

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**SOLIDÃO, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS:
UM ESTUDO AVALIATIVO EXPLORATÓRIO E
IMPLEMENTAÇÃO-PILOTO DE UM PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO**

Liliana Márcia Fernandes Teixeira

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

**Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença**

2010

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**SOLIDÃO, DEPRESSÃO E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS:
UM ESTUDO AVALIATIVO EXPLORATÓRIO E
IMPLEMENTAÇÃO-PILOTO DE UM PROGRAMA DE
INTERVENÇÃO**

Liliana Márcia Fernandes Teixeira

Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Secção de Psicologia Clínica e da Saúde
Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença

2010

Agradecimentos

Ao Professor Doutor Fernando Fradique, pela sua orientação profissional, pela sua disponibilidade e veracidade no acompanhamento ao longo desta investigação.

A todos os idosos que participaram no presente estudo, sem os quais esta investigação não seria possível.

Aos meus pais, irmãos e avó materna pelo apoio e incentivo no alcance dos meus objectivos. E em especial ao meu avô materno que desejava esta concretização e que, nesta caminhada, a vida não o permitiu.

Aos meus amigos pela presença nas fases construtivas deste projecto.

Resumo

A presente investigação debruçou-se sobre o estudo da depressão, da solidão e da qualidade de vida em idosos.

Na vertente avaliativa exploratória pretendeu-se estudar a depressão, a solidão, a qualidade de vida, e a relação existente entre estas variáveis, numa amostra de 22 idosos. Além disso, procurou-se avaliar a influência de variáveis sócio-demográficas, como o meio de residência do idoso (rural e urbano), na percepção da solidão, da depressão e da qualidade de vida.

A vertente interventiva, concretizada numa subamostra de 6 idosos, pretendeu verificar se a implementação-piloto de um programa de intervenção produzia alterações ao nível da solidão, da depressão e da qualidade de vida. Procurou-se também avaliar a satisfação dos idosos com o programa e perceber a importância deste tipo de intervenção.

Em ambos os estudos recorreu-se a quatro instrumentos de avaliação: Avaliação Breve do Estado Mental; Escala de Depressão Geriátrica; Escala de Solidão da UCLA e WHOQOL-BREF (versão portuguesa).

Demonstrou-se a existência de correlações positivas entre a depressão e a solidão, e negativas entre a qualidade de vida e as duas anteriores. Comprovou-se ainda que algumas variáveis sócio-demográficas, como o meio de residência e a satisfação com a relação com os amigos, influenciam a percepção da solidão, da depressão e da qualidade de vida.

Verificou-se que a implementação-piloto do programa teve efeitos positivos ao nível das variáveis mencionadas, sendo que os idosos manifestaram-se bastante satisfeitos com o mesmo. Concluiu-se que a implementação deste tipo de programa é sobretudo essencial na promoção de relações sociais nos idosos.

PALAVRAS-CHAVE: idosos; depressão; solidão; qualidade de vida; promoção da saúde; programa de intervenção.

Asbtract

This research focused on the study of depression, loneliness and the quality of life of the elderly.

In terms of exploratory evaluation, this study is aimed towards depression, loneliness, quality of life, and the relation between these variables, in a sample of 22 elderly people. In addition, we sought to evaluate the influence of socio-demographic variables, like the residential areas (rural and urban), in perception of loneliness, depression and quality of life.

Interventional section, carried out in a subsample of 6 elderly people, sought to check whether the pilot implementation of an intervention program produced changes in the level of loneliness, depression and quality of life. This study also sought to evaluate the satisfaction of the elderly with the program and realize the importance of this type of intervention.

In both studies we used four assessment instruments: Mini-Mental State Examination, Geriatric Depression Scale, UCLA Loneliness Scale and WHOQOL-BREF (Portuguese version).

There was existence of positive correlations between depression and loneliness, and negative associations between the quality of life and the previous two. It was shown that even some socio-demographic, as the residential areas and satisfaction with the relationship with friends, influence the perception of loneliness, depression and quality of life.

It was found that the pilot implementation of the program had positive effects on the variables mentioned, and the elderly were quite pleased with it. It was concluded that implementation of this type of program is especially essential in the promotion of social relations in the elderly.

KEY WORDS: elderly; depression; loneliness; quality of life; health promotion intervention program.

ÍNDICE GERAL

Resumo

Abstract

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	1
1.1 O Aumento da População Idosa	1
1.2 O Processo de Envelhecimento	2
1.3 Envelhecimento e Perdas	2
1.3.1 A Solidão	3
A Solidão nos Idosos.....	4
1.3.2 A Depressão.....	7
A Depressão no Idoso	8
A depressão e o funcionamento cognitivo	9
1.3.3 As Perdas Cognitivas	10
1.4 A Qualidade de Vida	12
1.4.1 A Qualidade de Vida Apresentada pelo Grupo WHOQOL	12
1.4.2 A Qualidade de vida nos Idosos	13
1.5 Envelhecimento em Meio Rural e em Meio Urbano	15
1.6 A Promoção da Saúde.....	18
1.6.1 A Promoção da Saúde no Idoso.....	19
1.6.2 O Papel das Redes de Apoio Social na Promoção da Saúde no Idoso	21
A promoção da saúde no idoso em grupo	22
1.6.3 Programas de promoção da saúde do idoso	23
1.7 O Presente Estudo.....	25
2. METODOLOGIA	28
2.1 Participantes	28
2.1.1 Caracterização do Concelho de Loures.....	30
2.1.2 Caracterização de Ponta Delgada (Madeira)	30
2.2 Amostra de Idosos	30
2.2.1 Caracterização Sócio-demográfica da Amostra de Idosos.....	31
2.3 Instrumentos de Avaliação Utilizados	33
2.3.1 Questionário de Identificação	34

2.3.2 Avaliação Breve do Estado Mental	35
2.3.3 Escala de Depressão Geriátrica (EDG).....	36
2.3.4 Escala de Solidão da UCLA	38
2.3.5 WHOQOL-BREF (versão portuguesa).....	39
2.3.6 Questionário de Avaliação da Satisfação com o Programa.....	42
2.4 Plano Metodológico.....	42
2.5 Procedimento.....	44
2.5.1 Caracterização do programa – fundamentação metodológica.....	46
2.5.2 Procedimento do programa	49
Desenvolvimento das sessões.....	52
3. ANÁLISE DOS RESULTADOS	54
Objectivo 1 – Avaliar o estado mental (como despiste), a depressão, a solidão, e a qualidade de vida dos idosos.....	54
Objectivo 2 – Procurar compreender a relação entre solidão, depressão e qualidade de vida nos idosos.....	56
Objectivo 3 – Verificar se o meio, urbano e rural, onde o idoso reside influencia o sentimento de solidão, depressão e qualidade de vida (comparação intergrupos).....	57
Objectivo 4 – Avaliar a influência de algumas variáveis sócio-demográficas, como a ocupação dos tempos livres e o agregado familiar, na percepção da solidão, da depressão e da qualidade de vida.	58
Objectivo 5 – Verificar se a implementação do programa produziu alterações ao nível da solidão, da depressão e da qualidade de vida dos idosos participantes.....	62
Objectivo 6 – Avaliar a satisfação dos idosos face ao programa.	67
Objectivo 7 - Perceber a importância deste tipo de intervenção, quer pela opinião dos idosos, quer pelos resultados obtidos em cada uma das escalas de avaliação nos três momentos de avaliação.....	69
4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	71
5. CONCLUSÕES	83
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	87

INDICE DE ANEXOS EM PAPEL

ANEXO A: Protocolo de consentimento informado para o idoso (meio urbano)

ANEXO B Protocolo de consentimento informado para o idoso (meio rural)

ANEXO C: Autorização do estudo

ANEXO D: Questionário de Identificação

ANEXO E: Avaliação Breve do Estado Mental

ANEXO F: Escala de Depressão Geriátrica

ANEXO G: Escala de Solidão da UCLA

ANEXO H: WHOQOL-BREF (versão Portuguesa)

ANEXO I: Questionário de avaliação de satisfação com o programa

ANEXO J: Programa de Promoção da Saúde no Idoso

ANEXO K: Exercícios de casa

INDICE DE ANEXOS EM CD

ANEXO L: Documento de apresentação do estudo.

ANEXO M: Output 1 – Teste t de Student para amostras independentes, para comparação entre médias obtidas nos quatro instrumentos de avaliação pelas duas amostras: meio rural e meio urbano.

ANEXO N: Output 2 – Teste t de Student para amostras independentes, para comparação entre médias obtidas nos quatro instrumentos de avaliação pelas duas amostras: casados e viúvos.

ANEXO O: Output 3 – Análise de variância univariada – One-Way Anova a um factor nominal para comparação entre as médias obtidas nos instrumentos de avaliação face ao agregado familiar.

ANEXO P: Output 4 – Teste t de Student para amostras independentes, para comparação entre médias obtidas nos quatro instrumentos de avaliação pelas duas amostras: frequente e não frequente Centro Dia.

ANEXO Q: Output 5 – Teste t de Student para amostras independentes, para comparação entre médias obtidas nos quatro instrumentos de avaliação pelas duas amostras: tem e não tem passatempo regular.

ANEXO R: Respostas às questões abertas do questionário de avaliação da satisfação dos idosos com o programa.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra.	31
Tabela 2 – Caracterização social (apoio social e familiar) da amostra.	32
Tabela 3 – Caracterização das actividades ocupacionais da amostra	32
Tabela 4 – Momentos e objectivos do presente estudo	43
Tabela 5 – Objectivos dos módulos constituintes do programa	49
Tabela 6 – Apresentação do módulo cognitivo (actividades e objectivos).....	50
Tabela 7 – Apresentação do módulo social (actividades e objectivos)	51
Tabela 8 – Apresentação do módulo emocional (actividades e objectivos)	51
Tabela 9 – Análise descritiva dos resultados obtidos para cada instrumento utilizado. .	54
Tabela 10 – Matriz de correlações de Pearson	56
Tabela 11 – Análise descritiva dos resultados obtidos pelas duas amostras.	57
Tabela 12 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos nos vários instrumentos em função da satisfação com a relação com os familiares.	59
Tabela 13 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos nos vários instrumentos em função da satisfação com a relação com os amigos.	60
Tabela 14 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos nos vários instrumentos em função da frequência com que contacta a família.	61
Tabela 15 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos na Escala de Solidão ...	63
Tabela 16 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos na Escala de Depressão	63
Tabela 17 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos na Faceta Geral.....	64
Tabela 18 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos no Domínio Físico	64
Tabela 19 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos no Domínio Psicológico.. ..	65
Tabela 20 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos no Domínio Relações Sociais.	66
Tabela 21 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos no Domínio Ambiente.....	66
Tabela 22 – Análise descritiva dos resultados obtidos nos itens do questionário.	67

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 O Aumento da População Idosa

O envelhecimento da população é um fenómeno de amplitude mundial, a OMS (Organização Mundial de Saúde) prevê que em 2025 existirão 1,2 biliões de pessoas com mais de 60 anos (OMS, 2001 cit. por Sousa, Galante e Figueiredo, 2003). Portugal não é excepção a este panorama, de acordo com os dados recentes do INE (Instituto Nacional de Estatística), relativamente às projecções para os próximos 50 anos, em Portugal o índice de envelhecimento da população aumentará. Reduzir-se-á a proporção de jovens (de 15,3% em 2008 para 11,9% em 2060), e ocorrerá um aumento considerável da percentagem de população com 65 ou mais anos de idade (passando de 17,4% em 2008 para 32,3% em 2060) (Instituto Nacional de Estatística, 2009).

Dada a tendência para o crescimento da população idosa, Portugal enfrenta actualmente uma realidade que começa a ganhar um impacto social relevante: baixas taxas de natalidade e de mortalidade, com o aumento significativo dos idosos no conjunto da população do país (Paúl e Fonseca, 2005). Estes acontecimentos reforçam a urgência de desenvolver meios para melhor atender às dificuldades deste grupo populacional em crescimento. Salientam também a conveniência de promover um envelhecimento associado ao conceito de bem-estar e de qualidade de vida (Sousa e col., 2003).

Desta propensão sobressai o interesse científico e social de indagar as condições que intervêm no bem-estar durante o envelhecimento e os agentes ligados à qualidade de vida nesta fase. A aquisição de dados de caracterização da qualidade de vida e do funcionamento emocional e social dos idosos, do ponto de vista dos próprios idosos, pode ser o ponto de partida para activar meios ajustados a essa população, meios esses que possibilitem alcançar um envelhecimento bem sucedido e um nível superior e melhor de qualidade de vida. Ou seja, investigações sobre estas temáticas são importantes para responder às necessidades da população idosa, e desenvolver opções e acções de intervenção na área da saúde do idoso.

1.2 O Processo de Envelhecimento

Com o avançar da idade, o organismo desgasta-se, a esse processo chamamos envelhecimento. O envelhecimento humano e demográfico é considerado um dos problemas mais importantes das sociedades contemporâneas. Este exige a necessidade de conhecimento da velhice, contudo esta é muito heterogênea e precisa de ser estudada pela sua diversidade.

No processo de envelhecimento está presente a interação de determinantes internos como o património genético, e determinantes externos, como o estilo de vida, a educação e o ambiente em que o idoso vive (Figueiredo, 2007). Uma das características do envelhecimento é a variabilidade inter e intra-individual. Assim, podemos ver o envelhecimento como uma experiência subjectiva, pois está profundamente relacionado com as vivências de cada sujeito e também com as crenças e as práticas associadas à velhice.

1.3 Envelhecimento e Perdas

A velhice caracteriza-se pela mudança de papéis e pela perda de alguns deles, tais como a perda do estatuto profissional, mudança nas relações familiares e nas redes sociais (Figueiredo, 2007). Essas mudanças são inevitáveis pois a velhice é uma etapa especialmente intensa de perdas afectivas (perda de papéis, filhos que saem de casa, reforma, viuvez, etc.). Como tal, o desafio principal do envelhecimento é o confronto com essas perdas, o que vai exigir um esforço por parte do idoso para adaptar-se a essas situações para manter a qualidade de vida desejada.

Segundo Fernández-Ballesteros e Izal (1993) uns dos acontecimentos mais marcantes, nesta fase do ciclo de vida, é a extinção da actividade laboral, que leva a uma certa inactividade. O tempo que antes era investido na actividade profissional pode ser encarado negativamente pelo idoso, já que suas rotinas estão alteradas. Assim, essa inactividade pode ter repercussões negativas na saúde e no bem-estar do idoso.

Também existe a crença que a partir da reforma do indivíduo inicia-se a velhice, e que tal corresponde a uma perda, declínio e deterioração das capacidades funcionais. Crença esta que não corresponde à realidade, a reforma marca a perda de papéis sociais activos (Figueiredo, 2007), mas não a deterioração mental. Esta mudança de papéis

implica a diminuição de recursos económicos, a diminuição de oportunidade de contactos sociais e um maior tempo livre. O grande desafio centra-se em reorganizar o seu quotidiano (Sousa, Figueiredo, e Cerqueira, 2004). Todas as mudanças despoletadas pela reforma vão permitir ao sujeito uma nova reformulação de valores, rotinas e objectivos (Figueiredo, 2007). O idoso deverá descentrar-se da profissão e centrar-se na vida familiar e em ocupações de tempos livres que fomentem o envolvimento e a participação social.

Como já referido, outros acontecimentos marcantes nesta fase são: as perdas, o afastamento dos familiares, com a saída dos filhos de casa, os pais enfrentam um novo desafio, entrando numa nova fase do ciclo vital, a família pós-parental (Figueiredo, 2007); perda de pessoas queridas (provocando sentimentos de solidão) e desânimo. Tal poderá conduzir ao aparecimento de perturbações comportamentais reactivas que têm uma maior incidência nesta idade, como por exemplo, a depressão.

De um modo geral, com o passar da idade as relações sociais e a troca de apoio social diminuem. Deste modo, o sentimento de solidão surge associado à diminuição das redes sociais. É um conceito que se encontra fortemente relacionado com o isolamento social e com o viver só (Sousa e col., 2004). As próprias transformações económicas, sociais e familiares em conjunto com as mudanças e/ou perdas de competências intelectuais e funcionais, têm repercussões na auto-estima, no bem-estar e na qualidade de vida (Parente e col., 2006 cit. por Santos, 2008).

