……...72
5.2 Discussão dos resultados por temas …….78
5.2.1 Apoios sociais ……..78
5.2.2 Saúde ……79
5.2.3 Qualidade de vida …….81
5.2.4 Escala de medida da Qualidade de vida – WHOQOL – OLD…..……82
6. Considerações finais ……...84
Referência bibliográficas ……..……90
Apêndices …...…….....99
Anexos ……....146

Índice de Figuras

Figura 1.1. Pirâmide Populacional, EU- 27, 2019 a 2050…...…… 6

Figura 1.2. Índice de dependência dos idosos, 1990, 2019 e 2050 …….……... 7

Figura 2.5. Índice de dependência dos idosos – Rácio % 2011-2021……...…… 27

Índice de Tabelas

Tabela 3.1. Facetas da escala WHOQOL-OLD e itens que as constituem para a Versão Portuguesa …… 43

Tabela 3.2. Consistência interna da escala WHOQOL-OLD global e por facetas ……..…...44

Tabela 4.1. Dados relativos à habitação ….…….....49

Tabela 4.2. Apoios sociais que a Freguesia de Salir proporciona aos idosos …..……50

Tabela 4.3. Apoios sociais do município ……..51

Tabela 4.4. Análise descritiva da categorização referente à questão nº 26 - ”Na sua opinião, quais as vantagens de viver nesta Freguesia?”……..53

Tabela 4.5. Análise descritiva da categorização referente à questão nº 27 -”Ao residir aqui, do que sente mais falta?”……..……..54

Tabela 4.6. Análise descritiva da categorização referente à questão nº 28 -”O que gostaria de ter alterado na sua vida?”…….……..55

Tabela 4.7. Análise descritiva da categorização referente à questão nº 29 -”O que é para si ter saúde?”…….…….56

Tabela 4.8. Análise descritiva da categorização referente à questão nº 31 -”Tem algum problema de saúde?”…….……57

Tabela 4.9. Análise descritiva da categorização referente à questão nº 32 -”O que é que se pode fazer para nos sentirmos saudáveis?”……..…….58

Tabela 4.10. Análise descritiva da categorização referente à questão nº 34 -”O que é para si ter uma doença ou estar doente?”…….…….59

Tabela 4.11.Análise descritiva da categorização referente à questão nº 35 -”O que é que costuma fazer que não é bom para a saúde?”……..60

Tabela 4.12. Análise descritiva da categorização referente à questão nº 36 -"O que é para si ter qualidade de vida?"……...61

Tabela 4.13. Análise descritiva da categorização referente à questão nº 38 -"Quais são as coisas importantes para termos uma boa qualidade de vida?"……62

Tabela 4.14. Análise descritiva da categorização referente à questão nº 39 -"O que é para si a felicidade ou ser feliz?"…….63

Tabela 4.15 Análise descritiva da categorização referente à questão nº 41 -"Quais as coisas importantes para se sentir feliz?"……...64

Tabela 4.16. Categorias mais significativas (com um valor igual ou superior a 25%) por tema/questão……..65

Tabela 4.17. Dados globais da amostra, Apêndice E…….……..134

Tabela 4.18. Estatística descritiva da qualidade de vida da amostra, Apêndice E……..135

Tabela 4.19. Resultado do teste Mann-Whitney da relação entre o género e a qualidade de vida, Apêndice F…….....136

Tabela 4.20. Resultado do teste Kruskal-Wallis da relação entre o estado civil e a qualidade de vida, Apêndice F……...……..137

Tabela 4.21. Analise das variáveis independentes mais significativas da amostra, Apêndice F ……..……...138

Tabela 4.22. Caraterização das correlações entre as facetas da WHOQOL – OLD, Apêndice F……. …….……139

Índice de Gráficos

Gráfico 4.1. Idade, Apêndice D.……..124

Gráfico 4.2. Género, Apêndice D ……....124

Gráfico 4.3. Estado civil atual, Apêndice D ……....125

Gráfico 4.4. Habilitações literárias, Apêndice D ……....125

Gráfico 4.5. Agregado familiar, Apêndice D ……...……..126

Gráfico 4.6. Distância dos familiares, Apêndice D …..……..126

Gráfico 4.7. Frequência das visitas, Apêndice D ……127

Gráfico 4.8. Qual foi a profissão, Apêndice D ……127

Gráfico 4.9. Quais os rendimentos que aufere, Apêndice D ……128

Gráfico 4.10. Os rendimentos são suficientes, Apêndice D ……128

Gráfico 4.11. Necessita de ajuda económica, Apêndice D..…… 129

Gráfico 4.12. Reside em, Apêndice D ……..…….. 129

Gráfico 4.13. Cuidados permanentes, Apêndice D ……..……130

Gráfico 4.14. Ocupação tempos livres, Apêndice D ……130

Gráfico 4.15. Como considera os serviços de saúde, Apêndice D ……..131

Gráfico 4.16. Em geral sente-se doente, Apêndice D …….....131

Gráfico 4.17. Tem algum problema de saúde, Apêndice D …….....132

Gráfico 4.18. Como classifica a sua saúde, Apêndice D ……132

Gráfico 4.19. Em geral como classifica a sua qualidade de vida, Apêndice D ……133

Gráfico 4.20. Em geral o quanto se sente feliz, Apêndice D ……..133

Índice de Apêndices

Apêndice A – Formulário Sociodemográfico……...99

Apêndice B – Consentimento Informado ……...105

Apêndice C – Unidades de registo por temas …….. 106

Apêndice D – Caraterização da amostra por gráficos…….…….....124

Apêndice E – Tratamento estatístico da escala de qualidade de vida WHOQOL - OLD

…….....134

Apêndice F – Análise inferencial dos dados…….....136

Apêndice G - Foto Ilustrativa da instalação de água canalisada ……140

Apêndice H - Foto ilustrativa do Cartão Municipal Sénior ……...141

Apêndice I - Foto ilustrativa do apoio do Núcleo de Loulé da liga dos Combatentes……...143

Apêndice J - Mapa ilustrativo da Freguesia de Salir com a referenciação dos lugares das entrevistas ……144

Índice de Anexos

Anexo I – Solicitação de Autorização para aplicação do Instrumento de Avaliação Whoqol-Old……...…145

Anexo II – Instrumento de Avaliação WHOQOL-OLD..……..147

Siglas & Abreviaturas

CCDR – Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve

GNR – Guarda Nacional Republicana

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PCS - Plataforma Crescimento Sustentável

QV – Qualidade de Vida

UN DESA – United Nations Departement of Economic and Social Affairs

WHO – World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

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

WHOQOL GROUP - World Health Organization Quality of Life Group

Introdução

O presente estudo insere-se no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social ministrado na Universidade do Algarve e destina-se à sua conclusão.

A escolha do tema tem como finalidade conhecer a realidade do envelhecimento na Freguesia de Salir, mais concretamente percecionar a qualidade de vida das pessoas idosas isoladas naquele território. Também surge na sequência de uma pesquisa bibliográfica prévia, onde se verificou que existia escassez de estudos nesta área, principalmente no Concelho de Loulé, nomeadamente na Freguesia de Salir, aprofundando a temática do idoso a viver em contexto isolado na faixa etária dos 75 e 85 anos e viver de forma autónoma.

Devido às notórias transformações demográficas, na sequência da redução da taxa de mortalidade e do aumento da esperança de vida, consequente de um notável progresso no campo da saúde, imergiram preocupantes questões relativamente à problemática do envelhecimento populacional (Patrício, 2015).

Demograficamente falando,

> verifica-se uma diminuição da juvenilidade e um aumento da comunidade ativa sénior (com idade superior a 60 anos), sendo que é esperado que a percentagem de população sénior será de cerca de 21% em 2050, ou seja, cerca de 2 mil milhões de séniores, tendo em conta que este aumento não se deve somente às regiões mais desenvolvidas, também é esperado um aumento nas regiões menos desenvolvidas. (Patrício, 2015, p. 32)

A conjuntura atual é extremamente incerta devido à galopante inflação que tem por consequências a diminuição do poder de compra e consequentemente, o empobrecimento da população onde os idosos se incluem, principalmente os que vivem isolados da restante sociedade.

No entanto, "o envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o seu nascimento até à sua morte" (Jacob, 2013; Sequeira, 2010 citados por Veloso, 2015, p.25).

Contudo, temos de destacar que não é um processo uniforme, provocando mudanças e transformações ao longo da vida, que envolvem diferenciação, no crescimento e no desenvolvimento do indivíduo (Veloso, 2015).

Este cenário de envelhecimento demográfico, principalmente nos países ocidentais, leva-nos a equacionar e a estudar os fatores associados ao mesmo, nomeadamente questões ligadas a qualidade de vida, ao isolamento e solidão, a saúde e bem-estar, entre outros.

O presente trabalho de investigação surge como resposta à necessidade referenciada, mais especificamente na freguesia de Salir.

Sendo Salir uma das freguesias rurais mais envelhecidas do concelho de Loulé, pretendeu-se responder à seguinte questão de partida: Quais os fatores que influenciam a qualidade de vida no idoso isolado a viver em ambiente rural na Freguesia de Salir?

Estudar e avaliar a qualidade de vida do idoso isolado, nas suas diferentes dimensões, (físicas, culturais, sociais, financeiras, habitacionais, psicológicas e de saúde), bem como caraterizar o seu perfil sociodemográfico foram os nossos objetivos.

Nesta investigação optou-se por realizar um estudo de caso exploratório, descritivo e transversal sendo o paradigma de investigação de carater quantitativo.

Pretendeu-se contribuir para o conhecimento da realidade social da Freguesia de Salir, em especial a que respeita às questões associadas aos idosos isolados e consoante os resultados encontrados, alertar as instituições locais, para possíveis situações a ser aperfeiçoadas pelas redes locais de cuidados sociais bem como a realização de novos projetos.

Assim sendo, foi construído um protocolo de recolha de dados composto pela escala de *World Health Organization Quality of Life – Old*, adaptada para a população portuguesa por Vilar (2015).

De igual forma elaborámos um questionário sociodemográfico, cuja análise foi efetuada através do programa *IBM-SPSS Statistics*, versão 28.0 para Windows (Pereira, 2022).

O presente estudo está organizado em vários capítulos. No primeiro capítulo, faz-se um "breve enquadramento teórico-conceptual", tal qual Pereira (2022, p.2) abordou no seu estudo, que introduz os conceitos sobre o tema. Aqui é debatido os conceitos de envelhecimento demográfico mundial e europeu, envelhecimento demográfico em Portugal, envelhecimento demográfico no Algarve e caraterização da vila de Salir.

No segundo capítulo, aborda-se as componentes do processo do envelhecimento, a solidão e seus fatores, o isolamento social, a qualidade de vida e a satisfação de vida no idoso.

No terceiro capítulo, apresenta-se a metodologia do estudo, explanando a estratégia metodológica, que agrega o tipo de estudo, a questão de partida, os objetivos, as hipóteses do estudo e os instrumentos de recolha de dados bem como os procedimentos éticos.

No quarto capítulo, são narrados, analisados e interpretados os dados obtidos. No quinto capítulo, é feita a discussão dos mesmos, atendendo a investigação consultada. Por último são apresentadas as considerações finais do estudo.

Capítulo I – Enquadramento Teórico

1. O Envelhecimento Demográfico Mundial e Europeu

1.1. O envelhecimento demográfico

O envelhecimento demográfico tornou-se uma realidade percecionada pela maioria das sociedades contemporâneas, cujo o aumento da população idosa no mundo efetivou-se em meados do século XX, onde a realidade Portuguesa não é alheia à semelhança do panorama mundial, pois o envelhecimento populacional também tem vindo a aumentar.

O Século XX foi uma época de crescimento sem precedentes, tendo a população mundial aumentado mais neste século do que em toda a História da Humanidade, desenvolvendo assim este campo de estudo.

Neste contexto, Rosa (2016) considerou que:

> Envelhecer pertence ao ciclo natural da vida dos seres humanos, e essa alteração do perfil demográfico da população é um importante aspeto a ser considerado quando falamos em qualidade de vida. O aumento da expectativa de vida nos últimos anos, precisa ser valorizada, desde que esses anos conquistados a mais sejam vividos com qualidade. (p.20)

A sociedade tem vindo a sofrer profundas alterações demográficas. Os progressos que têm vindo a acontecer quer a nível científico quer a nível tecnológico, com significativas melhorias na aplicação de novas técnicas da medicina e dos medicamentos tendo estes, contribuído para melhorar as condições de vida da população, para o aumento da esperança de vida e o progressivo envelhecimento.

Ainda assim, toda esta evolução não afasta a "incidência de incapacidades associadas ao processo de envelhecimento, cujo o mesmo pode ser influenciado por fatores genéticos, hereditários, pelo meio ambiente e pelos estilos de vida" (Gomes, 2018, pp.1-6).

De acordo com a Organização das Nações Unidas (ONU):

> prevê-se que até 2050 o número de pessoas com mais de 65 anos venha a duplicar e a triplicar até 2100 passando dos 962 milhões em 2017, ou seja 13% da população global, para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100. (ONU, 2019 citado por Mendes, 2021, p.4)

Uma vez que, a Europa apresenta a maior taxa da comunidade idosa comparativamente com outros continentes (25%), também se espera "(. . .) que o rápido envelhecimento da população se estenda a mais partes do mundo. Prevendo-se que até 2050, aproximadamente um quarto da população, a nível mundial tenha 60 ou mais anos de idade, com exceção do continente africano" (ONU, 2019 citado por Mendes, 2021, p.4).

Neste contexto, a *United Nations Departement of Economic and Social Affairs* - UN DESA (2022) considerou que:

> Segundo as estimativas das Nações Unidas, a Terra tem agora 8 mil milhões de habitantes. Nunca existiram tantos e ao mesmo tempo e o dia 15 de novembro de 2022 ficará marcado como a data em que o planeta atingiu esse grande marco. Este aumento é explicado, sobretudo, com o aumento da esperança média de vida, e não com um aumento muito significativo da natalidade. (p.3)

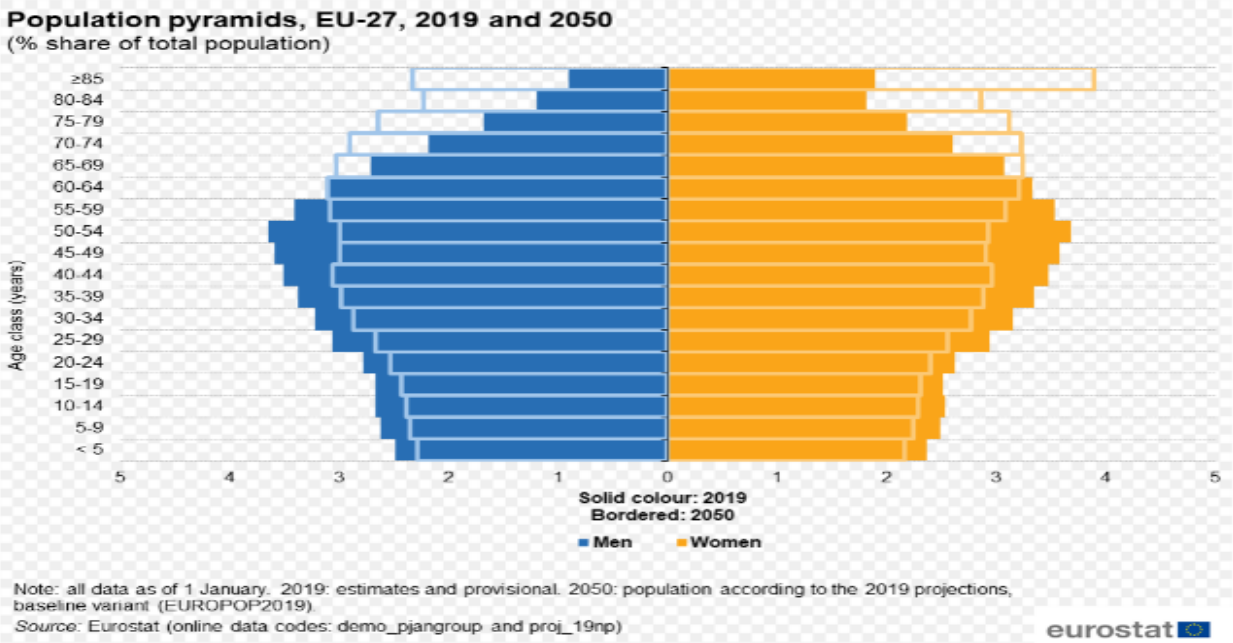
Os europeus estão a viver mais do que nunca e o perfil de idade da comunidade está a avolumar aceleradamente. "O envelhecimento demográfico significa que a proporção de pessoas em idade ativa na UE está a diminuir, enquanto o número de pessoas com 65 anos ou mais está a aumentar" (Ferreira, 2022, p.4).

Tais desenvolvimentos irão ter profundas implicações, não apenas para os indivíduos, mas também para governos, empresas e sociedade civil, impedindo o normal funcionamento dos sistemas de saúde e assistência social, mercados de trabalho, finanças públicas, direitos sociais, das estruturas familiares e laços intergeracionais.

Na Figura 1.1, o Eurostat, (2020) apresenta duas pirâmides para a UE-27 que estão sobrepostas, uma mostrando a situação no início de 2019 (as barras sólidas) e a outra uma projeção para 2050 (as barras com bordas). A figura destaca a transição demográfica que se prevê que ocorra por toda a UE durante as próximas três décadas (Eurostat, 2020).

Figura 1.1.

Pirâmide Populacional, EU- 27, 2019 e 2050



Fonte - Eurostat (2020)

Em termos demográficos, são apontados à Europa três sérios problemas: "uma taxa de fecundidade inferior à necessária para assegurar a reposição das gerações, conjugada com um aumento significativo da longevidade e com os quantitativos migratórios insuficientes, agravando o quadro de envelhecimento da população" (Plataforma Crescimento Sustentável [PCS], 2023; Rodrigues & Henriques, 2017, p.5).

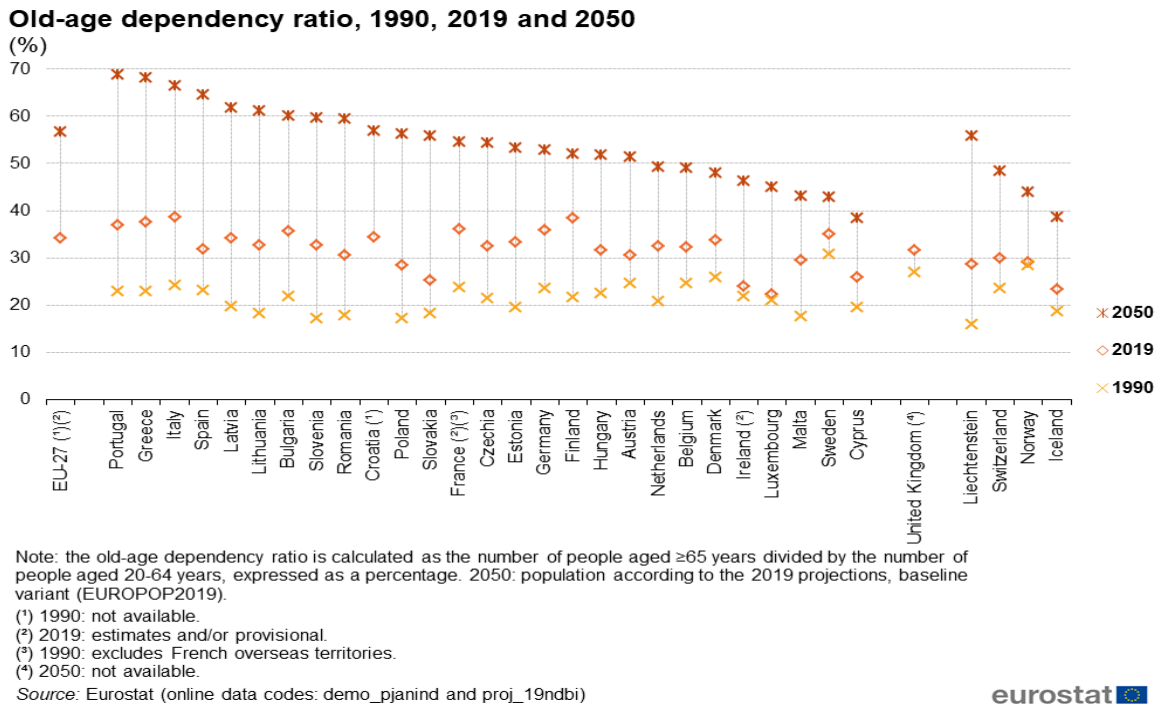
As projeções para 2050, indicam que mais de dois terços dos Estados-Membros da UE tenham um rácio de dependência de idosos superior a 50,0 %; ou seja, terão menos

de dois indivíduos em idade ativa para cada individuo com 65 anos ou mais (Lecocq, 2023).

A Figura 1.2, Eurostat, (2020) indica, que existem sete Estados-Membros onde se prevê que o rácio de dependência dos idosos atinja um nível de pelo menos 60,0 %, com os rácios mais elevados previstos em Itália (66,5 %), Grécia (68,1 %) e Portugal (68,8 %). No outro extremo do intervalo, o rácio de dependência de idosos deverá permanecer abaixo de 40,0% em 2050 nomeadamente no Chipre, (Eurostat, 2020).

Figura 1.2.

Índice de dependência dos idosos, 1990, 2019 e 2050



Fonte - Eurostat (2020)

Assim sendo, "Nas próximas décadas será necessário gerir os efeitos do envelhecimento demográfico sem precedentes nos países mais ricos e enfrentar o ainda rápido crescimento populacional e baixa taxa de juventude das populações nos restantes países" (Goldstone, 2015, como citado por Rodrigues & Henriques, 2017, p.5).

O fenómeno de envelhecimento da população também se agravou em Portugal na última década, onde os estrageiros a viver no país também aumentou e tendencialmente o desequilíbrio na distribuição da população pelo território português também se acentuou com a perda de habitantes no interior favorecendo a concentração nas grandes cidades (Fonseca, 2014 p.231).

1.2 O envelhecimento demográfico em Portugal

Sendo transversal a todas as regiões de Portugal, o envelhecimento demográfico é mais sentido nas sub-regiões interiores, onde a população é maioritariamente envelhecida, onde outrora viviam em montes e pequenas aldeias, sem nenhum recurso vital para sobreviver, tais como eletricidade, esgotos ou água canalizada. Eram espaços que estavam repletos de gente, crianças que se tinham de deslocar para aprender a ler e a escrever, muitas delas a pé e muitas descalças, visto que o orçamento das famílias era muito pobre, viviam com poucos recursos onde a agricultura e a criação de algum gado, era fonte de alguma subsistência que ajudava a ultrapassar as necessidades alimentares diárias.

Com vista a alcançar uma vida melhor e contornar as dificuldades passadas, em virtude de não existirem respostas ambiciosas em termos nacionais, as crianças de outrora cresceram, tornaram-se adultas, tendo estas optado pela emigração, uma solução extremamente viável na altura, deixando os montes e as aldeias a cargo dos mais velhos.

Portugal irá continuar a envelhecer demograficamente, não somente pela emigração dos mais jovens, mas também por outros motivos sendo que, Luísa (2018) define este processo como,

> (. . .) um aumento do peso dos grupos etários mais velhos e uma redução do peso da população jovem, o que cumulativamente com a diminuição das taxas de mortalidade e natalidade, se traduz numa alteração do perfil da população, primando por um progressivo envelhecimento da sociedade portuguesa, sem precedentes na história do País. (p.39)

Diversos fatores contribuem para esta evolução e estão correlacionados com o desenvolvimento progressivo da humanidade. A diminuição da letalidade infantil, associado ao menor número de nascimentos, evolução nos parâmetros nutritivos, melhor educação, evolução nos cuidados de saúde e planeamento familiar, permitem ter uma esperança de vida superior, tal como sucede no resto da europa (Santos, 2008, p.12).

Face ao exposto, Portugal enfrenta desafios populacionais que, para a Plataforma Crescimento Sustentável (PCS) (2023) e para Rodrigues e Henriques (2017) considera que,

> (. . .) integram o leque dos maiores reptos colocados à sociedade portuguesa. Portugal encontra-se numa verdadeira encruzilhada demográfica, caracterizada pelo envelhecimento da estrutura etária da população residente, pela baixa taxa de natalidade e fecundidade e, consequentemente, pelo aumento do índice de dependência, associado a fluxos migratórios negativos e a fatores que não favorecem a tão desejada capacidade de renovação das populações. (p.5)

Segundo dados recentes dos censos 2021, o Instituto Nacional de Estatística refere que a população Portuguesa residente era à data de 10 343 066 indivíduos, indiciando um revés no aumento da população (INE, 2021, p.11) e um agravamento do índice de envelhecimento.

O índice de envelhecimento da população portuguesa é de 182, isto significa que, existem 182 seniores por cada 100 jovens (INE, 2021 p.20; Mendes, 2021).

O INE (2021) indica também que o índice de envelhecimento era de 128 em 2011, sendo o Centro e o Alentejo as regiões do país, que tinham os valores mais elevados, seguindo-se o Norte (184 seniores), Algarve (177 seniores), Lisboa (151 seniores), Região Autónoma da Madeira (157 seniores) e Região Autónoma Açores (113 seniores) (INE, 2021, pp.20-21).

Irreversivelmente, o INE antevê, que entre no período entre 2018 e 2080 a população portuguesa venha a manifestar uma aclividade negativa, “passando dos atuais 10,3 milhões de pessoas para 8,2 milhões” (INE, 2020, p.2).

Deste modo, objetiva-se que em 2080 o índice de envelhecimento, em Portugal quase que duplique, antevendo que a Região Autónoma da Madeira seja a mais envelhecida (429 seniores) e o Algarve a região a mais jovem (204 seniores) (Mendes, 2021, p.5).

Segundo Faria (2020), "O índice de envelhecimento só tenderá a estabilizar na proximidade de 2060, quando as gerações nascidas num contexto de níveis de fecundidade abaixo do limiar de substituição das gerações já se encontrarem no grupo etário 65 e mais" (Faria, 2020., para.8).

Dados do INE citados por Faria (2020., para.9) referem ainda que a população em idade ativa, com idades compreendidas entre os 15 a 64 anos, irá diminuir significativamente prevendo-se variar entre os 2% e os 27% comprometendo assim o índice de sustentabilidade potencial, que deverá reduzir de forma considerável.

De forma a minimizar esta tendência, já em 2021, Oliveira (2021) referia os benefícios positivos dos imigrantes para o crescimento da população Portuguesa.

Os estrangeiros continuam a contribuir de forma expressiva para os nascimentos em Portugal visto que as mulheres de nacionalidade estrangeira foram responsáveis por 13,6% do total de nados-vivos em Portugal, importâncias relativas bastante significativas quando a população estrangeira representou 6,8% do total da população residente no país (Oliveira, 2021, p. 372).

Esta referência evidência esta nova tendência de imigração, na medida que Portugal por norma era um país de emigração, e que passou recentemente a inverter este sentido. "A imigração transitou de um fenómeno episódico a um fluxo presente e marcante na sociedade portuguesa, evidente pela diversidade cultural que se fazia sentir e que no passado lhe era desconhecida" (Cerqueira, 2022, p.1), sendo que os novos imigrantes são geralmente pessoas mais novas, pode temporariamente inverter a tendência do envelhecimento demográfico, realidade que se está a verificar na freguesia se Salir, freguesia onde foi realizada a presente investigação.

1.3. O envelhecimento demográfico no algarve

A região do Algarve compreende uma área total de 4997 km² ou seja 5,4% do Território Nacional, tendo como população residente cerca de 467 343 habitantes sendo 226 775 masculinos e 240 568 femininos (INE, 2020, p.13).

A região Algarvia é a divisão territorial "(. . .) mais meridional de Portugal Continental, coincidindo com o distrito de Faro." (Anacleto et al, 2022 p.477), assentando uma área de 763,67km² e, de acordo com os censos de 2021, habitam nesta área 72 332 indivíduos (INE, 2021).

Desta forma,

> O concelho de Loulé, tem como sede de concelho a cidade de Loulé, sendo esta dividida por duas freguesias, São Clemente e São Sebastião. É composto por outras 7 freguesias, sendo elas Almancil, Ameixal, Alte, Boliqueime, Quarteira, União de Freguesias de Querença, Tôr e Benafim e Salir. (Anacleto et al., 2022 p.485)

Tal como, em todo o território nacional, também na região do Algarve tem-se constatado nos últimos decénios um constante avanço da população idosa, encontrando-se atualmente nos 176.72 idosos (INE, 2021).

Por ser uma região muito rica em turismo e de constante sazonalidade, Albufeira é o concelho que tem menor índice de envelhecimento (131.40 idosos), ao invés desta tendência, Alcoutim tem o maior (758.86 idosos), sendo certo que ao analisar estes dados, verifica-se um grande contraste entre o interior e o litoral algarvio (Mendes, 2021, p. 5).

A poucos quilómetros do turismo costeiro, fica a freguesia de Salir que é uma das maiores de Portugal onde os obstáculos à sobrevivência são muitos e os apoios escassos.

Algumas aldeias e montes são já fantasmas e outras com dois e três habitantes, as crianças contam-se a dedo, apesar dos incentivos financeiros à natalidade por parte da Junta de Freguesia.

Salir situa-se numa zona transitória entre o Barrocal e a Serra Algarvia que contrasta com as habitações em Resorts e campos de golf abastados, onde a prática é considerada, como um desporto elitista, apenas acessível a pessoas de abastado poder económico, segundo alguns habitantes, a serra algarvia paga por subtração, a fatura do desenvolvimento do litoral contribuindo para uma desertificação humana do território em busca de melhores condições de vida.

1.4 Caraterização da vila de Salir

Salir, com a sua imensidão territorial, "(. . .) é a maior do Concelho de Loulé e uma das maiores do nosso país, tem cerca de 200 km²" (Câmara Municipal de Loulé, 2023., para. 2).

Sendo considerada como "(. . .) uma freguesia das mais importantes. Situa-se na Beira Serra e faz a transição entre o Barrocal e a Serra Algarvia, e estabelece, ainda, a ligação entre o Alentejo e o Algarve", estando situada a cerca de 13 km da sede do concelho (Câmara Municipal de Loulé, 2023., para. 1).

Salir, situa-se próximo do Aeroporto Internacional de Faro, cerca de 25 km, sendo que relativamente à mesma distância, tem acesso às melhores praias algarvias, acesso à distinta Marina de Vilamoura, sendo provida pela EN 124 (Silves-Mértola), com boa ligação aos concelhos limítrofes de São Brás de Alportel, Silves e a norte, Almodôvar (Alentejo) (Câmara Municipal de Loulé, 2023., para.5).

Salir é caraterizada por ser,

> (. . .) uma freguesia de base agrícola, ao mesmo tempo que ostenta um inestimável património histórico, natural e paisagístico. Produz amêndoas, alfarrobas, azeitonas, cortiça e trigo. No que se refere ao regadio, ocupa também um lugar de relevo uma vez que parte da freguesia se situa no prolongamento dos chamados "Barros Velhos" de Silves, excelentes para a hortifruticultura". (Câmara Municipal de Loulé, 2023., para.2)

Indo ao encontro dos estudos e resultados divulgados, em termos populacionais a freguesia de Salir nas últimas décadas, perdeu constantemente população em resultado dos efeitos demográficos. Salir, tal qual a maioria das vilas situadas no interior, "(. . .) é na sua generalidade, uma zona envelhecida e fracamente povoada, de onde os mais novos saíram, sobretudo a partir da década de 60, para as cidades e para o estrangeiro à procura de uma vida melhor" (Fonseca, 2005, p.76).

Segundo dados apresentados pelo INE (2021), Salir apresentava uma população residente em 2011 de 2775 habitantes, tendo evoluído negativamente para 2448 habitantes em 2021. Em termos percentuais, Salir o índice de envelhecimento subiu de 337,81% em 2011 para 393,45% em 2021. Contrariamente o índice de dependência de jovens diminuiu de 18.42% em 2011 para 17.37% em 2021. Este ganho demográfico pode estar associado ao aumento da comunidade estrageira a residir em Portugal, nomeadamente na Freguesia de Salir onde os dados do INE, (2021) em 2011 residiam nesta comunidade 6.05% e em 2021 8.13% aumentando dois pontos percentuais.

Capítulo II – O Processo de Envelhecimento

2. O Envelhecimento Humano e as suas Componentes

O envelhecimento humano, "foi desde sempre motivo de reflexão dos homens, na sua aspiração ao eterno, na sua perplexidade face ao sofrimento e à morte" (Paúl e Fonseca, 2005, p.21).

No mundo inteiro, as pessoas estão vivendo mais. Hoje, a maioria das pessoas pode esperar viver até os sessenta anos ou mais. Todos os países à escala mundial, estão a experienciar o crescimento tanto no tamanho quanto na proporção de idosos na população (World Health Organization [WHO], 2018).

A pessoa idosa é em países em desenvolvimento apresenta 60 anos e em países desenvolvidos mais 5, ou seja 65 ou mais. No caso de Portugal, a pessoa mais velha é definida como o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos (WHO, 2002 como citado por Lanzarim & Garcia, 2023, p.212).

A população envelhece na altura em que, estatisticamente, a populaça idosa é mais relevante. Quanto ao envelhecimento societal, a população pode tornar-se mais velha,

mas a comunidade assim não o ser, “A marca visível do envelhecimento societal é a de uma sociedade deprimida, que se sente ameaçada com a sua própria evolução etária e com as mudanças que em si acontecem” (Rosa, 2016, p.24; Rodrigues, 2013, p.11).

Despesas médicas, os transportes, visitas a museus ficam a metade do preço juntamente com mais alguns apoios sociais. Será que ao fazer 65 anos é a porta de entrada na terceira idade? Envelhecer já não é o que era. Na verdade, ninguém sabe ao certo quando localizar o início das marcas mais significativas desse envelhecimento, aos 50 anos, aos 60 anos, aos 70 anos, aos 75 anos? A resposta não é uniforme, pois “Depende de pessoa para pessoa, da sua vivência passada, hábitos e estilo de vida, género, condicionantes genéticas e da própria sociedade em que se vive” (Rosa, 2016, p.20; Veiga, 2022, p.21). Ter 65 anos não é na atualidade um indicador de entrada na velhice.

O envelhecimento da comunidade é um fenômeno recente na história da humanidade, sendo “(. . .) acompanhado de significativas transformações demográficas, biológicas, sociais, econômicas e comportamentais” (Sousa, 2013, p.57).

Contudo quando se retrata o “envelhecimento, podemos estar a apontar para dois conceitos diferentes: o envelhecimento individual, que remonta a tempos imemoriais e o envelhecimento coletivo, conceito mais recente, que embora se cruzem, são dois termos com significados diferentes” (Rosa, 2016, p.19; Rodrigues, 2013).

Certo é que o conceito de envelhecimento não se restringe somente a esta visão, uma vez que “O envelhecimento coletivo também inclui duas noções: envelhecimento demográfico (ou da população) e envelhecimento societal (ou da sociedade).” (Rosa, 2016, p.22; Rodrigues, 2013, p.9).

Não existe um conceito universal que defina a população idosa. Ser idoso tem vários significados, por conseguinte, Spinelli (2020) afirma que “o aumento da longevidade e dos aspetos a ela inerentes fazem do fenómeno envelhecimento uma questão de estudo atual”. (p.22)

Viver mais tempo é sinonimo de ancianidade, preocupante é como lá chegar e em que condições.