1.3.1 A Solidão

A solidão é um fenómeno complexo de significado amplo e subjectivo, sobre o qual existem diversas abordagens teóricas e metodológicas que têm realçado diferentes causas e manifestações da mesma. É fundamental fazer uma revisão sobre algumas das definições de solidão, para melhor compreender este fenómeno, de modo a ajudar a conhecer as formas de a evitar, ou de a combater quando já estabelecida.

Neto (2000) refere que apesar de vários autores terem tentado definir o conceito solidão, não há uma definição que seja mundialmente aceite pelos especialistas. Este termo tem significado intuitivo para a maior parte das pessoas (Neto, 1992). Todavia, segundo Peplau e Perman (1982, cit. por Neto, 1992; 2000) nas definições atribuídas à solidão, há três aspectos comuns que são partilhados por outras definições presentes na literatura: (1) a solidão é uma experiência subjectiva que pode não estar relacionada com o isolamento objectivo; (2) esta experiência subjectiva é psicologicamente

desagradável para o indivíduo; (3) a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente.

Num estudo realizado na população em geral, Rubenstein e Shaver (1982, cit. por Neto, 2000), através de um inquérito, encontraram quatro conjuntos de sentimentos que as pessoas diziam ter quando estão sós: desespero, depressão, aborrecimento impaciente e autodepreciação. Sendo que, associados a estes quatro principais aparecem outros tantos sinónimos, por exemplo, no desespero também temos: terror, desamparo, abandono, entre outros. Este vasto número de sentimentos susceptíveis de associarem-se à solidão dá-nos conta da sua complexidade.

Segundo Neto (2000), têm sido identificadas diversas formas de solidão associadas a diversos sentimentos. Por exemplo, Weiss (1973, cit. por Neto, 1992; 2000) distinguiu a solidão social, em que uma pessoa se sente insatisfeita e solitária por causa da falta de uma rede social de amigos e de pessoas conhecidas, da solidão emocional, em que se está insatisfeito e solitário por causa de uma relação pessoal, íntima. O mesmo autor refere que a solidão emocional é a forma mais dolorosa de isolamento. Esta também é vivenciada por alguns idosos, principalmente aqueles que não têm uma companhia íntima.

Num estudo sociológico da solidão, Ussel (2001, cit. por Fernandes, 2007) refere que é necessário tomar em consideração que o trabalho e a família são os dois eixos centrais que estruturam e definem a existência humana. Assim, o suceder de uma qualquer transformação nestes dois eixos, pode originar diversos problemas, quer de âmbito instrumental, quer emocional, entre os quais se deve incluir o sentimento subjectivo de solidão.

Ao fazer uma revisão da literatura constata-se que a solidão é um conceito vago, influenciado por determinantes sociais, pessoais e situacionais. Como pode-se compreender, a solidão tem muitos significados que derivam da forma como cada pessoa diante de cada situação avalia o seu estado de solidão, e do modo como lida com a mesma.

A Solidão nos Idosos

Com o avançar da idade a maioria das pessoas idosas reduzem a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos ao nível da integração social e familiar, e ao nível da saúde física e psíquica.

Neto (1993 cit. por Melo e Neto, 2003) menciona que a satisfação com a vida está negativamente ligada com a solidão. Estudos empíricos comprovaram que as pessoas que estão mais satisfeitas com a vida encontram-se habitualmente melhor adaptadas e libertas de patologias.

Um estudo desenvolvido por Savikko e colaboradores (2005, cit. por Fernandes, 2007) em 2002, na Finlândia, com uma amostra de 3915 indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 75 anos, deu uma grande colaboração para a investigação da solidão. Estes autores fizeram a análise da prevalência da solidão e das atribuições causais de que essa solidão é alvo. Os dados obtidos evidenciaram que 39% da amostra reportava sentimentos de solidão, sendo que 5% sofria de solidão frequentemente ou sempre. A sensação subjectiva de solidão, era geralmente mais sentida entre os idosos mais velhos que viviam em zonas rurais, do que entre os que viviam nos grandes centros urbanos. Neste mesmo estudo, os autores também concluíram que existem agentes considerados potencializadores de solidão, sendo eles o fraco estado físico a nível funcional, a viuvez e baixos rendimentos. Por último, referiram que as causas subjectivas mais comuns para sofrer de solidão são as próprias doenças, a morte do companheiro e a falta dos amigos.

Estas conclusões vão ao encontro da opinião defendida por Neto (1999): a reforma, a viuvez, e a diminuição de saúde privam as pessoas de muitos papéis e relações essenciais em torno dos quais as suas identidades tinham sido construídas. Estes parecem constituir-se como os principais determinantes da solidão nos idosos.

No entanto, relativamente às diferenças encontradas entre os idosos residentes em meio rural e em meio urbano, os estudos portugueses vão no sentido contrário destes resultados. Num estudo comparativo sobre a qualidade de vida e suporte social com idosos do meio rural e do meio urbano, Lopes (2004, cit. por Ferreira, 2009) observou que no meio rural a percepção de suporte social recebido era maior que no meio urbano. Também Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005) verificaram a mesma situação ao compararem as subamostras rural e urbana. Além disso, observaram que os idosos de meio rural têm uma rede mais alargada de familiares e amigos.

Num estudo realizado por Sequeira e Silva (2003) com o objectivo de investigar quais os níveis de bem-estar de um grupo de idosos residentes em meio rural e identificar que variáveis se constituem como mais importantes para o bem-estar destes idosos, os autores verificaram que os meios rurais podem tornar-se um ambiente privilegiado de envelhecimento, uma vez que promovem as redes de relação, há maior contacto, e uma maior rede de vizinhança, o que dita maior apoio instrumental,

emocional e psicológico. Logo, nos meios rurais o nível de solidão tende a ser menor que nos meios urbanos.

Em relação ao estado civil, no estudo já citado de Sequeira e Silva (2003), os autores verificaram que esta característica demográfica influenciou os resultados. Estes observaram diferenças significativas entre casados e viúvos, onde o grupo de idosos casados manifestou menos sentimentos de solidão. Além disso, esse mesmo grupo avaliou subjectivamente de forma mais positiva o ambiente e o apoio das redes sociais, e apresentou níveis mais elevados de bem-estar do que os viúvos.

Sequeira e Silva (2003) viram também que o grupo que percepção um contacto muito frequente com a família revela uma atitude mais positiva face ao próprio envelhecimento do que o grupo que afirma ter pouco contacto com a família. Estes autores referem que outros estudos, nomeadamente Chatters (1988), chegaram a conclusões idênticas em que a situação de casado é um preditor de bem-estar.

O maior trauma com que se confrontam as pessoas idosas é a morte de um cônjuge¹. No entanto, se estas pessoas idosas dispuserem de fortes redes de apoio social consolam-se com a perda com mais sucesso (Neto, 1999).

Segundo Weiss (1973 cit. por Neto, 2000) as pessoas que não estão casadas sofrem mais de solidão que as casadas. Caracteristicamente, são as mulheres que ficam viúvas, pois têm maior esperança de vida que os homens. Um estudo realizado por Gubrium (1974, cit. por Neto, 2000) concluiu que a solidão nas mulheres não casadas era maior nas pessoas viúvas e divorciadas que nas solteiras. A solidão parece, pois, ser determinada mais pela perda de uma relação conjugal que pela sua ausência. No estudo exploratório e descritivo realizado por Fernandes (2007), o autor também observou numa população de idosos que os viúvos e os solteiros apresentavam maior percepção da solidão familiar que os casados.

Paúl (1991, cit. por Fernandes, 2007) refere que a viuvez é frequentemente associada à solidão, o que se deve principalmente à perda de uma relação íntima muito particular. Essa perda pode gerar sentimentos de solidão e de abandono, sendo às vezes os próprios idosos a privarem-se do convívio e da participação social activa. Na viuvez também aparecem os sintomas depressivos, não só pela dor da perda, mas também pelo isolamento social a que ficam sujeitas. Christensen (1992, cit. por Ramos, 2002) vai

¹ Assume-se conjugalidade, união de facto, casal e relação continuada como reflectindo a mesma situação de estado civil.

mais além e diz-nos que as pessoas casadas têm melhor saúde que as pessoas com outros estados civis.

A solidão também pode ser evidenciada após a ruptura com a actividade laboral, pois dá-se um declínio no padrão de vida e a perda de utilidade social. Tal como Neto (1999) afirma, a reforma conduz a várias perdas, nomeadamente, perda de rendimento, de prestígio, do sentido de competência e utilidade, e muitas vezes, de alguns contactos sociais. É neste sentido que a reforma favorece o isolamento social, a inactividade e a depressão. A retirada do mundo do trabalho tem efeitos a nível económico, gerando no idoso uma quebra no rendimento, e pode levar a um sentimento de falta de importância e utilidade que pode ter consequências ao nível da auto-estima e do bem-estar.

Como podemos constatar, na terceira idade ocorrem transformações ao nível dos papéis sociais, exigindo adaptação do idoso às novas condições de vida (Figueiredo, 2007). É aqui que as relações sociais têm um papel fundamental na prevenção da solidão e na promoção do envolvimento social. Segundo Ramos (2002), o contacto com outras pessoas pode levar à adopção de hábitos saudáveis, e contribuir para o aumento de um sentido de controlo pessoal, actuando claramente no bem-estar psicológico.

Vários autores averiguaram nos seus estudos a importância das relações sociais, e observaram que estas oferecem suporte social, influenciando positivamente o bem-estar psicológico e a saúde percebida. Além disso, reduzem o isolamento social (e a solidão) e aumentam a satisfação com a vida (Carvalho e col., 2004 cit. por Resende, Bones, Souza e Guimarães, 2006; Ramos, 2002; Sequeira e Silva, 2003; Paúl, 2005; Carneiro, Falcone, Clark, Prette e Prette, 2007).

1.3.2 A Depressão

A depressão é considerada hoje em dia, um problema de saúde importante que atinge pessoas de todas as idades, conduzindo a sentimentos de tristeza e isolamento social (Martins, 2008). Mas a depressão é muito mais do que um sentimento. Ela pode ser uma doença mental grave e incapacitante, interferindo em todos os aspectos do dia-a-dia de uma pessoa. Uma pessoa deprimida pode manifestar mudanças cognitivas e comportamentais características desta desordem emocional: falta de motivação, perturbações na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, problemas de sono, perda de gosto pela vida, fraqueza física, dificuldade de convívio com amigos, colegas e familiares (Zimmerman, 2000). Pode ainda mostrar-se apática, desmotivada e muito sensível aos acontecimentos

negativos da vida. Porém, é nas idades avançadas que a depressão compreende elevados índices de morbidade e mortalidade, pois adopta formas atípicas, muitas vezes de difícil diagnóstico e, conseqüentemente, de difícil tratamento (Martins, 2008).

A Depressão no Idoso

Do ponto de vista vivencial, como já vimos anteriormente, o idoso está numa situação de perdas continuadas. Segundo Ballone (2002, cit. por Martins, 2008) estas perdas despertam, muitas vezes, sentimentos de desânimo e tristeza que acabam por originar síndromes depressivas. Também a adaptação individual ao processo de envelhecimento pode tornar a pessoa mais vulnerável à depressão (Martins, 2008). Segundo Fernandes (2000), a depressão no idoso relaciona-se igualmente com o contexto social em que este está inserido. Em qualquer situação, a manifestação, ou não, de um estado depressivo relaciona-se com o tipo de reacção ao envelhecimento.

Geralmente, a depressão traz alguns efeitos que prejudicam a vida do idoso (Zimerman, 2000). Na área intelectual, ocorre a diminuição de capacidades e perturbações de memória que dificultam a aprendizagem. Na área social, ocorre o afastamento dos grupos, a perda de estatuto, o abandono, o isolamento. Do ponto de vista somático, podem ocorrer problemas cardíacos, pulmonares e gastrointestinais.

Segundo Marques e col. (1989 cit. por Fernandes, 2000), existem três grandes determinantes que são comumente importantes no surgimento da depressão nos idosos: (a) determinantes ambientais, nomeadamente, o isolamento e a falta de convívio social, a ausência de trabalho, a morte do cônjuge, e a desvalorização social e profissional; (b) determinantes genéticos predisponentes para a depressão em idades tardias; e (c) determinantes orgânicos que se referem à enorme variedade de doenças orgânicas que podem apresentar sintomas desta natureza.

No seu trabalho, Fernandes (2000) menciona vários estudos que nos falam da prevalência da depressão no idoso em Portugal. Num estudo realizado numa comunidade idosa no norte de Portugal, Barreto (1984) encontrou uma prevalência de 25% de depressão. Também Valente (1991) realizou um estudo com os idosos que frequentavam os centros de saúde de Lisboa, e obteve uma prevalência de 35%. Já Seabra e col. (1991) num estudo realizado com idosos reformados no Algarve concluiu, inesperadamente, que existe uma prevalência 72% de depressão. Também Serra e Gouveia (1977), em Unhais da Serra, estudaram um grupo de reformados, observaram que 40% dos homens tinham perturbações afectivas e que esta percentagem era

ligeiramente mais baixa nas mulheres. A autora concluiu, assim, que a depressão parece ser a perturbação psíquica mais frequente nos idosos.

Fernandes (2000) realizou um estudo com o objectivo de conhecer diversos aspectos da depressão no idoso de uma zona rural. Analisou três grupos de idosos: grupo A - (78) idosos internados, grupo B - (50) idosos utentes do centro dia, e grupo C - (76) idosos residentes no domicílio. Verificou que apesar de em todos os grupos a maior concentração ser de não deprimidos, o grupo de deprimidos foi maior no grupo A (38,46%), médio no grupo B (32,00%) e menor no grupo C (22,36%). Além disso, também verificou que a depressão é mais frequente em idosos solteiros, e mais baixa em idosos reformados por limite de idade.

Num estudo realizado por Lopes (1988, cit. por Fernandes, 2000) com seis grupos de idosos com diferentes características, o autor observou um maior número de depressões nos idosos que não trabalham, e que a ocupação e a actividade exercem um papel relevante na prevenção da depressão. Logo, concluiu que a incidência da depressão nos idosos depende da sua condição sócio-profissional.

Num estudo de Blazer e col. (1992, cit. por Fernandes, 2000) em que foi analisado a influência do local de residência no aparecimento de perturbações afectivas como a depressão, os autores verificaram que os idosos residentes em áreas urbanas apresentaram valores mais elevados de perturbações do que os residentes em áreas rurais. Ou seja, o meio urbano exerce uma acção intensa sobre o desenvolvimento de depressões.

Além destes, outros autores nomeiam outras variáveis que influenciam a prevalência de depressão. Sendo, por exemplo, assinalada uma relação directa entre relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional, e uma relação inversa entre esses determinantes e a depressão (Fleck e col., 2002; Xavier e col., 2001, cit. por Carneiro e col., 2007).

A depressão e o funcionamento cognitivo

Como já vimos a depressão e a solidão podem estar relacionadas, uma vez que o aumento do nível de solidão pode levar ao aumento da depressão e vice-versa. Por sua vez, a depressão acompanha-se com muita frequência de perturbações de memória e do funcionamento cognitivo, como tal, é necessário abordar um pouco esta temática.

Segundo Nunes (2008), a depressão tem um efeito inegável sobre o desempenho da memória, sendo esta uma das principais queixas das pessoas com depressão. A

depressão pode afectar a memória de várias formas, por exemplo, a sensação de cansaço e de fadiga que está associada à depressão pode comprometer o desempenho das capacidades cognitivas nomeadamente da memória. Além deste, também os aspectos motivacionais da memória podem estar alterados, na medida em que as pessoas podem simplesmente despende menos esforço do que o necessário para a tarefa de recuperação da informação (Lezak, Howieson e Loring, 2004 cit. por Nunes, 2008).

1.3.3 As Perdas Cognitivas

O processo de envelhecimento está associado a uma série de alterações cerebrais que conduzem a mudanças nas capacidades cognitivas, nomeadamente no que respeita ao funcionamento da memória. Segundo Lindeboom e Weinstein (2004, cit. por Nunes, 2008), o declínio que se observa nas capacidades cognitivas não é igual em todos os idosos. Conforme aumenta a idade, aumenta a variabilidade na pontuação dos testes que avaliam a cognição e, na maioria dos casos, a pontuação diminui. Ou seja, o desempenho nos testes tende a apresentar uma correlação negativa com a idade.

É necessário ter em consideração que o envelhecimento não provoca um declínio generalizado da cognição. As funções cognitivas que mais podem sofrer o efeito da idade são a atenção, a memória, a capacidade perceptiva e espacial, as funções executivas e a velocidade de processamento (Lindeboom, 2004 cit. por Nunes, 2008).

O declínio cognitivo ligado à idade é um processo dinâmico que afecta vários domínios, mas observa-se uma grande variabilidade dentro do mesmo grupo etário, que pode ser reflexo de diferentes condições pré-mórbidas que afectam a cognição (Nunes, 2008). Segundo Anstey e Christensen (2000, cit. por Nunes, 2008), o declínio cognitivo está associado a agentes de saúde e de estilo de vida prévios, especialmente no que respeita a agentes de risco vascular.

Similarmente, Spar e La Rue (2005) mencionam a existência de algumas variáveis que influenciam o grau de alteração cognitiva que as pessoas manifestam com a idade. Na literatura são mais frequentemente citadas: a) os factores genéticos que explicam cerca de 50% da variabilidade cognitiva na chamada terceira idade; b) a saúde, uma vez que as pessoas saudáveis apresentam menos alterações cognitivas; c) o nível de instrução, pois é sabido que um nível de instrução mais elevado funciona como um factor protector das funções cognitivas; d) a actividade mental, visto que as actividades mentalmente estimulantes apresentam uma correlação com melhor desempenho cognitivo; e) a actividade física, pois a boa forma aeróbica está relacionada com uma

melhor preservação das aptidões cognitivas; e f) a personalidade e o humor podem também influenciar positiva ou negativamente áreas como a memória ou a atenção.

Como já foi dito, as queixas de perda de memória são frequentes entre os idosos. No entanto, nem todos os componentes da memória são afectados pelo envelhecimento. Tanto Berger (1995) como Spar e La Rue (2005) referem que as principais modificações da memória e da aprendizagem ao longo da senescência são: o declínio da memória a curto prazo (que inclui a memória de trabalho), a deficiência na organização da informação, e a diminuição da capacidade de recuperar a informação armazenada na memória recente. Ainda que a capacidade de armazenamento se encontre intacta, existe um declínio dos desempenhos mnésicos relativos à memória recente devido a défices de codificação e recuperação (Fontaine, 2000).

Spar e La Rue (2005) acrescentam ainda que, possivelmente, a mudança cognitiva mais frequentemente produzida durante o envelhecimento é a diminuição da velocidade de processamento de informação e da acção, o que pode ter repercussões na atenção e na memória. Segundo os mesmos autores há uma conservação da memória a longo prazo (excepto na entrada de novos dados para esta), ou seja, as informações armazenadas e consolidadas há bastante tempo aparentam manter-se conservadas independentemente da idade (Fontaine, 2000). Também há uma conservação da capacidade de aprendizagem. Os idosos são capazes de adquirir novos conhecimentos se colocados nas situações apropriadas, isto é, em situações em que o factor tempo não é primordial. Além disso, na maioria dos casos, a aprendizagem depende mais da motivação do que da memória (Berger, 1995). No que respeita à atenção, os idosos permanecem com a mesma capacidade de manutenção da atenção sobre um determinado assunto, podendo apresentar algumas dificuldades para repartirem a atenção por vários tópicos (Spar e La Rue, 2005).

Conjuntamente, importa referir que nem todas as capacidades cognitivas decrescem com a mesma rapidez nem com o mesmo grau de severidade. Os efeitos negativos das perdas são muitas vezes colmatados pela experiência do sujeito que lhe permite, em situações reais, contornar os défices. E pela denominada plasticidade cognitiva que se refere às aprendizagens e estratégias que permitem compensar os défices cognitivos existentes (Rodrigues, 2006). Estudos recentes apontam para a conclusão de que o eventual declínio das capacidades cognitivas ocorra mais pela falta de uso e de estimulação, do que devido a uma deterioração irreversível (Rodrigues, 2006).

Também Fernández-Ballesteros (2009) concluiu que a actividade cognitiva diária e as actividades sociais e de lazer têm um efeito positivo no funcionamento cognitivo e são um factor protector contra a deterioração cognitiva. Há grande plasticidade cognitiva e capacidade de reserva tanto ao longo da vida como na velhice, sendo que estas podem melhorar através da intervenção com programas de estimulação cognitiva quer em pessoas com demência, quer em pessoas idosas saudáveis.

1.4 A Qualidade de Vida

A saúde é uma área fulcral da qualidade de vida, como tal, tem-se verificado um crescimento no interesse por este conceito. O conceito qualidade de vida foi introduzido na área da saúde aquando da mudança da abordagem da saúde, de uma ênfase biomédica da saúde, para uma ênfase biopsicossocial (Paúl e col., 2005). Ou seja, as intervenções médicas passaram a integrar a melhoria do bem-estar geral nos seus resultados a partir da altura em que a OMS definiu saúde “como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (Fleck, Lousada, Xavier, Chachamovjch, Vieira, Santos, e Pinzon, 1999b).

1.4.1 A Qualidade de Vida Apresentada pelo Grupo WHOQOL

O conceito qualidade de vida definido pelo grupo WHOQOL apareceu, no início da década de 90, quando se começou a reconhecer a importância deste conceito para a promoção da saúde física e mental e para o bem-estar social das pessoas (Carneiro, Falcone, Clark, Prette, e Prette, 2007). O termo surgiu da necessidade de uma definição do conceito qualidade de vida, e do desenvolvimento de instrumentos de avaliação deste conceito, com base científica. Nessa altura a OMS reuniu um conjunto de peritos de diversas culturas, para responder a esta necessidade (Canavarro, Simões, Pereira e Pintassilgo, 2005).

Embora não haja um consenso a respeito do conceito de qualidade de vida, há concordância considerável entre os pesquisadores de diferentes culturas acerca de três características deste constructo *qualidade de vida*: (1) subjectividade (depende das percepções da pessoa); (2) multidimensionalidade (inclui, pelo menos, três dimensões, a física, a psicológica e a social); (3) presença de dimensões positivas (ex. autonomia) e negativas (ex. dependência) (Fleck e col., 1999a).

Este consenso levou à definição de qualidade de vida como "a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações" (WHOQOL GROUP, 1994, cit. por Fleck e col., 1999b). Esta definição expressa um conhecimento amplo e complexo de qualidade de vida, que engloba a saúde física, o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e a relação com as características do meio envolvente (em que o indivíduo está inserido) (WHOQOL Group, 1995, cit. por Canavarro e col., 2005).

Quanto à necessidade de um instrumento de avaliação deste conceito dentro de uma perspectiva transcultural para uso internacional, o grupo WHOQOL desenvolveu, inicialmente, um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões (o WHOQOL-100) (Canavarro e col., 2005). A necessidade de instrumentos curtos que requeressem pouco tempo para seu preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, fez com que o grupo WHOQOL desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. O WHOQOL-bref consta de 26 questões, sendo duas questões gerais de qualidade de vida e as demais 24 representam cada uma das 24 facetas que compõe o instrumento original (Fleck e col., 2000).

Com estes avanços na investigação, a qualidade de vida passa a ser vista como um sentimento de bem-estar pessoal, associado a determinados indicadores objectivos, nomeadamente biomédicos, psicológicos e sociais, e indicadores subjectivos, pois tem em conta a opinião que cada indivíduo possui sobre a satisfação com a sua vida.

Segundo Santos e col. (2002 cit. por Santos, 2008) ter qualidade de vida é beneficiar de um misto de condições onde os indivíduos conseguem desenvolver ao máximo as suas potencialidades, vivendo, sentindo, trabalhando e produzindo.

Resumindo, a qualidade de vida evoluiu desde uma concepção em que se evidenciavam os aspectos objectivos de nível de vida, passando por uma concepção onde predominavam os aspectos subjectivos, até à concepção actual onde estão presentes a subjectividade e o carácter multidimensional da qualidade de vida (Castellón, 2003, cit. por Fonseca, 2005).

1.4.2 A Qualidade de vida nos Idosos

A partir do momento em que a qualidade de vida passou ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento, surgiu uma crescente preocupação e investigação no âmbito da qualidade de vida das pessoas idosas. Também o crescente

envelhecimento da população tem vindo a fomentar o interesse por esta temática (Paúl e Fonseca, 2005).

Jacob (2007) ao fazer uma revisão de estudos sobre a qualidade de vida dos idosos observou que esta está dependente sobretudo dos seguintes determinantes: a) possuir autonomia para executar as actividades do dia-a-dia; b) manter uma relação familiar e/ou com o exterior regular; c) ter recursos económicos suficientes; e d) realizar actividades lúdicas e recreativas constantemente.

Apesar destas conclusões, temos de ter sempre em conta que a qualidade de vida varia de pessoa para pessoa, consoante o contexto social, as experiências de vida e outros determinantes pessoais. Além disso, os idosos estão sujeitos a estas e outras circunstâncias específicas do processo de envelhecimento que podem levar a uma diminuição da qualidade de vida. Na literatura encontramos, além dos já referidos, ainda outros determinantes, nomeadamente, o estilo de vida, os apoios sociais e de saúde, a disposição, a espiritualidade, as redes sociais, o desempenho de actividades, o bem-estar físico, emocional, cognitivo e social (Sousa e col., 2004; Paúl e Fonseca, 2005; Santos, 2008). Ou seja, a maior ou menor qualidade de vida das pessoas idosas está muito dependente do contexto e das circunstâncias em que as pessoas vivem.

No âmbito do Projecto WHOQOL-OLD foi realizado um estudo por Fleck e col. (2003) com o objectivo de avaliar as condições que permitem uma boa qualidade de vida na velhice. Neste estudo foram entrevistados quatro grupos de idosos (1) saudáveis com idades compreendidas entre os 60 e os 80 anos, (2) doentes com essas mesmas idades, (3) saudáveis com mais de 80 anos e (4) doentes com mais de 80 anos; e um grupo de cuidadores de idosos. Estes autores puderam observar que, quando foram colocadas questões abertas em relação à definição e aos aspectos positivos e negativos de qualidade de vida, os grupos mostraram uma propensão para a associação entre qualidade de vida e bem-estar. Verificaram também que existem certos aspectos de qualidade de vida que são notados em todos os grupos de idosos, tais como saúde, sociabilidade, suporte social, actividade física, possibilidade de dar suporte e apoio e sentimento de utilidade. Aspectos estes que vêm reforçar a ideia da multidimensionalidade do conceito qualidade de vida.

Bowling (1995, cit. por Fleck e col., 2003) realizou um estudo onde questionou os idosos sobre o que julgavam importante na determinação da qualidade de vida. Foram entrevistadas pessoas de várias idades, da comunidade, com e sem doenças. O autor constatou que, os idosos distinguem-se das outras faixas etárias unicamente por

atribuírem menor utilidade às actividades laborais, e maior importância à saúde que os jovens.

A importância dos relacionamentos sociais como recurso na qualidade de vida tem sido corroborada por vários autores na literatura (Krause, 2001, Bosworth e Schaie, 1997, Krause, 1997, Bowling, Banister e Sutton, 2003, cit. por Paúl e col., 2005). Além disso, a interacção social pode contribuir para a adaptação ao envelhecimento. Segundo Paúl e col. (2005) as redes de suporte social não surgem associadas à satisfação de vida dos idosos, mas estão claramente ligadas à qualidade de vida (no seu todo e nos seus vários domínios). Segundo Paúl e col. (2005) “satisfação de vida” e “qualidade de vida” são conceitos diferentes, pois a satisfação de vida é uma variável intra-psíquica relacionada a características de personalidade, enquanto a qualidade de vida está ligada a variáveis sócio-demográficas, físicas e de contexto. Também Heller e col. (1991, cit. por Ferreira, 2009) referem que estudos com idosos têm comprovado uma interacção entre as variáveis redes sociais e saúde física e mental.

1.5 Envelhecimento em Meio Rural e em Meio Urbano

As capacidades de adaptação dos idosos diminuem conforme a pessoa envelhece, o idoso fica mais sensível ao meio ambiente que é um determinante na promoção do bem-estar. Ou seja, os comportamentos e os afectos vão sendo cada vez mais influenciados por agentes externos ao indivíduo (Lawton, 1983, cit. por Sequeira e Silva, 2003). Segundo o modelo ecológico de Lawton (1983, 1989 cit. por Sequeira e Silva, 2003; Fonseca, 2005) o comportamento é transaccional, ou seja, apenas pode ser entendido em função das variáveis presentes, só sendo inteligível na dinâmica das relações pessoa/ambiente. Este modelo propiciou conhecimentos que possibilitam afirmar que o contexto de residência tem um papel fundamental na compreensão do envelhecimento e no esclarecimento do porquê de alcançar (ou não) um envelhecimento bem-sucedido.

Lawton (1989 cit. por Fonseca, 2005) afirma ainda que, de uma maneira global, o ambiente rural fomenta menos pressão sobre os idosos (a confusão nas ruas é pouca, roubos e agressões são raros ou inexistentes, e o sentimento de segurança é maior). Muitos dos idosos que aqui habitam continuam a cuidar dos seus animais e de parcelas de terrenos, conservando-se activos e habilitados até que a força física o possibilite. Estes vivem em maior consonância com o ambiente do que os idosos urbanos (Fonseca,

Paúl, Martin e Amado, 2005). Melo e Neto (2003) referem ainda que no meio rural o idoso tem um nível de vida melhor, com mais bem-estar e menos carências. Aqui o idoso é mais autónomo, ainda trabalha e todos são mais ou menos conhecidos entre si.

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

Como pudemos ver atrás, o processo de envelhecimento é em parte determinado pelo contexto social em que a pessoa envelhece. Isto é, as alterações físicas, psicológicas e sociais que podem surgir com o envelhecimento podem ser atenuadas ou aumentadas pelo contexto em que o idoso se inclui. Dependendo das características de cada sujeito específico, as características ambientais podem actuar quer como barreiras, quer como facilitadoras de certos comportamentos.

Para Sequeira e Silva (2003) o contexto sócio cultural em que a pessoa idosa se insere (mais do que a idade do idoso) pode ser determinante para o desenvolvimento da capacidade de reestruturação e manutenção da saúde intelectual e mental através de estratégias adequadas.

Na literatura são escassos os estudos que focalizam as disparidades da influência dos diferentes contextos de residência dos idosos na qualidade de vida, na depressão e na solidão.

Num estudo comparativo sobre a qualidade de vida e suporte social com idosos do meio rural e do meio urbano, Lopes (2004, cit. por Ferreira, 2009) observou que, quanto ao suporte social, foi o meio rural que mostrou uma maior percepção de suporte social recebido. Simultaneamente, este autor presenciou a existência de correlações positivas entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social.

Similarmente, Paúl e col. (2005) avaliaram a satisfação e qualidade de vida em idosos de meio rural e de idosos de meio urbano. Ao compararem as subamostras rural e urbana verificaram que os idosos do meio rural apresentaram maior percepção de suporte social recebido, e uma rede de familiares e amigos mais alargada. Sendo que a justificação para este resultado foi a de que essas discrepâncias se devem às diferentes práticas culturais de sociabilidade em ambos os contextos. Acrescentam que no meio

rural a intimidade é mais intensa que no meio urbano e isto pode ter efeitos no bem-estar psicológico do idoso. Neste mesmo estudo, verificaram ainda que, os idosos rurais manifestam um nível de autonomia superior, o que poderá estar associado à vida mais activa que estes levam na pequena agricultura e criação de animais.