O prolongamento humano não é uniforme, nem sempre ocorre o desejável em virtude de “(. . .) o envelhecimento é um processo natural, progressivo e inevitável, em

que o ser humano, com o passar dos anos, vai sofrendo diversas alterações ao nível biológico, psicológico e social" (Cancela, 2007 como citado por Sampaio, 2017 p.4).

Por forma a abordar estas alterações do ser humano, referente à idade biológica, está associa-se à diminuição da capacidade funcional do corpo humano, que com o aumento da idade perde capacidade de processar normalmente as suas funções. A idade psicológica, tal como refere Azevedo (2015), reporta-se à forma como o ser humano pensa, sente e como avalia o próximo ou se adapta a novas situações, por forma a ser mais confiante e capaz de lidar com os problemas da ancianidade, ou seja, ter capacidade mental de se cuidar, tratar, ocupar-se ou mesmo auto cuidar-se. A idade social refere-se à "relação da pessoa idosa com os outros elementos da comunidade onde está inserida, relativamente aos papéis, rotinas e estatuto" (Fontaine, 2000 citado por Azevedo, 2015, p.26).

O envelhecimento traz consigo perdas fisiológicas inevitáveis, particularmente, na autonomia. A maneira otimista "(. . .) como o indivíduo encara o seu envelhecimento e a sua saúde, assim como, outros desafios da vida ditarão uma forma de estar positiva face à sua realidade" (Rua, 2019, pp.16-17).

Atualmente, existem duas perspetivas de encarar a velhice. A negativa alusiva à última etapa da vida e consequentemente à morte, onde se acentuam as incapacidades e o cansaço, levando à frustração, à infelicidade, ao isolamento ou à solidão social. Por sua vez, a positiva associa a velhice ao tempo de realização de projetos adiados pela agitação da vida ativa (Rosa, 2016, pp.21-22).

Para Almeida (2022) "o envelhecimento, enquanto processo que acompanha o ser humano desde que nasce, é também um processo de construção social, adaptável ao contexto sociocultural, que visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos". (p.17)

Embora na realidade nem todos os indivíduos vivam uma velhice com qualidade, podendo surgir momentos de solidão e de isolamento, que condicionam a velhice positiva, numa idade mais avançada, podendo surgir condições de risco tais como a solidão.

2.1. Fatores de risco e proteção associados à solidão

O afastamento social representa um problema sucessivamente predominante, em razão do envelhecimento humano e às mutações organizacionais da sociedade atual, na organização familiar e às respostas sociais.

Para Rodrigues (2018), "a solidão é uma fonte de sofrimento significativo, associando-se à redução da qualidade de vida e ao aumento da morbilidade e mortalidade". (p.1)

Para Carvalho e Duque, (2021) "o envelhecimento é, na maior parte das vezes, uma fase de perdas para o idoso, sendo as privações sociais aquelas que mais o afetam". (p.164)

O processo de envelhecimento, propicia um "declínio funcional e de fragilidade à pessoa idosa, tanto de ordem física, como psicológica e mesmo emocional, transformando-o num ser mais vulnerável, suscetível de acontecimentos imprevisíveis" (Lourenzo et al., 2019 p.41).

O envelhecimento humano,

> encontra-se ainda associado a alterações negativas da saúde tais como a doença mental e física, das quais se destaca o processo demencial, doença de Alzheimer e depressão, conduzindo a um aumento da vulnerabilidade emocional do idoso e consequentemente à solidão prolongada, ao isolamento social e à estigmatização, encontrando-se mais vulnerável face à saúde e aos afetos. (Lorenzo et al., 2019, p.41)

O afastamento social é uma conformação de perturbação que engloba vivências negativas, de afastamento, desânimo e desinteresse. "É demarcada como sendo uma experiência subjetiva que pode ser percecionada quando o sujeito está sozinho, mas também quando este se encontra rodeado por terceiros, pelos quais não se sente acompanhado" (Parreira, 2022, p.21).

A velhice tem sido alvo de vários estudos e é descrita como uma fase da vida que potencia o desenvolvimento da solidão. Esta fase de vida está associada à diminuição da atividade; aos possíveis cortes de relações interpessoais; os idosos vivenciam ainda a saída do meio laboral (Almeida, 2022, p.1; Lopes & Matos, 2018).

Assim sendo, o afastamento social,

> (. . .) encontra-se associado a diversos fatores, como a reforma (e.g., baixa atividade ou perda de autoestima), dependência (e.g., necessidade de cuidados e ajuda para atividades da vida quotidiana), ou perdas significativas (e.g., morte e perda de bens). A reforma demarca a entrada na terceira idade e é vivenciada com angústia pelos sujeitos que possuíam uma vida laboral muito ativa. (Sousa et al., 2004 citado por Parreira, 2022, p.21)

As perdas, principalmente devidas a morte de amigos, familiares ou do cônjuge são muito significativas na vida das pessoas idosas, levando-as por vezes a estados de isolamento social e de solidão.

Por outro lado, a omissão "(. . .) de interações familiares e a perda de redes sociais pode levar também a problemas como solidão, isolamento social, stress e doenças mentais o que pode conduzir a atos violentos por parte do idoso" (Carvalho, 2013 citado por Seixo, 2020, p.13).

"A solidão também é caracterizada como um sentimento doloroso e aflitivo, que pode provocar sensação de indisposição, mal-estar e desamparado. Isto faz com que o sujeito se sinta sozinho e com carência de apoio emocional" (Parreira, 2022, p.21).

Segundo Azeredo e Afonso (2016), "sentir-se só é, assim, um fato crescente numa sociedade moderna e pós-moderna, à qual a evolução demográfica e a urbanização dos espaços rurais não são alheias, podendo no curto prazo tornar-se um flagelo, a que urge dar solução" (p.315).

Tendo em conta que a pessoa idosa fica mais frágil consoante o aumento da idade, a "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" (Pereira, 2022, p.15).

No meio rural o isolamento social do idoso constitui-se assim uma realidade, tendo sofrido ao longo dos anos diversas transformações como resultado de circunstâncias de ordem familiar, social, económica, jurídica e cultural de cada sociedade, fatores que dificultam muitas vezes um pedido de ajuda ou o acesso a cuidados mais específicos (Lorenzo et al., 2019, p.41).

Lorenzo et al. (2019) realizaram um estudo que incidiu em identificar os fatores que possam contribuir para o isolamento social da pessoa idosa no meio rural, destacaram "a presença de doenças, o insuficiente contato habitual com familiares e amigos e a falta de sensibilização da comunidade para o problema sobressaem como as principais causas do isolamento" (p.39).

Na recente conjuntura da Pandemia Covid-19 uma das medidas implementadas para proteger as pessoas mais vulneráveis foi distanciamento social, que em muitos casos levou ao isolamento de muitos idosos.

Consequente à implementação de medidas anti Covid-19, "ao nível da dependência, alguns idosos tornaram-se mais vulneráveis e dependentes de outros sujeitos para a realização de atividades básicas da vida quotidiana (e.g., higienização), a nível económico (e.g., compra de medicação) e psicológico (e.g., tomada de decisão)" (Parreira, 2022, p.21; Santos et al., 2020, p.2154).

O isolamento social afetou particularmente a saúde física e mental dos idosos, uma vez que favoreceu o seu sedentarismo, pois ficaram privados das suas rotinas habituais, como a ida às compras, a atividades de lazer e religiosas, entre outras.

O exilio forçado revela-se assim um problema grave, principalmente para as pessoas mais velhas, sendo exemplo deste agravamento, o estado de viuvez, que comumente faz com que o idoso viva sozinho.

Proveniente, muitas vezes de um estado de viuvez, a composição dos agregados familiares em Portugal é maioritariamente unipessoal.

No grupo etário 65 ou mais anos era de 406 942 indivíduos em 2011, passando para 517 146 indivíduos em 2021. No concelho de Loulé no mesmo grupo etário passou de 2 717 indivíduos em 2011 para 3543 indivíduos em 2021 (INE, 2021).

No entanto, apesar de existirem algumas situações consideradas de risco por oposição, também podemos encontrar fatores protetores da solidão. Como fatores protetores da solidão evidenciam-se o matrimónio, o suporte social, o ensino e situação económica, as redes sociais e as capacidades funcionais (Parreira, 2022).

O matrimónio é um dos fatores protetores na medida que é sinónimo de companhia, construtora de afetos, compromisso e valores para com o conjugue. O ensino faculta ao individuo competências formais de convivência social, de estabelecer novos contatos com outras pessoas e capacidade de decisão e de pertença (Parreira, 2022).

A situação económica permite o indivíduo adquirir tecnologia, acesso a meios de transporte, sendo que este permite ter acesso a visitas, conviver com amigos e familiares e participar em eventos (Parreira, 2022).

Outro fator protetor são "as redes sociais promovem um contacto constante com outros sujeitos em qualquer circunstância da vida. Por fim, as capacidades funcionais permitem ao idoso deslocar-se, interagir e estabelecer relações sociais com os demais" (Rodrigues, 2018, citado em Parreira, 2022, p.25).

A prática de atividades físicas apropriadas para os idosos, acompanhamento psicológico e psiquiátrico bem como o cuidado emocional, permite não somente a promoção da saúde, mas também proporciona uma melhor qualidade de vida dos idosos e das suas capacidades funcionais, proporcionando um ganho na mobilidade, reduzindo o risco de quedas e fraturas (Silva et al.,2022, p.5).

Para Raposo (2018) "a vinculação salienta a sua função única de promover uma sensação de segurança e pertença, bem como facilitadora de um melhor funcionamento e competência ao longo da vida" (p.8).

Ao criar uma rede social alicerçada em amigos, é de extrema importância, visto que fomenta o bem-estar psicológico, sendo um suporte nas diferentes situações vividas pelo individuo, cria sentimentos de pertença a um grupo ou redes, fomenta a troca de opiniões e serve de apoio informal fora do contexto familiar, visto que "a presença de vínculos fortes e bem definidos podem contribuir para um menor sentimento de solidão social" (Raposo, 2018, p.19).

2.2. O isolamento social

Na bibliografia, frequentemente o Isolamento Social e a solidão ajustam-se mutuamente, sendo que, embora estejam relacionados representam significados diferentes. Assim sendo o "isolamento social diz respeito à falta objetiva de interações com outras pessoas ou com a comunidade em geral, muitas vezes medida em termos de tamanho da rede social, diversidade e frequência dos contactos" (Malcolm et al., 2019, p.2).

Para Mendes (2022) "(. . .) o indivíduo pode estar socialmente isolado, sem se sentir sozinho, ou sentir-se só, apesar de possuir uma boa rede social". (p.20)

> A solidão e o isolamento social levam a problemas psicológicos, porém são conceitos distintos. A solidão refere-se a um estado de sentimento subjetivo de estar sozinho, separado ou distante dos outros, havendo um desequilíbrio entre os contactos sociais desejados e os reais, enquanto o Isolamento Social é a ausência ou escassez objetiva de contactos e interações entre uma pessoa e uma rede social. (Veazie et al., 2019 citado por Mendes, 2022, pp.21-22)

Assim sendo, a solidão e o isolamento social, estão presentes na população idosa e estão justamente associados com a mobilidade física, saúde mental e com o bem-estar (Jesus, 2022; Mendes, 2022).

Estes, estão diretamente relacionados com a forma de abordar, as "necessidades no que concerne não só aos serviços de cuidados de saúde, mas também aos serviços de apoio social" (Mendes, 2022, p23).

Deste modo, "(. . .) pode-se perceber que a solidão não é somente e meramente, um estado de espírito, é um sentimento complexo e que gera consequências nas atividades da vida diária" (Jesus, 2022, p.28).

Em Portugal na "Operação Censos Sénior 2021", foram sinalizados 44 484 idosos a viver sozinhos e/ou em situação de isolamento, ou de vulnerabilidade, tendo sido sinalizados só na região Algarvia 3 521 idosos, devido à sua condição física, psicológica,

ou outra que possa colocar em causa a sua segurança (Guarda Nacional Republicana, 2021; Mendes, 2022, p.23).

Sendo que os idosos estão a ficar cada vez mais longevos, "(. . .) os idosos socialmente isolados podem pertence a três dimensões, que correspondem a diferentes tipologias, nomeadamente, persistência (duração), orientação para a ação (motivação) e estratégias de coping" (Mendes, 2022, p. 24; Machielse 2015, como citado por Nicholson, 2021, p. 29).

Existencialmente, expressam-se três formas de isolamento, sendo que a primeira é vista de forma, "(. . .) situacional, que ocorre após um evento específico, de início agudo e estrutural, que acontece sem nenhum evento significativo, tendo um início insidioso e sucedendo-se por um longo período de tempo, sendo visto como um isolamento crónico" (Mendes, 2022, p. 24; Nicholson, 2021, p. 29). A segunda é vista como uma "(. . .) orientação para a ação, refere-se à criação da intervenção e do planeamento do cuidado, pois quando a pessoa está altamente motivada dentro do seu contexto social, mais facilmente mitigará essa situação." (Nicholson, 2021 citado por Mendes, 2022, p. 24).

Não menos importante, a terceira é vista como, "(. . .) as estratégias de coping podem ser vistas como passivas ou ativas, e podem ajudar a desenvolver intervenções adequadas para restabelecer a saúde social" (Nicholson, 2021 citado por Mendes, 2022, p. 24).

O isolamento social apresenta adversidades de saúde relevantes e predomina entre os idosos que coabitam em sociedade, levando-os a inúmeras condições de saúde prejudiciais.

Com uma alta predominância e com o aumento gradual de idosos, o isolamento social lesiona a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de inúmeros idosos presentemente e num futuro previsível (Nicholson, 2021 citado por Mendes, 2022, p.32).

2.3. A Qualidade de vida

A qualidade de vida é vista como uma aliada a questões médicas e de saúde. Adicionalmente é um estado em que uma pessoa é saudável, sente-se confortável e é capaz de participar ou de comtemplar eventos da vida (Marques, 2010).

Com este propósito,

> "(. . .) a OMS (1994), reuniu um conjunto de peritos de várias áreas do mundo e de diferentes culturas – o denominado Grupo WHOQOL (World Health Organization Quality of Life) – com o intuito de se encontrar uma definição subjetiva e transcultural de qualidade de vida, bem como, se construir um instrumento para sua avaliação". (WHO, 2002, como citado por Mendes, 2021, p. 12)

Este grupo estabeleceu o conceito de qualidade de vida por forma a ser "(. . .) a perceção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto cultural e de valores em que se encontra inserido e em relação aos seus objetivos, expetativas, normas e preocupações" (WHO, 2002, como citado por Mendes, 2021, p.12).

Neste sentido, a mais reputada definição é a da OMS, onde a saúde é vista como "(. . .) um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade" (Squire, 2004, p. 8 como citado por Luísa, 2020, p. 22).

Sendo uma definição que abrangente que se refere não só as questões de saúde física e psicológica, comtempla questões ao nível de independência funcional e autocuidado, nível económico e segurança, que nos dias de hoje é muito significativo. As relações sociais a todos os níveis, relativamente a familiares, amigos, escola, trabalho, convívios, crenças pessoais, envolvendo as suas relações em termos ambientais (Manual da Qualidade, 2020; Marques, 2017).

Segundo Martins e Mestre (2014) a qualidade de vida é muito importante na terceira idade, nomeadamente, em idosos em situação vulnerável, fato este que me é particularmente sensível, quer a nível pessoal quer a nível profissional.

Na atualidade, o conceito de qualidade de vida é uma apreensão incessante. Esta conceituação é "algo complexo e incerto, o que tem causado vários dilemas para os investigadores na tentativa de uma definição precisa" (Fernandes, 2014, p.71).

Sendo que a QV representa uma apreciação subjetiva acerca do contentamento com a "vida de cada indivíduo, sentimentos de bem-estar pessoal, psicológico, cognitivo e social., dependendo também de aspetos extrínsecos tais como, experiências de vida,

época, país, cultura e classe social" (Paúl & Fonseca, 2005; Teixeira, 2010 como citado por Fernandes, 2014, p. 71).

Caraterizar a QV,

> (. . .) é algo bastante difícil pois trata-se de um conceito complexo, subjetivo, amplo, ambíguo, versátil e que difere de local para local, de época para época, de individuo para indivíduo, sendo um conceito que se modifica até mesmo no indivíduo com o passar do tempo, ou seja o que hoje é considerada qualidade de vida pode não ser amanhã. (Coelho, 2022, pp.21-22)

A QV, em pessoas idosas é uma inquietação, pois depende da visão de cada pessoa, sendo subjetivo e multidimensional. Ou seja, depende de fatores como o "estado de saúde, rede social e familiar, situação económica e atividades de lazer" (Santos & Sousa, 2015, p. 3).

Segundo Luísa e Peleija (2020), para "que o idoso viva com qualidade de vida, vários autores mencionam que este deverá apresentar um baixo risco de doença, um bom funcionamento físico e mental, ter independência (. . .) e manter uma vida ativa e ter segurança". (p.14965)

Tendo em conta que a "qualidade de vida, é um elemento prevalecente para" o modelo de Envelhecimento Ativo, têm surgido, ao longo dos anos, diversos estudos sobre este assunto, nomeadamente, relacionados com as áreas da saúde e do bem-estar, tais como a alimentação, prática de atividades físicas, participação em atividade de lazer, o uso de bebidas alcoólicas, o tabagismo, hábitos sexuais, convivência familiar, convivência matrimonial ou a ausência desta (Mendes, 2021, p.17; Resplandes et al., 2021, p.118).

Para Luísa (2020), "o conceito de qualidade de vida aplicado aos idosos poderá simplesmente passar pela sua satisfação em realizar as suas necessidades básicas, por se sentirem realizados e integrados nesta nova etapa da sua vida". (p.21)

Alguns idosos vivenciam a QV, "de forma mais positiva e satisfatória, outros de forma menos positiva e menos satisfatória, configurando perfis distintos de envelhecimento" (Paúl & Fonseca, 2005 como citado por Luísa, 2020, p.21).

Este relativismo cultural, torna o conceito mais abrangente, de forma que o "(. . .) entendimento depende da carga de conhecimento do sujeito, do ambiente em que vive, de seu grupo de convívio, da sua sociedade e das expectativas próprias em relação a conforto e bem-estar" (Barbosa, 2014, p. 15), considerando, "inclusive, questões imensuráveis como prazer, felicidade, angústia e tristeza" (Almeida, 2016, p.30; Lourenço, 2022, p.22; Marques et al, 2010).

Considerando que, é principalmente no envelhecimento que acontecem algumas destas alterações, nomeadamente as associadas às doenças crónicas. Alguns idosos apresentam multimorbidade, ou seja, várias doenças crónicas sendo a limitação física uma das que os leva a se sentirem "(. . .) com baixa autoestima, pois estão limitadas a algum auxílio, não conseguindo caminhar ou realizar alguma atividade sozinhas" (Marques, 2017, p.27).

Para Marques (2017), existem diversos fatores influenciadores, correlacionados com a funcionalidade, contudo o mais importante será a mobilidade para o idoso realizar as suas atividades diárias. (p.26)

Marques (2017) realça que a "mobilidade, ou falta da mesma, é um aspeto importante na vida de qualquer pessoa, mais precisamente dos idosos levando a que a pessoa se torne dependente de algum auxílio ou de alguém". (p.26)

A QV, acaba por ser um conceito subjetivo porque depende da forma como cada ser humano interpreta e atribui um valor ao conceito, variando assim de contexto para contexto (Colaço, 2017, p.41).

"O conceito de qualidade de vida emerge enquanto condição biopsicossocial de bem-estar, integrando as experiências humanas, objetivas e subjetivas e as dimensões individuais e sociais de um determinado momento sócio histórico" (Almeida, 2016, p.31).

Para Gomes (2018) "um envelhecimento bem-sucedido, é preciso adicionar qualidade de vida aos anos, o que implica bem-estar psicológico, biológico e social". (p.1)

O surgimento da pandemia Covid-19, e os problemas que surgiram ligados à proteção dos indivíduos, nomeadamente a interrupção dos contatos sociais por forma a

sociedade ficar mais protegida, reposiciona o mote do "(. . .) envelhecimento no centro das investigações científicas e dos discursos políticos, relembra-nos como é importante envelhecer bem" (Marinho, 2022, p.1).

Atualmente a comunidade académica reflete sobre o que o Cardeal José Tolentino Mendonça escreveu ao mencionar que "se os velhos são reduzidos a números, e a números com escassa relevância humana e social, podemos até superar airosamente a crise sanitária, mas sairemos diminuídos como comunidade" (Marinho, 2022, p.1).

O aumento da população idosa deve-nos deixar satisfeitos, pois este aumento posiciona-nos ao lado dos países desenvolvidos. Em sentido contrário, o aumento da ancianidade, só por si, é pouco considerável, sendo necessário aprofundar as boas práticas para acrescentar uma melhor qualidade de vida aos idosos, cujo esse patamar ainda não foi atingido em Portugal.

2.4. A Qualidade de vida no idoso relacionada com a saúde

Em quase todos os países do mundo, o grupo populacional que mais cresce é o de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, o que representa uma mudança populacional sem precedentes. "Estima-se que o número de idosos, com 60 anos ou mais, duplique até 2050 e mais do que triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100", (ONU, 2019., para.3).

Segundo os dados dos Censos (2021, p. 19), existem cerca de 2.423.639 de indivíduos com idade superior a 65 anos em Portugal, e destes, 360.800 possuem mais de 80 anos de idade. Os indivíduos com idade superior a 65 anos existentes no concelho de Loulé somam 23,4 % da população residente, cujo o total de residentes à data era cerca de 72.373 habitantes (Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve [CCDR], 2021).

Sendo a saúde um fator importantíssimo para a pessoa idosa, "O primeiro dos pilares em que se sustenta o modelo do Envelhecimento Ativo remete para o fator saúde, baseado em diagnósticos médicos ou percebido pelo próprio. A saúde é desde logo como um dos aspetos centrais do envelhecimento" (Rodrigues, 2013, p. 29).

A obtenção de serviços de saúde das populações rurais tem apresentado imensas vulnerabilidades, tendo em vista que os serviços existentes são estruturados em áreas que apresentam uma maior densidade populacional.

Os idosos que vivem em ambiente rural, manifestam uma carência de serviços e de infraestruturas de apoio de variadas ordens, contrariamente aos que vivem nas cidades, sendo a inexistência de transporte publico uma das que se destaca, o que os poderia levar a uma farmácia, mercearia ou mesmo a um café para conviver com os demais (Camões, 2022).

Camões (2022), refere no seu estudo que "com a mudança dos mais jovens para as cidades, as áreas rurais tornaram-se maioritariamente despovoadas ou com população envelhecida, originando escassez de recursos nestas zonas acarretando consigo problemas associados, tais como problemas de saúde, solidão e escassez de rendimentos" (p.12).

Em tempos recentes, têm sobressaído diversos estudos cujo o interesse visam salientar o conceito de QV, correlacionado com a "à alteração de paradigmas nas áreas da saúde (o paradigma biomédico evoluiu para o paradigma biopsicossocial)", por consequência a saúde e a doença passaram a estar conectadas uma com a outra (Camões, 2022, p.12).

Assim sendo, a qualidade de vida encontra-se segundo Lopes (2013) "subjacente a dor, a doença, o sofrimento, a acessibilidade e equidade dos cuidados de saúde e o direito a uma vida justa e com condições que proporcionem uma boa qualidade de vida" (p.5).

O mesmo autor refere que "as evidências científicas mostram que a saúde contribui bastante para a qualidade de vida e inversamente muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são fundamentais para alcançar um elevado perfil de saúde" (Lopes, 2013, p.5).

Para Lopes (2013), "o conceito de qualidade de vida generalizou-se na esfera clínica onde frequentemente o mesmo está relacionado com a saúde (. . .) a qualidade de vida relacionada com a saúde envolve aspetos subjetivos, diretamente ligados aos problemas de saúde, e permite avaliar o impacto de uma enfermidade na qualidade de vida em geral" (p.14).

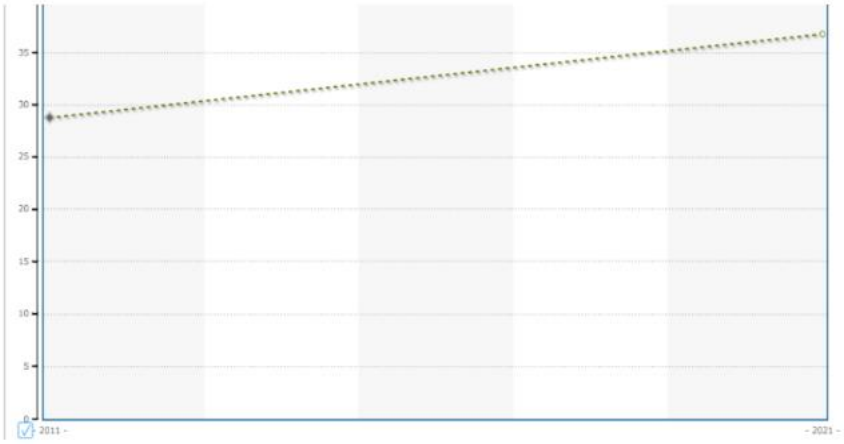
É um conceito é multidimensional, e inclui o domínio físico, mental, emocional, social e da saúde, vistos como áreas distintas que são influenciadas pelas experiências pessoais, crenças, expectativas e perceções, sendo comum incluírem ainda o domínio económico e o espiritual" (Ferrans 2005, citado por Lopes, 2013, p. 14).

Assim, a pretensão de viver mais tempo provoca preocupação, e desafios a diversos níveis, físico, psíquico e social. Isto porque o "(. . .) o número de anos que uma pessoa de 65 e mais anos consegue viver em condições de vida saudáveis, sem limitações funcionais ou incapacidade, sofreu um decréscimo" (Camões, 2022, p.9).

A dependência de pessoas idosas é visível na análise da Figura 2.5, indica que, em 2011 o valor registado era de 28,8, aumentando para 36,8 em 2021, o que significa que em cada100 pessoas em idade ativa, sensivelmente 36 são idosos dependentes (Camões, 2022; Pordata, 2021).

Figura 2.5.

Índice de dependência dos idosos – Rácio % 2011-2021



Fonte - Pordata (2021)

Tendo em consideração estas circunstâncias Camões (2022), refere que "(. . .) a atividade e funcionalidade de um idoso é limitada, este torna-se incapacitado para satisfazer as suas necessidades básicas e dependente de redes de apoio (informais ou formais) para garantir a sua sobrevivência" (p.15).

Tal como no estudo realizado por Anica (2018), iniciemos, por identificar de que forma os residentes no Algarve assimilam o seu processo de envelhecimento e qualidade de vida.

2.5. Qualidade de vida dos idosos no Algarve

A análise da Qualidade de vida vem a ser, por conseguinte, "(. . .) indispensável à avaliação do envelhecimento ativo, permitindo a avaliação da posição relativa do indivíduo no grupo em dado momento e a avaliação do êxito da aplicação de estratégias promotoras do envelhecimento ativo ou de cuidados de saúde" (Vilar, 2015 como citado por Luísa, 2020, p.24).

Tendo em conta os vários estudos realizados sobre a QV relacionados com anciões residentes na região Algarvia, destacam-se aqueles que recentemente abordam a problemática. Gomes (2018) realizou um estudo sobre a qualidade de vida dos idosos no Concelho de Alcoutim recorrendo a uma metodologia descritiva e exploratória," (. . .) com a finalidade de conhecer a realidade do envelhecimento no concelho de Alcoutim, analisando a qualidade de vida percecionada pelas pessoas idosas e proporcionada pelas redes de cuidados sociais" (Gomes, 2018, p.1).

Este estudo foi realizado por amostragem intencional da população com idade superior a 65 anos do Concelho, equivalente a 44% da população total, selecionou-se uma amostra de cerca 5%, que diz respeito a 76 pessoas tendo sido efetuados 76 questionários (socioeconómicos e aplicando o instrumento WHOQOL-BREF) a idosos/as do concelho (Gomes, 2018, p.iv).

A amostra deste estudo, distribuiu-se entre "Alcoutim (22 questionários), Pereiro (7 questionários), Giões (7 questionários), Martim Longo (24 questionários) e Vaqueiros (16 questionários)" (Gomes, 2018, p.32).

Este estudo destaca a conjugação de diversos fatores na forma como se avalia a qualidade de vida, entre os quais a idade, o género, o estado civil, habilitações literárias, relações familiares, relações sociais, bem-estar ambiental, bem-estar na facilidade de locomoção, cuidados de saúde, acesso a atividades de lazer, apoios do município,

necessidades de cuidados permanentes, caraterização dos tempos livres, participação em eventos organizados no concelho e universidade sénior (Gomes, 2018, p.iv).

Neste estudo a autora verificou que a maioria dos idosos (90,8%) dispõe das regalias do município e 9,2%, respondeu que não usufruiu. Os apoios identificados no estudo são: "(. . .) Unidade Móvel de Saúde, Espaço Social, Serviço de Teleassistência, Cartão Social, Alcoutim + solidário e o Transporte Social" (Gomes, 2018, p. iv).

Os resultados evidenciados no estudo, Gomes (2018) considerou "(. . .) que os objetivos foram atingidos," (p. 81), sendo que depreendeu que o "concelho de Alcoutim proporciona boa qualidade de vida aos idosos, contudo ressalva-se que em todos os domínios, os que apresentam menos qualidade de vida são aqueles que vivem sozinhos" (Gomes, 2018, p.79).

Luísa (2014; 2017) "realizou uma investigação sobre as perceções de envelhecimento no Algarve recorrendo a uma metodologia mista" (Pereira, 2022, p.10).

Na investigação efetuada por Luísa (2014; 2017), foram interpeladas "(. . .) teorias sobre saúde, doença e qualidade de vida em pessoas idosas residentes no Algarve" Pereira, 2022, p.10).

Como método de recolha de informação, "(. . .) 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" (Luísa, 2017, como citado em Pereira, 2022, p.10).

A amostra nesta investigação foi efetuada por conveniência composta,

> por 300 pessoas que argumentaram perante entrevistas semiestruturadas, em contexto citadino, sendo que 27,3% respeitam a Vila Real de Santo António, 25,3% respeitam a Faro, 20% respeitam a São Brás de Alportel, 10% respeitam a Loulé, 9,3% respeitam a Albufeira e 8% respeitam a Lagos, sendo que as idades situavam-se entre os 60 e 90 anos de idade sendo a média de 71 anos. (Luísa, 2017, como citado em Pereira, 2022, p.10)

A amostra era predominantemente maioritariamente por pessoas do sexo feminino 77%, onde 84,7% eram pessoas aposentadas, 57% eram casadas (Luísa, 2017, como citado em Pereira, 2022, p.11).

A presente investigação 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" (Luísa, 2017, como citado em Pereira, 2022, p.11).

Na questão "o que é ter qualidade de vida?", a categoria mais expressiva é a da saúde com 25,7%. "Com o objetivo de mencionar o que é para cada um viver com qualidade de vida, estes mencionam categorias segundo os seus parâmetros" (Luísa, 2017, como citado em Pereira, 2022, p.11).

O estudo revela que "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 pelos inqueridos variam de 1 a 5" (Luísa, 2017, como citado em Pereira, 2022, p.11).

A qualidade de vida, segundo o entendimento dos "inquiridos depende de fatores como a coabitação de cônjuge, maior escolaridade, ocupação, segurança social e idade." (Luísa, 2017, como citado em Pereira, 2022, p.11).

Segundo o estudo, "As pessoas casadas ou em união de facto destacam a qualidade de vida melhor do que os divorciados, solteiros ou viúvos", ao contrário dos que vivem acompanhados, em virtude de estes afirmarem que possuem uma qualidade de vida superior (Luísa, 2017, como citado em Pereira, 2022, p.11).

Sob outra perspetiva, "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" (Luísa, 2017, como citado em Pereira, 2022, p.11).

Segundo a autora do estudo,

> (. . .) 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. (Luísa, 2017 citada por Pereira, 2022, p.11)

Quando confrontados, quanto à "(. . .) ocupação e ao nível de escolaridade, as pessoas com mais estudos e que frequentam universidades seniores tendem a considerar que têm mais saúde" (Luísa, 2017, pp.123-124; Pereira, 2022, pp.11-12).

Luísa (2020) realizou uma outra investigação, "(. . .) por forma a compreender como os idosos percecionavam os seus estados de saúde e de qualidade de vida" tendo realizado "um estudo de caracter qualitativo a 30 pessoas, com idade igual ou superior a 60 anos, no Algarve". (p.20)

Luísa (2020), utilizou "(. . .) um questionário de dados demográficos e uma entrevista semiestruturada, seguindo-se uma análise de conteúdo para efetuar o estudo" (p.20).

A apresentação da amostra, esta era constituída por "30 indivíduos, sendo estes maioritariamente mulheres (20 inquiridos), as suas idades encontram-se compreendidas entre os 60 e os 90 anos, sendo a maioria dos inquiridos encontrava-se reformada (28 indivíduos) e 2 indivíduos eram pensionistas" (Luísa, 2020, p.25).

A autora "verificou que a maioria dos indivíduos se encontravam casados (26 indivíduos), existindo ainda 3 indivíduos que já tinham enviuvado" (Luísa, 2020, p.25).

Luísa, 2020 refere na discussão do seu estudo que "a saúde e a qualidade de vida encontram-se relacionados, dado que a saúde é uma componente da qualidade de vida" (Luísa, 2020, p.26).

Segundo a autora, "ao analisar os dados recolhidos pela investigação, para o tema da Saúde, verificou (. . .) a maioria dos inquiridos, considerou que a categoria que melhor descreve o que é a saúde é a categoria psicológica" (Luísa, 2020, p.26).

A autora pode concluir que, “o facto de os idosos terem saúde permite-lhes ter também qualidade de vida, pois podem fazer a sua vida diária sem restrições, sendo dois temas de extrema importância quando se abordam as questões ligadas ao envelhecimento e a velhice” (Luísa, 2020, p.27).

Num conteúdo semelhante efetuado no Algarve com o intuito de investigar a relação entre o envelhecimento bem-sucedido e qualidade de vida no concelho de Olhão, no qual a autora confirma a existência desta relação. Esta investigação 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 (Martins, 2012, pp. 72-73; Pereira, 2022, p. 12).

A investigação assentou na elaboração do questionário sociodemográfico, na aplicação do questionário de qualidade de Vida (WHOQOL-Bref) da Organização Mundial de Saúde e da escala de perceção de envelhecimento bem-sucedido

A investigação verifica que a idade tem interferência “(. . .) de forma negativa a qualidade de vida, em contrapartida, as habilitações literárias influenciam de forma positiva a qualidade de vida. Um outro fator que influencia positivamente é o rendimento mensal familiar, assim como a saúde” (Martins, 2012, p.78).

Martins, (2012) refere que no contexto atual de saúde, os idosos associam fortemente “a situação de não estarem doentes a ter qualidade de vida,” uma vez que o facto dos idosos não estarem doentes dá-lhes qualidade de vida física, podendo desempenhar melhor as suas funções do quotidiano (p.75).