Num estudo realizado por Fonseca, Paúl, Martin e Amado (2003, cit. por Fonseca, 2005) em que procuraram avaliar os efeitos do contexto de residência no envelhecimento bem-sucedido, os autores constataram que as atitudes face ao envelhecimento são significativamente mais negativas nos idosos urbanos, e que o índice da satisfação com a vida é mais elevado nos idosos rurais. Após a análise de todos os dados obtidos, os autores atribuíram aos idosos rurais uma condição superior face ao envelhecimento bem-sucedido. Portanto estes mostraram ser mais activos e, apesar de os autores referirem que estes idosos tiveram um nível de participação social baixo, este não é significativo. Pois é necessário ter em conta que neste meio de residência a participação social nunca foi alta nas fases anteriores do ciclo de vida, deste modo, mantêm o mesmo nível durante o envelhecimento. Além disso, muitos destes idosos têm a vantagem de não terem enfrentado a passagem à reforma, pois muitos são agricultores e continuam a exercer a agricultura consoante o que ainda podem fazer.

Alguns estudos (Melo e Neto, 1999; Sequeira e Silva, 2003) sugerem que a grande desigualdade entre o meio rural e urbano, deve-se sobretudo à presença da actividade agrícola junto das pessoas mais idosas no meio rural. Esta é uma actividade que além de fazer com que o idoso a mantenha-se activo, ainda incentiva a sociabilidade, ou seja, é uma actividade que permite aos idosos uma participação activa na comunidade. Além disso, sustenta o sentimento de competência e de utilidade, essenciais à promoção da satisfação de vida.

Sequeira e Silva (2003) obtiveram resultados que vão ao encontro da perspectiva defendida por Rowles (1984, cit. por Sequeira e Silva, 2003) que nos diz que os meios rurais são contextos privilegiados de envelhecimento, uma vez que têm algumas vantagens, tais como: (a) facultar às pessoas maior familiaridade com o meio; (b) favorecem um ritmo de vida mais lento aos idosos, cujos tempos de reacção possam estar lentificados; e (c) maior estabilidade populacional, proporcionando a manutenção dos laços afectivos, maior contacto, e uma maior rede de vizinhança, o que dita maior apoio instrumental, emocional e psicológico. Sequeira e Silva (2003) concluíram que os domínios rurais podem constituir-se como meios favorecidos pela promoção de redes de

relação em que cada sujeito conhece os nomes, vida, saúde dos outros membros da comunidade, reduzindo a ameaça de ficar no anonimato e no esquecimento.

1.6 A Promoção da Saúde

A promoção da saúde baseia-se, essencialmente, em dois pressupostos: (1) os comportamentos em que o ser humano se envolve e as circunstâncias em que vive têm impacto sobre a sua saúde; (2) as alterações adequadas nesses dois domínios (comportamentos e circunstâncias) podem melhorar a saúde.

Tradicionalmente, os programas de saúde têm sido dirigidos à mudança dos comportamentos relacionados com a saúde. No entanto, com o avançar dos estudos, cada vez mais tem-se dado mais consideração às variáveis sociais e ambientais na mediação da saúde, e ao impacto dos factores psicológicos no estado de saúde (Bennett e Murphy, 1999). Assim, para a promoção da saúde temos de ter em conta a complexa interacção entre factores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais.

Como forma a melhor conhecer a opinião genuína das pessoas sobre a saúde, alguns autores realizaram entrevistas informais onde questionaram cada pessoa sobre o que é a saúde. Um dos primeiros estudos sobre estas percepções leigas da saúde foi realizado por Herzlich (1973, cit. por Bennett e Murphy, 1999). Este verificou que as respostas que as pessoas conceptualizavam agrupavam a saúde em três dimensões: ausência de saúde, bem-estar mental e relações sociais. Também Blaxter (1990, cit. por Bennett e Murphy, 1999) realizou um estudo no mesmo sentido e observou que tanto para os homens como para as mulheres de meia-idade a saúde era um estado de bem-estar físico e mental. As mulheres mais velhas definiam a saúde em termos de realização social, incluindo a capacidade para se dar com os outros.

Em Portugal, Reis e Fradique (2001, cit. por Reis, 2005) realizaram um estudo com o objectivo de conhecer se existiam divergências no conteúdo das significações de adultos (divididos em três grupos) quanto aos processos de saúde e doença. Segundo os autores, este estudo teve um resultado interessante pois cerca de vinte por cento dos idosos destacaram o isolamento social e a solidão como causa de doença. Este resultado mostra como algumas pessoas idosas, por experiência própria (de isolamento social), estão conscientes da utilidade da dimensão social no que respeita aos processos de saúde e de doença. O que está em concordância com os resultados anteriores, onde também sobressaiu a importância das relações sociais para a saúde.

Tendo em conta a definição de saúde da OMS (1948) já citada, “como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença”, as acções da promoção da saúde foram além dos propósitos iniciais (dirigidos ao controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da expectativa de vida) e passaram a valorizar identicamente aspectos como o bem-estar e a qualidade de vida (Canavarro e col., 2005). A qualidade de vida, como vimos, é um conceito multidimensional que envolve a saúde social, mental e física. As quantificações de cada uma dessas áreas da qualidade de vida constituem áreas em desenvolvimento na promoção da saúde. Portanto, um dos papéis mais importantes da promoção da saúde deveria ser melhorar activamente a qualidade de vida e o bem-estar, e não simplesmente prevenir a doença (Bennett e Murphy, 1999).

Segundo Navarro (2000, cit. por Torres e Marques, 2008) o termo promoção da saúde tem progredido no sentido de uma redefinição mais abrangente e positiva que coloca a saúde como uma preocupação central no desenvolvimento e realça a capacitação individual para actuar em proveito da própria saúde. Assim, uma boa aposta na promoção da saúde deverá ir além do trabalho ao nível da capacidade física dos indivíduos, e incluir o bem-estar mental e social, onde os determinantes psicológicos e psicossociais associados a agentes de ordem social adoptam um papel basilar.

1.6.1 A Promoção da Saúde no Idoso

O desafio actual da promoção da saúde do idoso é pensar em estratégias para favorecer a ideia de viver mais e melhor, e para proporcionar uma qualidade de vida superior.

Segundo Zimerman (2000) envelhecer é simplesmente passar para uma nova fase da vida, que deve ser vivida da forma mais positiva, saudável e feliz possível. Como em todas as outras faixas etárias, envelhecer também pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Porém, estas alterações poderão ser mais marcantes e mais difíceis de lidar. Tal como nas outras faixas etárias, temos de investir no envelhecer e isso passa pela promoção da saúde e da qualidade de vida dos idosos.

É primordial ajudar o idoso a adaptar-se à nova realidade, pois a sua capacidade de adaptação influencia o seu sucesso ou insucesso (Oliveira, 2008). Esta adaptação vai desde a promoção de uma vida saudável à manutenção das actividades na terceira idade. Sendo que, a presença de um sentimento de satisfação com as suas actividades e com a vida em geral também pode ser um determinante da adaptação. Tudo isto pressupõe que

o idoso envelheça num ambiente activo e saudável, promovendo um contínuo investimento (Simões, 1982, cit. por Oliveira, 2005).

Paschoal (2000, cit. por Santos 2008) enumera alguns determinantes que cooperam para a promoção de uma boa qualidade de vida: envelhecer com autonomia, independência, ter um papel social activo, boa saúde física e psicológica. Sequeira e Silva (2003) no seu estudo, já anteriormente referido, confirmaram a importância destes determinantes, e observaram que os resultados encontrados ajustam-se às teorias que requerem que para o idoso estar bem adaptado, deve sentir-se e manter-se activo, deve ser estimulado pelo meio e fazer parte do que se passa à sua volta. Portanto, o principal objectivo da promoção da saúde e da qualidade de vida no idoso é possibilitar às pessoas que vivam mais e melhor, ou seja, que desfrutem de uma velhice com qualidade de vida.

Associada a estes conceitos está a concepção de Envelhecimento Activo proposta pela OMS em 2002 (cit. por Paúl, 2005). Nesta concepção, o envelhecimento activo é definido como “um processo de optimização de oportunidades para saúde, participação e segurança no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento”. Subjacente a esta definição está a ideia de que para além dos cuidados com a saúde, existem outros agentes que afectam o modo como os indivíduos e a população envelhecem (Katache e Kickbush, 1997 cit. por Jacob, 2007). Os pilares que suportam este conceito são a participação social, a saúde e a segurança social.

O envelhecimento activo pode ter vários determinantes que diferem de autor para autor. Por exemplo, Krause (2001, 1999 cit. por Fonseca, 2005) sugere que o aspecto mais determinante é a disponibilidade de redes de suporte social. Já para Baltes e Carstensen (1996, 1999, cit. por Fonseca, 2005) são basilares os factores psicossociais, a saúde física, as capacidades funcionais e estilo de vida, e as condições biofísicas e condições sociais. Paúl (2005) acrescenta ainda as características do indivíduo, as variáveis comportamentais, económicas, do meio físico e do meio social e ainda a saúde e serviços sociais. Assim, o envelhecimento activo pode ser considerado como o produto do processo de adaptação (a estes determinantes) que ocorre ao longo da vida através do qual se alcança um óptimo funcionamento físico (inclui a saúde), cognitivo, emocional-motivacional e social (Fernández-Ballesteros, 2009). A chave para atingi-lo pode ser a escolha de determinados estilos de vida, que satisfaçam o objectivo de manutenção da integridade física e mental até aos últimos momentos da existência (Baltes e Carstensen, 1996, cit. por Fonseca, 2005).

A OMS propõe um conjunto de políticas para promover o envelhecimento activo, em que a psicologia e os psicólogos estão abrangidos em quatro campos centrais: saúde comportamental e forma física; funcionamento cognitivo; afecto positivo e confronto de problemas; e participação social (Fernández-Ballesteros, 2009). A promoção do envelhecimento activo implica, portanto, a optimização das ditas condições por meio de intervenções bio-médicas, físicas, psicológicas e sócio-ambientais; e supõe a maximização do bem-estar e a qualidade de vida na velhice.

Fernández-Ballesteros (2002, cit. por Fonseca, 2005) defende que é possível e desejável promover e favorecer um envelhecimento activo pela promoção de uma série de condições sociais: manutenção da autonomia, e da independência; aumento da qualidade de vida, e da expectativa de vida saudável; e incremento da existência de relações sociais estáveis, alargadas e significativas.

No geral as teorias do envelhecimento activo vêem os idosos como pró-activos que podem regular a sua qualidade de vida através da definição, luta e alcance de objectivos. Para tal, os idosos devem envolver-se activamente e utilizar os recursos vantajosos para a adaptação às modificações e aos desafios inerentes ao processo de envelhecimento. Estes objectivos podem ser relativos a diversas áreas da vida de cada um, por exemplo, podem ser relativos à saúde, à autonomia pessoal, à vida familiar ou às relações de amizade. Uma das vantagens destas novas propostas de promoção da saúde e de envelhecimento activo é justamente a introdução da importância da promoção da interacção social e do contacto, estes podem ser facilitadores no processo de adaptação a novas vivências que ocorrem com o avançar da idade.

1.6.2 O Papel das Redes de Apoio Social na Promoção da Saúde no Idoso

É fundamental perceber como é que o apoio social influencia o envelhecimento, pois o tipo de associação entre as relações sociais e a saúde é de essencial importância para o envelhecimento. De acordo com Rowe e Kahn (1998, cit. por Paúl, 2005) existe um conjunto evidente de investigações que provam que o apoio social é um determinante basilar do envelhecimento bem sucedido.

Segundo vários autores (Barreto, 1984, 1988; Paúl, 1996, 2001; Novo, 2003 cit. por Fonseca, 2004; Paúl, 2005; e Matsukura, Marturano e Oishi, 2002, cit. por Resende e col., 2006) o papel das redes sociais e das relações sociais significativas no processo de envelhecimento reporta-se ao seu efeito protector e conservador da saúde mental dos idosos. Para estes autores a presença destas redes de apoio é essencial para assegurar a

autonomia dos idosos, um auto-conceito positivo e uma maior satisfação de vida, fundamentais para alcançar um envelhecimento bem-sucedido.

No estudo já apresentado desenvolvido por Sequeira e Silva (2003) sobre o bem-estar da pessoa idosa em meio rural, os autores constataram que os idosos com mais actividade apresentaram níveis mais elevados de bem-estar, e revelaram uma atitude face ao envelhecimento mais positiva do que os idosos que afirmaram ter pouca actividade. Isto sucedeu-se, presumivelmente, do ainda se sentirem activos, úteis e capazes, com todos os benefícios que tal pode ter ao nível da auto-estima. Com resultados semelhantes temos o estudo de Everard e col. (2000 cit. por Resende e col., 2006) em que o empenho em actividades sociais apareceu relacionado com o aumento do sentido de bem-estar nos adultos.

Num estudo realizado por Erbolato (2004, cit. por Resende, e col., 2006) com o objectivo de pesquisar a composição das redes sociais de idosos e a presença de provedores de suporte social psicológico nas mesmas, a autora constatou que, na amostra estudada, as redes sociais revelaram-se eficazes na manutenção da qualidade de vida na velhice, possibilitando oportunidades de comunicação prazerosa, confiança (auto-revelação), sentimentos de segurança e apoio em situações críticas.

A literatura sobre apoio social e rede de relações sociais sugere que a manutenção de relações sociais com o cônjuge, com os familiares e sobretudo, com amigos, favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos (Neri, 2001, cit. por Resende, e col., 2006) e reduz o isolamento.

Com tudo isto, podemos concluir e afirmar que a presença de redes sociais é um dado decisivo para a qualidade de vida dos idosos e para o envelhecimento activo. Os contactos sociais facilitam o ajuste social, que também é uma forma de se chegar ao bom envelhecimento. É neste sentido que a dimensão relacional assume um papel importante na promoção da saúde, nomeadamente, na saúde mental.

A promoção da saúde no idoso em grupo

Uma forma de contribuir para o aumento das relações sociais entre os idosos passa pela promoção da saúde no idoso em grupo. Como vimos, a promoção da saúde no idoso remete para a possibilidade de viver a velhice com maturidade, potencializando os determinantes inerentes a este período de vida. Deste modo, o trabalho em grupo com idosos pode ter diversas vantagens ao nível das relações sociais, como por exemplo, promover a interacção social, aprender novas aptidões relacionais,

fomentando a coesão e, conseqüentemente, a aceitação. Além destas, Lima (2004) acrescenta outras vantagens: discutir a crença de que os seus problemas são únicos e imutáveis, descobrir pontos em comum e, conseqüentemente, diminuir o isolamento sentido por alguns idosos; aumentar a auto-estima através do altruísmo e da empatia, visto que para além de ser ouvido e apoiado o idoso sente-se valorizado por poder apoiar os outros.

O trabalho em grupo com idosos é uma experiência de relações humanas, donde se podem retirar vários ganhos a nível emocional e a nível cognitivo. Segundo Jacob (2007) a animação dos idosos em grupo melhora a participação na vida da comunidade de que o idoso faz parte, e promove o desenvolvimento da autonomia pessoal. Com uma opinião semelhante temos Hervy (2001, cit. por Jacob, 2007) que nos diz que a importância da animação social nas pessoas mais velhas reside, essencialmente, na facilitação da sua reinserção na sociedade, da sua participação na vida social e, sobretudo, no permitir-lhes desempenhar um papel, incluindo, reactivar papéis sociais. Para Zimerman (1997), os grupos possibilitam aos idosos a abertura de um novo espaço apropriado à propagação de emoções. Além de estimularem um sentimento de valorização, propiciam, frequentemente, uma ressocialização a partir da convivência entre pares, pois os membros do grupo tendem à solidariedade e ao incentivo recíproco.

Podemos concluir que a intervenção grupal com pessoas idosas é particularmente importante no sentido de evitar o sentimento de solidão. Este sentimento está muitas vezes presente nos idosos devido à tendência para a diminuição de contactos e relacionamentos sociais importantes, agradáveis e significativos. A conexão a grupos vai possibilitar à pessoa idosa dispor de uma rede social, onde poderá sentir-se compreendida, acolhida e considerada importante pelos outros participantes que constituem o grupo.