A qualidade de vida também está ligada ao stress. Cary, (2016) abordou este tema numa investigação que decorreu na freguesia de São Clemente, concelho de Loulé. Inquiriu 104 idosos com a idade superior a 65 anos, sendo que recolheu os dados recorrendo a um questionário sociodemográfico, pela Escala de Perceção de Stresse e pelo questionário WHOQOL-BREF (Pereira, 2022, p.12).

Cary (2016) refere que "grande parte dos inquiridos, cerca de 45,2 %, classifica a saúde como (. . .) nem boa, nem má, enquanto 30,8% considera-se de boa saúde o que indica que a maioria dos participantes está minimamente satisfeito com a sua saúde” (p.51).

Após a verificação dos dados da investigação sugere que existe relação entre o stresse e as variáveis sociodemográficas como a idade, as habilitações literárias, o valor da reforma, pessoa com quem habita, praticas de lazer e atividades (Cary, 2016, p.6).

Os resultados na investigação indicam que o stresse influencia a qualidade de vida no geral, mas também influencia positivamente todos os domínios da qualidade de vida, nomeadamente nos domínios físico, psicológico, relações pessoais e ambiente nas pessoas idosas (Cary, 2016, p.59).

Num estudo análogo Pereira, (2022) realizou uma investigação com o objetivo de "conhecer a realidade do envelhecimento no município de Tavira, analisando a importância da depressão e das redes sociais na qualidade de vidada população idosa" (p.2).

Realizou um estudo de cariz exploratório, descritivo, transversal e comparativo sendo a amostra composta por 59 idosos com idades entre 65 e 92 anos de idade, residentes maioritariamente no Barrocal e na Serra do concelho de Tavira (Pereira, 2022, p. v).

O autor recorreu a um questionário sociodemográfico, à Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage, à Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben e ao instrumento WHOQOL-OLD" da OMS, na versão portuguesa de Vilar (2015) (Pereira, 2022, p. v).

Pereira, (2022) concluiu no seu estudo "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)" (p. v).

Nesta investigação Pereira, (2022) inferiu que,

> os idosos divorciados e viúvos são os que ostentam maiores índices de depressão, sendo imprescindível (. . .) 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 bem como à satisfação de vida que também tem sido alvo de preocupação. (p.51)

2.6. Satisfação de vida do idoso

A expetação do aumento da média de vida humana, é fundamental garantir aos idosos "(. . .) felicidade e satisfação com a vida" (Pereira, 2022, p.13).

Para Pereira (2022) "(. . .) a satisfação com a vida é um estado subjetivo, tornando-se assim um conceito complexo". (p.13)

A satisfação de vida, é considerado uma avaliação cognitiva dos domínios específicos, como a saúde, as relações sociais, a autonomia, o trabalho que desempenhou, entre outros sendo "uma avaliação geral da própria vida de acordo com o próprio critério subjetivo" (Pereira, 2022, p.13).

Desta forma compreende-se que,

> 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. (Neri, 2001, como citado por Pereira, 2022, p. 13)

Para Coelho (2022) "(. . .) o Bem-estar subjetivo é a avaliação que as pessoas fazem das suas vidas com base nos valores, necessidades e sentimentos pessoais". (p.21)

Estudos indicam que alguns "(. . .) fatores favorecem ou prejudicam a avaliação subjetiva da satisfação com a vida em pessoas mais velhas" (Dumitrache et al, 2018; Rapoport, 2019, como citado em Gonçalves, 2022, p.28).

Os fatores positivos são considerados os traços de personalidade, a busca da sensação, a atividade e a falta de inibição social e sociabilidade (Dumitrache et al., 2018 como citado por Gonçalves, 2022, p.28).

Os fatores positivos são considerados os traços de personalidade, a busca da sensação, a atividade e a falta de inibição social e sociabilidade (Dumitrache et al., 2018 como citado por Gonçalves, 2022, p.28).

São ainda considerados como positivos, o otimismo; a situação financeira; e a existência de uma rede familiar próxima (Rapoport, 2019, como citado por Gonçalves, 2022, p.28).

Os fatores que se revelam prejudiciais são indicados como o estado civil (solteiro/viúvo),(Pereira, 2022), o morar sozinho, os problemas de saúde mental tais como problemas psiquiátricos e maiores índices de ideação suicida (Jörgensen et al, 2021; Gonçalves, 2022).

Para Mantovani (2015), citado por Gonçalves (2020), "o bem-estar de cada idoso corresponde às experiências, dependendo se foram vividas de maneira satisfatória. A satisfação de vida é essencial e marcante na avaliação que o individuo constrói da sua biografia" (p.28).

Existem "outros fatores como a integração na comunidade, na instituição, as relações interpessoais, a saúde, a própria realização pessoal e a segurança afetam diretamente na satisfação de vida" (Gonçalves, 2020, p. 28).

Gonçalves (2020) refere que "a condição de rural versus urbano parece apenas estar relacionada com as atitudes face ao envelhecimento, mais negativas nos idosos urbanos" (p.29).

Refere também que "a família não parece estar associada à satisfação com a vida e os amigos, apenas parecem ter uma associação com o nível de agitação/ansiedade, e a autoavaliação de saúde surge associada à satisfação com a vida" (Gonçalves, 2020, p.29).

O estado de "dependência é para a maior parte dos idosos um estado de revolta e de não-aceitação da sua condição. Nesta situação leva o idoso a precisar de alguém, o que pode não ser muito favorável ao bem-estar psicológico" (Gonçalves, 2020, p.29).

Para os idosos é extremamente importante sentirem-se autónomos, sendo que "o sentimento de controlo e a ausência de incapacidades expressam nos idosos um sentimento de satisfação em relação à própria vida" (Gonçalves, 2020, p.29).

É evidente que existem diversas variáveis e fatores de influência direta na qualidade de vida, sendo por esse motivo, que a manutenção "da qualidade de vida na geração idosa é uma das maiores problemáticas da sociedade atual" (Gonçalves, 2023, p.47).

Uma vez que o envelhecimento tende a aumentar contribuindo assim para o aumento significativo da população idosa é imperioso "garantir aos idosos a felicidade, o bem-estar e a satisfação de vida" (Gonçalves, 2020, p.28).

Capítulo III – Metodologia

3. Tipo de Estudo

Nesta investigação optou-se por realizar um estudo de caso exploratório, descritivo, transversal sendo o paradigma de investigação de carater quantitativo, aproximado ao estudo efetuado por Pereira (2022).

É um estudo exploratório, "na medida em que, ainda, existe pouca informação sobre o tema, de caráter descritivo por se descreverem as variáveis em análise e as caraterísticas sociodemográficas dos participantes" (Mendes, 2021, p.36).

É um estudo correlacional "por avaliar se existe relação entre variáveis e transversal por este ter decorrido num curto espaço de tempo e também por os questionários terem sido aplicados num único momento" (Mendes, 2021, p.36).

A investigação "consiste num processo sistemático, flexível e objetivo que contribui para explicar e compreender os fenómenos sociais e que suscita o debate e cria ideias inovadoras" (Coutinho, 2014).

3.1. Questão de partida

Sendo Salir uma das freguesias rurais mais envelhecidas do concelho de Loulé, o presente estudo intenciona esclarecer a seguinte reflexão: Quais os fatores que influenciam a qualidade de vida no idoso isolado a viver em ambiente rural na Freguesia de Salir?

Em função desta reflexão, foram delineados os objetivos geral e específicos.

3.2. Objetivos do estudo

De modo a estabelecer o objetivo geral procurou-se estudar e avaliar a qualidade de vida do idoso isolado, nas suas diferentes dimensões, (físicas, culturais, sociais, financeiras, habitacionais, psicológicas e de saúde), bem como aferir o perfil sociodemográfico do idoso isolado na Freguesia de Salir.

De modo a estabelecer o objetivo específico procurou-se:

• Identificar as respostas existentes de apoio ao idoso, disponibilizadas no Concelho de Loulé e na Freguesia de Salir, idêntico ao estudo de Pereira (2022, p25);

• Identificar os fatores que influenciam a qualidade de vida;

• Analisar as relações entre as variáveis independentes e a qualidade de vida, idêntico ao estudo de Pereira (2022, p25);

• Analisar as perceções dos idosos sobre qualidade de vida e saúde.

3.3. Hipóteses

Neste ambiente, foram estruturados três níveis de hipóteses: o primeiro nível leva a prova estatística na perspetiva das variáveis independentes sociodemográficas (género e estado civil) na variável dependente Qualidade de vida (H1.1, H1.2), idêntico ao estudo efetuado por Pereira (2022, pp.30-31).

No segundo nível, relacionámos as variáveis independentes sociodemográficas (perceção da qualidade de vida, felicidade e saúde) na variável dependente Qualidade de vida (H2.1, H2.2, H2.3).

No terceiro nível, relacionámos as variáveis independentes sociodemográficas (apoios sociais, rendimentos e serviços de saúde existentes na freguesia) na variável dependente Qualidade de vida (H3.1, H3.2, H3.3).

Nesta investigação, foram definidas as seguintes hipóteses:

H1.1 - Existe conexão entre o género e a qualidade de vida

H1.2 - Existe conexão entre o estado civil e a qualidade de vida

H2.1 - Existe conexão entre a perceção da qualidade de vida no idoso e a qualidade de vida

H2.2 – Existe conexão entre a felicidade e a qualidade de vida

H2.3 – Existe conexão entre a perceção da saúde e a qualidade de vida

H3.1 - Existe conexão entre os apoios sociais e a qualidade de vida

H3.2 - Existe conexão entre os rendimentos e a qualidade de vida

H3.3 – Existe conexão entre os serviços de saúde existentes na Freguesia e a qualidade de vida.

3.4. Amostra

Os entrevistados nesta investigação são 30 idosos, com a idade compreendida entre os 75 e 85 anos, correspondendo a uma média de idades de 81.87 anos, residentes na Freguesia de Salir, que vivem em ambiente rural isolado e de forma autónoma. A amostra obtida através do método de amostragem não probabilística por conveniência.

Todos os indivíduos participaram de livre vontade no estudo (consentimento informado), demonstrando capacidade cognitiva para responder às diferentes questões.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolha de dados

O protocolo de recolha de dados foi composto por um inquérito por questionário com questões fechadas e outras abertas e pela escala de WHOQOL-OLD adaptada e traduzida para a população portuguesa por Vilar (2015).

A compreensão do,

> (. . .) conhecimento científico obtido no processo metodológico tem como finalidade, na maioria das vezes, explicar e discutir um fenômeno baseado na verificação de uma ou mais hipóteses. Sendo assim, está diretamente vinculado a questões específicas na qual trata de explicá-las e relacioná-las com outros fatos. (Praça, 2015, p.73)

Assim sendo, a investigação científica também é constituída por meio da "pesquisa bibliográfica, em que o investigador procura obras já publicadas, relevantes para conhecer e analisar o tema ou o problema da pesquisa a ser realizada" (Sousa et al., 2021, p.65).

"A pesquisa bibliográfica é primordial na construção da pesquisa científica, uma vez que nos permite conhecer melhor os" fatos em estudo (Sousa et al., 2021, pp.65-66).

O material que é apreciado na execução da "(. . .) pesquisa bibliográfica são: livros, artigos científicos, teses, dissertações, anuários, revistas, leis e outros tipos de fontes escritas que já foram publicadas (Sousa et al., 2021, p.66).

Após o "investigador ler, refletir e escrever o sobre o que estudou, (. . .) reconstrói a teoria e aperfeiçoa os fundamentos teóricos (Sousa et al., 2021, p.66).

Outra exploração científica que foi empregue, foi análise de conteúdo, identificando-se como,

> (. . .) um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de

conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens. (Bardin, 1977, p.42)

A análise de conteúdo apresenta como finalidade "(. . .) efectuar inferências, com base numa lógica explicitada, sobre as mensagens cujas características foram inventariadas e sistematizadas" (Vala, 1986, p.104 como citado por Rocha, 2015, p.33).

3.5.1 Inquérito por questionário. Expressando-se assim, "o questionário é um instrumento em que se "(. . .) interroga por escrito uma série de sujeitos, o inquérito por questionário é, frequentemente, confundido com o inquérito por entrevista, também este instrumento muito usado em investigação social e educacional". (Moreira, 2007 como citado por Santos & Henriques, 2021, p.13).

Considerado por muitos autores, em particular os positivistas, como sendo um instrumento fundamental no processo de produção do conhecimento, o inquérito por questionário é especialmente usado na investigação devido ao seu carácter estruturado e à automatização do tratamento estatístico dos dados quando realizado com suporte em software específico (Santos & Henriques, 2021, p.7).

Visto que o "(. . .) inquérito por questionário é um instrumento de recolha, de informação sobre uma população, a sua aplicação exige que se garanta um número de inquiridos que viabilize a análise estatística (Santos & Henriques, 2021, p.10).

Um questionamento, "(. . .) é por norma aplicado a um conjunto de indivíduos (inquiridos), sobre os quais se pretende recolher informações (dados) para analisar, interpretar e retirar conclusões, tendo em vista responder aos objetivos da investigação" (Santos & Henriques, 2021, p.10).

Por forma a colher conhecimentos sobre os idosos a residir isoladamente na Freguesia de Salir, foi efetuado um inquérito por questionário com questões abertas e outras fechadas, para estudar as variáveis independentes (Apêndice A), de modo a dar resposta às hipóteses formuladas. Estas variáveis correspondem, tal como Mendes (2021) à idade, género, estado civil, habilitações literárias, constituição do agregado familiar, relação com os familiares, relação com os vizinhos, apoios socias, distância dos familiares, situação profissional, tipo de reforma, frequência de visitas, rendimentos

suficientes, onde reside, condições de habitabilidade, apoios sociais, ocupação dos tempos livres, saúde, QV. (p.41)

Este formulário foi constituído por 38 questões de resposta aberta e fechada. Os questionários foram aplicados aos idosos participantes no estudo tendo os procedimentos sido explicados de forma clara aos inquiridos antes da realização do mesmo.

3.5.2 Escala WHOQOL-OLD. Para a recolha de dados foi utilizada "A escala de WHOQOL-OLD adaptada e traduzida para a população portuguesa", (Anexo II) (Vilar et al., 2015).

Este instrumento de medida é composto por "(. . .) 28 itens, num total de 4 itens para cada uma das 7 facetas que integram o instrumento, correspondendo a valores mais elevados nos parâmetros, uma QdV mais elevada", (Vilar et al., 2015, p. 188), de forma experienciada pelo individuo nos passados 15 dias antes da aplicação do instrumento (Vilar et al., 2015).

Vilar etal. (2015), referem que "a sequência/numeração dos itens (incluindo os itens invertidos) difere parcialmente da apresentada na versão original, considerando a necessidade de ajustar o descritivo dos itens e das escalas de resposta, para a língua portuguesa" (Vilar et al., 2015, p. 188).

Este instrumento de medida está organizado "em escalas de tipo Likert de 5 pontos, podendo variar entre 1 e 5 pontos, os referidos itens encontram-se agrupados em sete facetas" (Coelho, 2022, p.35).

Em termos de avaliação, estas avaliam a Q.V. em quatro pontos, sendo eles: "(. . .) O Funcionamento Sensorial, que avalia o funcionamento sensorial e o impacto da perda de capacidades sensoriais na participação em atividades e na interação" (Coelho, 2022, p.35; Vilar et al., 2015, p. 189).

A Autonomia, que avalia a capacidade para viver de forma autónoma/independência e tomar decisões, as Atividades Passadas, Presentes e Futuras, que avalia a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos a realizar" (Baldé, 2018, p.51; Coelho, 2022, p.35; Vilar et al., 2015, p. 189).

A Participação Social, que "avalia a participação em atividades do quotidiano, nomeadamente, na comunidade, Morte e Morrer, que avalia preocupações e medos sobre a morte e o morrer" (Coelho, 2022, p.35; Vilar et al., 2015, p. 189).

A Intimidade, que "avalia a capacidade para ter relações pessoais e íntimas e a Família/Vida Familiar, que avalia a satisfação com o tempo passado em família, o apoio e relações familiares e o sentido de valor do idoso na família" (Coelho, 2022, p.35; Vilar et al., 2015, p. 189).

Tal como refere Coelho, (2022) o apuramento deste "(. . .) instrumento de avaliação pode ser obtido por faceta ou de forma global", conforme indica a tabela 3.1 sendo que "(. . .) por faceta, é realizada a soma das respostas dadas nos quatros itens, podendo os valores variar entre 4 e 20 pontos". (p.35)

O somatório total "(. . .) de todas as facetas perfazendo o total dos 28 itens, os valores podem variar entre 28 e 140 pontos" (Coelho, 2022, p.35), sendo que "(. . .) quanto mais alto for o valor do somatório melhor será a perceção da qualidade de vida" (Coelho, 2022, p.35).

Os "itens 1, 2, 3, 7, 8, 9 e 10 estão invertidos na versão portuguesa do módulo WHOQOL-OLD" (Vilar et al., 2015 p. 189).

Após calculado os valores,

> (. . .) 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 x (RBF – 4). (Power, et al., 2005 como citado por Pereira, 2022, p.29)

Tabela 3.1.

"Facetas da escala WHOQOL-OLD e itens que as constituem para a Versão Portuguesa" (Vilar et al., 2015, p. 189)

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)

Fonte - Elaboração própria

A consistência interna da escala WHOQOL-OLD foi quantificada recorrendo ao alfa de *Cronbach* e cujo os resultados se apresentam na Tabela 3.2. A fiabilidade global da escala WHOQOL-OLD ($\alpha = 0.940$) apresentou com uma consistência interna muito boa.

Nesta escala procedeu-se também ao cálculo desta medida para cada uma das facetas, tendo-se obtido valores de α a variar entre 0.551 e 0.945 o que traduz fiabilidade fraca a muito boa.

Tabela 3.2.

Consistência interna da escala WHOQOL-OLD global e por facetas.

	Facetas	**Itens**	**α de *Cronbach***	**Fiabilidade**
Whoqol-Old	Funcionamento sensorial (FS)	1, 2, 3, 20	0.945	Muito boa
	Autonomia (A)	4,5,6,11	0.802	Boa
	Atividades passadas, presentes e futuras (APPF)	12,13,15,19	0.766	Razoável
	Participação Social (PS)	14,16,17,18	0.923	Muito boa
	Morte e morrer (MM)	7,8,9,10	0.551	Fraca
	Intimidade (I)	21,22,23,24	0.731	Razoável
	Família/Vida familiar (F)	25,26,27,28	0.928	Muito boa
	Global	28 itens	0.940	Muito boa

Fonte - Elaboração própria

3.6. Procedimentos de recolha de dados

Com a amostra definida, passou-se à fase da aplicação dos instrumentos de recolha de dados (Coelho, 2022, p.36).

"Aos idosos inquiridos foi-lhes explicado e apresentado individualmente" os objetivos do estudo, sendo-lhes certificada a confidencialidade e anonimato dos dados obtidos (Coelho, 2022, p.36; Pereira, 2022, p.31).

Por tal, foi pedido autorização para aplicação do inquérito por questionário e do instrumento WHOQOL-OLD versão portuguesa, com a explicação prévia de que a informação recolhida será utilizada apenas e só para fins académicos, especificamente para a dissertação a apresentar na Universidade do Algarve.

Após promovida esta informação e dada a autorização pelos participantes, procedia-se ao início da aplicação dos instrumentos de recolha de dados.

Na perspetiva de Fortin e Salgueiro (1999), “a qualidade de uma investigação científica é determinada pela adoção de uma correta metodologia, sendo que esta é definida pela mesma autora como o conjunto dos métodos e técnicas que guiam a elaboração do processo de investigação científica” (p.373).

No que diz respeito à análise dos dados recolhidos, as questões abertas presentes no inquérito por questionário foram transcritas na íntegra, tendo sido posteriormente verificada pela” análise de conteúdo” (Bardin, 1977, p.42).

Trata-se de “medir a frequência, a ordem ou a intensidade de certas palavras, frases ou expressões, factos ou acontecimentos, catalogando os acontecimentos descritos de forma ordenada” (Fortin et al., 2009; Mota, 2011, p. 27).

Nas escalas de medida foi realizado um tratamento estatístico, tendo-se procedido a uma construção da base de dados com o auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão28.0 para Windows (Menegon et al, 2012, p. 856), onde os dados serão expostos em tabelas, para uma melhor compreensão e perceção dos mesmos.

A recolha de dados ocorreu entre janeiro de 2023 e fevereiro de 2023 e teve uma duração de dois meses. Estes inquéritos foram efetuados nas residências dos idosos isolados a residir na Freguesia de Salir.

Neste período de tempo foram realizados os 30 inquéritos que constituem a amostra deste estudo (Pereira, 2022). Cada instrumento de recolha de dados demorou cerca de uma hora e meia a preencher, foi administrado pelo investigador de forma oral (Pereira, 2022). Tal fato aconteceu na maioria das vezes porque os interpelados em virtude dos idosos possuírem fraca alfabetização, juntamente com a falta de fluidez na leitura e interpretação, estes solicitavam ajuda com o pretexto de que não se sentiam em condições de ler e responder autonomamente.

3.7. Procedimentos éticos e legais

Aquando da realização da “(. . .) recolha de dados foi elaborado um consentimento informado (Apêndice B) para a realização do estudo em que, o idoso inquirido, assinava antes de iniciar o inquérito” (Pereira,2022, p. 31).

Os idosos que foram "(. . .) inquiridos, que não sabiam ler nem escrever, o consentimento informado bem como o formulário sociodemográfico (Apêndice A), foi-lhes "(. . .) lido na integra pelo inquiridor e consequentemente assinado" (Pereira, 2022, p.31), por forma a opor o dedo indicador da mão direita, com vista a obter a impressão digital (Pereira, 2022, p. 31).

No decorrer do processo "de recolha de dados será sempre tido em conta, a confidencialidade e anonimato dos" intervenientes (Pereira, 2022), bem como, a análise dos dados obtidos, uma vez que obedecerá a uma conduta ética e de respeito pela individualidade dos dados de cada participante, tal como no estudo de Pereira (2022, p. 31).

Ambos os apêndices, bem como a submissão de documentação referente ao presente estudo (Anexo I), foram comunicados ao Conselho Técnico-científico ESEC da Universidade do Algarve, que confirmou encontrar no estudo as condições necessárias para o cumprimento dos requisitos da conformidade de privacidade de dados conforme o RGPD (Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados) e a LPDP (Lei de Proteção de Dados Pessoais).

Capítulo IV – Apresentação dos Resultados

4.1. Análise descritiva dos resultados

A apresentação dos resultados é descrita neste capítulo por forma a analisar descritivamente a amostra e dos dados copilados. Com o propósito "de dar resposta à questão de partida, realizou-se um inquérito por questionário", por um questionário sociodemográfico e pelo questionário WHOQOL-OLD adaptado à população Portuguesa (Vilar et al., 2015, citado por Pereira, 2022, p. 34).

Os elementos recolhidos "são apresentados em tabelas e gráficos analisados estatisticamente, recorrendo à estatística descritiva e inferencial," (Pereira, 2022, p. 34).

4.2. Caracterização da amostra

A amostra deste estudo é constituída por 30 idosos A faixa etária predominante é a dos 85 anos 36.7% (n=11) seguindo-se a dos 84 anos 20% (n=6), sendo a média de idades 81,87 anos e o género feminino 60% (n=18) e do género masculino 40% (n=12). (consultar gráficos 4.1 e 4.2, Apêndice D).

Quanto ao estado civil verifica-se que 46.7% (n=14) dos idosos são casados ou em união de fato, 43.3 % são viúvos (n=13), 6.7 % são solteiros (n=2) e 3.3 % são divorciados ou separados (n=1), (consultar gráfico 4.3, Apêndice D).

As habilitações literárias da maioria dos idosos, correspondem ao 1º ciclo 63.3% (n=19). De notar que 20 % (n=6) dos idosos não sabe ler nem escrever e 10 % (n=3) sabe ler e escrever sem instrução. Somente um idoso tem o ensino secundário, representa a 3.3 % (n=1) e outo idoso tem licenciatura sendo equivalente a 3.3 % (n=1) da amostra, (consultar gráfico 4.4, Apêndice D).

A maioria dos idosos vive sozinho 50% (n=15), contudo cerca de 43.3% (n=13) vive com o cônjuge ou companheiro, 3.3% (n=1) vive com o cônjuge ou companheiro e filhos e 3.3% (n=1) vive com o filho, (consultar gráfico 4.5, Apêndice D).

Visto que a maioria dos idosos inquiridos vivem sozinhos, é importante saber "a que distância residem os seus familiares diretos", tal como no estudo de Pereira (2022, p. 36), dado que a maioria afirma que os seus familiares residem relativamente perto 46.7% (n=14) entre 05 a 20 Km, 36.7% (n=11) entre 21 a 50 Km, 10% (n=3) entre 51 a 100 Km e 6.7% (n=2) superior a 205 Km, (consultar gráfico 4.6, Apêndice D).

Em termos de visitas dos familiares 46.7% (n=14) recebe visitas semanalmente, 40.0% (n=12) recebe visitas ocasionalmente e cerca de 13.3% (n=4) nunca recebe visitas, (consultar gráfico 4.7, Apêndice D).

A distribuição dos idosos, no que concerne à profissão que exerceu visto que todos são atualmente reformados, maioritariamente os idosos tiveram como profissão trabalhador agrícola cerca de 33.3 % (n=10), seguindo-se doméstica 20.0 % (n=6) e pedreiro 13.3 %(n=4) sendo estas as profissões mais representativas na amostra em estudo. Contabilizaram-se com percentagens de 3.3% (n=1) carpinteiro, regente antiga

professora, ajudante de geriatria, empresária, limpezas, vendedor por conta própria, bancaria, motorista, pintor e cantoneiro, (consultar gráfico 4.8, Apêndice D).

Em termos de recebimento de apoios sociais, os idosos afirmam que nenhum dos inquiridos recebe qualquer tipo de apoios sociais. Quando questionados sobre os rendimentos que auferem, 53.3 % (n=16) refere que recebe entre 201 a 420 €, 16.7 % (n=5) 421 a 640 €, 13.3 % (n=4) superior a 1301 €. Contudo 6.7 % (n=2) refere que recebe 200 € ou menos e 3.3 % (n=1) refere que não recebe qualquer tipo rendimento, (consultar gráfico 4.9, Apêndice D).

Os idosos quando questionados se têm rendimentos suficientes para responder a uma situação inesperada 80 % (n=24) responde negativamente enquanto somente 20.0 % (n=6) afirmam ter rendimentos suficientes para responder a uma situação inesperada, (consultar gráfico 4.10, Apêndice D).

Quando questionados se necessitam de ajuda económica, ademais do que já recebem, 70.0 % (n=21) afirma que sim e 30.0 % (n=9) afirma que não, (consultar gráfico 4.11, Apêndice D).

Os idosos inquiridos neste estudo, cerca de 96.7 % (n=29) afirmam residir em casa própria e 3.3 % (n=1) afirma residir em casa de familiares, (consultar gráfico 4.12, Apêndice D).

Respeitante aos dados relativos à habitação, a tabela 4.1 mostra que os inquiridos 83.3 % (n=25) afirmam que a sua habitação tem condições adequadas para viver e 16.7 % (n=5) afirma que a sua habitação não tem condições adequadas para viver.

Em termos de eletricidade, 93.3 % (n=28) tem eletricidade em casa e 6.7 % (n=2) não tem eletricidade em casa. Água canalisada 36.7 % (n=11) afirma ter água canalisada e 63.3 % afirma não ter água canalisada em casa. Relativamente a ter telefone ou telemóvel, 93.3 % (n=28) afirma ter e 6.7 % (n=2) afirma não ter.

Quanto a aquecimento, 86.7 % (n=26) afirma ter e 13.3 % (n=4) afirma não ter aquecimento em casa. No que se refere a saneamento 40.0 % (n= 12) garante ter e 60.0 % (n=18) garante não ter saneamento em casa. Em termos de ter televisão em casa, 96.7 % (n=29) afirma ter e 3.3 % (n=1) afirma não ter.

Em termos de humidade na habitação 26.7 % (n=8) afirma ter e 73.3 % (n=21) afirma não ter. Finalmente em termos de possuir TV cabo e internet 30.0% (n=9) afirma ter e 70.0 % (n=21) afirma não ter.

Tabela 4.1.

Dados relativos à habitação

Critério	Sim	%	Não	%
Condições de Habitabilidade	25	83.3	5	16.7
Eletricidade	28	93.3	2	6.7
Água canalizada	11	36.7	19	63.3
Telefone / telemóvel	28	93.3	2	6.7
Aquecimento	26	86.7	4	13.3
Saneamento	12	40.0	18	60.0
Televisão	29	96.7	1	3.3
Humidade	8	26.7	22	73.3
TV cabo / Internet	9	30.0	21	70.0

Fonte - Elaboração própria

Respeitante aos apoios sociais que a Freguesia de Salir proporciona aos idosos, inquiridos no estudo, na tabela 4.2 podemos considerar que, os mesmos não desenvolvem positivamente a qualidade de vida dos idosos. Em termos de ambiente, 26.7% (n=8) referem ser muito má, 63.3% (n=19) referem ser má e 10.0% (n= 3) referem ser boa.

Em termos de facilidade de locomoção 20.0 % (n= 6) refere ser muito má, 66.7 % (n=20) refere ser má e 13.3 % (n=4) refere ser boa. Em termos de facilidade no acesso a assistência médica, 3.3 % (n=1) refere ser muito má, 66.7 % (n=20) refere ser muito má e 30% (n=9) refere que o acesso é bom.

Na facilidade no acesso a atividades de lazer, 36.7 % (n=11) refere ser muito má, 43.3 % (n=13) refere ser má, 16.7 % (n=5) refere ser boa e apenas 3.3 % (n=1) refere ser muito boa.

Tabela 4.2.

Apoios sociais que a Freguesia de Salir proporciona aos idosos

Critério	Muito má	%	Má	%	Boa	%	Muito boa	%
Ambiente	8	26.7	19	63.3	3	10.0	0	0
locomoção	6	20.0	20	66.7	4	13.3	0	0
Cuidados de saúde	1	3.3	20	66.7	9	30.0	0	0
Acesso a atividades de lazer	11	36.7	13	43.3	5	16.7	1	3.3

Fonte - Elaboração própria

A tabela 4.3 mostra que os inquiridos desconheciam por completo os apoios sociais que o município de Loulé e a Junta de Freguesia de Salir lhes podia proporcionar, sendo que, ao apresentar as vantagens que o Cartão Municipal Sénior lhes permite ter, 96.7 % (n=29) refere desconhecer e somente 3.3 % (n=1) refere conhecer e ter o referido cartão, contudo o mesmo estava caducado.

No que diz respeito às vantagens de ter acesso à oficina móvel Loulé Sénior, nenhum dos idosos refere conhecer 100% (n=30). Tal qual o programa ABEM – rede solidária do medicamento, nenhum dos idosos conhece 100% (n=30). No que diz respeito à unidade móvel de saúde 76.7 % (n=23) afirma usufruir, contudo ainda 23.3 % (n=7) refere que não usufrui deste apoio.

Quando questionados se gostariam de usufruir destes apoios todos sem exceção afirmaram que gostariam de usufruir, 100 % (n=30).

Tabela 4.3.

Apoios sociais do Município

Critério	Sim	%	Não	%
Cartão Municipal Sénior	1	3.3	29	96.7
Oficina Móvel Loulé Sénior	0	0	30	100
Programa Abem - rede solidária do medicamento	0	0	30	100
Unidade Móvel de Saúde	23	76.7	7	23.3
Gostaria de usufruir?	30	100	0	0

Fonte - Elaboração própria

Os idosos foram questionados em termos de cuidados permanentes, tendo 6.7 % (n=2) referido preferir ficar em casa de familiar, 40.0 % (n=12) prefere ficar na sua própria casa, 6.7 % (n=2) refere que preferia receber apoio domiciliário e 46.7 % (n=14) refere preferir ir para um lar, (consultar gráfico 4.13, Apêndice D).

Questionados como ocupam os tempos livres, a grande maioria dos idosos refere ocupar os tempos livres a ver programas televisivos 80.0 % (n=24), apenas 3.3 % (n=1) refere que passa os tempos livres a conviver com outras pessoas, 6.7 % (n=2) refere que passa os tempos livres em tarefas agrícolas e 10.0 % (n=3) refere que passa os tempos livres nos afazeres domésticos, (consultar gráfico 4.14, Apêndice D).

Quando questionados como consideram os serviços de saúde existentes na Freguesia, 63.3 % (n=19) consideram como suficientes, 33.3 % (n=10) consideram insuficientes e apenas 3.3 % (n=1) consideram como bom, (consultar gráfico 4.15, Apêndice D).

Os idosos em termos de saúde, foram questionados se em geral se sentiam doentes, tendo 40.0 % (n=12) referido que se sentiam bastante doentes, 26.7 % (n=8) referido sentirem-se pouco doentes, 16.7 % (n=5) referiram sentirem-se nada doentes e de igual

percentagem 16.7 % (n=5) referiram estarem muito doentes, (consultar gráfico 4.16, Apêndice D).

Quando questionados se tinham algum problema de saúde, 83.3 % (n=25) referiram que sim e 16.7 % (n=5) referiram que não, (consultar gráfico 4.17, Apêndice D).

Em termos de como os idosos classificavam a sua saúde, 53.3 % (n=16) classificam-na como nem boa nem má, 36.7 % (n=11) classificam-na como má, 6.7% (n=2) classificam-na como boa e apenas 3.3 % (n=1) classificam o seu estado de saúde como muito boa (Machado, 2018), (consultar gráfico 4.18, Apêndice D).

Os idosos foram questionados em termos da avaliação da sua qualidade de vida, tendo 63.3 % (n=19) classificado a sua qualidade de vida como nem boa nem má, 20.0 % (n=6) classificaram-na como má e 16.7 (n=5) classificaram-na como boa (Machado, 2018), (consultar gráfico 4.19, Apêndice D).

Em termos de classificação da felicidade, 53.3 % (n=16) dos idosos inquiridos referem ser pouco felizes, 36.7 % (n=11) referem ser bastante felizes, 6.7 % (n=2) referem serem muito felizes e 3.3 % (n=1) refere ser nada feliz, (consultar gráfico 4.20, Apêndice D).

4.3. Análise descritiva das categorias

No que diz respeito à análise descritiva das categorias que compõem os três grupos/temas, sendo que o primeiro é composto por três questões, o segundo por cinco questões e o terceiro quatro questões, apresentam-se os seguintes resultados:

Para o grupo dos apoios sociais, podemos observar na tabela 4.4 que para a questão" Na sua opinião, quais as vantagens de viver nesta Freguesia?", constata-se que 16 idosos (53,33%) consideram que a categoria que melhor descreve qual a vantagem de viver na Freguesia de Salir é a económica em virtude de residirem em habitação própria," É vivermos sossegados naquilo que é nosso", seguida da categoria psicológica com 36,66 % ou seja 11 idosos destacam a importância de viver no local onde nasceu,

"Viver no sítio onde nasceu", viver em paz e satisfação em viver no campo," O sossego, a paz e o ar puro". A categoria social / familiar apresenta resultados pouco representativos.

Tabela 4.4.

Análise descritiva da categorização referente à questão nº 26 -"Na sua opinião, quais as vantagens de viver nesta Freguesia?"