1.6.3 Programas de promoção da saúde do idoso

Fazendo uma pesquisa sobre a existência de programas de promoção de saúde direccionados para os idosos em Portugal, encontramos que são várias as câmaras municipais que têm alguns projectos neste sentido, mas que englobam particularmente a promoção da actividade física. Efectivamente, a actividade física é hoje entendida como um meio determinante de prevenção de alguns dos fenómenos associados ao envelhecimento e, como vários estudos concluem, a prática desta é fundamental para a qualidade de vida do idoso. Mas, o presente estudo não aborda esta temática, interessa-

se antes por questões cognitivas, emocionais e sociais que também influenciam a qualidade de vida no idoso.

Orientado para questões mais abrangentes do conceito de qualidade de vida, encontramos o Programa “Envelhecer com Qualidade” desenvolvido em 2006 pela Câmara Municipal Viana do Castelo, com objectivo de promover a qualidade de vida da população idosa (através da criação de mecanismos facilitadores do acesso às actividades culturais, recreativas e de lazer e do desenvolvimento de estratégias de participação e de sociabilização); e de promover o contacto social (quer entre indivíduos que, dentro da comunidade, vivem situações idênticas, quer com a camada mais jovem da população, numa perspectiva intergeracional). Ao fim de dois anos de aplicação deste programa Torres e Marques (2008) procederam a uma avaliação com uma amostra aleatória de 9,4% das 723 pessoas inscritas no Programa, com idades entre os 55 e os 92 anos (refira-se que ao longo dos dois anos foram sempre aceites novas inscrições). Esta avaliação teve como propósito verificar em que medida os objectivos do programa foram atingidos. Verificaram que nas questões da integração social, o Programa revelou-se positivo: 75% dos inquiridos preferiu as actividades de lazer, em particular os bailes. Quanto às motivações para a participação indicaram: a animação propiciada pelas actividades de lazer (61,8%), as pessoas que encontraram (51,5%) e a quebra da solidão (sem referência percentual). Quanto à percepção sobre o impacto do Programa na sua saúde e bem-estar consideraram-se: mais participativos (50%), mais felizes (60,3%), mais activos (47,1%) e mais saudáveis (28%). Também qualificaram o programa como excelente (60,3%). As autoras concluíram que as relações interpessoais e sociais têm grande importância nesta fase da vida dos indivíduos, propiciando um aumento do bem-estar.

Um outro estudo experimental direccionado para a promoção do bem-estar dos idosos foi realizado por Simões e col. (2006). O principal objectivo dos autores foi o de testar o efeito de uma intervenção com idosos institucionalizados, manipulando as variáveis do controlo do ambiente, das metas pessoais e dos tempos livres. Enquanto o grupo de controlo tinha reuniões de discussão, três vezes por semana, sobre temas variados sem relação com a promoção da satisfação com a vida; o grupo experimental tinha sessões sobre temáticas com vista à promoção da satisfação com a vida. Passadas oito semanas de intervenção procederam à análise dos resultados e verificaram que estes pouco se alteraram do pré-teste para o pós-teste e depois, deste para o follow-up. Os resultados não mostraram nenhum efeito significativo do tratamento, nem revelaram

diferenças significativas entre os dois grupos. Simões e col. (2006) discutem os resultados apontando vários motivos que poderão tê-los originado: a falta de assiduidade por parte dos idosos, a falta de aplicação das técnicas ensinadas no dia-a-dia, as deficiências visuais e auditivas, e o baixo nível cultural, sendo que estariam pouco habituados para responder aos testes.

Também encontramos alguns estudos sobre programas direccionados ao treino de competências cognitivas, nomeadamente, o estudo realizado por Rodrigues (2006) que teve como objectivo principal verificar se a exposição a um programa de estimulação cognitiva tem efeitos a nível de algumas capacidades cognitivas, bem como a nível da sua satisfação de vida. Este estudo foi realizado em três Instituições Privadas de Solidariedade Social da área metropolitana do Porto, onde participaram 47 idosos com idades entre os 65 e os 89 anos. Neste estudo foi desenvolvido o Programa de Estimulação Cognitiva da Escola Paula Frassinetti PECEPAF (Teles, 2003 cit. por Rodrigues, 2006). Trata-se de um programa estruturado destinado à estimulação das competências cognitivas de idosos. A autora observou que os resultados obtidos ao nível da rapidez psicomotora, da capacidade de abstracção e da capacidade de organização perceptiva foram maiores no pós-teste do que no pré-teste (isto é, após a aplicação do programa), com diferenças significativas. Os resultados ao nível da memória e da percepção de satisfação de vida dos idosos também foram superiores no pós-teste, mas não foram estatisticamente significativos. A autora concluiu que algumas capacidades cognitivas específicas parecem beneficiar da prática e do treino, reforçando assim a importância da estimulação cognitiva em idosos. Evidenciou ainda que o eventual declínio pode decorrer mais do desuso do que de uma deterioração irreversível.

1.7 O Presente Estudo

Perante o envelhecimento, o idoso vê-se confrontado com modificações que têm um grande impacto na sua vida, nomeadamente, transformações que perturbam o bem-estar e a qualidade de vida, e transformações nas estruturas físicas, na cognição e nas relações sociais. Atendendo a esta realidade torna-se necessário investir em estudos nesta área, e sobretudo, promover um envelhecimento aliado à qualidade de vida.

Como já foi referido o interesse científico e social sobre a população idosa tem vindo a aumentar nos últimos anos, principalmente devido à proporção que o número de idosos atingiu, e que segundo as previsões vai atingir. Por conseguinte, é necessário

procurar dados de caracterização desta população, nomeadamente ao nível da qualidade de vida e do funcionamento emocional e social dos idosos; dados esses percebidos pelo ponto de vista dos próprios idosos. Este tipo de investigação é importante para averiguar as condições que intervêm no bem-estar dos idosos e os determinantes da qualidade de vida nesta etapa da vida. Só conhecendo esta população e as suas necessidades, é que poderemos ajudá-la onde mais carece, através do desenvolvimento de intervenções direccionadas à promoção da saúde no idoso e ao envelhecimento activo.

Segundo Oliveira (2005), é necessário adoptar medidas que proporcionem uma velhice com mais qualidade. De modo que, é útil realizar trabalhos sobre o envelhecimento de forma a dar um contributo para a desmistificação de estereótipos existentes acerca dos idosos.

A opção pelo presente estudo insere-se no sentido de querer saber mais sobre esta fase da vida, de contribuir para uma melhor caracterização da mesma e de colaborar para promoção da saúde no idoso. Deste modo, trata-se de um estudo com duas vertentes, uma avaliativa e uma interventiva. A vertente avaliativa tem os seguintes objectivos específicos:

- Avaliar o estado mental (como despiste), a depressão, a solidão, e a qualidade de vida dos idosos.
- Procurar compreender a relação entre solidão, depressão e qualidade de vida nos idosos.
- Verificar se o meio, urbano e rural, onde o idoso reside influencia o sentimento de solidão, depressão e qualidade de vida (comparação intergrupos).
- Avaliar a influência de algumas variáveis sócio-demográficas, como a ocupação dos tempos livres e o agregado familiar, na percepção da solidão, da depressão e da qualidade de vida.

A vertente interventiva foi concretizada através de um estudo piloto com o objectivo de experimentar e testar, com uma pequena amostra dos idosos do meio urbano, um programa desenvolvido no âmbito da promoção da saúde do idoso e da qualidade de vida. Como vimos anteriormente, hoje em dia o conceito de qualidade de vida tem despertado bastante interesse entre os investigadores e está estritamente ligado ao conceito de promoção da saúde (Squire, 2005 cit. por Santos, 2008). Durante o processo de envelhecimento os idosos estão sujeitos a condições específicas que

resultam numa diminuição da qualidade de vida, como por exemplo, a solidão, as alterações cognitivas, as perdas, e as experiências afectivas daí resultantes.

Dada a importância da promoção da saúde e de qualidade de vida nesta faixa etária, elaborou-se um programa no âmbito destas duas temáticas. O presente programa foi desenvolvido tendo como principal objectivo a criação de um espaço onde os idosos pudessem conviver entre si, sempre consoante os objectivos e as actividades propostas para cada sessão, facilitando assim, o acesso a uma vida mais activa e o aumento das relações sociais. Por meio de actividades desenvolvidas em grupo que incidiram sobre a estimulação cognitiva, emocional e social, este programa actuou em vários campos do desenvolvimento da qualidade de vida dos idosos. Assim, esta vertente interventiva tem os seguintes objectivos específicos:

- Verificar se a implementação do programa produziu alterações ao nível da solidão, da depressão e da qualidade de vida dos idosos participantes.
- Avaliar a satisfação dos idosos face ao programa.
- Perceber a importância deste tipo de intervenção, quer pela opinião dos idosos, quer pelos resultados obtidos em cada uma das escalas de avaliação nos três momentos de avaliação.

Resumido, num primeiro momento, este estudo, visa avaliar a realidade da problemática do envelhecimento, nomeadamente, através da avaliação da depressão, da solidão, da qualidade de vida e do estado mental, e reflectir acerca dos resultados encontrados, de forma a conhecer melhor a realidade desta população. Num segundo momento, visa avaliar a importância, a utilidade e a eficiência de um programa de promoção de saúde no bem-estar dos idosos (ao nível da qualidade de vida, depressão e solidão) e reflectir acerca dos resultados encontrados.

2. METODOLOGIA

No presente capítulo apresenta-se o estudo empírico realizado sobre a solidão, a depressão, a qualidade de vida, e a relação entre estas, numa amostra de idosos. Apresenta-se também o estudo sobre a implementação-piloto de um programa de intervenção realizado com uma subamostra de idosos.

Como já foi referido na secção anterior, o estudo actual tem uma vertente avaliativa e uma vertente interventiva. Na vertente avaliativa o estudo é do tipo descritivo, correlacional e transversal, uma vez que, caracteriza-se por descrever a realidade, procurando as relações (correlações) existentes entre as variáveis em estudo, sendo a avaliação destas variáveis feita num só momento. Segundo Ribeiro (2007), um estudo transversal trata dados que são recolhidos num único momento; e um estudo correlacional proporciona informação referente ao grau de relação existente entre as variáveis em estudo.

O estudo na vertente interventiva é concretizado através de um estudo piloto, que é do tipo quasi-experimental. Sendo que no grupo de intervenção foram cumpridos três momentos de avaliação e um momento de intervenção.

Para a selecção da amostra foram elaborados e descritos os critérios de selecção e os procedimentos a efectuar para recolher a informação junto desta (que serão apresentados neste capítulo). Para a recolha dessa informação foi elaborado um questionário de recolha de dados sócio-demográficos, que se encontra apresentado e descrito mais à frente neste trabalho na secção 2.3. Além deste, foram seleccionados e utilizados quatro instrumentos de avaliação considerados fundamentais: Avaliação Breve do Estado Mental (ABEM) (Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia, 1994, cit. por GEECD, 2003); Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Barreto, Leuschner, Santos, Sobral, 2003, cit. por GEECD, 2003); Escala de Solidão da UCLA (Neto, 1989); e WHOQOL-BREF (Canavarro Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, e Carona, 2006).

2.1 Participantes

Na vertente avaliativa, este estudo realizou-se recorrendo a duas amostras independentes, uma constituída por idosos residentes em meio urbano (N = 11) e outra constituída por idosos residentes em meio rural (N = 11). A amostra total (N = 22) foi constituída por sujeitos de ambos os sexos, tendo-se seguido os seguintes critérios de

inclusão: a) idade igual ou superior a 65 anos; e b) autonomia do ponto de vista físico (mobilidade para poderem deslocar-se ao centro de saúde); e c) autonomia do ponto de vista psicológico (condições cognitivas que não impossibilitassem responder autónoma e conscientemente aos instrumentos).

As amostras foram recolhidas no Centro de Saúde São João da Talha, ACES Grande Lisboa VI-Loures, e na Freguesia de Ponta Delgada, Madeira.

O núcleo de Psicologia do ACES Grande Lisboa VI-Loures é constituído por dois Pólos de atendimento: Mealhada, que abrange os utentes inscritos no Centro de Saúde de Loures; e São João do Talha, que abrange os utentes inscritos no Centro de Saúde de Sacavém. A recolha de dados realizou-se no último pólo referido – São João do Talha. Aqui, o estudo esteve dependente da autorização concedida pela responsável do serviço de Psicologia, e posteriormente, pela disponibilidade de participação por parte dos idosos.

Os idosos do Centro de Saúde São João da Talha foram referenciados e abordados pelos respectivos médicos de família, e também pelas diversas equipas e consultas do agrupamento (cuidados continuados, aconselhamento a diabéticos e hipertensão). Outros foram directamente contactados via telefone, consoante a referência dada pelos profissionais de saúde. Alguns destes idosos contactados por telefone recusaram a participação no estudo, argumentando que não precisavam de um programa deste género.

Quanto aos idosos residentes na freguesia de Ponta Delgada, o contacto de solicitação para colaboração no estudo foi feito pessoalmente e todas as pessoas abordadas disponibilizaram-se para colaborar.

A vertente interventiva foi efectuada com uma subamostra (N = 6) dos idosos do Centro de Saúde São João da Talha. Estes já tinham participado na parte avaliativa. A selecção dos participantes para esta vertente foi feita através de entrevistas individuais, no contexto das quais foi apreciada a motivação para estar no grupo. Os critérios de inclusão na subamostra foram, além dos já referidos para a vertente avaliativa: d) ter disponibilidade para frequentar as sessões durante a semana. E apresentar pelo menos um dos seguintes critérios: e) manifestar sinais de isolamento social (associado ou não a humor deprimido), f) mostrar baixa auto-estima, e g) apresentar queixas de dificuldades cognitivas (atenção e/ou memória).

2.1.1 Caracterização do Concelho de Loures

O concelho de Loures pertence à Área Metropolitana de Lisboa e localiza-se na margem direita do rio Tejo. Com uma área de 168 km² e cerca de 200 000 habitantes. Sendo que a freguesia São João da Talha uma das mais populacionais com um valor de 17 970 habitantes (INE, Censos 2001). Dados mais actuais revelam que o Concelho de Loures tem 218 239 utentes inscritos no ACES. Uma das características do Concelho de Loures é ser detentor de uma densidade populacional enorme e uma grande diversidade nas populações. Trata-se de um Concelho com uma componente rural e uma componente urbana, esta com grandes assimetrias. Em termos económicos destaca-se em São João da Talha o sector secundário, pois trata-se de uma zona industrializada, embora o comércio desempenhe também uma função fundamental para a sua população.

2.1.2 Caracterização de Ponta Delgada (Madeira)

A freguesia de Ponta Delgada é uma localidade da Costa Norte da Ilha da Madeira, de feição rural. É a mais pequena das três freguesias que compõem o município de São Vicente, tem uma área de 8,8 km². Foram inquiridos nos censos 2001 1325 habitantes, donde 600 eram homens e 725 mulheres. Nesta freguesia, a actividade económica para alguns agregados ainda é a agricultura. No entanto verifica-se alterações a nível dos postos de trabalho, devido a evolução da localidade criaram-se novos postos de trabalho em unidades hoteleiras, no comércio, em diversas empresas de construção civil e na vinicultura. Algumas famílias ainda optam pela emigração.

2.2 Amostra de Idosos

As amostras foram constituídas de uma forma não probabilística e de conveniência, tendo seguido os critérios de selecção já mencionados. Sumariamente, pode-se descrever a amostra como integrando idosos inseridos na comunidade, em condições gerais e funcionais para uma vida autónoma, sem aparente comprometimento significativo ao nível físico ou psicológico. Assim, os participantes que preencheram os critérios de inclusão no estudo foram abordados em sessões individuais, uns no centro de saúde de São João da Talha, outros nas suas próprias casas em Ponta Delgada.

2.2.1 Caracterização Sócio-demográfica da Amostra de Idosos

A amostra total do presente estudo empírico é constituída por 22 participantes idosos de ambos os sexos, residentes no concelho de Loures (50%) e na freguesia de Ponta Delgada (50%). Em relação à distribuição das idades os participantes da investigação apresentam idades compreendidas entre os 65 (idade mínima) e os 89 anos (idade máxima) inclusive, com uma média de idades de 73 anos com desvio-padrão de 6,016.

Na Tabela 1, apresentam-se os dados de caracterização da amostra relativamente à idade, ao sexo, estado civil, meio de residência, escolaridade, agregado familiar e actividade profissional antes da reforma.

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra.

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Percentagem (%)
Idade	65 – 74 (M=69.57; DP=3.50)	14	63.4%
	≥ 75 (M=79.00; DP=4.60)	8	36.4%
Sexo	Masculino	5	22.7%
	Feminino	17	77.3%
Estado Civil	Casado (a)	6	27.3%
	Viúvo (a)	16	72.7%
Residência	Meio Urbano	11	50%
	Meio Rural	11	50%
Escolaridade	Sem escolaridade	4	18.2%
	2º Ano escolaridade	1	4.5%
	3º Ano escolaridade	6	27.3%
	4º Ano escolaridade	11	50%
Agregado familiar	Mora só	8	36.4%
	Com o cônjuge	5	22.7%
	Com familiares	9	40.9%
Actividade profissional antes da reforma	Doméstica	2	9.1%
	Operário (a)	6	27.3%
	Agricultor (a)	4	18.2%
	Bordadeira	3	13.6%
	Costureira	2	9.1%
	Outras	5	22.7%

Na Tabela 2, podem ser consultados os dados de caracterização social da amostra relativamente ao apoio familiar: ao contacto com a família, à frequência desse contacto, à satisfação com a relação com os familiares; e relativamente ao apoio social: se fazem visitas aos amigos e/ou vizinhos e com que frequência, se recebem visitas e com que frequência, e satisfação com a relação com os amigos.

Tabela 2 – Caracterização social (apoio social e familiar) da amostra.

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Percentagem (%)
Contacto habitual com a família	Algumas vezes	4	18.2%
	Muito/sempre	18	81.8%
Frequência com que contacta a família	Diariamente	16	72.7%
	Semanalmente	6	27.3%
Satisfação com a relação com os familiares	Sim	19	86.4%
	Não	3	13.6%
Faz visitas aos seus amigos/vizinhos	Sim	19	86.4%
	Não	3	13.6%
Frequência com que visita-os	Nunca	3	13.6%
	Diariamente	8	36.4%
	Semanalmente	9	40.9%
	Mensalmente	2	9.1%
Recebe visitas dos amigos/vizinho	Sim	16	72.7%
	Não	6	27.3%
Frequência com que recebe visitas	Nunca	6	27.3%
	Diariamente	5	22.7%
	Semanalmente	8	36.4%
	Mensalmente	3	13.6%
Satisfação com a relação com os amigos	Sim	20	90.9%
	Não	2	9.1%

Na Tabela 3, encontram-se os dados de caracterização das actividades ocupacionais da amostra: quanto ao frequentar alguma associação, aos passatempos regulares, à ocupação do tempo, e se gostariam de fazer outras coisas.

Tabela 3 – Caracterização das actividades ocupacionais da amostra.

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Percentagem (%)
Frequenta algum centro dia ou associação	Sim	6	27.3%
	Não	16	72.7%

Tem algum passatempo regular	Sim	14	63.6%
	Não	8	36.4%
Passatempos regulares	Centro Dia ou Associação	6	27.3%
	Agricultura	6	27.3%
	Bordar ou Costurar	12	54.5%
	Tarefas domésticas	15	68.2%
	Nenhuma	2	9.1%
Ocupação do tempo	Passear	7	31.8%
	Ver televisão	9	40.9%
	Conversar	10	45.5%
	Ler	2	9.1%
	Ajudar familiares	4	18.2%
Gostaria de fazer outras coisas	Sim	11	50%
	Não	11	50%

Aquando da questão gostaria de fazer outras coisas, 11 pessoas responderam que sim. Na continuação desta questão 3 dessas pessoas responderam que gostariam de inscrever-se em associações (2 em ginástica e 1 num grupo de convívio). Outras 2 pessoas disseram que gostariam de conviver mais com outras pessoas. Das restantes 6, 3 referiram que ainda gostariam de aprender coisas novas, nomeadamente, a trabalhar no computador, cerâmica e aprender a ler mais. As outras 3 foram respostas diferentes: fazer excursões, ter uma ocupação efectiva e ter mais tempo para costurar.

2.3 Instrumentos de Avaliação Utilizados

A opção pelos instrumentos utilizados no presente estudo incidiu, principalmente, sobre o responder aos objectivos do estudo. Porém, também foi relacionada com o facto de qualquer um deles já ter sido alvo de estudos em Portugal com populações semelhantes à aqui em estudo.

Neste estudo empírico foram utilizados os seguintes instrumentos (por ordem de aplicação):

- 1) Para Caracterização Sócio-Demográfica – Questionário de Identificação.
- 2) Para avaliação da função cognitiva – Avaliação Breve do Estado Mental.
- 3) Para avaliação da depressão – Escala de Depressão Geriátrica (EDG).
- 4) Para avaliação da solidão – Escala de Solidão da UCLA.
- 5) Para avaliação da qualidade de vida – WHOQOL-BREF (versão portuguesa).
- 6) Para avaliação da satisfação com o programa – Questionário de Avaliação da Satisfação com o Programa.

2.3.1 Questionário de Identificação

No âmbito desta investigação dirigida ao idoso foi desenvolvido e utilizado um Questionário de Identificação (ANEXO D) com o propósito de recolher dados para Caracterização Sócio-Demográfica da amostra. Mais concretamente, este surgiu com o intuito de adquirir dados objectivos referentes às características pessoais e sociais da população em estudo, bem como obter dados acerca de algumas variáveis relativas às condições de vida específicas. Estas abrem a possibilidade de conhecer um pouco do espaço social e relacional dos participantes, as relações com família, vizinhos e amigos, e as actividades ocupacionais. Saliente-se que este foi constituído tanto por questões fechadas como por questões abertas.

O Questionário de Identificação foi dividido em seis partes, com questões que permitem uma caracterização Sócio-demográfica da amostra: 1) dados pessoais, 2) situação escolar, 3) situação familiar, 4) situação de apoio social, 5) situação ocupacional, e 6) questões relativas ao grupo.

A primeira parte, dados pessoais, permite recolher dados de modo a caracterizar a amostra em termos sexo, idade, naturalidade e nacionalidade. Na segunda parte, situação escolar, refere-se apenas a conhecer o nível de escolaridade. A parte três, sobre a situação familiar, faculta dados sobre o agregado familiar, o estado civil, e explora informações relativas ao contacto com a família, ao relacionamento com a mesma e à satisfação e necessidades sentidas a este nível (relação com a família). Na situação de apoio social, parte quatro, as questões incidem sobre os relacionamentos com os vizinhos e amigos, saber se costuma visitá-los e se estes visitam-no, avaliar grau de satisfação relativamente à rede de apoio e como se sente a este nível. A parte cinco, situação ocupacional, permite obter dados sobre profissões exercidas antes da reforma, passatempos regulares e sobre a maneira como costumam ocupar o tempo. Também se pertence a algum grupo, junta de freguesia, associações recreativas ou religiosas, e mais uma vez, como se sente com tudo isto.

A última parte, questões relativas ao grupo (foi direccionada apenas aos participantes do meio urbano) teve como objectivo perceber como é que as pessoas tiveram conhecimento do programa, perceber se já participaram anteriormente em outros grupos voltados para o idoso, entender que motivos trouxeram ao programa, as expectativas face ao grupo e disponibilidade para frequentar o grupo. De igual modo, foram feitas duas questões gerais sobre o envelhecimento para aceder à percepção que

cada pessoa tem sobre o que é o envelhecimento, e que modificações o envelhecimento trouxe às suas vidas.

2.3.2 Avaliação Breve do Estado Mental

O instrumento “Avaliação Breve do Estado Mental” (ANEXO E) é a tradução do original “Mini-Mental State Examination” (MMSE) que foi desenvolvido por Folstein e col. (1975), nos Estados Unidos. O MMSE, foi inicialmente validado com grupos psiquiátricos de idosos e com indivíduos não psiquiátricos de controlo da comunidade, foi traduzido para várias línguas, estando também disponível uma forma modificada, adequada para doentes com défice auditivo (Spar e La Rue, 2005).

Trata-se de um instrumento simples destinado a uma avaliação preliminar do estado cognitivo de pacientes geriátricos. Este instrumento padronizado é dos mais utilizados em toda a prática psiquiátrica (Veríssimo, 2006), estando já validado para a população portuguesa. A tradução e adaptação do MMSE para Portugal foram realizadas por Guerreiro, Silva, Botelho, Leitão, Caldas e Garcia em 1994 (cit. por GEECD, 2003).

A versão portuguesa do MMSE, Avaliação Breve do Estado Mental (ABEM), apresenta-se como uma escala de 11 itens que fornecem informações sobre diferentes parâmetros cognitivos (Veríssimo, 2006). Esta contém questões agrupadas em cinco categorias, cada uma tem como objectivo avaliar funções cognitivas específicas como: Orientação (temporal e espacial, 10 pontos); Retenção (3 pontos); Atenção e Cálculo (5 pontos); Evocação (memória 3 pontos); e Linguagem (9 pontos – este inclui 1 ponto pela capacidade construtiva visual), para uma pontuação total que pode variar de um mínimo de 0 pontos, o qual indica o maior grau de comprometimento cognitivo dos indivíduos, até um total máximo de 30 pontos, o qual, por sua vez, corresponde a melhor capacidade cognitiva. Este instrumento requer pouco tempo para a sua aplicação, aproximadamente 5 a 15 minutos.

Segundo Spar e La Rue (2005), inicialmente recomendava-se uma classificação igual ou inferior a 23 pontos como ponto de corte para a despistagem de alterações cognitivas. Porém, estudos posteriores apontaram para a possibilidade de esta classificação identificar em excesso alterações cognitivas em pessoas com poucos estudos (falsos positivos), ao mesmo tempo que podia deixar de identificar o verdadeiro declínio em indivíduos com educação mais alta (falsos negativos) (Spar e La Rue,

2005). Deste modo, o ponto de corte é frequentemente ajustado para o nível educacional dos indivíduos avaliados (Veríssimo, 2006).

De acordo com os pontos de corte estabelecidos para a população portuguesa, consideram-se com “défice cognitivo” os analfabetos com pontuação igual ou inferior a 15, os indivíduos com 1 a 11 anos de escolaridade com pontuação igual ou inferior a 22, e os indivíduos com escolaridade superior a 11 anos com pontuação igual ou inferior a 27 (Guerreiro e col., 1994 cit. por GEECD, 2003).

Este instrumento tem alta fiabilidade interobservador e adequada fiabilidade no reteste em condições estáveis. Folstein e col. (1975 cit. por Spar e La Rue, 2005) salientaram que este não estabelece o diagnóstico de demência; ao invés, como acontece com todos os instrumentos de rastreio, identifica indivíduos com possível diminuição cognitiva, o que poderá justificar o acréscimo da avaliação.

Algumas das vantagens da utilização deste instrumento são, a brevidade o examinar várias funções, a larga aplicação e as boas normas. No entanto, também apresenta algumas limitações, nomeadamente, por ser um instrumento insensível ao défice ligeiro ou focal, e por poder levar a uma elevada taxa e falsos-positivo em doentes com pouca instrução (Spar e La Rue, 2005).

No presente estudo, este instrumento foi utilizado como instrumento de despistagem da incapacidade cognitiva e de alterações no estado mental. Foi escolhido porque fornece uma ideia global do funcionamento cognitivo dos idosos ao nível de várias funções: orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem (e a habilidade construtiva). Ao responder a este instrumento o idoso expõe as suas competências, permitindo conhecer o seu estado mental nestas áreas.

2.3.3 Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

Para despiste de humor depressivo foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (ANEXO F) de Yesavage e col. (1983) traduzida (e adaptada) para população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos, Sobral (2003, cit. por GEECD, 2003).

Trata-se de uma escala de auto-avaliação especificamente construída para avaliar a sintomatologia depressiva na população geriátrica, correntemente utilizada na prática clínica. Esta procura avaliar a experiência subjectiva quanto à diminuição da qualidade das capacidades cognitivas (Sobral, 2006). É um instrumento de rápida

aplicação, demorando cerca de cinco minutos, e de fácil compreensão e execução para o paciente (Veríssimo, 2006).

A escala é constituída por 30 perguntas às quais o idoso responde de forma dicotómica (“sim” ou “não”) de acordo com a forma como se tem sentido na última semana. Se o indivíduo responder “Sim” nos itens 2 a 4, 6, 8, 10 a 14, 16 a 18, 20, 22 a 26 e 28, atribuir-se-á um ponto a cada um destes itens, caso contrário, ou seja, se o sujeito responder “Não” a alguma destas mesmas questões, a pontuação a atribuir será de zero pontos. Cota-se igualmente com um ponto por item se o sujeito responder “Não” nas questões 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, e com zero pontos se a sua resposta for “Sim” (Barreto e col., 2003, cit. por GEECD, 2003). No final, a pontuação total é dada pela soma aritmética dos pontos atribuídos a cada um dos itens.

Consoante a pontuação final obtida, deduzem-se diferentes interpretações. No presente estudo utilizaram-se os pontos de corte sugeridos por Barreto e col. (2003, cit. por GEECD, 2003): a) uma pontuação final compreendida entre 0 e 10 pontos indica ausência de depressão; b) pontuações entre 11 e 20 pontos correspondem a uma depressão ligeira; e c) pontuações entre 21 a 30 pontos equivalem a uma depressão grave.

Quanto à sensibilidade e especificidade da EDG, são assinalados valores relativamente altos na identificação de idosos com diagnóstico clínico de depressão. Os dados obtidos variam entre 89% na identificação de idosos não deprimidos, e 92% de exactidão na detecção de os idosos deprimidos, sendo estes resultados iguais e até superiores quando comparados com outras provas (Kurlowicz, 1999). A validade e fiabilidade da escala foram comprovadas em estudos clínicos. Assim, os dados psicométricos permitem a afirmação de que a EDG apresenta-se como um bom instrumento de auto-avaliação de sintomas de depressão, pois cumpre com o seu objectivo, relativamente à diferenciação entre idosos deprimidos e não deprimidos (Kurlowicz, 1999). De igual modo, mostra-se válida para a triagem de depressão em idosos.

No que diz respeito ao grau de confiança da EDG para a monitorização da depressão em indivíduos com demência suave ou moderada, existe alguma controvérsia, uma vez que, não é fácil realizar um diagnóstico diferencial.

Uma das grandes vantagens da EDG centra-se no facto de ser de fácil aplicação, podendo ser auto-administrada. A compreensão das questões é fácil, a variação nas possibilidades de respostas é pequena (sim ou não), e o tempo de administração é curto

tempo. Contudo, apesar de a EDG ser útil no despiste da depressão, apresenta algumas limitações que devem ser tidas em conta: esta não é suficiente para diagnosticar o quadro depressivo do idoso, não é um substituto de uma entrevista de diagnóstico realizada por profissionais de saúde mental, como tal, deve ser aplicada em combinação com outras avaliações clínicas, técnicas de observação, e entrevistas.

A escolha desta escala tem como objectivo avaliar o nível de depressão na amostra de idosos estudada. Escolheu-se a EDG por ser um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento de depressão entre a população idosa, por ser uma escala de fácil aplicação, específica para a população idosa, onde os itens são baseados nas características da depressão deste grupo etário. Também porque esta permite identificar a qualidade do progresso do tratamento e, conseqüentemente, a necessidade de mais avaliações ou de reencaminhamento a outros especialistas. No presente estudo esta é uma vantagem importante pois na vertente interventiva a depressão foi avaliada em três momentos distintos.

2.3.4 Escala de Solidão da UCLA

A Escala (revista) de Solidão da UCLA (ANEXO G) (“University of California at Los Angeles”) é uma adaptação portuguesa da original Revised UCLA Loneliness Scale, de Russel, Peplau e Cutrona (1980, cit. por Neto, 1989).