Resposta	**Categoria**	**N. de respostas**	**Percentagem global**
Viver em habitação própria	Fatores económicos	16	53,33 %
Viver no local onde nasceu / viver em paz / satisfação em viver no campo	Psicológica	11	36,66 %
Local onde constituiu família	Social / Familiar	3	10 %

Fonte - Elaboração própria

Para a segunda questão do grupo dos apoios sociais, podemos observar na tabela 4.5 que para a questão" Ao residir aqui, do que sente mais falta?", constata-se que 11 idosos (36,66%) consideram que a categoria que melhor descreve quais as necessidades mais importantes na Freguesia de Salir é a mobilidade em virtude da falta de transporte público, "Transporte é o mais importante", seguida da categoria psicológica com 30,00 %, ou seja, 9 idosos destacam a insatisfação por falta de bens e serviços, "Cuidados médicos, mal servido nos serviços públicos tal como nos CTT", seguida da categoria serviços públicos com 6 idosos (20%) revelam falta, de salubridade e de resposta da administração pública," Água canalizada, saneamento básico". As restantes categorias apresentam-se pouco representativas.

Tabela 4.5.

Análise descritiva da categorização referente à questão nº 27 -"Ao residir aqui, do que sente mais falta?"

Resposta	**Categoria**	**N. de respostas**	**Percentagem global**
Falta de transporte público	Mobilidade	11	36,66 %
Insatisfação por falta de bens e serviços / cuidados médicos	Psicológica	9	30 %
Salubridade / administração pública	Serviços públicos	6	20 %
Familiares distantes	Família	2	6,66 %
Não sente falta de nada	Ausência	2	6,66%

Fonte - Elaboração própria

Para a terceira questão do grupo dos apoios sociais, podemos contemplar na tabela 4.6 que para a questão*" O que gostaria de ter alterado na sua vida?"*, constata-se que 11 idosos (36,66%) são da opinião que a categoria que melhor descreve o que poderia ter alterado na sua vida é a categoria psicológica, manifestando a sua satisfação do trajeto de vida que tiveram, seguida da categoria não sabe com 20,00 % ou seja 6 idosos revelaram não saber responder à questão e da categoria comportamental com 5 idosos (16,66%) que referiram que gostavam de ter tido outra profissão, ter ido à escola e de ter residido noutro lugar, "Eu teria ficado emigrado na Austrália", "Poderia ter ido à escola, mas tinha de trabalhar", "Se eu manda-se não tinha vindo morar para aqui, tinha ido para Salir". De salientar que a categoria ausência e a categoria consequências obtiveram o mesmo resultado 3 idosos (10%), "Que a sorte da minha família fosse outra, estou sozinha o resto faleceu tudo"," Não ter ido à guerra colonial". A categoria família apresentou-se pouco representativa.

Tabela 4.6.

Análise descritiva da categorização referente à questão nº 28 -"O que gostaria de ter alterado na sua vida?"

Resposta	**Categoria**	**N. de respostas**	**Percentagem global**
Satisfeito com o percurso de vida	Psicológica	11	36,66 %
Não sabe responder	Não sabe	6	20 %
Alteração de profissão / percurso escolar / alteração da residência	Comportamental	5	16,66 %
Morte de familiares	Ausência	3	10 %
Divorcio / falta de oportunidades / guerra colonial	Consequenciais	3	10 %
Ter tido mais filhos	Família	2	6,66 %

Fonte - Elaboração própria

Para o grupo da saúde, podemos contemplar na tabela 4.7 que para a questão "O que é *para si ter saúde*?", 14 idosos (46,66%) são da opinião de que a categoria que melhor descreve o que é a saúde é a categoria comportamental, " É ainda poder fazer os meus serviços, vida diária sem pedir nada a ninguém", seguida da categoria ausência com 33,33% das respostas ou seja 10 idosos, " Não estar doente e ser autónomo". A categoria psicológica representa 5 idosos (16,66%), "É estar bem e poder ajudar a minha mulher". A categoria saúde apresentou-se pouco representativa.

Tabela 4.7.

Análise descritiva da categorização referente à questão nº 29 -"O que é para si ter saúde?"

Resposta	Categoria	N. de respostas	Percentagem global
Poder realizar as atividades diárias / cuidar-se	Comportamental	14	46,66 %
Não ter dores / não dar trabalho	Ausência	10	33,33 %
Sentir-se bem psicologicamente / estar bem / poder ainda ajudar	Psicológica	5	16,66 %
Ter saúde / ser saudável	Saúde	1	3,33 %

Fonte - Elaboração própria

No que diz respeito à segunda questão do grupo da saúde, "*Tem algum problema de saúde?*", 26,66% das respostas, 8 idosos, destacaram a categoria reumáticas, seguida da categoria cardiovasculares com 23,33%, ou seja, 7 idosos seguida da categoria ausência 16,66% (5 idosos) e a categoria cronicas 13,33% (4 idosos). A categoria Psicológico representa duas respostas 6,66 % (2 idosos), que apresentam estados de saúde complexos, como esgotamento mental e depressão pós-traumática guerra colonial, "Estou a ser medicada por causa de um esgotamento"," Problemas de audição, depressão pós-traumática guerra colonial". As restantes categorias apresentam-se pouco representativa, tal como se pode verificar na Tabela 4.8.

Tabela 4.8.

Análise descritiva da categorização referente à questão nº 31 -"Tem algum problema de saúde?"

Resposta	Categoria	N. de respostas	Percentagem global
Coluna / hérnias / artroses /reumático	Reumáticas	8	26,66 %
Coração / arritmias / AVC	Cardiovasculares	7	23,33 %
Não tem	Ausência	5	16,66 %
Diabetes / colesterol / tensão	Crónicas	4	13,33 %
Nervosismo / depressão	Psicológica	2	6,66 %
Cataratas	Oculares	1	3,33 %
Próstata	Urológicas	1	3,33 %
Gastrite	Gástricas	1	3,33 %
Otite / ouvir mal	Otites	1	3,33 %

Fonte - Elaboração própria

No que diz respeito à terceira questão do grupo da saúde, "*O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?*", 96,66% das respostas, 29 idosos, destacaram de forma muito representativa a categoria comportamental. A restante categoria apresenta-se pouco representativa, tal como se pode verificar na Tabela 4.9.

Os idosos têm a perceção da importância do envelhecimento saudável, referindo que tem de ir ao médico, não cometer excessos, reduzir hábitos prejudiciais tais como álcool e tabaco e praticar atividade física, embora alguns afirmaram que sabem a importância da atividade física, contudo por razões de saúde não a praticam.

Tabela 4.9.

Análise descritiva da categorização referente à questão nº 32 -"O que é que se pode fazer para nos sentirmos saudáveis?"

Resposta	**Categoria**	**N. de respostas**	**Percentagem global**
Cuidar-se / hábitos de saúde / estar ativo	Comportamental	29	96,66 %
Passear / conviver com os vizinhos / conviver com a família	Social	1	3,33 %

Fonte - Elaboração própria

Para a quarta questão do grupo da saúde "O que é para si ter uma doença ou estar doente?" constata-se, na Tabela 4.10, que 70 %, 21 "(. . .) idosos, são da opinião que a categoria que melhor representa um estado de doença é a categoria" (Luísa, 2014, p.106), física / psicológica, seguida, tal como o estudo de Luísa (2014), e da comportamental com 16,66 %, ou seja, 5 idosos. As "(. . .) restantes categorias apresentam-se pouco significativas". (p. 106)

A maioria dos idosos refere que o pior é estar na situação de acamado, não ter reação, mobilidade reduzida ou mesmo dar trabalho aos familiares em virtude desta situação. A idade pode trazer algumas limitações e exigir cuidados especiais, contudo os idosos referiram que sofrem de algumas doenças, mas é como se não existissem em comparação à condição de se encontrarem acamados, é de modo, o pior cenário que os idosos possam imaginar.

Tabela 4.10.

Análise descritiva da categorização referente à questão nº 34 -''O que é para si ter uma doença ou estar doente?''

Resposta	**Categoria**	**N. de respostas**	**Percentagem global**
Estar incapacitado / limitado / acamado / dar trabalho	Física / psicológica	21	70 %
Preocupar-se com a saúde / sentir-se inútil / ser capaz de reagir à doença	Comportamental	5	16,66 %
Não sabe responder	Não sabe	2	6,66 %
Estar doente	Estar doente	1	3,33 %
Não ter saúde	Ausência	1	3,33 %

Fonte - Elaboração própria

Para a quinta questão do grupo da saúde "O que é que costuma fazer que não bom para a saúde?", verifica-se na Tabela 4.11 que a categoria com maior expressividade é a categoria comportamental com 93,33%, ou seja, 27 idosos, seguida da categoria não sabe 10 % (3 idosos)

A maioria dos idosos referiram que moderaram, que já não cometem excesso ou maus hábitos que sejam prejudiciais para a sua saúde, contudo ainda existiram dois idosos que referiram ainda cometer alguns excessos alimentares," Alimentação rica em gorduras, tenho porcos para matar e vou a matanças onde por vezes bebo um pouco"," Sou guloso gosto de comer bolos".

Tabela 4.11.

Análise descritiva da categorização referente à questão nº 35 -"O que é que costuma fazer que não é bom para a saúde?"

Resposta	Categoria	N. de respostas	Percentagem global
Não cometer excessos / ter cuidado com a saúde	Comportamental	27	93,33 %
Não sabe responder	Não sabe	3	6,66 %

Fonte - Elaboração própria

No grupo referente à qualidade de vida, constata-se na Tabela 4.12 que para a questão "O que é para si ter qualidade de vida?", 12 idosos (40%) são da opinião de que a categoria que melhor descreve o que é ter qualidade de vida é a categoria saúde, seguida da categoria comportamental com 33,33% das respostas, ou seja, 10 idosos. A categoria psicológica representa 4 idosos (13,33%). A categoria residual representa 3 idosos (10%) que referiram não terem qualidade de vida (Abreu, 2017). A categoria ausência apresentou-se pouco representativa.

A inexistência de doenças incapacitantes que afetem a mobilidade, a independência para efetuar a sua vida diária ou simplesmente ter saúde, foram a generalidade das respostas. O envelhecimento poderá levar os idosos a conformar-se com a situação onde se encontram, e simplesmente desinvestem em ter uma qualidade de vida melhor," Qualidade de vida? Num sítio onde conheci 52 pessoas aqui a viver, somos 3, olhe é ir indo até aguentar"," Perdia toda quando fui para a guerra, vi muita coisa, passei por muito e não me sai da cabeça".

Tabela 4.12.

Análise descritiva da categorização referente à questão nº 36 -"O que é para si ter qualidade de vida?"

Resposta	Categoria	N. de respostas	Percentagem global
Estar saudável / ter saúde	Saúde	12	40 %
Realizar atividades diárias / ser ativo	Comportamental	10	33,33 %
Vida tranquila / sentir-se bem psicologicamente	Psicológica	4	13,33 %
Outras (ex: não ter qualidade de vida)	Residual	3	10 %
Não ter doenças	Ausência	1	3,33 %

Fonte - Elaboração própria

Para a segunda questão do grupo referente à qualidade de vida, constata-se na Tabela 4.13 que para a questão "Quais são as coisas importantes para termos uma boa qualidade de vida?", 11 idosos (36,66%) são da opinião de que a categoria que melhor descreve o que é ter qualidade de vida é a categoria saúde, seguida da categoria comportamental e não sabe, ambas com 23,33% das respostas, ou seja, 7 idosos. A categoria psicológica representa 3 idosos (10%). A categoria ausência apresentou-se pouco representativa.

A interpretação conferida pelos idosos, varia consoante as vivências das pessoas no seu construto em envelhecer, contudo impera o sentimento de ter saúde para efetuar a sua rotina diária.

Tabela 4.13.

Análise descritiva da categorização referente à questão nº 38 -"Quais são as coisas importantes para termos uma boa qualidade de vida?"

Resposta	Categoria	N. de respostas	Percentagem global
Ter saúde	Saúde	11	36,66 %
Não sabe responder	Não sabe	7	23,33 %
Realizar atividades diárias / ser ativo / boa alimentação / dormir bem	Comportamental	7	23,33 %
Vida tranquila / sentir-se bem psicologicamente	Psicológica	3	10 %
Não ter doenças	Ausência	2	6,66 %

Fonte - Elaboração própria

Para a terceira questão do grupo referente à felicidade, constata-se na Tabela 4.14 que para a questão "O que é para si a felicidade ou ser feliz?", 8 idosos (26,66%) são da opinião de que a categoria que melhor descreve o que é a felicidade ou ser feliz é a categoria social / familiar como a mais representativa, seguida da categoria comportamental e saúde, ambas com 23,33% das respostas, ou seja, 7 idosos. A categoria ausência e não sabe representa 3 idosos (10%). A categoria psicológica apresentou-se pouco representativa.

As famílias tem pouco preparo para lidar com a nova rotina que é ter um idoso dependente no seu domicilio, principalmente se for em contexto de debilidade física ou psicológica, tal como refere Corrêa & Bellini (2019), contudo neste estudo foram vários os testemunhos que referem que a família assume um papel essencial no que refere aos cuidados imediatos, nas suas necessidades, desejos e expectativas," É dar-me bem com a minha esposa e da família, ter alguma saúde"," É dar-me bem com a família o tempo que resta, dar-me bem com a filha e o marido claro".

Tabela 4.14.

Análise descritiva da categorização referente à questão nº 39 -"O que é para si a felicidade ou ser feliz?"

Resposta	**Categoria**	**N. de respostas**	**Percentagem global**
Ajudar os outros / ter uma boa família / bom ambiente familiar	Social / familiar	8	26,66 %
Ter saúde	Saúde	7	23,33 %
Realizar atividades diárias / ser ativo / hábitos de saúde	Comportamental	7	23,33 %
Não ter doenças / sem dores / não há felicidade plena	Ausência	3	10 %
Não sabe responder	Não sabe	3	10 %
Pensamentos positivos / sentir-se bem psicologicamente	Psicológico	2	6,66 %

Fonte - Elaboração própria

Para a quarta questão do grupo referente à qualidade de vida, constata-se na Tabela 4.15 que para a questão "Quais as coisas importantes para se sentir feliz?", 12 idosos (40%) são da opinião de que a categoria saúde é a mais representativa, seguida da categoria social/ familiar com 6 respostas (20%), seguida da comportamental e ausência, ambas com 13,33% das respostas ou seja 4 idosos (Luísa, 2014, pp. 113-114). A categoria psicológica representa 3 idosos (10%). A categoria não sabe apresentou-se pouco representativa, tal como o estudo de Luísa (2014, pp. 113-114).

Os idosos inquiridos a maioria expressaram emoções positivas tais como na proteção a morbilidades, incapacidades e na tendência à adoção de comportamentos saudáveis," Ter mais saúde, continuar a fazer as coisas sem pedir nada a ninguém"," É conseguir fazer as minhas coisas, ter saúde é o que importa" e também o sentimento de felicidade é influenciado pela situação conjugal e familiar, " É ter saúde, eu e o meu marido"," É ainda dar-me bem com a mulher e os filhos"," É sentir-me bem, estar com quem gosto, ter família e ter saúde". A eclosão "(. . .) de comorbidades no envelhecimento é um fator favorável para a expressão de sentimentos negativo", como refere da Silva et

al (2016, p.59), nomeadamente depressões associadas às condições de vida," Era não ter perdido o meu filho, de resto está bom"." Gostaria de me libertar destes sonhos que já me perseguem há muito".

Tabela 4.15.

Análise descritiva da categorização referente à questão nº 41 -"Quais as coisas importantes para se sentir feliz?"

Resposta	**Categoria**	**N. de respostas**	**Percentagem global**
Ter saúde	Saúde	12	40 %
Ajudar os outros / ter uma boa família / bom ambiente familiar	Social / familiar	6	20 %
Realizar atividades diárias / ser ativo / hábitos de saúde	Comportamental	4	13,33 %
Não ter doenças / sem problemas / não há felicidade plena	Ausência	4	13,33 %
Pensamentos positivos / sentir-se bem psicologicamente	Psicológico	3	10 %
Não sabe responder	Não sabe	1	3,33 %

Fonte - Elaboração própria

Por forma a simplificar a leitura e interpretação da amostra e dos dados recolhidos com o intuito de dar resposta à questão de partida, foram selecionadas todas as categorias que apresentassem uma expressividade igual ou superior a 25 %, tal como se pode verificar na tabela 4.16.

Tabela 4.16.

Categorias mais significativas (com um valor igual ou superior a 25%) por tema/questão

Tema/dimensão	Questão	Categorias
Apoios sociais	**Questão nº 26 -**"Na sua opinião, quais as vantagens de viver nesta Freguesia?"	Fatores económicos
		Psicológica
	Questão nº 27 -"Ao residir aqui, do que sente mais falta?"	Mecanismo de transporte
		Psicológica
	Questão nº 28 -"O que gostaria de ter alterado na sua vida?"	Psicológica
Saúde	**Questão nº 29 -**"O que é para si ter saúde?"	Comportamental
	Questão nº 31 -"Tem algum problema de saúde?"	Reumáticas
	Questão nº 32 -"O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis?"	Comportamental
		Hábitos alimentares corretos
	Questão nº 34 -"O que é para si ter uma doença ou estar doente?"	Comportamental
	Questão nº 35 -"O que é que costuma fazer que não é bom para a saúde?"	Ausência
Qualidade de vida	**Questão nº 36 -**"O que é para si ter qualidade de vida?"	Saúde
		Comportamental
	Questão nº 38 -" Quais são as coisas importantes para termos uma boa qualidade de vida?"	Saúde
	Questão nº 39 -"O que é para si a felicidade ou ser feliz?"	Social / familiar
	Questão nº 41 -"Quais as coisas importantes para se sentir feliz?"	Saúde

Fonte - Elaboração própria

Ao analisar a tabela 4.16, em termos dos apoios socias, a categoria que mais se evidência é a psicológica que indica que os idosos se sentem sozinhos à margem de tudo o que envolve a sociedade, fomentando crescimento do fenómeno do idadismo.

Torna-se imperioso tomar medidas e estratégias assertivas que combatam o isolamento social do idoso garantindo-lhe as devidas oportunidades de realização pessoal.

Em termos de saúde a categoria que mais se evidência é a comportamental que indica que os idosos preocupam-se com a sua saúde nomeadamente em tomar a medicação indicada, pratica de hábitos alimentares saudáveis, evitando excessos por forma a terem um envelhecimento mais condigno.

Em termos de qualidade de vida a categoria que mais se evidência é a saúde que indica que o bem mais valioso que idosos têm, é ter saúde. Ter saúde no idoso significa manter a qualidade de vida e o bem-estar, garantindo assim que tenham um envelhecimento ativo e com boa longevidade (Luísa, 2014).

4.4. Tratamento estatístico da escala de qualidade de vida – whoqol-old

Mediante o apuramento total alcançado a partir da porção selecionada, nem todos os valores estão para além dos 70,0 pontos, (50,0%) "que é o ponto médio da referida escala, havendo alguma discrepância entre eles" (Coelho 2022, p. 45). (consultar tabela 4.17, Apêndice E).

A tabela 4.18, indica-nos que os idosos consideram ter "(. . .) uma boa perceção da qualidade de vida, pois o valor médio" (Coelho, 2022, p. 45), dos resultados obtidos foi de 95,0, (59,87%) com um desvio padrão de 16.4 – (14,68%), estando este valor "(. . .) acima do ponto médio da referida escala que é de 70. Como tal, pode afirmar-se que os elementos da amostra avaliam a sua qualidade de vida de forma positiva" (Coelho, 2022, p. 45). (consultar tabela 4.18, Apêndice E)

No que concerne a cada uma das facetas (Vilar,2015), concebe-se, que:

Funcionamento sensorial – Segundo Coelho (2022, p.45) referiu no seu estudo que, "(. . .) a pontuação nesta faceta pode variar entre os 4 e 20 pontos", sendo que nesta investigação a variação é entre 8 valores e 19 valores, pelo que se pode encontrar uma enorme divergência entre a cotação identificada. A média encontrada foi de 12,83 valores, ou seja 55,20%, similar como no estudo de Coelho (2022, p. 45) que afirma, "(. . .) esta faceta é percecionada de forma positiva, tendo um valor médio de 13,1 pontos". (consultar tabela 4.18, Apêndice E).

Autonomia – Segundo Coelho (2022, p.45) referiu no seu estudo que, "(. . .) a pontuação nesta faceta pode variar entre os 4 e 20 pontos" sendo que nesta investigação a variação é entre 9 valores e 20 valores, pelo que se pode encontrar uma enorme divergência entre a cotação identificada. A média encontrada foi de 14,03 pontos, ou seja de 62,70%, similar como no estudo de Coelho (2022, p. 45) que afirma que "(. . .) esta

faceta é percecionada de forma positiva, tendo um valor médio de 15,7 pontos". (consultar tabela 4.18, Apêndice E).

Atividades passadas, presente e futuras – Segundo Coelho (2022, p.45) referiu no seu estudo que, "(. . .) a pontuação nesta faceta pode variar entre os 4 e 20 pontos" sendo que nesta investigação a variação é entre 10 valores e 20 valores, pelo que se pode também encontrar uma enorme divergência entre a cotação identificada. A média encontrada foi de 13,87 valores, ou seja de 61,66%, similar como no estudo de Coelho (2022, p. 45) que afirma que "(. . .) esta faceta é percecionada de forma positiva, tendo um valor médio de 14,6 pontos". (consultar tabela 4.18, Apêndice E).

Participação Social – Segundo Coelho (2022, p.45) referiu no seu estudo que, "(. . .) a pontuação nesta faceta pode variar entre os 4 e 20 pontos" sendo que nesta investigação a variação é entre 7 valores e 20 valores, pelo que se pode também encontrar uma enorme divergência entre a cotação identificada. A média encontrada foi de 11,43 valores, ou seja de 46,45%, similar como no estudo de Coelho (2022, p. 45) que afirma que "(. . .) esta faceta é percecionada de forma positiva, tendo um valor médio de 12,2 pontos". (consultar tabela 4.18, Apêndice E).

Morte – Segundo Coelho (2022, p.45) referiu no seu estudo que, "(. . .) a pontuação nesta faceta pode variar entre os 4 e 20 pontos" sendo que nesta investigação a variação é entre 7 valores e 16 valores, pelo que se pode também encontrar uma grande divergência entre a cotação identificada. A média encontrada foi de 12,87 valores, ou seja de 55,41%, similar como no estudo de Coelho (2022, p. 46) que afirma que "(. . .) esta faceta é percecionada de forma positiva, tendo um valor médio de 15,40", o que significa que a morte é algo que é bem percecionada, não existindo o medo relacionado com a morte. (consultar tabela 4.18, Apêndice E).

Intimidade – Segundo Coelho (2022, p.45) referiu no seu estudo que, "(. . .) a pontuação nesta faceta pode variar entre os 4 e 20 pontos" sendo que nesta investigação a variação é entre 8 valores e 20 valores, pelo que se pode também encontrar uma grande divergência entre a cotação identificada. A média encontrada foi de 14,57 valores, ou seja de 66,04%, um pouco mais fraca do que no estudo de Coelho (2022, p. 45) que afirma que "(. . .) esta faceta é percecionada de forma positiva, tendo um valor médio de 18,1 pontos". (consultar tabela 4.18, Apêndice E).

Vida familiar – Segundo Coelho (2022, p.45) referiu no seu estudo que, "(. . .) a pontuação nesta faceta pode variar entre os 4 e 20 pontos" sendo que nesta investigação a variação é entre 4 valores e 20 valores, pelo que se pode também encontrar uma grande divergência entre a cotação identificada. A média encontrada foi de 15,40 valores, ou seja de 71,66%, um pouco mais fraca do que no estudo de Coelho (2022, p. 45) que afirma que "(. . .) esta faceta é percecionada de forma positiva, tendo um valor médio de 18 pontos". (consultar tabela 4.18, Apêndice E).

Segundo Coelho (2022, p.45) aquando da verificação da resultância do seu estudo, concluiu que "(. . .) a faceta que é percecionada de forma mais positiva é a da intimidade e a que é percecionada de forma menos positiva é a faceta da Participação Social".

Ao verificar a resultância deste estudo, verifica-se que as facetas Funcionamento sensorial e Participação social obtiveram as médias de 12,83 (55,20%) e 11,43 (46,45%) respetivamente apresentando o pior desempenho em relação às demais, enquanto as facetas Intimidade e Família / vida familiar obtiveram as melhores médias respetivamente 14,57 (66,04%) e 15,40 (71,66%), (consultar tabela 4.18, Apêndice E).

Em termos de analise do coeficiente de variação verifica-se que a amostra situa-se tendencialmente entre os valores de percentagem 15% e 30%, o que significa ter uma dispersão média à exceção do Funcionamento sensorial 31,8 % e da Participação social 34,6 % que apresenta uma dispersão elevada, (consultar tabela 4.18, Apêndice E).

4.5. Análise inferencial dos dados

Nesta investigação foram aplicados, tal como na investigação conduzida por Pereira (2022, p. 37), testes não paramétricos.

> Estes são utlizados 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. (Pereira, 2022, p.37)

H1.1 – Existe conexão entre o género e a qualidade de vida?

Para certificar o pressuposto concebido utilizou-se o teste de Mann-Whitney. Podemos observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o género e a qualidade de vida (Alves, 2012; Estêvão, 2017; Luís, 2012; Pereira, 2022). Contudo, os indivíduos do género masculino apresentam ligeiramente uma melhor qualidade de vida do que indivíduos do género feminino, com exceção das facetas Atividades passadas, presentes e futuras, Morte e morrer e Intimidade, porém não existem diferenças estatisticamente significativas em nenhuma das facetas (Alves, 2012; Carqueja, 2009; Estêvão, 2017; Freire, 2012; Luís, 2012; Pereira, 2022). (consultar tabela 4.19, Apêndice F).

H1.2 – Existe conexão entre o estado civil e a qualidade de vida?

Para certificar o pressuposto concebido utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Podemos apurar que não se encontram diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a qualidade de vida (p=,964 (Alves, 2012; Estêvão, 2017; Freire, 2012; Luis, 2012; Machado, 2018; Pereira, 2022). (consultar tabela 4.20, Apêndice F).

H2.1 – Existe conexão entre a inteleção da qualidade de vida no idoso e a qualidade de vida?

Para certificar o pressuposto concebido utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Podemos observar que, existe inteleção entre a perceção da qualidade de vida dos idosos e a qualidade de vida, com uma diferença estatisticamente significativa de p=,001 (Alves, 2012; Estêvão, 2017; Freire, 2012; Luís, 2012; Machado, 2018; Pereira, 2022). (consultar tabela 4.21, Apêndice F).

H2.2 – Existe conexão entre a felicidade e a qualidade de vida?

Para certificar o pressuposto concebido utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Podemos observar que, existe conexão entre a felicidade dos idosos e a qualidade de vida, com uma diferença estatisticamente significativa de p=,006 (Alves, 2012; Freire, 2012; Luís, 2012; Machado, 2018; Pereira, 2022). (consultar tabela 4.21, Apêndice F).

H2.3 – Existe conexão entre a perceção da saúde e a qualidade de vida?

Para certificar o pressuposto concebido utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Podemos observar que, existe conexão entre a perceção da saúde dos idosos e a qualidade de vida, com uma diferença estatisticamente significativa de p=,010, (Alves, 2012; Freire, 2012; Luis, 2012; Machado, 2018; Pereira, 2022). (consultar tabela 4.21, Apêndice F).

H3.1 – Existe conexão entre os apoios sociais e a qualidade de vida?

Para certificar o pressuposto concebido utilizou-se o teste de Kruskal-Wallis. Podemos observar que, existe conexão entre qualidade de vida e a facilidade que os idosos têm em ter acesso a atividades de lazer, com uma diferença estatisticamente significativa de p=,009, (Alves, 2012; Estêvão, 2017; Freire, 2012; Luís, 2012; Machado, 2018; Pereira, 2022). (consultar tabela 4.21, Apêndice F).

H3.2 – Existe conexão entre os rendimentos e a qualidade de vida?

Para verificar a hipótese formulada aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis. Podemos observar que, existe conexão entre qualidade de vida e os rendimentos que os idosos auferem, com uma diferença estatisticamente significativa de p=,009, (Alves, 2012; Freire, 2012; Luís, 2012; Machado, 2018; Pereira, 2022). (consultar tabela 4.21, Apêndice F).

H3.3 – Existe conexão os serviços de saúde existentes na Freguesia e a qualidade de vida?

Para verificar a hipótese formulada aplicou-se o teste de Kruskal-Wallis. Podemos observar que, existe conexão entre qualidade de vida e os serviços de saúde existentes na Freguesia, com uma diferença estatisticamente significativa de p=,019 (Alves, 2012; Estêvão, 2017; Freire, 2012; Luís, 2012; Pereira, 2022). (consultar tabela 4.21, Apêndice F).

Analisando as correlações de *Pearson* presentes entre as sete facetas da WHOQOL - OLD, estas revelam-se estatisticamente significativas, (Pereira, 2022; Pires, 2014). (consultar tabela 4.22, Apêndice F).

- A faceta Funcionamento Sensorial apresenta uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa ($r = 0,666$; $p < 0,01$) com a faceta Autonomia, uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa ($r = 0,706$; $p < 0.01$) com a faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras, uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa ($r = 0,614$; $p < 0.01$) com a faceta Participação Social, uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r = 0,437$; $p < 0.05$) com a faceta Intimidade e uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Família e Vida Familiar ($r = 0, 468$; $p < 0,01$) (Luís, 2012; Pereira, 2022; Pires, 2014);

- A faceta Autonomia, para além do já citado anteriormente, apresenta correlação positiva forte e estatisticamente significativa com a faceta Atividades Passadas, Presentes e Futuras ($r = 0,836$; $p < 0,01$), uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa ($r = 0,880$; $p < 0.01$) com a faceta Participação Social, uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa ($r = 0,546$; $p < 0.01$) com a faceta Intimidade e uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Família e Vida Familiar ($r = 0, 552$; $p < 0,01$) (Luís, 2012; Pereira, 2022; Pires, 2014);

- A faceta Atividades Passadas Presentes e Futuras, para além do já citado anteriormente, apresenta correlação positiva forte e estatisticamente significativa com a faceta Participação Social ($rp = 0,825$; $p < 0.01$), uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa com a faceta Intimidade ($rp = 0,616$; $p < 0,01$) e uma correlação positiva forte e estatisticamente significativa com a faceta Família e Vida Familiar ($rp = 0,733$; $p < 0,01$) (Luís, 2012; Pereira, 2022; Pires, 2014);

- A faceta Participação Social, para além do já referido acima, apresenta correlação positiva modera com a faceta Intimidade ($rp = 0,450$; $p < 0,05$) e uma correlação positiva moderada e estatisticamente significativa com a faceta Família e Vida Familiar ($r = 0,484$; $p < 0,01$) (Luís, 2012; Pereira, 2022; Pires, 2014);

- A faceta Intimidade, para além do já referido acima, apresenta correlação positiva forte e estatisticamente significativa com a faceta Família e Vida Familiar (rp = 0,810; p < 0,01) (Luís, 2012; Pereira, 2022; Pires, 2014).

Capítulo V – Discussão dos Resultados

5. Discussão

Este capítulo tem o propósito de examinar mais pormenorizadamente os resultados apresentados do capítulo anterior, tal como refere Pereira (2022, p.44), e por forma a facilitar a compreensão dos mesmos a discussão será efetuada atendendo aos temas em estudo, cruzando os dados com distintas investigações recentes, com destino a compreender qual a resposta á questão de partida, "Quais os fatores que influenciam a qualidade de vida no idoso isolado a viver em ambiente rural na Freguesia de Salir?".

De salientar o fato da dificuldade em obter estudos sobre alguns dos temas em públicos idosos a viver isoladas autonomamente, no entanto estima-se que este estudo é inovador por contribuir para um desenvolvimento de uma compreensão mais sofisticada do ambiente, motivações e perceções das pessoas idosas a viver isoladamente em contexto rural.

De referir que na exibição dos resultados foi necessário estabelecer uma referenciação dos temas por categorias em virtude do número elevado em estudo, tal como mencionado no capítulo dos resultados.

5.1 Perfil sociodemográfico

No que concerne à descrição sociodemográfica dos 30 entrevistados, estes apresentam idades compreendidas entre os 75 e 88 anos, assumindo uma média de 81,87 anos. Além disso, 18 são mulheres e 12 são homens, e no respeitante ao estado civil 14 declaram serem casados ou em união de fato, 13 são viúvos, 2 são solteiros e 1 divorciado ou separado (Alves, 2012; Estêvão, 2017; Freire, 2012; Machado, 2018).

Resultados semelhantes aos de Jesus (2022, p.66), em que a generalidade dos idosos, 14 são mulheres (63,6%), onde se percebe claramente o predomínio do género feminino devendo-se principalmente a dois fatores: a predominância do género feminino na população portuguesa e também na expetativa de vida ser maior no género feminino (Pereira, 2022).

No presente estudo, a maioria dos inquiridos possui como habilitações literárias o 1º ciclo (63,3%), seguindo-se 20 % de inquiridos que não sabem ler nem escrever e 10 % sabe ler e escrever sem instrução. Estes resultados evidenciam o baixo nível de literacia dos idosos. A taxa de analfabetismo é maior nos territórios rurais e isolados geograficamente, onde, por vezes, não existiam escola perto e o início laboral por questões de apoio à família, falava mais alto (Alves, 2012; Luís, 2012; Machado, 2018; Pereira, 2022).

Resultados semelhantes aos de Jesus (2022, p.66), tendo verificado que em termos de escolaridade, 50% dos idosos, metade da população avaliada, frequentaram até a 4.ª classe e 9,1% dos idosos o que corresponde a dois indivíduos, são analfabetos (Freire, 2012; Pereira, 2022).

No que diz respeito à composição do agregado familiar, a que distância se encontram os seus familiares e a frequência das visitas dos mesmos, este estudo indica que 50% dos idosos vive sozinho e que ainda 43,3% vive com o cônjuge ou companheiro. Quando questionados a que distância se encontram os familiares mais próximos, 46,7% referem residir entre 5 a 20km e 36,7% a residir entre 21 a 50 km, sendo que 46,7% refere receber visitas semanalmente, 40% refere que ocasionalmente recebe visitas e 13,3% nunca recebe visitas. O constante aumento da expectativa de vida tem tido como consequência um aumento no número de idosos que vivem sozinhos (Freire, 2012; Estêvão, 2017; Machado, 2018; Pereira, 2022).

Resultados semelhantes no estudo realizado por Gomes (2018, p.76), onde foi verificado "(. . .) que a maioria dos familiares dos inquiridos (58,7%) reside entre 5 km e 50 km, visitando os familiares com frequência, em concreto semanalmente (69,7%)". tendo o autor verificado "(. . .) que os que possuem melhor qualidade de vida em todos os domínios são os que recebem semanalmente visitas" (Gomes, 2018, p.76). Gomes (2018, p.76), refere ainda que "Quem apresenta menor QdV são os que nunca recebem visitas".