Os autores pretendiam criar um instrumento psicometricamente adequado, de fácil administração que pudesse servir de estímulo à investigação empírica sobre a solidão. Foi então desenvolvida uma Escala de Solidão da UCLA, que deu origem a uma versão final com 20 itens: 10 itens redigidos de modo positivo e 10 de modo negativo. Os vinte itens são avaliados numa escala de escolha múltipla com quatro alternativas: nunca, raramente, algumas vezes, muitas vezes. Esta escala revista é relativamente curta, fácil de administrar, altamente fidedigna, e mostra ser válida quer na avaliação da solidão quer na discriminação entre solidão e outros construtos relacionados. Estudos posteriores citados por Neto (1992) comprovaram a validade da escala através de correlações significativas com outras medidas da solidão.

A Escala revista da original UCLA Loneliness Scale foi descrita e adaptada para a população portuguesa por Neto (1989). A versão portuguesa é composta por 18 itens. Trata-se de um questionário com 18 itens que avalia a solidão e os sentimentos associados à mesma. As respostas a cada item fazem-se numa escala tipo Likert com 4 pontos, desde nunca (1) até muitas vezes (4). A pontuação mínima obtida é de 18 pontos

e a máxima de 72 pontos. A pontuação total é obtida através da soma dos itens, metade dos quais formulados ao inverso (itens 1,4,5,8,9,13,14,17 e 18), e reflecte o índice de solidão. Assim, o maior número de pontos alcançados traduz solidão, enquanto uma pontuação baixa traduz uma maior satisfação social (menor de solidão).

A validade da versão portuguesa da escala da solidão foi examinada relativamente a vários critérios. A correlação entre uma questão de auto-avaliação acerca da solidão e a nota global obtida para a solidão foi bastante significativa ($r=.46$, $p<.001$) os sujeitos com pontuações altas na escala da solidão descrevem-se como sentindo-se mais sós que as outras pessoas, o que é sugestivo de boa validade (Neto, 1989). Na adaptação portuguesa esta escala apresentou também uma boa consciência interna e validade concorrente. A validade da escala também se confirmou através de correlações entre a solidão e outros estados emocionais, mostrando assim uma validade externa adequada (Neto, 1989).

Apesar da escala de solidão da UCLA ser um instrumento adequado também levanta diversos problemas potenciais. Um primeiro problema é a possibilidade de enviesamento nas respostas já que todos os itens foram redigidos na mesma direcção: as pontuações elevadas reflectindo sentimentos de insatisfação social. Um segundo problema refere-se à desejabilidade social, isto é, se um certo estigma está ligado à solidão, os sujeitos podem distorcer as respostas subvalorizando a sua experiência de solidão.

No presente estudo recorreu-se a esta escala como meio para conhecermos o nível de solidão da população em estudo. Foi escolhida esta escala porque trata-se de um instrumento que não questiona directamente os sujeitos sobre se sentem solidão, mas procura avaliar a solidão indirectamente. Além disso, trata-se de uma escala curta e de fácil aplicação.

2.3.5 WHOQOL-BREF (versão portuguesa)

O grupo WHOQOL World Health Organization Quality of Life da OMS desenvolveu um instrumento com o objectivo de avaliar a qualidade de vida com um enfoque transcultural.

Inicialmente foi criado um instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões, o WHOQOL-100 (Canavarró e col., 2005). Posteriormente, surgiu a necessidade um instrumento curto que exigisse pouco tempo de aplicação, mas com

características psicométricas satisfatórias, o que fez com que o grupo WHOQOL desenvolvesse uma versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-BREF – brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire (Canavarro Simões, Vaz Serra, Pereira, Rijo, Quartilho, e Carona, 2007). Trata-se de um instrumento multidimensional que avalia a qualidade de vida, tendo como base a definição dada a este conceito pelo grupo WHOQOL, segundo a qual, a qualidade de vida é um constructo subjectivo, multidimensional e constituído quer por dimensões negativas, quer positivas (Canavarro, 2007; Fleck, 2003).

O WHOQOL-BREF consta de 26 questões e está organizado em quatro domínios de Qualidade de Vida: 1) *físico*, 2) *psicológico*, 3) *relações sociais*, e 4) *ambiente*. Cada domínio é constituído por um conjunto de 24 facetas, sendo cada uma destas facetas avaliada por uma pergunta (correspondente a um item) (Canavarro e col., 2007). Assim, diferente do WHOQOL-100 em que cada uma das 24 facetas é avaliada a partir de 4 questões, no WHOQOL-BREF cada faceta é avaliada por apenas uma questão (Fleck e col., 2000).

Existe ainda uma faceta geral de qualidade de vida avaliada por duas questões, uma sobre a qualidade de vida em geral e outra sobre a percepção geral da saúde. Assim, o WHOQOL-BREF apresenta um total de 24 facetas específicas e uma de qualidade de vida geral. Cada uma das facetas consta numa descrição de um estado, comportamento, capacidade ou uma percepção ou experiência subjectiva (Canavarro e col., 2005).

As perguntas do WHOQOL-BREF estão formuladas para quatro escalas de tipo Likert de 5 pontos (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) e encontram-se enunciadas quer de forma positiva, quer de forma negativa (Canavarro e col., 2007). Cada pergunta é cotada de 1 a 5 sendo que três itens, que foram formulados de forma negativa, devem ser invertidos, pois os resultados dos domínios estão dispostos num sentido positivo e a interpretação dos resultados é feita de forma linear, isto é, resultados mais elevados caracterizam uma melhor qualidade de vida.

Importa referir que aos resultados são analisados em função das pontuações obtidas nos quatro domínios e na faceta geral de qualidade de vida, não há uma pontuação total do instrumento. Assim, o resultado de cada domínio é calculado através da média dos resultados das questões que o constituem, sendo esta média multiplicada por 100 (variando os resultados entre 0 e 100) de modo a que os resultados dos domínios sejam comparáveis com os do WHOQOL-100. Os resultados nos domínios

representam a percepção individual da qualidade de vida em cada domínio em particular e os resultados mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida.

O WHOQOL-BREF está validado e adaptado para a população portuguesa (ANEXO H), tendo os resultados dos estudos desta versão mostrado que o instrumento apresenta características de satisfatórias a favoráveis de precisão (consistência interna, estabilidade temporal) e de validade (validade discriminante, validade de constructo, e correlação com outros instrumentos) (Canavarro e col., 2007).

Ao preservar cada uma das 24 facetas do instrumento original (o WHOQOL-100), a versão abreviada preservou a compreensão do constructo qualidade de vida incluindo itens, não só referentes a aspectos físicos e psicológicos, mas também relativos ao meio ambiente e relações sociais. O que é uma vantagem quando se trata de realizar um estudo onde não seja recomendado utilizar instrumentos com tantos itens como o WHOQOL-100. Outra vantagem deste instrumento é a sua construção com base numa noção multidimensional, transcultural e subjectiva de qualidade de vida; tornando-o um instrumento conceptualmente fundamentado e que permite uma comparabilidade dos resultados em estudos internacionais. Além disso, a versão portuguesa do WHOQOL-BREF revela bom desempenho psicométrico.

Na versão para português de Portugal o WHOQOL-BREF apresentou alguma fragilidade ao nível da consistência interna do domínio Relações Sociais, sendo esta a única limitação apresentada pelos autores (Canavarro e col., 2007). No entanto, estes justificam dizendo que poderá estar relacionado com o facto deste domínio se basear somente em três itens, o que é um número relativamente menor ao número de itens que fazem parte dos outros domínios.

A escolha deste instrumento, versão portuguesa do WHOQOL-BREF, surgiu da necessidade e da utilidade de avaliar a qualidade de vida em idosos com um instrumento validado para a população de Portugal. Recorreu-se à versão abreviada do WHOQOL-100 por ser uma alternativa útil, visto que a versão longa poderia ser de difícil aplicabilidade com esta população, e por conjuntamente serem utilizados outros três instrumentos de avaliação, além do questionário sócio-demográfico. Consequentemente, procurou-se usar um instrumento que não fosse complexo, que pudesse ser facilmente entendido e respondido pelos idosos e que possibilitasse a sua rápida aplicação.

Surgiu também da necessidade de querer a avaliar a qualidade de vida nos seus vários domínios, de forma a melhor poder caracterizar a população em estudo. Segundo Lai e col. (2005, cit. por Ferreira, 2009) o uso do WHOQOL-BREF pode ajudar a

identificar as fraquezas nas facetas da qualidade de vida relacionada com saúde em idosos, ajudar a identificar as necessidades, e proporcionar dados para a melhoria da saúde neste tipo de população.

2.3.6 Questionário de Avaliação da Satisfação com o Programa

No âmbito deste estudo foi desenvolvido e utilizado um Questionário com o propósito de analisar a satisfação face ao programa nos idosos que participaram na vertente interventiva do estudo.

O Questionário de Avaliação da Satisfação com o Programa (ANEXO I) apresenta-se dividido em duas partes, uma composta por questões fechadas e outra por questões abertas. Nas questões fechadas as respostas foram organizadas numa escala tipo Likert de cinco pontos, onde, consoante a questão, as opções de respostas variam entre “nada” e “completamente”, entre “muito má” e “muito boa” ou entre “muito insatisfeita” e “muito satisfeita”. Cada pergunta é cotada de 1 a 5

Este grupo de questões fechadas é constituído por quatro partes com questões que permitem avaliar a opinião dos idosos sobre: 1) os conteúdos do programa, através de questões como: Os objectivos propostos foram atingidos? A metodologia utilizada foi eficaz?; 2) os exercícios de casa, através de questões como: Foram úteis? Foram de compreensão acessível?; 3) a investigadora, através de questões como: A clareza na exposição e apresentação dos temas? O relacionamento com o grupo?; e 4) o programa no geral, através de questões como: A duração total do programa? O acompanhamento?.

No grupo das questões abertas, encontram-se perguntas como: Houve alguma actividade/jogo que mais gostou de fazer? Qual? Justifique.

2.4 Plano Metodológico

Este estudo tem uma vertente avaliativa e uma vertente interventiva. Na Tabela 4 encontra-se ilustrado o plano do presente estudo. Sendo necessário referir que a amostra total (N = 22) participou apenas no primeiro momento, que corresponde à vertente avaliativa do estudo, enquanto uma subamostra (N = 6) passou pelos quatro momentos de do estudo, que pertencem à vertente interventiva.

Tabela 4 – Momentos e objectivos do presente estudo.

Estudo	Momentos	Objectivos
Vertente avaliativa	1º Momento (N=22)	Explorar questões relacionadas com a situação familiar, ocupacional e apoio social do idoso; compreender as necessidades, expectativas, sentimentos, e preocupações dos idosos; e avaliar o nível de solidão, de depressão, de qualidade de vida e do estado mental dos idosos (este último apenas como despiste).
Vertente Interventiva	2º Momento (N=6)	Aprendizagem de novos padrões de comportamento, que promovam a saúde, e o bem-estar psicológico e social. Ajudar o idoso a melhorar a qualidade de vida (facilitar o acesso a uma vida mais activa); promover a participação social e a interactividade (animar, estimular e envolver activamente os idosos); proporcionar enriquecimento e desenvolvimento pessoal (valorizar a experiência do idoso e promover emoções positivas e uma melhor auto-estima pela empatia); e desenvolver actividades que permitam estimular as funções cognitivas (memória, atenção e concentração).
	3º Momento (N=6)	Verificar se a implementação do programa produziu alterações ao nível da solidão, da depressão e da qualidade de vida nos idosos; e avaliar a satisfação com o programa.
	4º Momento (N=6)	Averiguar se os resultados obtidos ao nível da solidão, da depressão e da qualidade de vida se mantêm sete semanas após o 3º momento.

Em cada um dos momentos de avaliação (1º, 3º e 4º momentos), os dados foram recolhidos pessoalmente com cada participante, apenas com a presença da investigadora e do participante.

Uma vez que a dimensão da amostra é reduzida, os resultados obtidos não podem ser generalizados à população em geral. Deste modo, a interpretação dos resultados é válida apenas para as amostras em estudo, e confere uma orientação mais qualitativa e descritiva.

Os dados dos idosos pertencentes ao Centro de Saúde foram recolhidos entre Junho e Setembro de 2010. E os dados dos idosos pertencentes à freguesia de Ponta Delgada foram recolhidos durante o mês de Agosto de 2010.

Depois da administração dos instrumentos de avaliação, estes foram cotados de acordo com as indicações dos autores, e os dados foram analisados recorrendo ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

2.5 Procedimento

Inicialmente foi elaborada, por escrito, uma proposta de investigação e de intervenção em que se apresentaram os objectivos do estudo e uma breve revisão de literatura e dos instrumentos a serem utilizados (ANEXO L – CD).

Depois de concedida a autorização para a realização do estudo pela coordenadora do núcleo de Psicologia do Centro de saúde São João da Talha (ANEXO C), realizou-se uma pequena sessão de esclarecimento para a equipa de profissionais da Unidade de Saúde Familiar (USF) sobre a vertente interventiva do presente estudo. Nesta reunião salientou-se da importância e da necessidade deste tipo de intervenção na população idosa, e foram expostos os principais objectivos do programa e das sessões, e os critérios de selecção dos participantes. Entretanto, os profissionais da USF referenciaram alguns idosos que foram contactados via telefone para comparecerem numa sessão individual, caso estivessem interessados em participar no grupo direccionado à promoção da saúde no idoso.

Nos idosos avaliados na freguesia de Ponta Delgada, o contacto foi feito de uma forma mais informal, sendo as pessoas simplesmente foram informadas sobre a parte avaliativa do estudo a ser realizado.

Em ambos os contextos de avaliação mencionados o primeiro contacto foi idêntico: procedeu-se a um primeiro contacto pessoal com os idosos (individualmente) onde estes foram informados sobre os objectivos do estudo e sobre os instrumentos de avaliação utilizados, tudo isto através de um Protocolo de Consentimento Informado, assinado por todos os participantes.

Importa referir que os protocolos foram distintos face ao contexto de residência do idoso. No Protocolo de Consentimento Informado para o meio urbano (ANEXO A) os objectivos aludiram ao estudo interventivo (quatro momentos). Quando este protocolo foi mostrado ao idoso, foi apresentado o programa, e foram explicados os objectivos e a importância da sua participação em actividades como esta, assim como o

esclarecimento de algumas dúvidas. No Protocolo de Consentimento Informado para o meio rural (ANEXO B) os objectivos referiram-se ao estudo avaliativo (um momento), onde foram explicados os objectivos e a importância dos estudos nesta temática.

Neste primeiro contacto continuou-se com o preenchimento do Questionário de Identificação para caracterização sócio-demográfica. Refira-se que a última parte deste questionário, denominada “parte 6 questões relativas ao grupo”, foi direccionada apenas aos participantes do meio urbano (Centro de Saúde São João da Talha), pois somente estes tiveram possibilidade de participar na vertente interventiva do estudo. Quer com os idosos do meio urbano, quer com os idosos do meio rural, o questionário de identificação teve como objectivo obter informações relativas à identificação do idoso (dados pessoais), ao apoio social, à situação e composição familiar, e à situação ocupacional.

Interessa mencionar que esta recolha de dados com o Questionário de Identificação foi realizada em formato de entrevista e foi com ela que se iniciou o contacto directo com cada participante. Esta didáctica teve como intenção facilitar a relação interpessoal entre o investigador e os participantes, alargando a margem de confiança necessária para a aplicação das escalas de auto-avaliação.

Seguidamente, cada idoso respondeu aos quatro instrumentos de avaliação já descritos. Começou-se por avaliar a função cognitiva por meio da escala de Avaliação Breve do Estado Mental. Passou-se à avaliação da depressão com a Escala Geriátrica da Depressão (EGD) e à avaliação da solidão com Escala de Solidão da UCLA. Por último, para a avaliação da qualidade de vida recorreu-se à versão portuguesa do WHOQOL-BREF. Estes foram todos administrados pela entrevistadora, onde esta reproduziu oralmente os itens, e registou a opção indicada por cada participante para cada um dos itens.