Para Camões (2022), o estudo que realizou refere que "aproximadamente 43% dos inquiridos são viúvos e vivem sozinhos e 54% dos 79% que afirma ter filhos, assumem que estes vivem noutro concelho do país, ou seja cerca de 50 km". (p.53)

Em termos da caraterização da profissão, todos os idosos são reformados em razão da idade, maioritariamente eram trabalhadores agrícolas (33,3%) ou domésticas (20%) corroborando assim com o estudo de Coelho (2022, p.37) que refere que a maioria dividia-se entre os trabalhos rurais e os serviços domésticos, o que dava a entender que estamos perante uma população com características de um meio rural (Alves, 2012; Pereira, 2022).

Em relação aos rendimentos que recebem, se os mesmos são suficientes e se necessitam de ajuda económica, a maioria (53,3%) refere que recebe entre 201€ e 420€. Questionados se os rendimentos são suficientes a maioria dos idosos (80%) refere que os rendimentos são insuficientes e 70% refere que necessita de ajuda económica (Alves,2012; Pereira, 2022).

Estes dados vão ao encontro do estudo elaborado por Camões (2022, p.57), que refere que "A maioria dos idosos inquiridos assume que os seus rendimentos são inferiores a 554,41€, o que se revela impensável para quem precisa de se deslocar para garantir o acesso a qualquer tipo de serviço".

No mesmo seguimento, no estudo efetuado por Amador (2022, p.62) refere que apenas 14,3% da amostra recebe mais de 541€ mensais, demonstrando assim que a população idosa estudada vive de pensões de reforma com valores muito baixos.

Referente à habitação, 96,7% dos idosos habita em casa própria, 83,3 % refere que as condições de habitacionais são adequadas, contudo foram identificadas algumas falhas, nomeadamente água canalizada, saneamento, TV cabo/internet e eletricidade, corroborando assim com o estudo de Pereira (2013, p.34), que refere que alguns idosos vivem ainda em condições muito precárias, visto que 25% dos idosos não têm água canalizada, casa de banho e cozinha". O mesmo autor apurou que "(. . .) ainda que algumas das habitações onde residem os idosos não tem esgotos e eletricidade, 20% e 10% respetivamente (Pereira, 2013, p.34).

De referir que perante as condições socioeconómica, vividas pelos idosos neste estudo, evidencia-se a dificuldade em investir em obras nas habitações, limitando a autonomia do idoso e refletindo-se na qualidade de vida dos mesmos (Pereira, 2022).

No que diz respeito aos apoios sociais que a freguesia de Salir proporciona aos seus idosos a viver isoladamente, estes não desenvolvem positivamente a qualidade de vida dos idosos. As respostas em termos do ambiente, locomoção, cuidados de saúde e acesso a atividades de lazer, situam-se entre muito má e má (Alves, 2012; Freire,2012; Pereira, 2022).

Em termos de apoios sociais fornecidos pelo Município de Loulé e Freguesia de Salir, tais como o cartão municipal sénior, oficina móvel Loulé sénior, programa Abem e a unidade móvel de saúde, somente um idoso tinha o cartão sénior, embora caducado, e sete idosos ainda desconheciam o serviço prestado pela unidade móvel de saúde, sendo que todos desconheciam a existência dos serviços prestados pelo cartão municipal sénior e a oficina móvel Loulé sénior. Confrontados com a hipótese de aderir aos serviços, todos os idosos referiram que queriam usufruir.

No estudo efetuado por Pereira (2022), verificou também que 89,8% dos idosos não tinha nenhuma resposta social (p.35).

Desta forma torna-se imperioso que os idosos a viver isoladamente nesta Freguesia sejam informados e caso agreguem as condições necessárias para aceder a estes programas, sejam inseridos nos mesmos, tal qual os demais idosos do concelho, em geral (Pereira, 2022).

Questionados em termos de cuidados permanentes 46,7% refere que preferia ir para um lar e 40% preferia ficar na sua casa. O avançar da idade pode provocar na vida de alguns idosos dificuldades de locomoção, raciocínio e concentração impedindo-o de realizar algumas das suas atividades de vida diária (Silva, 2012).

No estudo efetuado por Campaniço (2022), refere que a grande maioria dos idosos tinha ido para a instituição para “não dar trabalho” aos filhos ou por motivos de saúde, mas também porque a família está ausente ou simplesmente porque os filhos não querem cuidar dos mesmos. (p.42)

Ainda assim neste estudo existem 12 idosos que preferem ficar nas suas casas o que corrobora com o estudo de Amador (2022, pp. 69-70), que refere que “(. . .) 86,7%

da população inquirida salienta que quando ficar mais dependente gostaria de receber apoio nas suas casas".

Ainda neste estudo, Amador (2022) partilha a ideia que, "(. . .) demonstrando que uma esmagadora maioria dos idosos preferiram ficar nas suas casas o máximo de tempo possível, o que vem comprovar a importância do desenvolvimento do conceito de *Ageing in place*" (p.70).

Esta ideia esboça-se num conceito sentimentalista e de pertença, protagonizado pela gerontologia, sendo que, *Ageing in place* significa a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente. Este conceito requer uma abordagem interdisciplinar valorizando intervenções em diferentes escalas: nacional, regional, comunitário e individual (Fundação Calouste Gulbenkian, 2018; Fonseca, 2018).

Torna-se assim fundamental "(. . .) manter as pessoas idosas não só a viver em suas casas, mas também a participar na vida das suas comunidades, pelo tempo mais alargado que lhes for possível" (Fundação Calouste Gulbenkian, 2018; Fonseca, 2018, p.16).

O mesmo autor refere que, o lugar onde a pessoa vive não é apenas a sua casa, também é a comunidade onde essa casa se insere (Fonseca, 2018).

A tipologia e a qualidade das habitações, "(. . .) a rede de transportes, a disponibilidade de serviços na zona envolvente à habitação, tudo isso são variáveis que contribuem para um envelhecimento verdadeiramente participativo ou, pelo contrário, para um envelhecimento socialmente excluído" (Fonseca, 2018, p.8).

Para amparar a forma como se envelhece nas habitações próprias e na comunidade, realça que é imprescindível "(. . .) não apenas as opções de habitação, mas também o transporte, oportunidades recreativas e serviços que facilitem a atividade física, a interação social, o envolvimento cultural e a educação contínua" (Fonseca, 2018, p.11).

Estes variáveis foram precisamente as que este estudo identificou como inacessíveis ou mesmo inexistentes, tal como a falta de informação por parte das autoridades locais, como resposta a uma qualidade de vida condigna para os idosos que manifestaram vontade de permanecer nas suas habitações, cerca de 40%.

Referente à ocupação dos tempos livres, os idosos deste estudo referiam que ocupam o se tempo a ver televisão (80%), afazeres domésticos (10%), tarefas agrícolas (6,7%) e apenas 3,3% refere conviver com outras pessoas, corroborando assim com o estudo de Ferreira (2022).

Esta autora refere que,

> Tendo em conta a fraca ou inexistente participação em atividades culturais, desportivas, recreativas, entre outras, constatou-se através da observação e das conversas informais que foram surgindo que as atividades às quais as pessoas mais velhas residentes em Balasar se dedicam são: tratar da horta/jardim; criar animais; desenvolver as tarefas domésticas (principalmente as mulheres); e ver televisão. (Ferreira, 2022 p. 35)

Em questões de saúde, os idosos consideraram os serviços de saúde existentes na Freguesia como suficientes (63,3%), contudo 33,3% consideram os serviços insuficientes. Referente à saúde do idoso, 40% dos idosos sente-se bastante doente e 26,7% referiram sentirem-se pouco doentes. Quando questionados se tinham algum problema de saúde 83,3% referiram que sim e apenas 16,7% referiram que não, sendo que 53,3% classificaram a sua saúde como nem boa nem má, contudo ainda 36,7% classificou a sua saúde como má.

Derivado à faixa etária dos idosos, dado que, a média de idades é 81,87 anos, é natural que os idosos padeçam de doenças, contudo como estas estão medicamente controladas e como ainda conseguem realizar as atividades diárias, os idosos conformam-se com a saúde, assumindo uma posição mais neutra, classificando-a como “nem boa, nem má”. Cary (2016), referiu no seu estudo que, na avaliação da saúde, obteve resultados que referem que 45,2% dos idosos não considera nem má nem boa e 30,8% considera boa, o que nos indica que a maioria dos participantes está minimamente satisfeito com a sua saúde.

Em questões de avaliação da qualidade de vida nos idosos, estes referiram que 63,3% classificou-a como nem boa nem má, 20% como má e 16.7% como boa. Em termos de classificação de felicidade, 53,3% referem serem pouco felizes e 36,7% referem ser bastante felizes.

No estudo que realizou, Luísa (2018), refere que relativamente às coisas que os fazem os idosos para se sentirem felizes, destacam a categoria saúde como a mais importante. Também Santana (2020) refere que no estudo que realizou, que os resultados indicavam que os idosos são mais felizes quando se encontram com saúde, sendo que 40% dos participantes responderam terem boa saúde, 40% responderam terem pouca saúde, restando apenas 20%, que responderam não terem saúde, comparando com escala da felicidade onde os números referem, consoante com as respostas adquiridas, 77,5% dos idosos consideram-se felizes, correspondendo assim uma correlação com a saúde e o bem-estar subjetivo.

5.2 Discussão dos resultados por temas

5.2.1 Apoios sociais. O Ser Humano, apresenta-se como ser biopsicossocial, possui necessidades de diversa ordem, tais como físicas, psicológicas e sociais e estas fazem-se sentir ao longo dos diferentes estádios do ciclo vida.

A garantia dos meios fundamentais para que o idoso se possa manter autónomo, durante o maior tempo possível, com condições dignas de sobrevivência, deverá ser considerado como um direito fundamental e não como um patrocínio ou simplesmente um ato de boa vontade.

Com o intuito de dar resposta a estas carências, destacam-se dois tipos de rede de suporte social, os quais pretendem fornecer um apoio concreto às pessoas idosas, são concretamente as redes de suporte formais e informais. Suporte formal é gerada por profissionais públicos ou privados da área social onde prestam serviços, tais como cuidados de saúde, administrativos, logísticos e financeiros. De suporte informal, é gerada pelos familiares, amigos e vizinhos pelo que os vínculos desta rede são basicamente de natureza afetiva.

Assim sendo, ao verificar "(. . .) os dados recolhidos pela investigação, para o tema" (Luísa, 2014, p. 313), apoios sociais, corrobora-se que para a questão, "Na sua

opinião, quais as vantagens de viver nesta freguesia?", a generalidade dos inquiridos, 53,3%, "(. . .) considera que a categoria que melhor descreve" quais as vantagens é a categoria fatores económicos, ou seja, viver em habitação própria, seguida da categoria psicológica com 36,6%, ou seja viver no local onde nasceu (Luísa, 2014, p. 313).

O estudo de Silva (2023), que refere que o apego ao lugar é especialmente significativo para pessoas mais velhas por diversos motivos nomeadamente da lembrança do curso de vida. O apego a lugares-chave anteriores é uma maneira de manter o passado vivo, promovendo a identidade e protegendo a si mesmo contra efeitos destrutivos de mudança (p.11).

Analisando a questão "Ao residir aqui, do que sente mais falta?", 36,6% dos inquiridos, considera que a categoria que melhor descreve o que senta mais falta é a categoria mobilidade, ou seja falta de transporte, seguida da categoria psicológica com 36,6%, ou seja insatisfação com ausência de serviços. Dados que estão em conformidade com os do estudo de Silva (2023), onde refere que as pessoas mais idosas, à medida que os filhos saem de casa e ficam viúvas, ficam isoladas e sem meios de transporte que as permita autonomamente sair de casa (p.12).

Também Camões (2022) refere no seu estudo que é a ausência de serviços e a dificuldade no acesso aos mesmos, o acesso a bens de primeira necessidade, transportes públicos e o acesso a cuidados de saúde e vizinhança que causam insatisfação nos idosos (p.73).

Analisando a questão "O que gostaria de ter alterado na sua vida?", 36,6% dos inquiridos, considera que a categoria que melhor descreve o que gostaria de ter alterado é a categoria psicológica, ou seja, os idosos sentem-se satisfeitos com o seu percurso de vida, seguida da categoria não sabe com 20%. No estudo realizado por Luísa e Peleija (2020), referem que é possível confirmar que os idosos a partir de uma determinada idade, geralmente após a reforma, se dedicam a um estilo de vida mais isolado, sedentário, vivendo as suas rotinas diárias de forma tranquila. Manifestam falta de vontade e confiança em participar em novos desafios, o que se traduz em poucas saídas de casa e num reduzido convívio social, por parte de alguns deles (pp.14978-14979).

5.2.2 Saúde. Ao verificar "(. . .) os dados recolhidos pela investigação, para o tema" (Luísa, 2014, p. 313), saúde, constata-se que para o domínio "O que é para si ter saúde?",

grande parte dos inquiridos, 46,66%, “considera que a categoria que melhor descreve o que é saúde é a categoria” comportamental, ou seja, poder realizar as atividades diárias, “(. . .) seguida da categoria ausência com” 23,33%, ou seja não ter dores ou limitações" (Luísa, 2014, p. 313).

No estudo realizado por Luísa (2014) foram apresentados resultados semelhantes visto que os idosos “(. . .) consideram ter saúde é”, serem autónomos, que ainda conseguem realizar tarefas da vida diária, “uma vez que os idosos consideram que ter saúde é não ter doenças ou sintomas dolorosos, não ter problemas de variada ordem, ser independentes e não ter restrições” (p.314).

Analisando a questão “Tem algum problema de saúde?”, 26,66% dos inquiridos, considera que a categoria que melhor descreve qual o problema de saúde que o idoso tem é a categoria reumáticas, ou seja, problemas vários nos ossos. Este tipo de problemas espelha o percurso de vida rural, de trabalhos árduos, o chamado trabalho de sol a sol, desde que o sol nasce até que se ponha (Luísa, 2014).

No estudo realizado por Dawalibi et al. (2013), este cita Neri (2007), Neria e Gariento (2011) em que refere que,” o idoso é o público mais suscetível a doenças e agravos não transmissíveis, como, por exemplo, doenças cardiovasculares, diabetes e hipertensão arterial, que comprometem sua saúde e seu bem-estar” (p.399).

Analisando a questão “O que é que se pode fazer para nos mantermos saudáveis”, a maioria dos inquiridos 66,66%, considera que a categoria que melhor descreve o que se pode fazer para se ser saudável é a categoria comportamental, ou seja, cuidar-se, ter hábitos de saúde, seguida da categoria hábitos alimentares corretos, ou seja, comer bem (Luísa, 2014).

No estudo realizado por Luísa (2014) foram apresentados resultados semelhantes visto que “(. . .) a maioria dos idosos destacou a categoria comportamental, com 90,7%” (p. 318).

A autora Luísa (2014), refere ainda no seu estudo que as circunstâncias que rodeiam,

> A categoria comportamental, inclui aspetos ligados à autonomia (poder fazer ou divertir-se com as coisas habituais - ex: cinema, ler, ir ao baile, pintura,

> etc), aos hábitos de saúde (comer bem, beber poucas bebidas alcoólicas, dormir o suficiente, fazer exercício físico, ir ao médico, não fumar, não se drogar, não beber café, não se enervar, etc), ao estar ativo e levar uma vida calma e tranquila. (Luísa, 2014, p.318)

Analisando a questão "O que é para si ter uma doença ou estar doente", a maioria dos inquiridos 70%, considera que a categoria que melhor descreve o que é uma doença ou estar doente é a categoria Psicológica, indo ao encontro do estudo efetuado por Luísa (2014) visto "(. . .) que os idosos apresentam com a manutenção da sua vida mental, emocional, e psicológica, bem como com a sua componente física" (p. 319).

A autora identificou que, no entender dos idosos, ficar debilitado é sinónimo de estar mal psicologicamente, "(. . .) fisicamente, a doença passa por ter dores, por haver um mau funcionamento do organismo, bem como um conjunto de doenças várias" ou mesmo acamado (Luísa, 2014, p.319).

Analisando a questão "O que é que costuma fazer que não é bom para a saúde", a maioria dos inquiridos 83,33%, considera que a categoria que melhor descreve o que é costuma fazer que não é benéfico para a saúde é a categoria comportamental (Luísa, 2014).

Tal como no estudo de Luísa (2014), "(. . .) os idosos entendem que ações como alimentação incorreta, falta de descanso, inatividade/falta de exercício físico, esforços, etc, são comportamentos prejudiciais à saúde e que podem levar a estados de doença, tal como as dependências" (p.320).

5.2.3 Qualidade de vida. Ao verificar a questão "O que é para si ter qualidade de vida", os idosos interpelados separaram-se entre a categoria saúde (40%) e a categoria comportamental (33,33%), valores aproximados ao estudo de Luísa (2014, p.323).

Neste estudo, Luísa (2014) constatou que os idosos interpelados compreendem a qualidade de vida de forma a não se sentirem doentes, sentirem-se saudáveis, sendo que o fator principal para a qualidade de vida é a saúde (p.323).

Refletindo a questão "Quais são as coisas importantes para termos uma boa qualidade de vida", grande parte dos interpelados, ou seja 36,66%, considera que a

categoria que melhor descreve o que se pode implementar para se ter qualidade de vida é a categoria saúde, valores aproximados ao estudo de Luísa (2014, p.323).

Refletindo a questão "O que é para si a felicidade ou ser feliz", os interpelados consideram que a categoria social/ familiar com (26,66%) é a mais significante, valores aproximados ao estudo de Luísa (2014, p.323).

Neste estudo, Luísa (2014) a autora verificou que os idosos inquiridos consideraram que a "(. . .) a felicidade passa por ter um bom suporte familiar, uma vida conjugal positiva e ter amigos com quem possam conviver e partilhar experiências" (p.328).

Refletindo a questão "Quais as coisas importantes para se sentir feliz", os interpelados referem que a categoria saúde com (40%) é a mais significante, valores aproximados ao estudo de Luísa (2014, p.328).

Neste estudo Luísa (2014) constatou que "Os idosos inquiridos destacam o ter saúde, o ser saudável como a principal condição para serem felizes, seguida de um bom suporte social e de bem-estar psicológico" (p.328).

5.2.4 Escala de medida da qualidade de vida – whoqol-old. Ao realizar uma análise geral dos dados atingidos pelo instrumento de medida da qualidade de vida whoqol-old, na amostra de 30 pessoas com idades entre 75 e 85 anos de idade a residir na Freguesia de Salir de forma isolada e autónomos, constata-se mediante os resultados finais obtidos que nem todos os valores estão acima dos 70 pontos (50%) que é o ponto médio do instrumento de medida, existindo alguns desequilíbrios entre eles (Coelho, 2022; Luísa, 2014).

No entanto, todos eles apresentam uma boa perceção da qualidade de vida, visto que "(. . .) o valor médio dos resultados obtidos foi de" 95 pontos (59,87%), com um desvio padrão de 16.4 (14,68%), estando assim "(. . .) acima do ponto médio" (Coelho, 2022, p. 47; Luísa, 2014).

Estes valores são aproximados ao estudo efetuado por Coelho (2022) que refere os idosos interpelados, "(. . .) apresentam uma boa perceção da qualidade de vida, pois o valor médio dos resultados obtidos foi de 107,4, estando este acima do ponto médio que é de 70" (p.45).

No que diz respeito à análise das facetas, as que são percecionadas de forma mais positiva são a Intimidade e Família / Vida familiar e as que são percecionadas de forma menos positiva são a Funcionamento sensorial e Participação Social (Coelho, 2022; Santos, 2012).

Esta análise vai ao encontro do estudo efetuado por Coelho (2022), que refere "(. . .) que a faceta que é percecionada de forma mais positiva é a da Intimidade e a que é percecionada de forma menos positiva é a faceta da Participação Social" (p.48).

Respeitante à análise inferencial dos dados recolhidos verificou-se através do teste de Mann-Whitney que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre o género e a qualidade de vida, contudo o género masculino apresenta ligeiramente uma melhor QV do que o género feminino (Coelho, 2022; Luísa, 2014; Silva, 2015).

Estudo idêntico realizado por Pereira (2022), o autor também verificou ao aplicar o teste de Mann-Whitney observou "(. . .) 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" (p.38).

Ao analisar se existe conexão entre o estado civil e a qualidade de vida, verificou-se através do teste de Kruskal-Wallis que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a qualidade de vida (Luísa, 2014; Pereira, 2022).

Estudo idêntico realizado por Pereira (2022), onde também verificou ao aplicar o teste de Kruskal-Wallis, observou "(. . .) que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a qualidade de vida" (p.40).

Ao analisar a relação entre a perceção da qualidade de vida no idoso e qualidade de vida, aplicando o teste de Kruskal-Wallis, podemos afirmar que existe relação com uma diferença estatisticamente significativa de p=,001.

Ao analisar a relação entre a felicidade e qualidade de vida, aplicando o teste de Kruskal-Wallis, conclui-se que existe relação com uma diferença estatisticamente significativa de p=,006.

Também analisando a relação entre a perceção da saúde e qualidade de vida, aplicando o teste de Kruskal-Wallis, conclui-se que existe relação com uma diferença estatisticamente significativa de p=,010.

Assim conclui-se que nos idosos inquiridos, a perceção da qualidade de vida, a felicidade e a perceção da saúde, podem influenciar a qualidade de vida sendo assim um importante revelador multidimensional.

Ao analisar a relação entre os apoios sociais, nomeadamente acesso a atividades de lazer e qualidade de vida, ao aplicar o teste de Kruskal-Wallis, podemos constatar que existe relação com "(. . .) uma diferença estatisticamente significativa" (Teixeira, 2018, p. 68) de p=,009, tal qual a relação entre os rendimentos que auferem e qualidade de vida, cujo o valor de significância é o mesmo, p=,009.

Ao analisar a relação entre os serviços de saúde existentes na Freguesia e qualidade de vida, ao aplicar o teste de Kruskal-Wallis, podemos constatar que existe relação com "(. . .) uma diferença estatisticamente significativa" (Teixeira, 2018, p. 68) de p=,019.

Deste modo conclui-se que nos idosos inquiridos, poderiam ter uma melhor qualidade de vida se houve-se uma melhor intervenção em termos de apoios sociais proporcionados pela Freguesia bem como uma melhoria dos serviços prestados em termos de saúde. Em relação aos rendimentos auferidos pelos idosos podemos constatar que se tivessem maiores rendimentos poderiam ter acesso a outros serviços bem como atividades de lazer, o que compromete seriamente a sua QV.

Analisando as correlações de Pearson entre as facetas da Escala de Medida WHOQOL-OLD, estas revelam-se estatisticamente significativas entre elas apresentando correlações positivas fortes a moderadas, indiciando que sempre que o valor de uma variável aumenta o valor da outra variável também aumenta, correlacionando-se assim deste modo, influenciando a qualidade de vida dos idosos.

CAPÍTULO VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente capítulo refere-se às considerações finais, resultado da caminhada investigativa efetuada.

O estudo teve como pergunta de partida: Quais os fatores que influenciam a qualidade de vida no idoso isolado a viver em ambiente rural na Freguesia de Salir?

Como objetivo geral pretendeu-se estudar e avaliar a qualidade de vida do idoso isolado nas suas diferentes dimensões, (físicas, culturais, sociais, financeiras, habitacionais, psicológicas e de saúde), bem como aferir o perfil sociodemográfico do idoso isolado na Freguesia de Salir, com vista a identificar as respostas existentes na Freguesia inserida no concelho de Loulé, a identificar os fatores que influenciam a QV, as relações entre as várias variáveis e a perceção dos idosos em relação à QV.

Numa primeira fase, com vista a dar viabilidade às enunciações aqui apresentadas, foram abordadas conceções associadas ao envelhecimento, tais como o processo de envelhecimento, ao isolamento social, "(. . .) à qualidade de vida na pessoa idosa e à satisfação de vida do idoso" corroborado pelo estudo de Pereira (2022, p.51).

Continuadamente foi efetuada "(. . .) uma análise de contexto do estudo" (Pereira, 2022, p.51), por forma a descrever a caraterização da amostra, da análise descritiva das categorias, do tratamento estatístico "(. . .) e, por fim, apresentados e discutidos os resultados do presente estudo", similar ao estudo efetuado por Pereira (2022, p.51).

Com base nos dados atrás verificados e discutidos, considero que o objetivo geral deste estudo foi atingido, ou seja, foram "(. . .) identificados os fatores que influenciam a qualidade de vida" no idoso isolado a viver em ambiente rural na Freguesia de Salir (Pinho et al, 2017, p 2). Similar ao estudo efetuado por Nunes (2014, p.93), foi verificado que não existe "(. . .) diferenças estatisticamente significativas" entre o género e a qualidade de vida, idêntico ao estudo efetuado por Pereira (2022, p.51). Também se verificou que não existe "(. . .) diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a qualidade de vida" (Nunes, 2014, p.93).

Ao analisar as variáveis sociodemográficas com as facetas do instrumento de escala de medida WHOQOL-OLD, estas revelam-se estatisticamente significativas em fatores relacionados com qualidade de vida e a facilidade de acesso a atividades de lazer proporcionados pela Junta de Freguesia, aos rendimentos auferidos pelos idosos, como o idoso classifica a sua QV, o quando o idoso se sente feliz, como o idosos classifica a sua saúde e como o idoso classifica os serviços de saúde existentes na Freguesia de Salir.

Ao efetuar a analise descritiva das categorias, este estudo corrobora com estudos anteriormente efetuados, onde referem que para os idosos, vivenciar o envelhecimento com qualidade de vida e bem-estar, é entendido como ter saúde, ausência de doenças graves e identificam como pior cenário, ficar acamado a dar trabalho.

Os idosos referenciados, dão extrema importância ao fato de ainda terem algum nível de independência e autonomia, para efetuar as suas atividades diárias, estabelecer e fortalecer relações familiares, além de hábitos alimentares saudáveis que são fundamentais na vida dos idosos.

Combater o isolamento social no idoso é uma preocupação evidente e atual, necessitando de ajustes consoante a população em causa, adaptando as respostas sociais aos novos desafios.

Por consequência dos resultados obtidos neste estudo, considera-se imperioso investir no desenvolvimento de ações de divulgação dos programas existentes, especificamente no apoio ao idoso, no Concelho de Loulé e em especial na Freguesia de Salir. Este estudo revelou total desconhecimento que os idosos tinham nos apoios sociais prestados pelas entidades, nomeadamente no cartão municipal sénior, oficina móvel Loulé sénior e o programa Abem.

É também de extrema importância o fortalecimento das relações interpessoais e sociais com os idosos com vista a ajudar os idosos a socializarem com outras pessoas e participarem de atividades sociais, de aproximar as pessoas idosas, de criar e fortalecer laços de amizade e, assim, combater a solidão que assola o dia-a-dia desta população.

Com vista a promover uma estratégia de combate ao isolamento social, a Junta de Freguesia de Salir poderia promover um grupo de trabalho constituído por elementos da própria junta ou mesmo voluntários com o objetivo de interagir com esta população grisalha, em torno de atividades como jogos para estimulação cognitiva, atividades de sociabilidade e a dinamização de oficinas de memórias, visto que o conhecimento humano desta população, é vasto e se não for recolhido será esquecido.

Promover idas ao médico, visto que a unidade móvel não chega a toda esta população, compras ou mesmo atividades de lazer é uma outra estratégia que seria deveras importante para estes idosos, uma vez que o transporte público é praticamente inexistente e os familiares para além de viverem distantes, visitam os seus idosos, consoante as suas disponibilidades.

Este estudo revela que 96,7% dos idosos vive em habitação própria, 40% dos idosos prefere passar o resto da sua velhice em casa, 53,33% refere que uma das vantagens de viver na Freguesia é viver em habitação própria outra, 36,66% é por razões de apego

ao sítio onde nasceu ou viveu, sendo que por tudo, isto é, de considerar aprofundar modelos e estratégias centradas no *Ageing in Place,* com vista à promoção do bem-estar das pessoas idosas.

Para ajudar a combater o isolamento social no idoso, é fundamental que a sociedade, se incremente em atividades que visam a interação social dos idosos. Prova desse estímulo, aquando das entrevistas aos idosos, deparei com três situações que me surpreenderam, não pela sua complexidade em resolver os problemas, mas sim pela falta de comunicação por ventura entre as autoridades administrativas locais e esta população.

No sítio Vale Maria Dias, localizado em Cortelha, Salir fui deparar com uma situação em que a idosa entrevistada, tinha o ramal da água canalisada concluído à cerca de um ano pelos funcionários da Câmara Municipal de Loulé, contudo por falta de um documento nos serviços administrativos da referida Câmara, a água ainda não tinha sido ligada. Foi contatado os serviços competentes, agilizada a burocracia administrativa e a idosa teve a água canalisada ligada, deixando assim de carregar água de um fontanário existente nas proximidades da residência, (Apêndice G).

Uma outra situação que foi detetada, foi a da única idosa que tinha conhecimento do Cartão Municipal Sénior, também localizada em Cortelha, Salir. Este cartão estava com a data de validade caducada. Um pequeno passo foi dado para estabelecer contato com os serviços da Ação Social da Câmara Municipal de Loulé, para que o mesmo fosse renovado, (Apêndice H).

Por fim, foi detetada uma situação no local denominado Brazieira de Cima em Salir, de um senhor idoso que tinha combatido na Guerra Colonial Portuguesa, em São Salvador do Congo. Guerra esta que lhe causou um transtorno de estresse pós-traumático por vivências terríveis que passou, contudo sabia que existia em Loulé o Núcleo da Liga dos Combatentes mas , umas vezes por falta de transporte outras por falta de tempo outras que não soube explicar, também foi estabelecido contato com o Núcleo da Liga dos Combatentes em Loulé, foram ao local, estabeleceram contatos com vista a monitorizarem o idoso e efetuaram a inscrição no Núcleo, (Apêndice I).

Por vezes, pequenos gestos fazem toda a diferença e principalmente nestas pessoas idosas que, longe de praticamente tudo, o funcionamento em rede com todas as autoridades locais com vista a fornecer uma rápida resposta, é fundamental.

Para finalizar esta investigação, pretendo delinear algumas limitações encontradas ao longo deste estudo, assim como, realçar aprendizagens profissionais e pessoais e contribuir para prováveis investigações.

Deparei como limitações, o estabelecer contato com estes idosos, uma vez que em razão da idade e da dificuldade que apresentavam em interpretar os questionários praticamente todos eles foram explicados e lidas as questões pelo entrevistador, davam respostas muito curtas, ou seja, não desenvolviam muita conversa e mesmo os que sabiam assinar, por não escreverem há muito tempo, tinham muita dificuldade em assinar.

Alguns dos idosos manifestavam dificuldades com expressão e/ou compreensão da linguagem, pelo fato de não comunicarem regularmente fora da sua zona de conforto o que levava o entrevistador a ser paciente, tolerante e dar tempo para o idoso expressar-se.

Outra dificuldade foi a comparação dos resultados do presente estudo com outras investigações equivalentes, utilizando os mesmos instrumentos de avaliação, dado que os estudos existentes não se debruçam sobre amostras de idosos a viver isoladamente numa freguesia.

Como aprendizagens profissionais e pessoais realço que ao longo deste estudo, fui levado pelo desejo de compreender melhor a realidade deste grupo, em cada entrevista fiquei maravilhado por histórias de vida que na sua subjetividade leva-nos a perceber que esta longevidade destes idosos poderia ser vivida com melhor qualidade e novas oportunidades de ter uma qualidade de vida bem diferente da atual.

Como elemento da Guarda Nacional Republicana, responsável pelo Policiamento Comunitário Destacamento Territorial de Loulé, destaco a nossa responsabilidade perante os idosos do concelho, no policiamento de proximidade que efetuamos (GNR, 2021., para.1).

Ao aprofundar esta investigação na Freguesia de Salir, tomei conhecimento em termos profissionais e pessoais o quanto é difícil viver num território onde predominam montes abandonados e aldeias praticamente desertas, longe de tudo e vivendo de memórias não muito longínquas (Apêndice J).

Com vista à realização de estudos futuros focalizados em pessoas idosas com características semelhantes e em contextos diferentes nomeadamente idosos isolados em

ambiente rural e urbano permitiria obter uma visão mais vasta, para maior compreensão de que forma os idosos estão a envelhecer, quais as sua capacidades e fraquezas, de nascer, crescer e envelhecer desta forma, aspetos pouco analisados na literatura atual.

Como proposta final queria salientar que seria verdadeiramente importante a criação de uma Comissão de proteção e promoção de pessoas idosas ao nível local, com a abertura de um Gabinete de apoio ao idoso, com vista a melhorar a qualidade de vida deste grupo populacional que se encontra mais vulnerável, e sempre que fosse sinalizado um idoso, exposto a esta situação seria alvo de intervenção ou mesmo abrigado numa instituição local.

Os idosos vão ocupar um papel maior e vão ter um maior protagonismo na nossa sociedade pelo simples fato de, proporcionalmente, serem em maior número. Estejamos preparados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, J. (2017). *A qualidade de vida dos policiais militares: Um estudo no 2º regimento de polícia montada de santana do livramento, RS (Graduação em Administração).* Universidade Federal do Pampa. https://repositorio.unipampa.edu.br/jspui/handle/riu/2087

Almeida, A. (2022). *Solidão e depressão numa freguesia do norte de Portugal* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Instituto Superior de Serviço Social do Porto. http://hdl.handle.net/10400.26/42715

Almeida, F. (2016). *O contributo das universidades da terceira idade na qualidade de vida dos seniores* (Tese de Mestrado em Educação de Adultos e Desenvolvimento Local). Instituto Politécnico de Coimbra. http://hdl.handle.net/10400.26/14320

Alves, V. (2012). *Síndrome de burnout nos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação* (Tese de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação). Instituto Politécnico de Viseu. https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1670/1/ALVES%20Vitor%20Hugo%20Nunes%20Valente%20-%20Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf

Amador, I. (2022). *Envelhecer em meio rural: Serviço de apoio domiciliário e ageing in place* (Tese de Mestrado em Serviço Social: Riscos Sociais e Desenvolvimento Local). Instituto Politécnico de Beja. https://hdl.handle.net/20.500.12207/5811

Anacleto, D., Menor, R., Marques da Costa, E., & Abrantes, P. (maio, 2022*). A utilização de modos suaves no triângulo urbano concelhio Loulé quarteira-almancil – desafios e oportunidades para uma política de mobilidade sustentável*. In Livro de atas XIII CONGRESSO DA GEOGRAFIA PORTUGUESA O compromisso da Geografia para Territórios em mudança Coimbra | 18 a 20 de novembro 2021. xiiicgp_livroatas_15062022.pdf (apgeo.pt)

Anica, A. (2018). Envelhecer no algarve. Perceções, perfis e qualidade de vida no envelhecimento. *Envelhecer no algarve*, 62-84. http://hdl.handle.net/10400.1/10679

Azevedo, M. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: Uma revisão integrativa*. (Tese de Mestrado em Enfermagem Comunitária). Escola Superior de Enfermagem do Porto. http://hdl.handle.net/10400.26/10776

Azeredo, Z., & Afonso, M. (2016). Solidão na perspetiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(02), 313-324. https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085

Baldé, E. (2018). *Qualidade de vida dos idosos na cidade de Coimbra* (Tese de Mestrado em Saúde Pública). Universidade de Coimbra. http://hdl.handle.net/10316/82478

Barbosa, V. (2014). *A satisfação no trabalho e a perceção da qualidade de vida nos colaboradores do Instituto Politécnico do Porto* (Tese de Mestrado em Gestão das Organizações). Instituto Politécnico do Porto DM_VitoBarbosa_2014.pdf (ipp.pt)

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições, 70.

Camões, A. (2022). *Isolamento social e pessoas idosas em meio rural: O caso da freguesia de Santo Estêvão–Estremoz* (Tese de Mestrado em Serviço Social: Riscos Sociais e Desenvolvimento Local). Instituto Politécnico de Beja. https://hdl.handle.net/20.500.12207/5812

Câmara Municipal de Loulé. (2023). Salir. Município de Loulé - Câmara Municipal de Loulé Salir (cm-loule.pt)

Campaniço, A. (2022). *Covid-19, institucionalização e qualidade de vida do idoso* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social e Comunitária). Instituto Politécnico de Beja. https://hdl.handle.net/20.500.12207/5830

Carvalho, N., & Duque, E. (2021). A importância da realização de atividades como pilar do envelhecimento ativo, *In Diferentes Abordagens do Envelhecimento*, 159-190. https://hdl.handle.net/1822/73724

Carqueja, E. (2009). A prática religiosa e a percepção do sofrimento: Um estudo em doentes com cancro e em doentes com dor crónica. *Cadernos de saúde*, *2*(1), 7-40. http://hdl.handle.net/10400.14/9881

Cary, V. (2016). *Stresse e qualidade de vida da pessoa idosa* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Universidade do Algarve. http://hdl.handle.net/10400.1/9844

Cerqueira, C. (2022). *A imigração em Portugal em perspetiva comparada: A evolução das Políticas Públicas* (2003-2020) (Tese de Mestrado em Administração Pública). Universidade do Minho. https://hdl.handle.net/1822/79245

Coelho, A. (2022). *Qualidade de vida, bem-estar e envelhecimento–um olhar pela realidade na aldeia de Vila Ruiva* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social e Comunitária). Instituto Politécnico de Beja. https://hdl.handle.net/20.500.12207/5828

Comissão de Coordenação e Desenvolvimento Regional do Algarve. (2021). Algarve - sensos 2021 (resultados preliminares). https://www.ccdr-alg.pt/site/info/algarve-censos-2021-resultados-preliminares

Colaço, C. (2017). *A Influência da solidão no bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas em meio rural e urbano* (Tese de Mestrado em Psicogerontologia comunitária). Instituto Politécnico de Beja. http://hdl.handle.net/20.500.12207/4688

Corrêa, N., & Bellini, M. (2019). Envelhecimento: família o "forte/fraco" na (des) proteção do idoso. *Anais, 2019*. https://repositorio.pucrs.br/dspace/bitstream/10923/19782/2/Envelhecimento_famlia_o_fortefraco_na_desproteo_do_idoso.pdf

Coutinho, C. (2014). *Metodologia de investigação em ciências sociais e humanas (2ª ed)*. Leya.

Dawalibi, N., Anacleto, G., Witter, C., Goulart, R., & Aquino, R. (2013). Envelhecimento e qualidade de vida: Análise da produção científica da Scielo. *Estudos de Psicologia*, 30(3), 393-403. https://doi.org/10.1590/S0103-166X2013000300009

da Silva Lima, T., dos Santos, W., de Freitas, F., Gouveia, B., Torquato, I., & Agra, G. (2016). Emoções e sentimentos revelados por idosos institucionalizados: Revisão integrativa. *Revista Kairós-Gerontologia*, *19*(3), 51-65. https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19i3p51-65

DESA, U. (2022). United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2022). *World Population Prospects 2022: Summary of Results*, *3*, 2022-1. https://www.un.org/development/desa/pd/content/World-Population-Prospects-2022

Estêvão, S. (2017) *Qualidade de vida de idosos em centro de dia e em serviço de apoio domiciliário* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Universidade do Algarve. http://hdl.handle.net/10400.1/10692

Eurostat, Statistics Explained. (2020). https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=ageing_europe_-_statistics_on_population_developments

Faria, R. (2020). *Daqui a 60 anos seremos apenas 8 milhões em Portugal. E mais de 35% idosos.* Daqui a 60 anos seremos apenas 8 milhões em Portugal. E mais de 35% idosos - Economia - Jornal de Negócios (jornaldenegocios.pt)

Fernandes, M. (2014). *Depressão, qualidade de vida em idosos institucionalizados*. (Tese de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias). Universidade Lusófona. http://hdl.handle.net/10437/6422

Ferreira, A. (2022). *A associação como preventora das sociabilidades numa freguesia com fortes relações sociais* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Instituto Superior de Serviço Social do Porto. http://hdl.handle.net/10400.26/42711

Fonseca, A. (2005). Envelhecer em Portugal. Um olhar psicológico. *Povos e Culturas*, (10), 65-80. https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2005.8809

Fonseca, A. (2014). *A transfiguração da cultura popular pelas novas tecnologias: O concelho do Sabugal em tempos de mudança* (Tese de Doutoramento em Estudos Culturais Especialidade de Sociologia da Cultura). Universidade do Minho. https://hdl.handle.net/1822/35436

Fonseca, A. (2018). *Boas Práticas de Envelhecimento no Lugar. Divulgar para valorizar: Guia de Boas Práticas em Portugal*. In Fundação Calouste Gulbenkian, Católica, Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa (Ed.). https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/25680/1/Boas%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Ageing%20in%20Place.pdf

Fortin, M. F., & Salgueiro, N. (1999). *O processo de investigação: Da concepção à realização (3ª ed)*. Lusociência.

Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusodidatica

Freire, R. (2012). *Perceção do bem-estar sexual e qualidade de vida da mulher com incontinência urinária* (Tese de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna, Obstetrícia e Ginecologia). Instituto Politécnico de Viseu. FREIRE Raquel Carvalho Rodrigues - Dissertaçao mestrado.pdf (ipv.pt)

Gomes, S. (2018). *Qualidade de vida dos idosos no concelho de Alcoutim* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Universidade do Algarve. http://hdl.handle.net/10400.1/12576

Gonçalves, D. (2022). *Isolamento social e satisfação com a vida em pessoas mais velhas que residem na comunidade* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Instituto Politécnico de Coimbra. http://hdl.handle.net/10400.26/42069

Gonçalves, J. (2020). *Gestores gerontólogos: Satisfação e qualidade de vida dos idosos institucionalizados no distrito de bragança* (Tese de Mestrado em Gestão das Organizações, Ramo de Gestão de Empresas). Instituto Politécnico de Bragança. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/23211/1/Gon%C3%A7alves_J%C3%A9ssica.pdf

Gonçalves, N. (2023). *Promover a integração dos idosos: Aplicação interativa como recurso à melhoria da qualidade de vida* (Relatório de estágio de mestrado em Humanidades Digitais). Universidade do Minho. https://hdl.handle.net/1822/83597

Guarda Nacional Republicana. (2021). Operação Censos Sénior 2021 – *Balanço*. https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4625

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2020). *Projeções de população residente em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&destaquesdest_boui=406534255&destaquesmodo=2&xlang=pt

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2020). *Região Algarve em Números*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&publicacoespub_boui=280776577&publicacoestema=55481&publicacoesmodo=2

Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2021). *Resultados definitivos. Principais indicadores*. https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpgid=censos21_dados_finais&xpid=CENSOS21&xlang=pt

Jesus, L. (2022). *Solidão e sintomas depressivos no idoso institucionalizado* (Tese de Mestrado em Gerontologia, especialização em Gerontologia e Saúde). Instituto Politécnico de Portalegre. http://hdl.handle.net/10400.26/41448

Jörgensen, S., Hedgren, L., Sundelin, A., & Lexell, J. (2021). Satisfação com a vida global e específica de domínio entre idosos com lesão medular de longa duração. *O jornal da medicina da medula espinhal*, 44 (2), 322-330. https://doi.org/10.1080/10790268.2019.1610618

Lanzarin, J., & Garcia, N. (2023). The permanence of the elderly in the world of work as an application driver in Curitiba: A permanência do idoso no mundo do trabalho como motorista de aplicativo em Curitiba. *Concilium*, *23*(14), 210-221. https://doi.org/10.53660/CLM-1665-23J51

Lecoq, S. (2023). *Estimativas apontam para rácio de dependência de idosos de 63% em Portugal em 2050.* https://observador.pt/2023/05/24/estimativas-apontam-para-racio-de-dependencia-de-idosos-de-63-em-portugal-em-2050/

Lopes, M., & Matos, A. D. (2018). Investigando a incidência de solidão em um grupo de idosos portugueses. *Psicologia Revista*, 27(1), 13-34. https://doi.org/10.23925/2594-3871.2018v27i1p13-34

Lopes, P. (2013). *Qualidade de vida em saúde: Evidência para Portugal* (Tese de Mestrado em Gestão de Serviços de Saúde). Instituto Universitário de Lisboa. http://hdl.handle.net/10071/6984

Lourenço, M. (2022). *Envelhecer a aprender: Universidades sénior e qualidade de vida*. (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Universidade Lusófona de Lisboa. http://hdl.handle.net/10437/12764

Lorenzo, Ó., Teixeira, A., Santos, S., Teixeira, D., Penaforte, H., & Sequeira, C. (2019). Fatores de isolamento social do idoso em meio rural. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2), 39-46. https://doi.org/10.37914/riis.v2i2.57

Luís, V. (2012). *De enfermeira a enfermeira de família: Abordagem dinâmica de famílias com idoso dependente* (Relatório de Estágio em Enfermagem de Saúde Familiar). Instituto Politécnico de Santarém. De enfermeira a enfermeira de familia....pdf (ipsantarem.pt)

Luísa, C. (2014). *Teorias leigas sobre saúde e doença e conceitos relacionados em pessoas idosas.* (Tese de Doutoramento com Menção Internacional em Saúde e Qualidade de Vida). Universidade de Huelva. http://hdl.handle.net/10400.1/15158

Luísa, C. (2017). *Teorias leigas em pessoas idosas-um guia para educadores sociais e cuidadores.* Psicosoma.

Luísa, C. (2018). Felicidade em idosos. Vivências na primeira pessoa. In Anica. A. (Coord.), *Envelhecer no Algarve* (pp. 38-49). https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/19921/4/Anexo_F_27___CapA_tulo_de_livro%20%282%29.pdf

Luísa, C. (2020). Perceções sobre saúde e qualidade de vida em idosos algarvios. *ESAMEC, Education Journal. Health, Environment and Citizenship*, (1), 20-28. https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/15148/1/Perce%c3%a7%c3%b5es%20sobre%20Sa%c3%bade%20e%20Qualidade%20de%20Vida%20em%20Idosos%20Algarvios.pdf

Luísa, C., & Peleija, T. (2020). A solidão dos idosos no baixo alentejo–A educação como forma de combate. *Brazilian Journal of Health Review*, 3(5), 14958-14983. https://doi.org/10.34119/bjhrv3n5-285

Machado, C. (2018). *A condição de saúde oral dos idosos na população alentejana* (Tese de Doutoramento em Saúde Pública, Especialidade em Política, Gestão e Administração da Saúde). Universidade Nova. http://hdl.handle.net/10362/54602

Malcolm, M., Frost, H., & Cowie, J. (2019). Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: A systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 8(48), 1-8. https://doi.org/10.1186/s13643-019-0968-x

Associação 2000 de Apoio ao Desenvolvimento – A2000. (2020). *Manual da Qualidade - PARTE III – Guia de boas práticas de gestão.* https://www.a2000.pt/wp-content/uploads/2022/04/guias-boas-praticas.pdf

Marinho, V. (2022). *A tarefa de cuidar dos netos.* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Instituto Superior de Serviço Social do Porto. http://hdl.handle.net/10400.26/41853

Marques, A. (2010). *A escola, a educação física e a promoção de estilos de vida activa e saudável: Estudo de um caso.* (Tese de doutoramento em Ciências da Educação na

especialidade de Análise e Organização de Situações de Educação). Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10400.5/2492

Marques, A. (2017). *Bem-estar subjetivo e qualidade de vida dos idosos institucionalizados.* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada). Universidade Católica Portuguesa de Braga. http://hdl.handle.net/10400.14/24101

Marques, R., Gutierrez, G., & Montagner, P. (2010). Esporte e qualidade de vida: perspectiva para o início do século XXI. VILARTA, R.; GUTIERREZ, GL; MONTEIRO, *M. I. Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI. Campinas: IPES*. https://www.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/evolucao_cap10.pdf

Martins, M. (2012). *O envelhecimento e a capacidade funcional dos idosos* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Universidade do Algarve. http://hdl.handle.net/10400.1/3131

Martins, R., & Mestre, M. (2014). Esperança e qualidade de vida em idosos. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*, (47), 153-162. https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8116

Menegon, D., Bercini, R., Santos, C., Lucena, A., Pereira, A., & Scain, S. (2012). Análise das subescalas de Braden como indicativos de risco para úlcera por pressão. *Texto & Contexto-Enfermagem*, *21(4)*,854-861. https://www.scielo.br/j/tce/a/q6s5mwWmf84YVJy3Fs8k6yw/

Mendes, C. (2021). *Os contributos das terapias holísticas para a qualidade de vida das pessoas idosas.* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Universidade do Algarve. http://hdl.handle.net/10400.1/17713

Mendes, D. (2022). *Isolamento social e redes de suporte social em idosos a residir na comunidade* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Instituto Politécnico de Coimbra. http://hdl.handle.net/10400.26/42070

Mota, D. (2011). Trabalhar a educação para a saúde nas escolas: Percepções de profissionais de saúde e de professores. (Tese de Mestrado em Educação para a Saúde). Universidade do Porto. https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/56468/3/EpS.pdf

Nações Unidas, (2019). Envelhecimento. https://unric.org/pt/envelhecimento/

Nunes, M. (2014). *Qualidade de vida das pessoas idosas que frequentam os centros comunitários do Funchal* (Tese de Mestrado em Gerontologia, Especialidade em Gerontologia Social). Universidade da Madeira. MestradoMaraNunes.pdf (uma.pt)

Oliveira, C. (2021). Indicadores de Integração de Imigrantes 2021: Relatório Estatístico Anual (Vol. 6). *Observatório das Migrações, ACM, IP*. Relatório+Estatístico+Anual+2021.pdf (acm.gov.pt)

ONU, (2019). World population prospects 2019. Department of economic and social affairs. *Population division*. https://population.un.org/wpp/Publications/Files/wpp2019_10KeyFindings.pdf

Organização das Nações Unidas, (2019). - Centro regional de informação para a europa ocidental. *Envelhecimento*. https://unric.org/pt/envelhecimento/

Organização Mundial da Saúde, (2002). Envelhecimento ativo: Um marco político. *Organização Mundial de Saúde*. https://apps.who.int/iris/handle/10665/67215

Parreira, V. (2022). *A solidão nos idosos* (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Instituto Piaget de Almada. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41523/1/Veronica%20Parreira.pdf

Patrício, D. (2015). *Análise multidimensional do turista sénior em época média no Algarve: Um contributo para o marketing de destinos turísticos* (Tese de Mestrado em Marketing). Universidade do Algarve. http://hdl.handle.net/10400.1/7621

Paúl, C. (2005). Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados. *Climepsi Editores.*

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

Pereira, A. (2022). *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* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Universidade do Algarve. http://hdl.handle.net/10400.1/18691

Pereira, C. (2013). *Intervenção social junto de idosos em situação de risco social: O caso do gabinete de apoio ao idoso da Câmara Municipal de Faro* (Tese de Mestrado em Educação Social). Universidade do Algarve. http://hdl.handle.net/10400.1/7548

Pinho, L., Pereira, A., & Chaves, C. (2017). Influência das características sociodemográficas e clínicas na qualidade de vida dos indivíduos com esquizofrenia. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *51*, e03244, 1-7. https://doi.org/10.1590/S1980-220X2016031903244

Pires, M. (2014). *Avaliação da qualidade de vida e do grau de dependência dos idosos apoiados pelo serviço de apoio domiciliário da Penha de França da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa* (Tese de Mestrado em Cuidados Continuados Integrados). Universidade Lusófona. http://hdl.handle.net/10437/5490

Plataforma para o Crescimento Sustentável (Coord.) (2017*). (re) birth desafios demográficos colocados a sociedade portuguesa.* https://research.unl.pt/ws/portalfiles/portal/5864509/Rebirth_pt_14jul2017.pdf

Praça, F. (2015). Metodologia da pesquisa científica: Organização estrutural e os desafios para redigir o trabalho de conclusão. *Revista Eletrônica "Diálogos Acadêmicos"* 8(1),72-87. www.researchgate.net/publication/283467955_metodologia_da_pesquisa_cientifica_organizacao_estrutural_e_os_desafios_para_redigir_o_trabalho_de_conclusao

Raposo, J. (2018). *Vinculação e solidão em pessoas idosas* (Tese de Mestrado Integrado em Psicologia). Universidade do Minho. https://hdl.handle.net/1822/56003

Resplandes, P., Leite, C., Oliveira, A., & Júnior, F. (2021). Fatores Influenciadores na qualidade de vida dos idosos: Revisão integrativa. *Revista Extensão*, 5(3), 117-129. https://revista.unitins.br/index.php/extensao/article/view/6247

Rodrigues, R. (2018). Solidão, um fator de risco. *Revista portuguesa de medicina geral e familiar*, 34(5), 334–338. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073

Rodrigues, T. (2013). *Envelhecimento ativo e encontro entre gerações* (Tese de Mestrado em Ciências da Educação, área de especialização em Educação Social e Intervenção Comunitária). Universidade de Aveiro. https://core.ac.uk/download/pdf/32242942.pdf

Rodrigues, T. (2018). Envelhecimento e políticas de saúde. *Fundação Francisco Manuel dos Santos.*

Rodrigues, T., & Henriques, F. (2017). *(Re)Birth: Desafios Demográficos colocados à Sociedade Portuguesa*. In PCS-Plataforma para o Crescimento Sustentável - Fundação Wilfried Martens Center for European Studies (Coord.). http://hdl.handle.net/10362/46972

Rocha, A. (2015). *Ambientes online, tecnologias e cfaes: Um estudo sobre soluções em b-learning para a formação de professores* (Tese de Mestrado em Educação). Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10451/20390

Rosa, M. (2016). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Rua, P. (2019). *Perceção de saúde e otimismo em idosos no grande Porto* (Tese de Mestrado em Enfermagem). Universidade Católica Portuguesa. http://hdl.handle.net/10400.14/31641

Sampaio, A. S. (2017). *Envelhecimento e proatividade adaptativa: Um estudo de base comunitária em Vila Verde* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://hdl.handle.net/20.500.11960/1932

Santos, G., & Sousa, L. (2015). Qualidade de vida em pessoas idosas no momento de internamento hospitalar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 33(1), 2-11. https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.004

Santos, J. (2012). *Identidade socioprofissional, participação e relação entre os professores de educação física e a comunidade educativa* (Tese de Mestrado em Gestão da Formação e Administração Educacional). Universidade de Coimbra. JOÃO ALBERTO VALENTE DOS SANTOS (uc.pt)

Santos, J., & Henriques, S. (2021). *Inquérito por questionário: Contributos de conceção e utilização em contextos educativos.* https://doi.org/10.34627/3s9s-k971

Santos, M., Moreira, R., Faccio, P., Gomes, G., & Silva, V. (2020). Fatores associados à violência contra o idoso: Uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2153-2175. https://www.scielosp.org/pdf/csc/v25n6/1413-8123-csc-25-06-2153.pdf

Seixo, S. (2020). A reinserção social da população idosa reclusa. (Tese de Mestrado em Serviço Social). Instituto Superior Miguel Torga. https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/677b9a31-b64c-4476-9520-605e0b55d12f/content

Silva, C., de Melo Pita, J., de Melo Ribeiro, M., Parrela, R., & Tourinho, L. (2022). Depressão em idosos: Um estudo de revisão bibliográfica de 2013 a 2020. *Research, Society and Development*, 11(7), 1-12. https://doi.org/10.33448/rsd-v11i7.30429

Silva, E. (2015). *Satisfação de colaboradores e clientes de estruturas residenciais para idosos* (Tese de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde). Universidade de Trás-os-

Montes e Alto Douro. UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO (utad.pt)

Silva, S. (2012). *Capacidade funcional e qualidade de vida: Um estudo comparativo entre idosos institucionalizados e no domicílio* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Universidade do Algarve. http://hdl.handle.net/10400.1/5764

Sousa, A., Oliveira, G., & Alves, L. (2021). A pesquisa bibliográfica: Princípios e fundamentos. *Cadernos da FUCAMP*, *20*(43), 64-83. https://revistas.fucamp.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2336

Sousa, D. (2013). Universidade da maturidade: "UMA" metodologia de atenção ao processo de envelhecimento humano (Tese de Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Pará. https://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/6265

Silva, M. (2023). *Daqui não saio daqui ninguém me tira!- estudo qualitativo sobre identidade de lugar numa população idosa isolada* (Tese de Mestrado em Psicologia Clínica). Universidade de Évora. http://hdl.handle.net/10174/35494

Spinelli, A. (2020). *A caracterização da adesão a dieta mediterrânica e conhecimentos nutricionais dos idosos do Algarve*. (Tese de Mestrado em Gerontologia Social). Universidade do Algarve. http://hdl.handle.net/10400.1/15265

Teixeira, A. (2018). *Sobrecarga do cuidador informal da pessoa dependente no autocuidado* (Tese de Mestrado em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica). Instituto Politécnico de Leiria. http://hdl.handle.net/10400.8/3835

United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2022). World population prospects 2022: *Summary of results*. https://reliefweb.int/report/world/world-population-prospects-2022-summary-results

Veiga, V. (2022). *Vivências do cuidador informal de familiar de pessoa idosa no contexto domiciliário* (Tese de Mestrado em Gerontologia Social e Comunitária). Instituto Politécnico de Beja. https://hdl.handle.net/20.500.12207/5831

Veloso, A. (2015). *Envelhecimento, saúde e satisfação: Efeitos do envelhecimento ativo na qualidade de vida.* (Tese de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Universidade de Coimbra). http://hdl.handle.net/10316/29711

Vilar, M. (2015). *Avaliação da qualidade de vida em adultos idosos: Estudos de adaptação, validação e normalização do whoqol-old para a população portuguesa* (Tese de Doutoramento em Psicologia). Universidade de Coimbra. http://hdl.handle.net/10316/28680

World Health Organization. (2018). Ageing and health. *World Health Organization.* https://digitallibrary.un.org/record/3868813

APÊNDICES

Apêndice A

Formulário sociodemográfico

Qualidade de vida de pessoas idosas em meio rural: Um estudo na Freguesia de Salir
Inquérito por questionário

No âmbito do Mestrado em Gerontologia Social da Universidade do Algarve, está a ser desenvolvido um estudo sobre "Qualidade de Vida de pessoas idosas em meio rural: Um estudo na Freguesia de Salir". Para a concretização do estudo é necessário efetuar uma recolha de dados junto de 30 residentes em situação de isolamento na Freguesia de Salir, entre os 75 e os 85 anos, que se encontrem na situação de ativos não institucionalizados, pelo que se solicita a sua colaboração através do seguinte Inquérito por questionário.

O presente estudo é orientado pela Prof. Doutora Cláudia Luísa, da Universidade do Algarve - Escola Superior de Educação e Comunicação.

Todos os dados recolhidos são confidenciais e destinam-se exclusivamente para a investigação.

Questionário nº: _____

Data de realização: _____

Local de residência: _____

I – Dados Pessoais

1. **Idade:** _____

2. **Género:** ☐ Masculino ☐ Feminino

3. **Estado Civil:**
☐ Solteiro(a)
☐ Casado(a)/União de Facto
☐ Divorciado(a)/Separado(a)
☐ Viúvo(a)
☐ Outro: _____

4. **Habilitações literárias / Grau de Instrução:**
☐ Não sabe ler nem escrever
☐ Sabe ler e escrever (s/habilitação)
☐ 1º Ciclo (1º ao 4º ano)
☐ 2º Ciclo (5º ao 6º ano)
☐ 3º Ciclo (7º ao 9º ano)
☐ Ensino secundário
☐ Licenciatura
☐ Outro: _____

II – Caracterização

5. **Constituição do agregado familiar:**
☐ Vive sozinho
☐ Vive com o cônjuge/companheiro(a)
☐ Vive com o cônjuge/companheiro(a) e filhos(as)
☐ Vive com filhos(as)
☐ Vive com irmão/irmã
☐ Vive com neto(a)
☐ Outro: _____

Pág. 1

6. Como é a relação com os seus familiares?

☐ Muito má ☐ Má

☐ Boa ☐ Muito boa

7. Qual é a relação com os seus vizinhos?

☐ Muito má ☐ Má

☐ Boa ☐ Muito boa

8. Recebe algum tipo de apoio de resposta social?

☐ Lar ☐ Centro de dia

☐ Apoio domiciliário ☐ Nenhum

9. A que distância residem os seus familiares diretos(filho(a); irmão(a)?

☐ 5 a 20Km ☐ 21 a 50Km ☐ 51 a 100Km

☐ 101 a 250 Km ☐ > 250 Km

10. Qual a sua Situação Profissional?

☐ Ainda exerce atividade laboral

☐ Reformado(a)

☐ Pensionista(a)

☐ Outro: _____

11. Qual foi a sua profissão?

_____

12. Que tipo de reforma recebe?

☐ Limite de idade

☐ Pensão social

☐ Pensão do conjugue

☐ Pensão de invalidez

☐ Pensão de emigrante

☐ Outro: _____

13. Os rendimentos que aufere, encontram-se entre quais dos seguintes limites?

☐ Não tem

☐ <=200€

☐ 201 a 420€

☐ 421 a 640€

☐ 641 a 860€

☐ 861 a 1080€

☐ 1081 a 1300€

☐ >=1301€

14. Com que frequência recebe visitas?

☐ Mensalmente ☐ Semanalmente

☐ Ocasionalmente ☐ Nunca

15. Os seus rendimentos são suficientes?

☐ Não

☐ Cobrem sem problemas os gastos

☐ Sim, mas apenas chegam para os gastos

☐ Não sabe / Não responde

16. Acha que os seus rendimentos são suficientes para fazer face a uma situação inesperada?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe / Não responde

17. Necessita de ajuda económica, para além do que já recebe?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe / Não responde

III – Dados relativos à habitação

18. Reside em:

- ☐ Casa própria
- ☐ Casa arrendada
- ☐ Casa de familiares

20. A sua casa tem:

- ☐ Eletricidade
- ☐ Água canalizada
- ☐ Telefone / telemóvel
- ☐ Aquecimento
- ☐ Saneamento
- ☐ Televisão
- ☐ Humidade
- ☐ Tv / internet

19. Acha que a sua habitação tem as condições adequadas?

☐ Sim ☐ Não

Porquê _____

IV– Apoios sociais

21. Considera que a Freguesia lhe proporciona boa qualidade de vida ao nível de:

Ambiente: ☐ Muito má ☐ Má ☐ Boa ☐ Muito boa

Facilidade de locomoção: ☐ Muito má ☐ Má ☐ Boa ☐ Muito boa

Facilidade de cuidados de saúde: ☐ Muito má ☐ Má ☐ Boa ☐ Muito boa

Facilidade no acesso a atividades de lazer: ☐ Muito má ☐ Má ☐ Boa ☐ Muito boa

25. Se precisar de cuidados permanentes o que prefere?

- ☐ Ficar em casa de familiar
- ☐ Ficar em sua casa
- ☐ Receber apoio domiciliário
- ☐ Ir para um lar

22. Tem conhecimento destes apoios sociais do município?

Cartão Municipal Sénior	Sim ☐	Não ☐
Oficina móvel Loulé sénior	Sim ☐	Não ☐
Programa abem – Rede solidária do medicamento	Sim ☐	Não ☐
Unidade móvel saúde	Sim ☐	Não ☐

Gostaria de usufruir? ☐ Sim ☐ Não

23. Como ocupa os seus tempos livres?

☐ Passear ☐ Convívios ☐ Ler ☐ Ver TV ☐ Trabalhos agrícolas ☐ Afazeres domésticos

24. Como considera os serviços de saúde existentes na Freguesia?

☐ Insuficientes ☐ Suficientes ☐ Bom ☐ Muito bom

26. **Na sua opinião, quais as vantagens de viver nesta Freguesia?**

27. **Ao residir aqui, de que sente mais falta?**

28. **O que gostaria de ter alterado na sua vida?**

V– Saúde

29. **O que é para si ter saúde?**

30. **Em geral sente-se doente?**

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muito
- ☐ Muitíssimo

31. **Tem algum problema de saúde?**

- ☐ Sim. Qual? _____
- ☐ Se sim, alguma vez teve adiar a medicação por falta de rendimentos?
- ☐ Não

32. **O que é que é se pode fazer para nos mantermos saudáveis?**

33. **Como classifica a sua saúde:**

- ☐ Muito má
- ☐ Má
- ☐ Nem boa nem má
- ☐ Boa
- ☐ Muito boa

34. **O que para si ter uma «doença» ou «estar doente»?**

35. **O que é que costuma fazer que não é bom para a saúde?**

V – Qualidade de vida

36. **O que para si «ter qualidade de vida»?**

37. **Em geral como classifica a sua qualidade de vida?**

- ☐ Muito má
- ☐ Má
- ☐ Nem boa nem má
- ☐ Boa
- ☐ Muito boa

38. **Quais as coisas que são importantes para termos uma boa qualidade de vida?**

39. **O que é para si a «felicidade» ou «ser feliz».**

40. Em geral, o quanto se sente feliz?

- ☐ Nada
- ☐ Pouco
- ☐ Bastante
- ☐ Muito
- ☐ Muitíssimo

41. Quais as coisas importantes para se sentir feliz?

_____

_____

Obrigado pela atenção, apoio e disponibilidade …

Apêndice B

Consentimento informado

INFORMAÇÂO DE REQUISITOS DE PRIVACIDADE DE DADOS

Termos e Condições Gerais de Privacidade de Dados

A Escola Superior de Educação e Comunicação (ESEC), da Universidade do Algarve, com sede em Campus da Penha, 8005 139, Faro, Portugal, telefone +351289800100, esta a realizar o inquérito por questionário no âmbito do estudo "Qualidade de vida de pessoas idosas em meio rural: Um estudo na freguesia de Salir", no período compreendido entre novembro de 2022 e fevereiro de 2023, e tem como responsável pelo estudo, o aluno nº a37159 - Humberto Joaquim Santana Pinto.
O principal objetivo do estudo é avaliar quais os fatores que influenciam a qualidade de vida de pessoas idosas em meio rural, sob entrevista e da aplicação do instrumento WHOQOL-Old, na freguesia de Salir, no concelho de Loulé, que se encontrem em situação de isolamento, que sejam autónomos e que se encontrem na faixa etária compreendida entre os 75 e 85 anos. Este questionário/inquérito será realizado de forma presencial.

Os dados pessoais previstos a tratamento no âmbito do estudo "Qualidade de vida de pessoas idosas em meio rural: Um estudo na freguesia de Salir" são; Nome, Morada, Idade, Género, Estado civil, Habilitações literárias, agregado familiar, Dados Económicos, de Saúde, Sociais e Habitacionais, sendo que a categoria dos titulares a recolher os dados serão 30 idosos que vivem isolados na Freguesia de Salir, concelho de Loulé. Todos os dados são recolhidos apenas para efeitos do estudo "Qualidade de vida de pessoas idosas em meio rural: Um estudo na Freguesia de Salir", estando garantida a confidencialidade do seu tratamento e a exclusiva utilização pela Universidade do Algarve, com um período de retenção dos dados sendo o mínimo necessário para a realização do estudo, e sendo o seu tratamento realizado nos termos e condições da Política de Proteção de Dados que se encontra acessível em www.ualg.pt.

Se necessitar de algum esclarecimento adicional em relação à participação ou ao preenchimento do questionário, é favor contactar pelo telemóvel 96-1433106 ou pelo email a37159@ualg.pt.

Eu aceito os termos e as condições acima descritos. Da mesma forma, como titular de dados, aceito as condições gerais e os termos das Políticas de Proteção de Dados do Universidade do Algarve.

Titular de Dados: Assinatura _____ Data __/___ /____

Para Titulares de Dados menores de 16 anos deve assinar o Titular de Responsabilidade Parental:

Assinatura _____ Data __/___ /____

Consentimento para Tratamento de Dados

Autorizo expressamente o tratamento dos dados pessoais pela Universidade do Algarve, para efeitos de estudo realizado na investigação "Qualidade de vida de pessoas idosas em meio rural: Um estudo na Freguesia de Salir", de acordo com os termos de informação sobre tratamento de dados e a Política de Proteção de Dados que se encontram disponíveis em www.ualg.pt . Estou consciente de que posso retirar o consentimento ou exercer os direitos de proteção de dados, designadamente os direitos de reclamação, acesso, retificação, oposição, limitação do tratamento ou apagamento, através de contacto com o Encarregado da Proteção de Dados da Universidade do Algarve pelo correio eletrónico rgpd@ualg.pt, e caso assim o considere necessário, apresentar reclamação à Comissão Nacional de Proteção de Dados, através dos contatos disponíveis em www.cnpd.pt.
Titular de Dados: Assinatura _____ Data __/___ /____

Para Titulares de Dados menores de 16 anos deve assinar o Titular de Responsabilidade Parental:

Assinatura _____ Data __/___ /____

Gabinete de Proteção de Dados da Universidade do Algarve - 2022

Apêndice C

Unidades de registo por temas

Temas	*Questão*	*Unidades de Registo*
Viver na Freguesia de Salir	As vantagens de viver na Freguesia de Salir	**Inq. 1:**“ E estar à sua vontade no sítio onde mora”
		Inq. 2:“ Vantagens só o ar puro”
		Inq. 3:“ Viver no sítio onde nasceu”
		Inq. 4:“ O sossego, a paz e o ar puro”
		Inq. 5:” Foi o local onde nasci, ter ar puro, sem problemas de maior”
		Inq. 6:“ Gosto de viver aqui porque nasci aqui e é aqui que quero continuar a viver”
		Inq. 7:” Não conheço outra, vivi sempre aqui sinto-me bem aqui”
		Inq. 8:” Viver perto de Loulé e a vida do campo, gosto de viver no campo”
		Inq. 9:” Fui nascido e criado aqui, não pago renda, noutros sítios, se paga renda não tem dinheiro para a comida”
		Inq. 10:” Estou no sítio onde nasci, trabalhei por fora e aqui voltei”
		Inq. 11:” E viver naquilo que é meu”
		Inq. 12:“ Aqui fiz vida, agora para onde vou, é estar naquilo que é meu, mais nada”
		Inq. 13:“ Vim para aqui novo do Alentejo e aqui fiz família, é aqui que gosto de estar”
		Inq. 14:” Viver naquilo que é meu, à minha vontade e o ar puro”
		Inq. 15:” A vantagem é viver sossegado, naquilo que é meu, tenho uma horta ainda, gosto de aqui estar”
		Inq. 16:“ Viver naquilo que é meu, nasci aqui e aqui estou”
		Inq. 17:” A vantagem é viver na minha casa, fui eu e o meu marido que construímos a casa sem ajuda de ninguém”

	Inq. 18:" Não tenho muitas vantagens, estou longe de tudo, só o sossego"
	Inq. 19:" Nada eu não sou daqui, vim viver para aqui por causa do meu marido, ele é que me trouxe para aqui"
	Inq. 20:" É estar no meu cantinho na minha casa"
	Inq. 21:" É viver na minha casinha, mais nada"
	Inq. 22:" E ter a minha vida organizada aqui nesta casinha, é das minhas filhas, mas eu vivo aqui"
	Inq. 23:" O que eu mais gosto de viver aqui é viver no que é meu, estar sossegada"
	Inq. 24:" Sempre aqui vivi e estou aqui, não conheço outro sitio"
	Inq. 25:" É viver na minha casa, é velha, mas é minha"
	Inq. 26:" Vim para aqui nova, aqui fiquei e aqui estou com o meu filho"
	Inq. 27:" É vivermos sossegados naquilo que é nosso"
	Inq. 28:" É viver na minha casinha acho que é o melhor"
	Inq. 29:" É estar no que é meu, estamos longe de tudo mas é tranquilo"
	Inq. 30:" É estar no que é meu, estarmos sossegados, vivemos tranquilos"
	Inq. 1:" O transporte é o que sinto mais falta"
	Inq. 2:" Transporte é o mais importante"
	Inq. 3:" O transporte público"
	Inq. 4:" Cuidados médicos, mal servido nos serviços públicos tal como nos CTT"
	Inq. 5:" Muitas dificuldades em deslocação, fazer compras, cuidados médicos"

Viver na Freguesia de Salir	O que sente mais falta	**Inq. 6:** "Sinto falta de esgotos, caminhos arranjados e saneamento" **Inq. 7**:" O transporte, é o que sinto mais falta" **Inq. 8:**" Não sinto falta de nada" **Inq. 9:**" Água canalizada, saneamento básico" **Inq. 10:**" Tudo, mas estou naquilo que é meu" **Inq. 11:**" Tudo, não tenho luz, se não for o meu filho que vive em Loulé a ajudar-me já tinha morrido" **Inq. 12:**" Tudo, transporte, apoio domiciliário, tenho a mulher acamada e ninguém me ajuda" **Inq. 13:**" Se não fosse o meu filho tinha muita dificuldade em me deslocar, o transporte é o que sinto mais falta" **Inq. 14:**" Sinto muita falta do transporte, se tiver de sair daqui ou peço favores ou chamo um táxi" **Inq. 15:**" O transporte é o principal, se não fosse a minha filha que mora em Faro não saía daqui, já não tenho confiança para conduzir" **Inq. 16:**" Transporte, a minha filha que vive em Faro é quem nos ajuda" **Inq. 17**:" O transporte, existe uma camioneta de manhã lá para as 07H00 e vem à noite de Loulé, quero ir a Loulé tenho de passar lá um dia se não conheço ninguém" **Inq. 18:**" Tudo, se não fosse o meu filho a trazer-me o que preciso não sei o que seria" **Inq. 19:**" Tudo, estamos aqui sozinhos, vejo sempre a mesma coisa" **Inq. 20:**" Transporte se não fosse o meu filho estava aqui sozinha, tem de perder dias de trabalho para me socorrer e olhe que vive e trabalha em Faro" **Inq. 21:**" Tudo, principalmente os meus" **Inq. 22:**" As minhas filhas estão longe, têm o trabalho delas é assim"

Inq. 23:“ Estar só, solidão se não for os vizinhos próximos falo com quem”

Inq. 24:” Falta tudo, se quiser sair daqui tenho de falar com o meu filho”

Inq. 25:” Tudo, se não fosse as vizinhas a olhar por mim não sei o que seria de mim”

Inq. 26:“ Tudo, se não fosse o meu filho não sei o que seria de mim”

Inq. 27:” Sinto muita falta de transportes públicos, não há nada, o meu marido ainda conduz, mas não é para muito longe”

Inq. 28:” Médico, comercio, tenho transporte, mas como já tenho dificuldades já não aventuro, faltava transporte”

Inq. 29:” Eu não sinto falta de nada por enquanto tenho carro ainda conduzo se precisar de alguma coisa vou buscar”

Inq. 30:” Cuidados médicos, estamos longe de tudo, o meu marido ainda conduz ainda não tenho falta de transporte”

Inq. 1:” Não responde”

Inq. 2:“ Não sabe responder”

Inq. 3:“ Nada fez tudo o que queria”

Inq. 4:” Era ter ficado emigrado na Austrália”

Inq. 5:” Não sei, acho que fiz tudo bem”

Inq. 6: “Acho que não alterava nada”

Inq. 7:” Nada, não conheci mais nada. Gostava de ter ido à escola, assim podia ler e escrever”

Inq. 8:” Gostaria de ter tido filhos”

Inq. 9:” Se tivesse mais dinheiro gostaria de ter alterado, mas como nunca ganhei muito dinheiro, assim está bem”

Inq. 10:” A morte de um filho meu, não merecia ter falecido, se tivesse dinheiro não seria assim, acho que não foi feita justiça”

Inq. 11:” Não sei responder”

		Inq. 12:“ Não lhe sei responder”
		Inq. 13:“ Poderia ter ido à escola mas tinha de trabalhar”
		Inq. 14:” Estou satisfeita com o que fiz”
		Inq. 15:” Nada, estive a trabalhar em França, podia ter mudado para lá, mas a minha casa é a minha casa”
		Inq. 16:“ Fiz tudo o que tinha de ser feito”
		Inq. 17:” agora? Está bom assim”
		Inq. 18:” Está bom assim ainda tenho mulher, tenho filhos está bom”
		Inq. 19:” Se eu manda-se não tinha vindo morar para aqui, tinha ido para Salir”
Viver na Freguesia de Salir	Expetativas em alterações no percurso de vida	**Inq. 20:**” Nada estou no sítio onde nasci, é pena o meu marido já ter partido à 9 anos”
		Inq. 21:” Que a sorte da minha família fosse outra, estou sozinha o resto faleceu tudo”
		Inq. 22:“ Não ter casado com o meu ex marido, sofri muito de violência doméstica”
		Inq. 23:“ Ter gozado mais a vida, agora já é tarde”
		Inq. 24:” Não sei responder”
		Inq. 25:” Não ter ido à guerra colonial”
		Inq. 26:“ Não sei responder”
		Inq. 27:” Não alterava nada estou bem assim”
		Inq. 28:” Nada está bom assim”
		Inq. 29:” Ter ficado por cá, mas não havia emprego bom bem pago, por isso emigrei”
		Inq. 30:” Gostaria de ter mais filhos”
		Inq. 1:” É uma libertação de vida. Poder fazer as coisas sem limitação”
		Inq. 2:“ Ter autonomia suficiente para realizar as minhas atividades”
		Inq. 3:“ Sentir-se bem e não ter dores”

Saúde	Sentimento de compreender ter saúde	**Inq. 4:**" Ter saúde é não chatear ninguém, ser independente" **Inq. 5:**" Para mim ter saúde é sentir-me bem sem tomar medicamentos" **Inq. 6:** "Para mim ter saúde é não estar doente" **Inq. 7**:" É ainda poder fazer os meus serviços, vida diária sem pedir nada a ninguém" **Inq. 8:**" Não estar doente e ser autónome" **Inq. 9:**" É estar bem sem ter doenças" **Inq. 10:**" Com 85 anos é acordar e conseguir fazer alguma coisa, quero fazer mais, mas não posso" **Inq. 11:**" Há muitos anos que não tenho saúde, é ir vivendo" **Inq. 12:**" É estar bem e poder ajudar a minha mulher" **Inq. 13:**" É estar bem, governar-me à minha maneira" **Inq. 14:**" É poder governar a minha vida sem pedir nada a ninguém" **Inq. 15:**" É poder lavar-me, vestir-me, cavar na horta, é ser eu, não depender de ninguém" **Inq. 16:**" É não estar numa cama dependendo de alguém" **Inq. 17**:" É não dar trabalho a ninguém" **Inq. 18:**" É ainda conseguir fazer alguma coisa, queria fazer mais, mas não consigo" **Inq. 19:**" É não estar doente, é não me sentir bem" **Inq. 20:**" É sentir-me bem poder fazer as minhas coisas, ainda faço tudo" **Inq. 21:**" É ir indo, está bom assim" **Inq. 22:**" Era não ter as doenças que tenho" **Inq. 23:**" Para mim ter saúde, é viver ainda bem ir fazendo as minhas coisinhas"

		Inq. 24:" È conseguir fazer a minha vida sem dar trabalho"
		Inq. 25:" È ir indo mexendo ter saúde"
		Inq. 26:" È fazer as minhas coisas não ter de ir ao médico"
		Inq. 27:" È ainda conseguir fazer a vida da casa, as minhas coisinhas é assim"
		Inq. 28:" È ainda fazer tudo, com dificuldade, mas ainda faço"
		Inq. 29:" Por enquanto estar assim como estou, só ouço mal, de resto está bom, já sinto cansaço"
		Inq. 30:" È conseguir fazer as minhas coisas sem chatear ninguém"
Saúde	Sentimento de problemas de saúde	**Inq. 1:**" Não tem "
		Inq. 2:" Coluna, diabetes, tensão"
		Inq. 3:" Não tem"
		Inq. 4:" Coração, AVC, diabético"
		Inq. 5:" Não tem"
		Inq. 6: "AVC, embolia no coração"
		Inq. 7:" Cardíaco, tensão alta"
		Inq. 8:" Coração, diabetes"
		Inq. 9:" Arritmias, apneia do sono"
		Inq. 10:" Cataratas nos dois olhos, ouço muito mal"
		Inq. 11:" Hérnias na coluna, reumático agudo"
		Inq. 12:" Coluna"
		Inq. 13:" Próstata, tensão alta"
		Inq. 14:" Tensão alta, colesterol, cirrose"
		Inq. 15:" Não tem"
		Inq. 16:" Não tem"
		Inq. 17:" Artrites nos ossos"
		Inq. 18:" Cardíaco, ácido úrico, anemia"

Inq. 19:" Tiroide, coração, reumático"

Inq. 20:" Artroses, ouvidos"

Inq. 21:" Estou a ser medicada por causa de um esgotamento"

Inq. 22:" Osteoporose, hipertensa, artroses"

Inq. 23:" Diabetes, tensão alta"

Inq. 24:" Problemas ossos perna direita, tensão alta, colesterol"

Inq. 25:" Problemas de audição, depressão pós-traumática guerra colonial"

Inq. 26:" Reumático, artroses, tensão alta, colesterol"

Inq. 27:" Gastrite, ciática e várias operações"

Inq. 28:" Coração, muita fraqueza locomoção"

Inq. 29:" Ouvir mal"

Inq. 30:" Artroses, ouve mal"

Inq. 1:" Fazer as coisas corretas, não fazer coisas que nada nos possam fazer mal"

Inq. 2:" Ter uma alimentação saudável"

Inq. 3:" Passear, comer o que não faz mal, conviver com os vizinhos próximos"

Inq. 4:"Fazer exercício físico, mas não faço por causa do coração"

Inq. 5:" É fazer uma boa alimentação e fazer exercício físico"

Inq. 6: "É fazer ginástica e andar entretido na horta"

Inq. 7:"Fazer exercício físico, comer bem, mas por razões de saúde, por sofrer do coração, não faço exercício físico"

Inq. 8:"É ter cuidado com a saúde"

Inq. 9:"Tem de se reduzir no tabaco, alimentação e bebida, a idade não perdoa"

Inq. 10:"Ir vivendo, 85 anos já não é mau"

Saúde	Melhorias para nos mantermos saudáveis	**Inq. 11:**"Isso agora, não fazer-mos asneiras" **Inq. 12:**" Ir ao médico e fazer aquilo que ele diz" **Inq. 13:**" Não fazer excessos, já tenho a minha conta" **Inq. 14:**" Comer melhor, excessos não faço, é estar entretida" **Inq. 15:**" Com esta idade já não faço parvoeiras, fumava e bebia, já não posso, acho que faço tudo bem" **Inq. 16:**" Olhe, o que tenho feito sempre senão não chegava a esta idade" **Inq. 17**:" É ir mantendo, ir ao médico tomar a medicação, ir indo assim tá bom" **Inq. 18:**" Comer bem ir indo aos poucos prá qui" **Inq. 19:**"É não fazer asneiras, com a minha idade já não faço asneiras" **Inq. 20:**" Comer bem ir mexendo aqui na horta, tenho galinhas, cão é assim" **Inq. 21:**" É não fazer asneiras, excessos" **Inq. 22:**" Ter cuidado com a saúde, seguir os concelhos dos médicos" **Inq. 23:**" Ir ao médico, fazer o que ele diz para fazer" **Inq. 24:**" É ter cuidado com a medicação, ir ao médico, comer bem" **Inq. 25:**" Ter algum cuidado com a saúde, mas já não tenho muita" **Inq. 26:**" Estar bem, comer bem, ter cuidado comigo" **Inq. 27**:" Comer bem, ir ao médico, descansar bem" **Inq. 28:**" É sermos cuidadosos com a saúde" **Inq. 29:**" Comer bem-estar em forma, ainda tenho terras vou à lenha, cortiça, horta"

		Inq. 30:" É comer bem, tomar os medicamentos bem não fazer excessos, a idade já não permite"
Saúde	Sentimento de ter uma doença ou estar doente	**Inq. 1:**" É uma coisa terrível, não ter liberdade"
		Inq. 2:" Não se poder mover de maneira nenhuma"
		Inq. 3:" É tentar reagir e tentar curar-se"
		Inq. 4:"Estar doente é uma desgraça, é sentir-me inútil"
		Inq. 5:" Significa estar sem força, estar incapaz de fazer a vida diária"
		Inq. 6:" É a pessoa não estar bem, é sentir-se com dores"
		Inq. 7:" Estar doente é nos sentirmos mal, querer fazer as coisas e não poder"
		Inq. 8:" Não sabe responder"
		Inq. 9:" Estar doente é não poder realizar as tarefas do dia a dia"
		Inq. 10:" É não conseguir fazer alguma coisa, pelo menos contrariar, se ficar na cama é o meu fim"
		Inq. 11:" É o que tenho, não me dou direita, há anos que tenho a coluna torta"
		Inq. 12:" Eu ainda me encontro bem, a minha esposa não, estar doente é como ela está"
		Inq. 13:" É não estar bem, é dar trabalho e chatices ao meu filho"
		Inq. 14:" É não me sentir bem, estar limitado"
		Inq. 15:" É estar na cama dependendo de ajuda sei lá, não poder fazer as coisas do dia a dia"
		Inq. 16:" É não poder fazer as minhas coisas, estar acamada"
		Inq. 17:" É estar acamada, não me mexer"
		Inq. 18:" É estar acamado, não me dar de pé"

	Inq. 19:"É estar acamada, não me poder mexer"
	Inq. 20:" É estar acamada não conseguir fazer os meus afazeres"
	Inq. 21:" Olhe nem sei, doente já eu sou"
	Inq. 22:" Se for a sério, é estar acamado dar trabalho"
	Inq. 23:" É não poder me mexer, estar acamada doente estou eu mas por aqui vou indo"
	Inq. 24:" É dar trabalho, acamado, já passei algum tempo assim e foi muito mau"
	Inq. 25:" Para mim é estar acamado, já estive muitas vezes"
	Inq. 26:" É dar trabalho, estar acamada não ter força"
	Inq. 27:" É não conseguir fazer nada, nesta altura é dar trabalho à minha filha"
	Inq. 28:" Eu já sou doente, mas pior era ficar na cama"
	Inq. 29:" É ficar na cama a dar trabalho"
	Inq. 30:" Eu já sou doente, mas pior é estar acamada"
	Inq. 1:" Gosto de cumprir bem com a minha saúde"
	Inq. 2:" Não sabe responder"
	Inq. 3:" Não sei, penso que faço tudo para ter saúde"
	Inq. 4:" Fumava, mas já deixei"
	Inq. 5:" Nada, não faço excessos"
	Inq. 6: "Para já nada, mas já fumei e também bebia"
	Inq. 7:"Nada, tenho de ter cuidado por causa do coração"
	Inq. 8:"Nada, faço tudo bem"

Saúde	Sentimento de fazer o que não é bom para a saúde	**Inq. 9:**"Alimentação rica em gorduras, tenho porcos para matar e vou a matanças onde por vezes bebo um pouco"
		Inq. 10:"Não sei responder"
		Inq. 11:" Comer bem, ir fazendo as minhas coisinhas"
		Inq. 12:" Nada, já fiz, bebia, fumava, erros do campo"
		Inq. 13:" Agora já não faço, fumava e bebia"
		Inq. 14:" Nada, com a idade que tenho de ter cuidado"
		Inq. 15:" Agora nada, faço tudo bem"
		Inq. 16:" Nada, faço tudo o que o médico me diz"
		Inq. 17:" Nunca fiz nada que me fizesse mal"
		Inq. 18:" Não sei responder, acho que nada"
		Inq. 19:"Nada como pouco, bebo água não faço asneiras"
		Inq. 20:" Acho que nada, já não tenho idade para me fazer mal"
		Inq. 21:" Nada faço tudo bem acho eu"
		Inq. 22:" Nada, já não tenho idade para brincar"
		Inq. 23:"Nada"
		Inq. 24:"Nada não faço nada de mal"
		Inq. 25:" Sou guloso gosto de comer bolos"
		Inq. 26:" Nada, não posso fazer nada fora da lei"
		Inq. 27:" Nada tenho cuidado"
		Inq. 28:" Agora nada, já fiz fumava também bebia"
		Inq. 29:" Agora nada, já tenho a minha conta"
		Inq. 30:" Nada, a idade já não permite"

Qualidade de vida	Significado de compreender ter qualidade de vida	**Inq. 1:**" É ser autónomo, é fazer as coisas por nós próprios"
		Inq. 2:" Governar a minha vida diária sem limites"
		Inq. 3:" É ser autónome e não depender de outras pessoas para nada"
		Inq. 4:" Não dever nada a ninguém, ser independente"
		Inq. 5:" É sentir-me bem, estar à vontade e com saúde"
		Inq. 6: " É ter saúde e viver bem sem passar necessidades"
		Inq. 7:" Ter saúde e ter dinheiro para me governar"
		Inq. 8:" Ser autónome em fazer a vida diária"
		Inq. 9:" É ainda fazer tudo o que posso sem ajuda"
		Inq. 10:" Qualidade de vida? Num sítio onde conheci 52 pessoas aqui a viver, somos 3, olhe é ir indo até aguentar"
		Inq. 11:" Não ter as doenças que tenho"
		Inq. 12:" Ter saúde e pouco mais"
		Inq. 13:" Ter saúde e fazer os meus trabalhos aqui em casa"
		Inq. 14:"É ter saúde e puder fazer as minhas coisas"
		Inq. 15:" Principalmente é ter saúde e estar bem"
		Inq. 16:" É ter saúde principalmente"
		Inq. 17:" É ter saúde e conseguir fazer as minhas coisas"
		Inq. 18:" É ainda ter vontade de fazer as minhas coisas"
		Inq. 19:" É ainda conseguir fazer as minhas coisinhas"

Inq. 20:" É ter saúde e conseguir fazer as minhas coisas"

Inq. 21:" Não tenho, não tenho"

Inq. 22:" É estar como estou, sofri muito, agora sei que o meu ex marido já não anda por aí, está no lar já não me ameaça"

Inq. 23:" Para mim é ir mexendo agora vou fazer o quê? É ir fazendo a minha vida"

Inq. 24:"É ter saúde, conseguir fazer as minhas coisas"

Inq. 25:" Perdia toda quando fui para a guerra, vi muita coisa, passei por muito e não me sai da cabeça"

Inq. 26:" É ter saúde e não dar trabalho"

Inq. 27:" Fazer a minha vida, dar-me bem com a família"

Inq. 28:" Ter saúde e dar-me bem com a família"

Inq. 29:" É conseguir fazer a minha vida, não dar trabalho a ninguém"

Inq. 30:" É dar-me bem com o marido, com o filho, com a família é bom assim"

Inq. 1:" É andar limpo, fazer uma alimentação correta"

Inq. 2:" É ter saúde"

Inq. 3:" Não sabe responder"

Inq. 4:"Ter saúde e ser independente"

Inq. 5:" O principal é ter saúde, ter dinheiro, ser independente"

Inq. 6: "Não sei responder"

Inq. 7:"Não sei explicar"

Inq. 8:"É ter saúde"

Inq. 9:"Não ter problemas e ter saúde"

Inq. 10:"Não lhe sei responder"

		Inq. 11:" Com os problemas que tenho, olhe não lhe sei dizer, era não os ter"
		Inq. 12:" Não lhe sei dizer"
		Inq. 13:" Ter saúde e fazer as minhas coisas aqui em casa"
		Inq. 14:" É dar-me bem com a minha família"
		Inq. 15:" Comer bem, seguir as ordens do médico de família"
		Inq. 16:" Comer bem, ainda temos horta, cozinhamos as coisas boas"
		Inq. 17:" Ter saúde para mim é o mais importante"
Qualidade de vida	Significado de saber manter uma boa qualidade de vida	**Inq. 18:**" É ainda conseguir fazer as coisas do dia à dia pouco mas ainda fazer"
		Inq. 19:" Dormir bem, com esta idade é ir indo"
		Inq. 20:" É ter saúde é o principal"
		Inq. 21:" Não respondo"
		Inq. 22:" É dar-me bem com a minha família, filhas, fazer bem à minha vida"
		Inq. 23:" É fazer o que o médico diz"
		Inq. 24:" Comer bem, ir ao médico, fazer tudo bem"
		Inq. 25:" Ir vivendo sem dar trabalho"
		Inq. 26:" É manter a saúde, ir conseguindo fazer ainda as minhas tarefas"
		Inq. 27:" Principalmente é ter saúde"
		Inq. 28:" É ter saúde para ir vivendo"
		Inq. 29:" Agora? Se me manter assim como estou está bom"
		Inq. 30:" Ir mantendo a saúde é o principal"
		Inq. 1:" É poder ser livre, estar sozinha e fazer tudo o que quero livremente"
		Inq. 2:" Ter saúde para governar o meu corpo"

		Inq. 3:“ Ajudar os outros”
		Inq. 4:” È amar e ser amado com a minha mulher”
		Inq. 5:” È não ter sofrimento, doenças ruins, olhe no fundo é ter saúde”
		Inq. 6: “ Viver bem o dia a dia, ter dinheiro para me governar e viver bem com os familiares”
		Inq. 7:” Dar-me bem com a minha família, ter saúde e ter dinheiro para me governar”
		Inq. 8:” È levantar-me todos os dias da cama com alguma saúde”
		Inq. 9:” È ter saúde, dar-me bem com a família e com os vizinhos”
		Inq. 10:” È dar-me bem com a minha esposa e da família, ter alguma saúde”
		Inq. 11:” Não lhe sei dizer”
		Inq. 12:“ Felicidade? È ainda fazer as minhas coisas”
		Inq. 13:“Ter saúde e não dar trabalho”
		Inq. 14:” Ter saúde e ser independente”
		Inq. 15:” Conseguir fazer o dia a dia sem incomodar ninguém”
Qualidade de vida	Sentimento de compreender a Felicidade ou ser Feliz	**Inq. 16:**“ È dar-me com o meu marido e com a minha filha”
		Inq. 17:” Não pedir nada a ninguém, desde que consiga fazer as minhas coisas sou feliz”
		Inq. 18:”È acordar com alguma saúde”
		Inq. 19:” È acordar todos os dias sem muitas dores”
		Inq. 20:” Dar-me bem com a minha família, já não tenho mais ninguém”
		Inq. 21:” Não respondo”
		Inq. 22:“ È ter o reconhecimento das minhas filhas, agora estou descansada com as ameaças do meu ex marido”

Inq. 23:" Nesta idade é estar viva"

Inq. 24:" Ir indo, está bom assim"

Inq. 25:" Não sei responder"

Inq. 26:" Era ter o meu marido e um filho que faleceu "

Inq. 27:" É dar-me bem com a família o tempo que resta, dar-me bem com a filha e o marido claro"

Inq. 28:" É dar-me bem com a família"

Inq. 29:" É estar com a mulher, o filho, a família, é isso"

Inq. 30:" É conseguir estar assim, se manter já é bom"

Inq. 1:" Acordar bem e não ter peso na consciência"

Inq. 2:" Poder governar a minha vida"

Inq. 3:" Ajudar as pessoas que necessitam, faz-me sentir feliz ajudar as pessoas que precisem"

Inq. 4:"É ter saúde, principalmente isso"

Inq. 5:" É sentir-me bem, estar com quem gosto, ter família e ter saúde"

Inq. 6: "É viver bem sem problemas"

Inq. 7:"Ter mais saúde, continuar a fazer as coisas sem pedir nada a ninguém"

Inq. 8:"Ter saúde e ter dinheiro para gastar"

Inq. 9:"Ir vivendo, ter saúde e dar-me bem com a família"

Inq. 10:"É acordar e saber que estou vivo, é dar-me com a família, os filhos estão longe, mas de vez em quando veem cá, vive um comigo, mas é reformado por invalidez, estamos um pouco limitados"

Inq. 11:" Era não ter perdido o meu filho, de resto está bom"

Inq. 12:" É ir mantendo a saúde e ajudar a mulher"

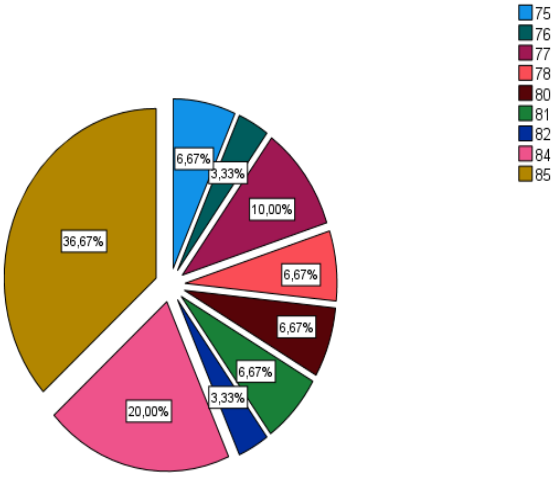
Qualidade de vida	Melhorias importantes para o sentimento de Felicidade	**Inq. 13:**“ Ter saúde, deitar-me e acordar para mais um dia”
		Inq. 14:”É ainda poder ajudar a minha família, deitar-me descansada”
		Inq. 15:” Olhe, é continuar a dar-me bem com a família, tenho pouco mas gosto de ajudar”
		Inq. 16:“ Ter saúde é o mais importante”
		Inq. 17:” Já disse, é ser capaz de fazer as minhas coisas sem chatear ninguém”
		Inq. 18:” É ainda dar-me bem com a mulher e os filhos”
		Inq. 19:” É conseguir fazer as minhas coisas, dar-me bem com os meus filhos”
		Inq. 20:” É conseguir fazer as minhas coisas, ter saúde é o que importa”
		Inq. 21:” Não respondo”
		Inq. 22:“ É ter saúde e dar-me bem com a família”
		Inq. 23:“ É ir vivendo da melhor forma possível”
		Inq. 24:” É deitar-me, dormir bem sem problemas”
		Inq. 25:” Gostaria de me libertar destes sonhos que já me perseguem há muito”
		Inq. 26:“ É ter saúde e ir vivendo”
		Inq. 27:” É ter saúde, eu e o meu marido”
		Inq. 28:” Ter paz, com o que anda por aí com a guerra, ter saúde é o mais importante”
		Inq. 29:” O principal é ter saúde, o meu filho tem a vida dele em Faro, é não dar trabalho”
		Inq. 30:” Estar bem de saúde, ainda conseguir fazer tudo, ainda está bom”

Apêndice D

Caraterização da amostra por gráficos

Gráfio 4.1.

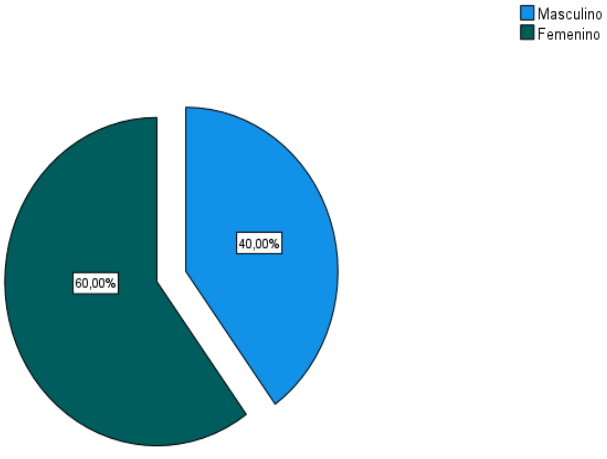
Idade



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.2.

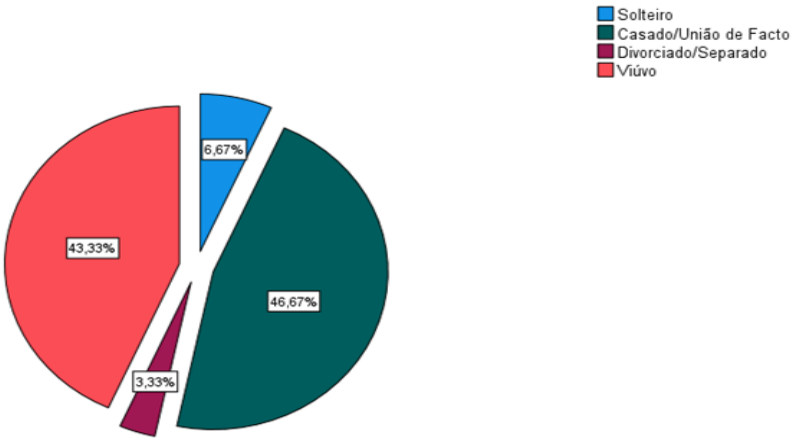
Género



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.3.

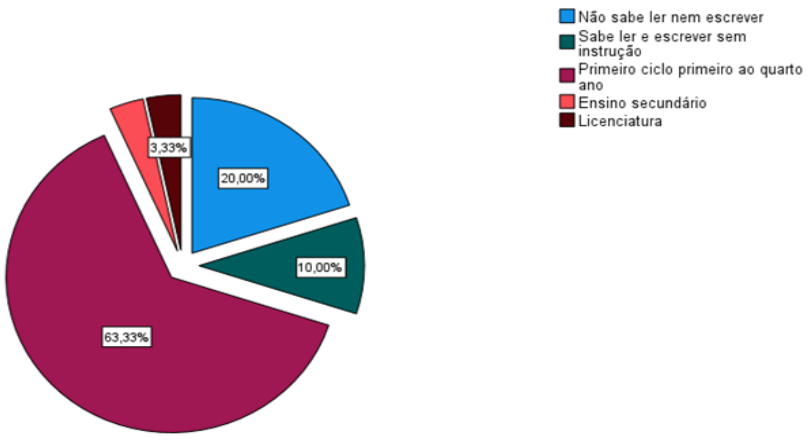
Estado civil atual



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.4.

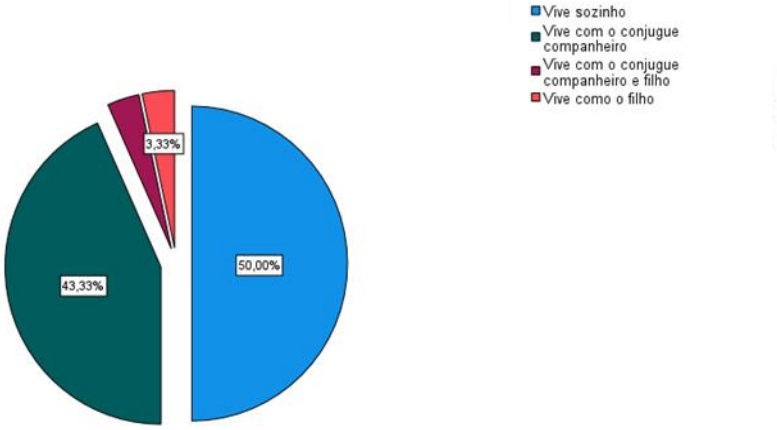
Habilitações literárias



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.5.

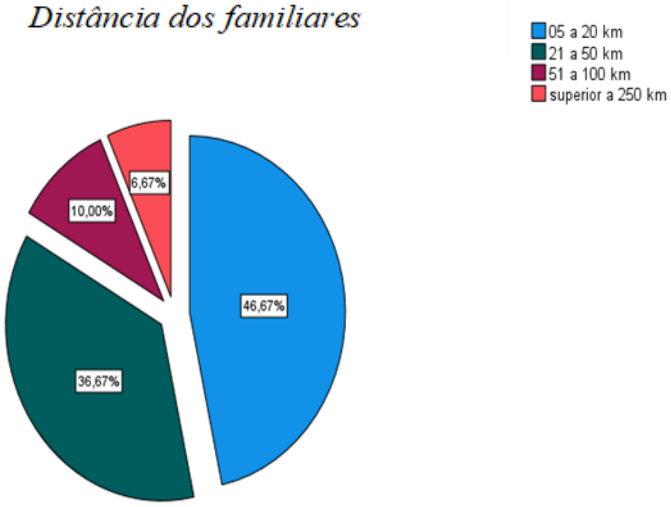
Agregado familiar



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.6.

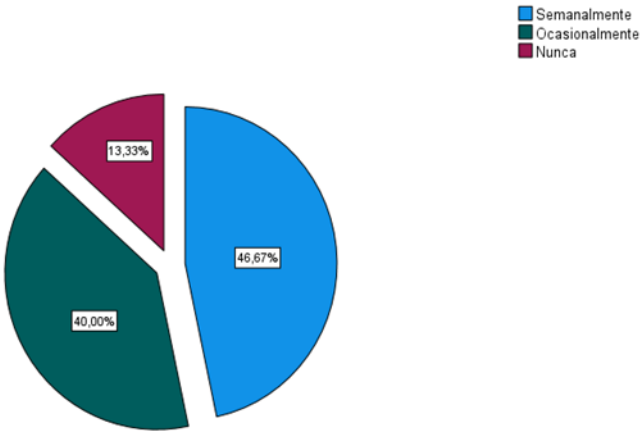
Distância dos familiares



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.7.

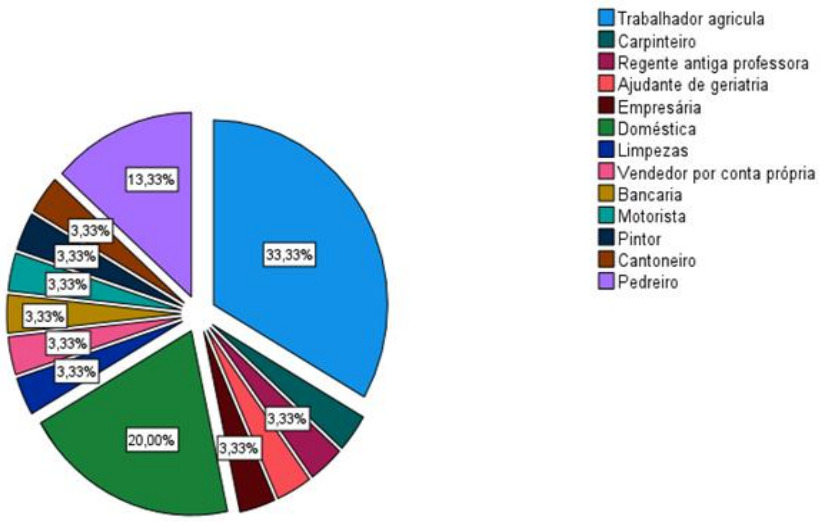
Frequência das visitas



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.8.

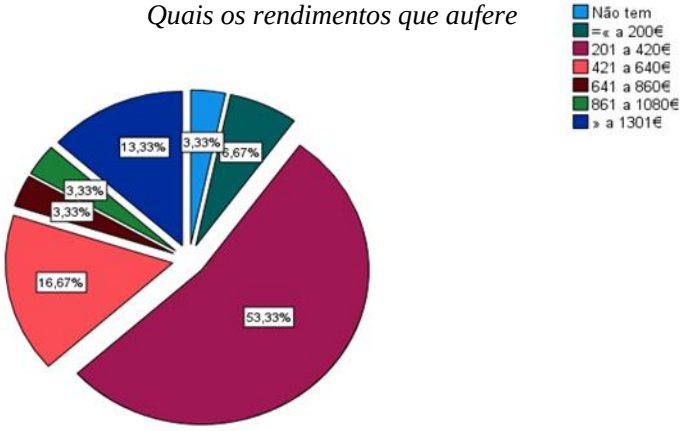
Qual foi a profissão



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.9.

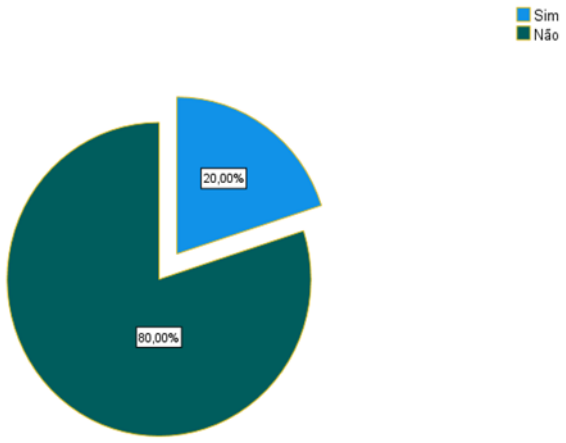
Quais os rendimentos que aufere



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.10.

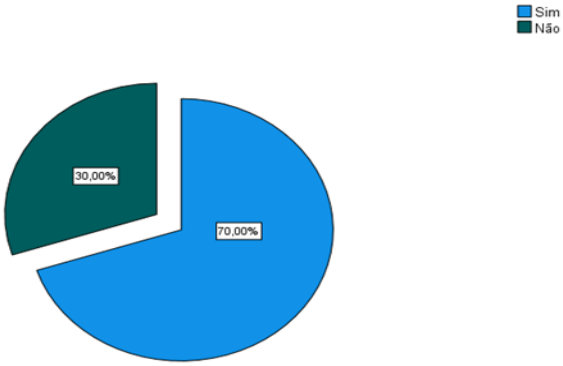
Os rendimentos são suficientes



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.11.

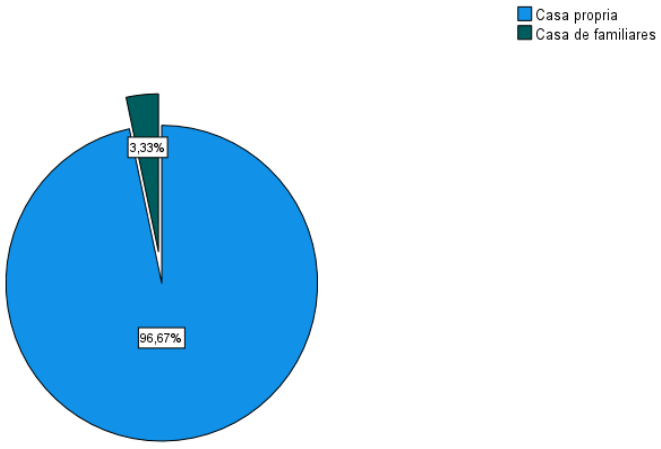
Necessita de ajuda económica



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.12.

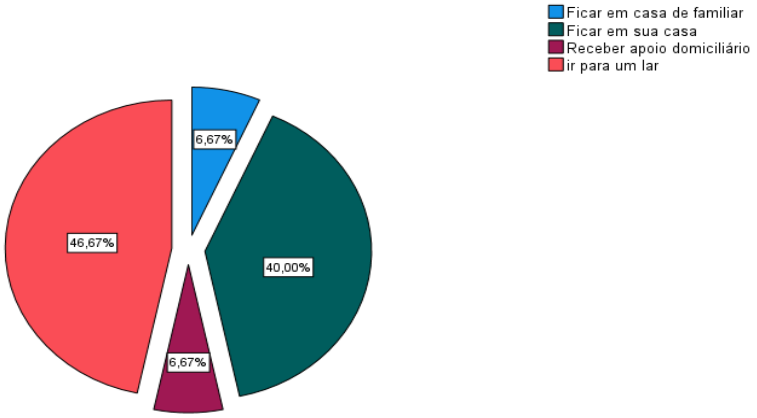
Reside em



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.13.

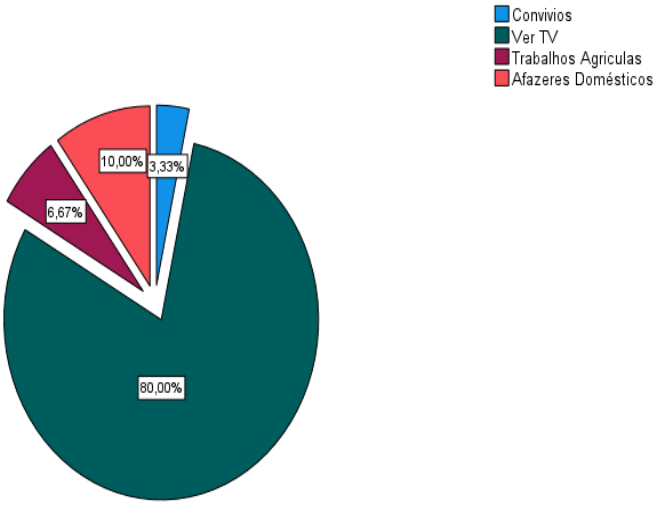
Cuidados permanentes



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.14.

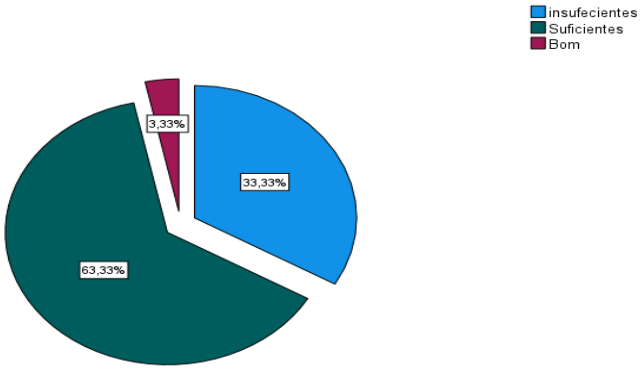
Ocupação tempos livres



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.15.

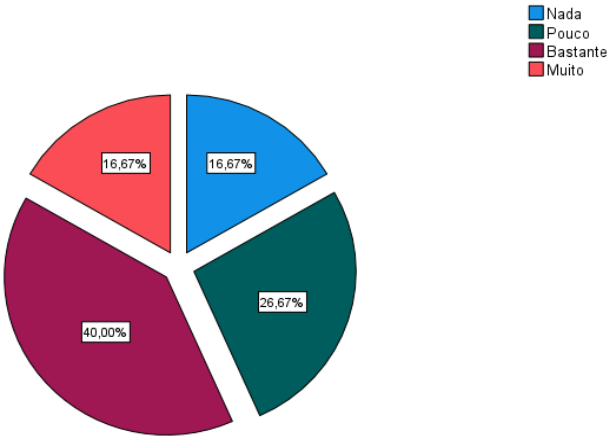
Como considera os serviços de saúde



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.16.

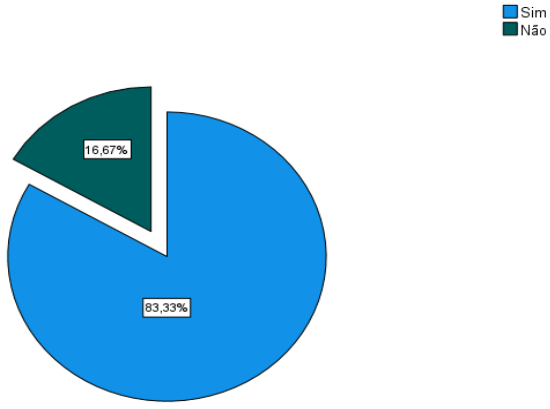
Em geral sente-se doente



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.17.

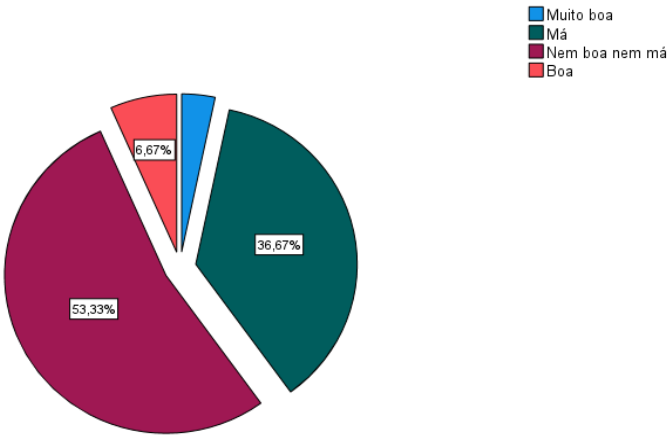
Tem algum problema de saúde



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.18.

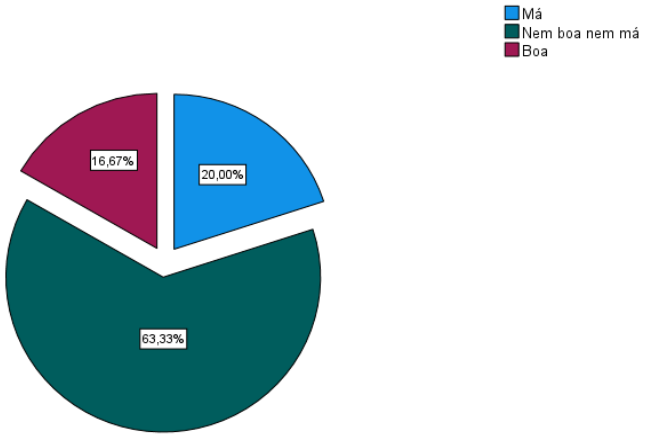
Como classifica a sua saúde



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.19.

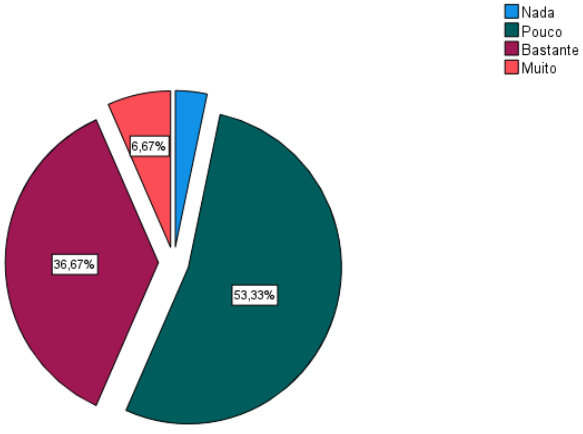
Em geral como classifica a sua qualidade de vida



Fonte - Elaboração própria

Gráfio 4.20.

Em geral o quanto se sente feliz



Fonte - Elaboração própria

Apêndice E

Tratamento estatístico da escala de qualidade de vida WHOQOL - OLD

Tabela 4.17.

Dados globais da amostra

Entrevistado	(FS) 1,2,3,20	(A) 4,5,6,11	(APPF) 12,13,15,19	(PS) 14,16,17,18	(MM) 7,8,9,10	(I) 21,22,23,24	(F) 25,26,27,28	Global
E1	10 - (37,50%)	13 – (56,25%)	12 – (50,00%)	13 – (56,25%)	11 – (43,75%)	12 – (50,00%)	10 – (37,50%)	81 – (47,32%)
E2	14 – (62,50%)	16 – (75,00%)	13 – (56,25%)	13 – (56,25%)	13 – (56,25%)	13 – (56,25%)	13 – (56,25%)	95 – (59,82%)
E3	19 – (93,75%)	15 – (68,75%)	16 – (75,00%)	15 – (68,75%)	13 – (56,25%)	16 – (75,00%)	18 – (87,50%)	112 – (75,00%)
E4	13 – (56,25%)	16 – (75,00%)	11 – (43,75%)	13 – (56,25%)	15 – (68,75%)	14 – (62,50%)	11 – (43,75%)	93 – (58,03%)
E5	19 – (93,75%)	17 – (81,25%)	18 – (87,50%)	16 – (75,00%)	16 – (75,00%)	16 – (75,00%)	19 – (93,75%)	121 – (83,03%)
E6	19 – (93,75%)	20 – (100%)	20 – (100%)	20 – (100%)	14 – (62,50%)	20 – (100%)	20 – (100%)	133 – (93,75%)
E7	13 – (56,25%)	15 – (68,75%)	14 – (62,50%)	12 – (50,00%)	15 – (68,75%)	19 – (93,75%)	19 – (93,75%)	107 – (70,53%)
E8	19 – (93,75%)	20 – (100%)	19 – (93,75%)	20 – (100%)	13 – (56,25%)	14 – (62,50%)	18 – (87,50%)	123 – (84,82%)
E9	19 – (93,75%)	20 – (100%)	19 – (93,75%)	18 – (87,50%)	13 – (56,25%)	16 – (75,00%)	18 – (87,50%)	123 – (84,82%)
E10	8 – (25,00%)	11 – (43,75%)	10 - (37,50%)	7 – (18,75%)	12 – (50,00%)	11 – (43,75%)	13 – (56,25%)	72 – (39,28%)
E11	13 – (56,25%)	11 – (43,75%)	12 – (50,00%)	8 – (25,00%)	15 – (68,75%)	11 – (43,75%)	14 – (62,50%)	84 – (50,00%)
E12	15 – (68,75%)	13 – (56,25%)	14 – (62,50%)	10 - (37,50%)	11 – (43,75%)	14 – (62,50%)	15 – (68,75%)	92 – (57,14%)
E13	16 – (75,00%)	13 – (56,25%)	13 – (56,25%)	10 - (37,50%)	14 – (62,50%)	16 – (75,00%)	16 – (75,00%)	98 – (62,50%)
E14	11 – (43,75%)	13 – (56,25%)	14 – (62,50%)	13 – (56,25%)	13 – (56,25%)	14 – (62,50%)	16 – (75,00%)	94 – (58,92%)
E15	13 – (56,25%)	11 – (43,75%)	13 – (56,25%)	7 – (18,75%)	13 – (56,25%)	14 – (62,50%)	16 – (75,00%)	87 – (52,67%)
E16	12 – (50,00%)	14 – (62,50%)	14 – (62,50%)	10 - (37,50%)	14 – (62,50%)	16 – (75,00%)	16 – (75,00%)	96 – (60,71%)
E17	15 – (68,75%)	16 – (75,00%)	14 – (62,50%)	10 - (37,50%)	13 – (56,25%)	13 – (56,25%)	15 – (68,75%)	96 – (60,71%)
E18	8 – (25,00%)	11 – (43,75%)	12 – (50,00%)	7 – (18,75%)	14 – (62,50%)	14 – (62,50%)	15 – (68,75%)	81 – (47,72%)
E19	8 – (25,00%)	11 – (43,75%)	13 – (56,25%)	8 – (25,00%)	16 – (75,00%)	15 – (68,75%)	14 – (62,50%)	85 – (50,89%)
E20	8 – (25,00%)	12 – (50,00%)	14 – (62,50%)	7 – (18,75%)	10 - (37,50%)	14 – (62,50%)	18 – (87,50%)	83 – (49,10%)
E21	8 – (25,00%)	10 - (37,50%)	10 - (37,50%)	8 – (25,00%)	16 – (75,00%)	8 – (25,00%)	4 – (0,00%)	64 – (32,14%)
E22	8 – (25,00%)	15 – (68,75%)	14 – (62,50%)	12 – (50,00%)	14 – (62,50%)	16 – (75,00%)	15 – (68,75%)	94 – (58,92%)
E23	19 – (93,75%)	16 – (75,00%)	17 – (81,25%)	17 – (81,25%)	16 – (75,00%)	16 – (75,00%)	20 – (100%)	121 – (83,03%)
E24	13 – (56,25%)	14 – (62,50%)	14 – (62,50%)	8 – (25,00%)	11 – (43,75%)	16 – (75,00%)	16 – (75,00%)	92 – (57,14%)
E25	8 – (25,00%)	12 – (50,00%)	12 – (50,00%)	9 – (31,25%)	12 – (50,00%)	11 – (43,75%)	12 – (50,00%)	76 – (42,85%)
E26	12 – (50,00%)	9 – (31,25%)	11 – (43,75%)	8 – (25,00%)	13 – (56,25%)	14 – (62,50%)	13 – (56,25%)	80 – (46,42%)
E27	13 – (56,25%)	13 – (56,25%)	13 – (56,25%)	8 – (25,00%)	7 – (18,75%)	16 – (75,00%)	16 – (75,00%)	86 – (51,78%)
E28	16 – (75,00%)	14 – (62,50%)	12 – (50,00%)	8 – (25,00%)	8 – (25,00%)	16 – (75,00%)	16 – (75,00%)	90 – (55,35%)
E29	8 – (25,00%)	15 – (68,75%)	14 – (62,50%)	14 – (62,50%)	10 - (37,50%)	16 – (75,00%)	19 – (93,75%)	96 – (60,71%)
E30	8 – (25,00%)	15 – (68,75%)	14 – (62,50%)	14 – (62,50%)	11 – (43,75%)	16 – (75,00%)	19 – (93,75%)	97 – (61,60%)

Fonte - Elaboração própria

Tabela 4.18.

Estatística descritiva da qualidade de vida da amostra

Facetas	Média	Desvio padrão	Coeficiente de variação média	Valor mínimo	Valor máximo	Amplitude
Funcionamento sensorial (FS)	12,83 – 55,20%	4,078	31,8 %	8	19	11
Autonomia (A)	14,03 – 62,70%	2,859	20,4 %	9	20	11
Atividades passadas, presentes e futuras (APPF)	13,87 – 61,66%	2,556	18,4 %	10	20	10
Participação Social (PS)	11,43 – 46,45%	3,954	34,6 %	7	20	13
Morte e morrer (MM)	12,87 – 55,41%	2,270	17,6 %	7	16	9
Intimidade (I)	14,57 – 66,04%	2,417	16,6 %	8	20	12
Família/Vida familiar (F)	15,40 – 71,66%	3,369	21,9%	4	20	16
Score Total Qualidade de Vida	95,07 – 59,87%	16,44	17,3%	64	133	69

Fonte - Elaboração própria

Apêndice F

Análise inferencial dos dados

Tabela 4.19.

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

Facetas	**Posto médio**	**p**
Funcionamento sensorial (FS)	Masculino – 17,00	,436
	Feminino – 14,50	
Autonomia (A)	Masculino – 16,25	,701
	Feminino – 15,00	
Atividades passadas, presentes e futuras (APPF)	Masculino – 14,67	,665
	Feminino – 16,06	
Participação Social (PS)	Masculino – 15,63	,949
	Feminino – 15,42	
Morte e morrer (MM)	Masculino – 13,54	,313
	Feminino – 16,81	
Intimidade (I)	Masculino – 15,29	,912
	Feminino – 15,64	
Família/Vida familiar (F)	Masculino – 15,88	,847
	Feminino – 15,25	
Score Total Qualidade de Vida	Masculino – 16,00	,799
	Feminino – 15,17	

Fonte - Elaboração própria

Tabela 4.20.

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

Facetas	**Subconjunto**	**p**
Funcionamento sensorial (FS)	Solteiro/a – 16,25	,532
	Casado/a – 14,53	
	Viúvo/a – 17,23	
	Divorciado/a – 5,00	
Autonomia (A)	Solteiro/a – 18,75	,852
	Casado/a – 14,39	
	Viúvo/a - 15,84	
	Divorciado/a – 20,00	
Atividades passadas, presentes e futuras (APPF)	Solteiro/a – 17,75	,831
	Casado/a – 14,07	
	Viúvo/a – 16,38	
	Divorciado/a – 19,50	
Participação Social (PS)	Solteiro/a – 20,75	,668
	Casado/a – 13,67	
	Viúvo/a – 16,50	
	Divorciado/a – 17,50	
Morte e morrer (MM)	Solteiro/a – 12,00	,858
	Casado/a – 15,25	
	Viúvo/a – 15,88	
	Divorciado/a – 21,00	
Intimidade (I)	Solteiro/a – 7,25	,406
	Casado/a – 16,64	
	Viúvo/a – 15,00	
	Divorciado/a – 22,50	
Família/Vida familiar (F)	Solteiro/a – 13,25	,936
	Casado/a – 16,14	
	Viúvo/a – 15,46	
	Divorciado/a – 11,50	
Score Total Qualidade de Vida	Solteiro/a – 15,75	,964
	Casado/a – 14,60	
	Viúvo/a – 16,34	
	Divorciado/a – 16,50	

Fonte - Elaboração própria

Tabela 4.21.

Analise das variáveis independentes mais significativas da amostra

Variáveis	**Teste estatístico**	**Valor-p**
Considera que a freguesia lhe proporciona boa qualidade de vida ao nível de facilidade no acesso a atividades de lazer.	Kruskal-Wallis	0,009
Os seus rendimentos são suficientes.	Kruskal-Wallis	0,009
Em geral como classifica a sua qualidade de vida.	Kruskal-Wallis	0,001
Em geral o quanto se sente feliz.	Kruskal-Wallis	0,006
Como classifica a sua saúde.	Kruskal-Wallis	0,010
Como considera os serviços de saúde existentes na freguesia.	Kruskal-Wallis	0,019

Fonte - Elaboração própria

Tabela 4.22.

Caraterização das correlações entre as facetas da WHOQOL - OLD

	(FS)	(Aut)	(APPF)	(PS)	(MM)	(I)	(F)
(FS)	1	,666**	,706**	,614**	,150	,437*	,468**
(Aut)	,666**	1	,836**	,880**	,070	,546**	,552**
(APPF)	,706**	,836**	1	,825**	,145	,616**	,733**
(PS)	,614**	,880**	,825**	1	,233	,450*	,484**
(MM)	,150	,070	,145	,233	1	-,067	-,130
(I)	,437*	,546**	,616**	,450*	-,067	1	,810**
(F)	,468**	,552**	,733**	,484**	-,130	,810**	1

*p<.05; **p<.01; Facetas da WHOQOL – OLD: FS = Funcionamento Sensorial; AUT = Autonomia; APPF = Atividades passadas, presentes e futuras; PS = Participação Social; MM = Morte e morrer; I = Intimidade; F = Família/Vida familiar

Fonte - Elaboração própria

Apêndice G

Foto Ilustrativa da instalação de água canalisada

Apêndice H

Foto ilustrativa do Cartão Municipal Sénior

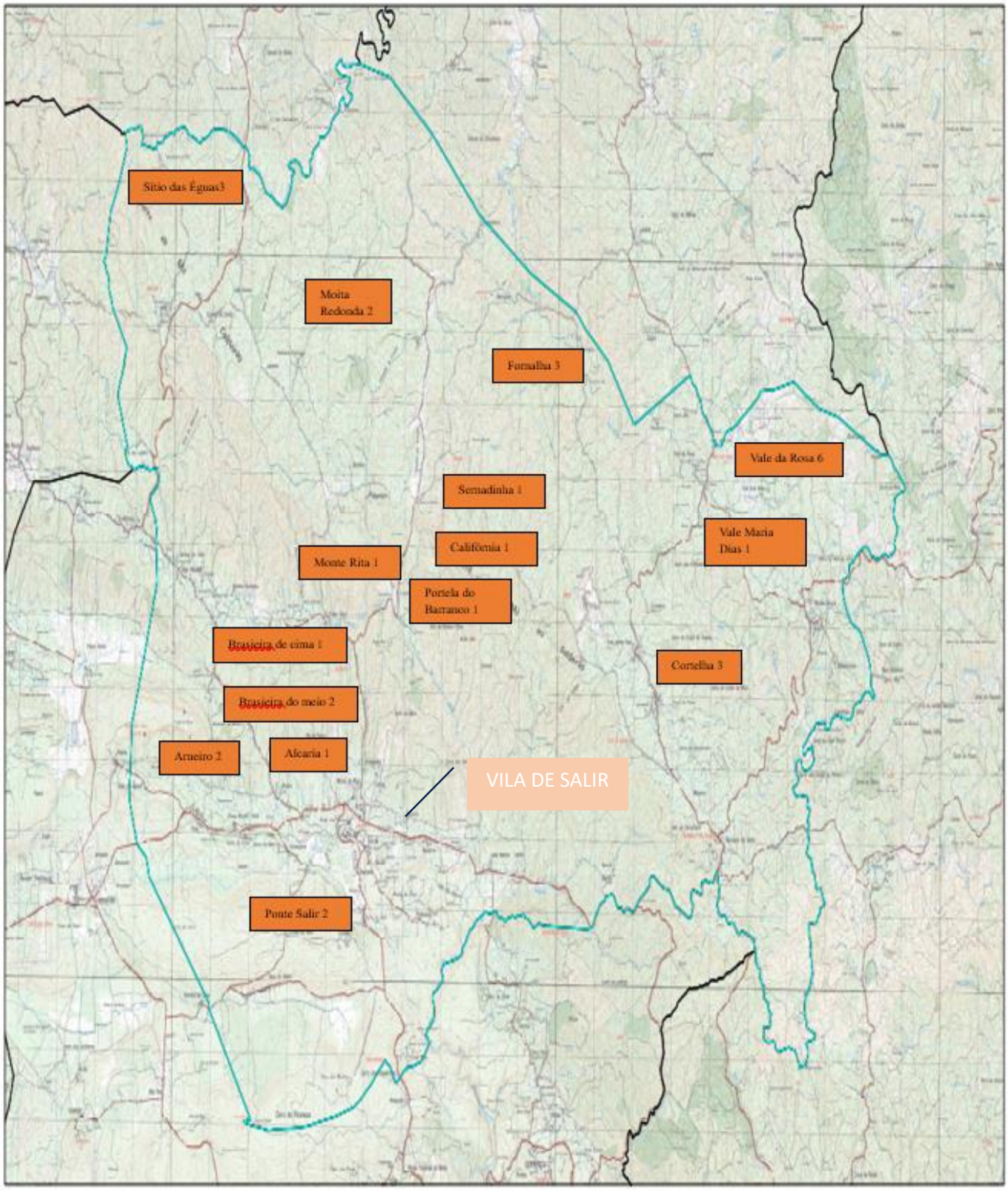
Câmara Municipal de Loulé
Cartão Municipal Sénior
Maria Isaura da Costa
O Presidente da Câmara
Freguesia: Salir
Nº 1429

Apêndice I

Foto ilustrativa do apoio do Núcleo de Loulé da liga dos Combatentes

Apêndice J

Mapa ilustrativo da Freguesia de Salir com a referenciação dos lugares das entrevistas



ANEXOS

Anexo I

Solicitação de autorização para aplicação do instrumento de avaliação Whoqol – old

Ex. mª Srª Professora Doutora Manuela Vilar

O meu nome é Humberto Pinto, sou aluno da Universidade do Algarve com o nº 37159. Estou a frequentar o 2º ano do Curso de Mestrado em Gerontologia Social cujo tema da minha tese de mestrado é "Qualidade de Vida de pessoas idosas em meio rural: Um estudo na Freguesia de Salir", onde a faixa etária se situa entre os 75 e 85 anos.

Venho por este meio solicitar permissão para utilizar o seu questionário avaliação de Qualidade de Vida WHOQOL-Old.

Agradeço desde já a sua atenção, estando disponível para qualquer esclarecimento que ache por conveniente.

Sem outro assunto de momento, os melhores cumprimentos

Humberto Pinto

De: Maria Manuela Vilar <mvilar@fpce.uc.pt>

Enviado: 28 de novembro de 2022 15:29

Para: HUMBERTO JOAQUIM SANTANA PINTO <a37159@ualg.pt>

Cc: Cláudia Cristina Guerreiro Luísa <cluisa@ualg.pt>

Assunto: Re: Solicitação de autorização de uso de questionário de avaliação de Qualidade de Vida WHOQOL-Old.

Estimado Humberto Pinto,

cordiais saudações!

Relativamente ao solicitado, disponibilizo os materiais relativos ao WHOQOL-OLD. Em anexo, envio o instrumento e alguns textos que situam a validação do mesmo para o contexto português e que poderão ser úteis, também, para a interpretação de resultados. Relembro que a integração de especialista de Psicologia, na vossa equipa, potenciará a adequada utilização do questionário e da análise dos perfis obtidos.

Desejo sucesso, para este vosso projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Manuela Vilar

Anexo II

Instrumento de Avaliação WHOQOL-OLD

WHOQOL-OLD

(Power, Quinn, Schmidt, & WHOQOL-Old Group, 2005; versão portuguesa: Vilar, Sousa, & Simões, 2009)

Instruções

Com este questionário, procuramos conhecer a opinião que tem sobre a sua qualidade de vida, bem como perceber que aspectos são importantes para si, enquanto adulto idoso e membro da sociedade.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta resposta pode, muitas vezes, ser a primeira que lhe vem à cabeça. Não existem respostas certas nem erradas.

Tenha presente os seus hábitos, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas (nos últimos 15 dias)**.

Por exemplo, pensando nas duas últimas semanas, uma pergunta poderia ser:

Apresentar o cartão com a escala *"Nada-Muitíssimo"*

Até que ponto se preocupa com o que lhe pode vir a acontecer no futuro?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta exemplificados

Deve escolher o número que expressa melhor o quanto, nas duas últimas semanas, se preocupou com o que lhe pode vir a acontecer no futuro. Por exemplo, deve escolher o número ④, se se preocupou "Muito" com o que lhe pode vir a acontecer no futuro, ou deve escolher o número ①, se não se preocupou "Nada" com o que lhe pode vir a acontecer no futuro.

Por favor, escute com atenção cada pergunta que lhe vou ler, pense no que sentiu e, para cada uma, escolha o número que lhe parece ser a melhor resposta.

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida" (Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian)

Apresentar o cartão com a escala "Nada-Muitíssimo". Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto sentiu** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se as sentiu de forma *muito acentuada*, escolha o número correspondente a "Muitíssimo" ⑤. Se *não as sentiu*, escolha o número correspondente a "Nada" ①. Quando a sua resposta estiver entre "Nada" e "Muitíssimo", poderá responder que sentiu "Pouco" ②, "Nem muito nem pouco" ③ ou "Muito" ④. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

1. (F25.1)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua vida diária?			
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

2. (F25.3)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para participar em actividades?			
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

3. (F25.4)	As dificuldades de audição, visão, paladar, olfacto ou tacto afectam a sua capacidade para se relacionar com as outras pessoas?			
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

4. (F26.1)	Sente que tem liberdade para tomar as suas próprias decisões?			
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

5. (F26.2)	Sente que tem poder para decidir acerca do seu futuro?			
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida"
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

6. (F26.4) Sente que as outras pessoas respeitam a sua liberdade?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

7. (F29.2) Está preocupado(a) com o modo como irá morrer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

8. (F29.3) Até que ponto tem medo de não poder controlar a sua morte?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

9. (F29.4) Tem medo de morrer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

10. (F29.5) Receia sofrer antes de morrer?				
Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

Apresentar o cartão com a escala *"Nada-Completamente"*. Simultaneamente às instruções, o examinador deve apontar para cada um dos números e dos descritores da escala de resposta.

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto experimentou** ou **conseguiu fazer** certas coisas, nas duas últimas semanas. Se conseguiu fazer *perfeitamente* estas coisas, escolha o número correspondente a "Completamente" ⑤. Se *não as conseguiu fazer*, escolha o número correspondente a "Nada" ①. Quando a sua resposta estiver entre "Nada" e "Completamente", poderá responder que conseguiu "Pouco" ②, "Moderadamente" ③ ou "Bastante" ④. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

11. (F26.3) Consegue fazer aquilo que gosta?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

12. (F27.3) Continua a ter oportunidade para realizar os seus planos na vida?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

13. (F27.4) Na sua vida tem recebido o reconhecimento que merece?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

14. (F28.4) Tem actividades suficientes para ocupar o seu dia-a-dia?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida"
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

Apresentar o cartão com a escala "*Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito*".

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber se se **sentiu satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida, nas duas últimas semanas. Decida até que ponto se sentiu satisfeito(a) ou insatisfeito(a) e escolha o número que melhor traduz a maneira como se sentiu. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

15. (F27.5) Está satisfeito(a) com o que tem alcançado na sua vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

16. (F28.1) Está satisfeito(a) com a forma como ocupa o seu tempo?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

17. (F28.2) Está satisfeito(a) com o seu envolvimento nas actividades que realiza?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

18. (F28.7) Está satisfeito(a) com as oportunidades que tem para participar em actividades da comunidade?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

19. (F27.1) Está satisfeito(a) com o que pode esperar da vida?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala "*Muito Mau-Muito Bom*"

20. (F25.2) Como avalia o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfacto, tacto)?

Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida"
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

Apresentar o cartão com a escala *"Nada-Muitíssimo".*

As perguntas que se seguem dizem respeito a qualquer **relacionamento íntimo** que possa ter. Por favor, considere essas perguntas em relação a um companheiro ou outra pessoa próxima, com quem partilha a sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa na sua vida. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

21. (F30.2) Sente que tem alguém próximo com quem partilha a sua vida íntima?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

22. (F30.3) Sente que tem amor na sua vida?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala *"Nada-Completamente".*

23. (F30.4) Tem oportunidade para amar alguém?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

24. (F30.7) Tem oportunidade para se sentir amado(a)?

Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

"Validação de Provas de Memória e de Inventários de Avaliação Funcional e de Qualidade de Vida"
(Proc.º 74569; Fundação Calouste Gulbenkian; IR: Mário R. Simões)

Apresentar o cartão com a escala *"Muito Insatisfeito-Muito Satisfeito".*

Com as seguintes perguntas, pretendemos perceber **até que ponto** se **sentiu satisfeito(a)** ou **experimentou** certas coisas que dizem respeito às suas **relações familiares**. Lembre-se que estas perguntas se referem às **duas últimas semanas**.

25. (F31.1) Está satisfeito(a) com as suas relações familiares?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

26. (F31.2) Está satisfeito(a) com o apoio que recebe da sua família?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

27. (F31.3) Está satisfeito(a) com o tempo que passa com os seus familiares?

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Apresentar o cartão com a escala *"Nada-Muitíssimo".*

28. (F31.4) Sente que a sua família lhe dá valor?

Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
1	2	3	4	5

VERSÃO EXCLUSIVA PARA INVESTIGAÇÃO. REPRODUÇÃO PROÍBIDA.

Cartões com descritores da(s) escala(s) de resposta

Nada	**Pouco**	**Nem Muito Nem Pouco**	**Muito**	**Muitíssimo**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

Nada	**Pouco**	**Moderadamente**	**Bastante**	**Completamente**
1	**2**	**3**	**4**	**5**

Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
1	2	3	4	5

Muito Mau	Mau	Nem Bom Nem Mau	Bom	Muito Bom
1	2	3	4	5