Cada idoso, do Centro de Saúde São João da Talha, participou em duas ou três sessões individuais de aproximadamente uma hora (consoante o tempo que demorou para responder aos instrumentos de avaliação), onde responderam a todos os instrumentos de avaliação. Já nos idosos de Ponta Delgada a avaliação foi feita em apenas uma sessão que demorou em média uma hora e trinta minutos por participante.

Posteriormente, falou-se com os idosos disponíveis para participarem no programa sobre horários e os dias mais convenientes. Chegou-se a um acordo, e deu-se o início à primeira sessão do programa. Este decorreu durante quatro semanas consecutivas. Aquando do término do mesmo, foram realizados mais dois momentos de

avaliação (que correspondem ao 3º e 4º momentos apresentados na Tabela 4 na secção anterior) com os mesmos instrumentos (excepto Avaliação Breve do Estado Mental), e com o Questionário de avaliação da satisfação com o programa.

2.5.1 Caracterização do programa – fundamentação metodológica

Hoje em dia vive-se mais, mas talvez não como se poderia viver. Esta fase do ciclo de vida em estudo (a velhice) não é, muitas vezes, devidamente acompanhada e preparada. Frequentemente, os idosos são dispensados e desvalorizados, o que pode levar o idoso a ver-se a si próprio como um ser inútil, por vezes devido às ideias que a sociedade cria sobre o mesmo, ou às formas como ela os vê. Além disso, os idosos estão sujeitos a um conjunto de realidades (como transformações físicas, psíquicas e sociais, perda de autonomia, reforma, isolamento social) às quais podem reagir de uma forma positiva, adaptando-se às mudanças, ou, como acontece frequentemente, podem ser incapazes de se reorganizarem e desenvolverem um quadro depressivo (Fernandes, 2000) e/ou de isolamento social.

Segundo Simões (2006) a definição de saúde acentua o aspecto positivo da mesma, e constitui a integração das dimensões do bem-estar físico, do bem-estar mental e do bem-estar social. Sendo que no bem-estar físico inclui-se, por exemplo, a prevenção das doenças e a actividade física. No bem-estar mental abrange-se o funcionamento activo das capacidades cognitivas – a aprendizagem, a memória e as aptidões intelectuais – e a prevenção do declínio das mesmas. Por último, no bem-estar social integra-se a capacidade de comunicar e interagir com os outros, o estabelecer de uma rede de relações e apoios sociais (na família, nos amigos, na comunidade), e a capacidade de usufruir dos tempos livres. Deste modo, um bom programa de intervenção para a promoção da saúde e da qualidade de vida no idoso deve ter em conta estas três dimensões. Destas, o presente programa incidiu sobre as duas últimas: dimensão mental e social.

Zimerman (2000) afirma que quem vive mais intensamente, quem se mantém activo, está sempre em busca de algo novo e pode ter a auto-estima fortalecida. Pelo contrário, quem não tem a actividade como rotina está mais sujeito à depressão. Para Zimerman (2000) estimular é criar meios para manter a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em actividade. Logo, a estimulação é o melhor meio para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento, e para levar as pessoas a viverem em melhores condições. O processo de estimulação pressupõe o

desenvolvimento de competências onde, através de um processo interactivo com os idosos, trabalham-se as áreas mais diminuídas. Como pode-se ver, a estimulação é uma das práticas mais importantes para manter o idoso com vida e com saúde, e igualmente, para que o idoso tenha um papel activo no grupo.

Por tanto, este programa surgiu do interesse em ajudar os idosos, para que estes não se acomodem às transformações e às perdas que muitas vezes acompanham a velhice. Para que desfrutassem de um espaço onde pudessem conviver e encontrar formas mais positivas para lidarem com algumas dessas realidades. Com a intenção de ajudá-los a ter uma velhice mais valorada da qual possam continuar a manter o seu projecto de vida. Pois, o ideal no processo de envelhecimento é que o idoso mantenha, quer a sua vitalidade agindo activamente na vida social, quer a possibilidade de confrontar novos objectivos de vida. Desta forma, poderá adaptar-se melhor à nova realidade que é a fase da velhice, transformando-se num exemplo de experiência de vida para todos. Como tal, o principal objectivo deste programa foi estimular o idoso em várias áreas, isto é, por meio da estimulação, actuar em vários campos do desenvolvimento da qualidade de vida dos idosos. Para concretizar este objectivo, recorreu-se à intervenção em grupo contendo jogos e dinâmicas que apelaram sobretudo à estimulação emocional, social, e cognitiva.

Como foi referido atrás, o trabalho de grupo com idosos revela ganhos tanto a nível emocional como cognitivo, sendo uma experiência de relações humanas e apresenta diversas vantagens já mencionadas (Lima, 2004). Por meio da intervenção em grupo com idosos, pode-se actuar em todos os campos do desenvolvimento da qualidade de vida (Jacob, 2007). Deste modo, a intervenção grupal pode ser encarada como um estímulo constante da vida mental, física e afectiva da pessoa idosa. Esta deve ter como objectivo ajudar o idoso a encarar o seu envelhecimento como um processo natural, de forma positiva e adequada, e a reconhecer a necessidade da manutenção das actividades físicas e mentais após os 65 anos.

Uma das formas de podermos trabalhar as áreas da qualidade de vida e da saúde é através de jogos, pois o jogo tem um papel primordial tanto na educação e animação, como na intervenção em grupo. Segundo Jacob (2007) pensadores e investigadores das ciências sociais e humanas admitem a importância enorme que o jogo tem como factor de socialização e de desenvolvimento intelectual, social e motor. Similarmente, Francia e Martínez (2000) dizem-nos que os jogos colaboram para uma maior saúde física e mental, para uma vida social mais integradora, aberta e alegre. O jogo em crianças,

adultos ou em idosos, é das melhores formas para transmitir uma mensagem, para aprender e para divertir.

O jogo tem uma função cultural, psicológica e social (Jacob, 2007): (1) cultural, permite satisfazer os ideais de expressão e de socialização; (2) psicológica, ajuda a combater o aborrecimento, estabelecer novos contactos no seio de um grupo, estimular o gosto pela acção e compensar a falta de actividade profissional; (3) social, possibilita sentir o bem-estar em partilhar uma actividade comum que seria útil desenvolver, além do espaço do grupo. Francia e Martínez (2000) acrescentam que o jogo pode ainda ser um espaço de encontro pessoal.

Segundo Lorda (2001, cit. por Jacob, 2007) com o jogo consegue-se: aumentar o grau cultural e o compromisso colectivo, aumentar o número de amizades e relacionamentos, canalizar a criatividade, oferecer diversão, libertar tensões e emoções, obter integração intergeracional, orientar positivamente as angústias quotidianas, reflectir, e ter predisposição para realizar outros afazeres.

Neste programa os jogos tiveram um papel fundamental, no sentido de poderem auxiliar na inadequação social, pois desenvolvem a cooperação no grupo, promovem a comunicação efectiva, e podem propiciar o fluxo comunicativo entre desconhecidos. Além disso, o jogo propicia benefícios para a saúde mental do idoso. O facto de os idosos se manterem ocupados com actividades gratificantes, ajuda a diminuir sentimentos de solidão, melhora o humor e motivação, facilita a sua adaptação a novas condições de vida, melhora a comunicação, exercita as competências cognitivas, aumenta os níveis de auto-estima e melhora a manutenção de hábitos saudáveis.

O presente programa também teve como pressuposto proporcionar a esta população um ambiente aconchegante e agradável, criando momentos de entretenimento e lazer, para que os idosos pudessem sentir-se úteis e pudessem usar as suas capacidades. Este programa pretendeu, ao máximo, tirar partido das experiências e ensinamentos adquiridos ao longo da vida, assim como proporcionar um envelhecimento activo.

Sintetizando, neste grupo procurou-se, por meio da utilização de jogos, trabalhar e estimular três dimensões do funcionamento psicológico humano: a dimensão emotiva-afectiva, a dimensão cognitiva e a dimensão social.

2.5.2 Procedimento do programa

A estrutura de um grupo de intervenção com idosos deve ser bem definida. Segundo Lima (2004) na criação de grupos de desenvolvimento pessoal: a) cada sessão deve ser de 60 a 90 minutos; b) a periodicidade ideal é de 2 a 3 vezes por semana; c) o número de participantes ideal é de 12 a 15; d) o início e o fim devem estar previstos, bem como o tempo de cada sessão e o local; e) as sessões devem ter uma sala própria; e f) as cadeiras devem ser colocadas em círculo.

O presente programa baseou-se nas propostas desta autora, onde cada uma destas alíneas foi respeitada, excepto a alínea c) pois o grupo foi constituído por 6 idosos (apesar de o número de participantes previsto ser de 12). Assim sendo, cada sessão teve uma duração de 90 minutos, com uma periodicidade definida de duas vezes por semana. As sessões decorreram durante quatro semanas à segunda-feira e à quinta-feira das 14h as 15h30 na sala de formação do Centro de Saúde São João da Talha.

Foi desenvolvido um programa de promoção da saúde no idoso com oito sessões contínuas. Cada sessão foi preparada com actividades específicas que apostaram essencialmente na estimulação cognitiva, social e emocional. Como tal, as sessões do programa foram dispostas em módulos com temáticas diferentes: Módulo Cognitivo (2 sessões), Módulo Social (3 sessões), e Módulo Emocional (3 sessões), nos quais as actividades foram agrupados dependendo das áreas que estimulavam. Segue-se uma Tabela onde podem ser observados os objectivos de cada módulo.

Tabela 5 – Objectivos dos módulos constituintes do programa.

Módulos	Objectivos
Módulo cognitivo	Manter e melhorar as condições mentais através de actividades que consistem no desenvolvimento de exercícios que estimulam os processos cognitivos básicos da pessoas, nomeadamente, a memória, a linguagem, a evocação, a atenção e a orientação).
Módulo social	Manter e melhorar a capacidade de comunicação e de relação com o outro; facilitar o intercâmbio afectivo, a convivência, o sentimento de pertencer; e permitir a troca de ideias, opiniões, sugestões mas também transmissão de sentimentos e emoções.

Módulo emocional	Incentivar o relacionamento entre o grupo; proporcionar trocas de experiências e vivências; adquirir um maior grau de conhecimento sobre si mesmo, e os demais do grupo; trabalhar com o afecto, a auto-estima, os relacionamentos, e os pensamentos; e estimular o pensamento para aspectos positivos.
-------------------------	---

Quanto ao grupo de intervenção, este foi constituído por seis idosos. Cada um deles deveria participar nas oito sessões, para frequentar a totalidade dos três módulos (completar o programa), no entanto, dois idosos faltaram uma e duas vezes.

Inicialmente estava previsto ser um grupo semi-aberto, onde seria possível a admissão e novos participantes na primeira sessão de cada módulo. No entanto, devido à falta de participantes acabou por se constituir como um grupo fechado.

Importa referir que embora as actividades estivessem separadas por módulos, a maioria dos jogos não estimulou apenas uma área. O habitual foi que as actividades juntassem a componente emocional com a cognitiva, ou a social com a cognitiva ou até as três. Sendo que a prática do jogo trouxe aos participantes múltiplos sentimentos e experiências diferentes das que estavam habituado no dia-a-dia.

Seguem-se três tabelas com a especificidade de cada módulo de intervenção, descrevendo o número da sessão, as actividades realizadas e os objectivos das mesmas.

Tabela 6 – Apresentação do módulo cognitivo (actividades e objectivos)

Estimulação cognitiva		
Sessão	Actividades realizadas	Objectivos
1	Jogo de apresentação	Dar-se a conhecer ao grupo através do livre fornecimento de algumas características pessoais
	Memória: balão ou caixa de ferramentas	Conhecer as crenças dos idosos acerca da memória e procurar esclarecer os preconceitos existentes.
2	Jogar com as palavras	Estimular a memória, comunicação verbal e integração dentro do grupo. Incentivar o pensamento e o raciocínio lógico.
	Biografia de acontecimentos positivos	Estimulação e manutenção cognitiva: memória a longo prazo.

Tabela 7 – Apresentação do módulo social (actividades e objectivos)

Estimulação social		
Sessão	Actividades realizadas	Objectivos
3	A teia de aranha	Facilitar o conhecimento interpessoal num grupo, contribuindo para quebrar constrangimentos e resistências habituais à interacção. Representar fisicamente o sentido de unidade e de coesão entre os membros do grupo. Facilitar a expressão de sentimentos.
	O primeiro passo	Iniciar, começar a mudar, levar a cabo projectos trocar entre si sentimentos e gostos; facilitar o conhecimento de cada um dos membros do grupo e favorecer um ambiente de confiança.
4	Roda com novelo – Os quatro elementos	Habilitar os reflexos físicos para pegar a bola, e mentais para responder à pergunta. Melhorar a coordenação do movimento e do pensamento ao trabalhar o aspecto cognitivo dos participantes. Trabalhar/recordar (através da repetição) o nome dos participantes. Proporcionar um momento lúdico.
5	Círculos para partilhar	Trabalhar a capacidade de expressão; partilhar ideias, sentimentos e experiências; apoiar, manter e estimular a comunicação entre os idosos; desenvolver a capacidade de escuta e atenção; criar confiança no grupo; e favorecer o conhecimento mútuo.

Tabela 8 – Apresentação do módulo emocional (actividades e objectivos)

Estimulação emocional		
Sessão	Actividades realizadas	Objectivos
6	Jogo das Cores	Conhecer melhor os outros; mostrar as semelhanças e dissemelhanças existentes entre as pessoas; permitir uma primeira abordagem às emoções; e possibilitar uma forma lúdica de falar sobre como se sentem.
	Roda positiva	Aumentar o pensamento positivo e agradecer.
7	Como saio da cama de manhã	Mudar, reflectir sobre o que motiva.

8	Qualidades	Favorecer o conhecimento interpessoal num grupo; favorecer o pensamento positivo; fomentar a auto-estima de uma forma lúdica; e provocar uma situação grupal positiva.
	Troca de opiniões sobre o trabalho realizado no grupo	Apreciar de uma maneira geral a satisfação com o programa, nomeadamente, com as sessões, com as actividades, e com o que aprenderam de novo.

Todas as sessões foram iniciadas com um momento de recepção dos participantes, no sentido de motivá-los para mais um dia de partilhas e para a participação nas actividades. A partir da segunda sessão, neste momento de recepção, foi incluída a apresentação e/ou correcção do trabalho de casa.

Em todas as sessões foi dado um trabalho para casa (TPC) que serviu como um estímulo fora do contexto de grupo. Todos os TPC incidiram sobre exercícios como palavras cruzadas, diferenças, sopa de letras, cruzadex que estimularam a memória, a atenção, o pensamento e a linguagem. Segundo Zimmerman (2000), um dos recursos estratégicos a aplicar no grupo para manter o ressurgimento de motivação é a atribuição de tarefas de casa, como as de pesquisar determinado assunto de interesse, ou as de fazer exercícios de estimulação.

Após a recepção passava-se às tarefas da sessão, onde começava-se por explicar o que iria ser feito naquele dia, comunicando as razões e os objectivos, expressando sempre a ideia de que quanto melhor realizassem as actividades, mais importantes seriam os benefícios obtidos.

No sentido de promover uma maior estimulação social a maioria das actividades foram realizadas pelo grupo no seu todo ou em grupos de dois ou três idosos e depois partilhadas com todo o grupo.

Desenvolvimento das sessões

Como pode-se verificar, foram organizadas sessões sobre a estimulação cognitiva, social e emocional.

Nas sessões de estimulação cognitiva discutiu-se a importância do treino das capacidades mentais, pois nesta etapa da vida muitas vezes o idoso acomoda-se à sua situação de reforma e não é devidamente estimulado cognitivamente, quer a nível da atenção quer da memória e da linguagem. Como tal os exercícios levaram os idosos a esforçarem-se a pensar e, conseqüentemente, a treinar as habilidades pouco exercitadas.

Segundo Nunes (2008) o treino cognitivo no idoso pode ser bastante eficaz. Inclusive num estudo (já citado) realizado por Rodrigues (2006), onde implementou um programa de estimulação cognitiva em idosos, concluiu que o desenvolvimento de capacidades cognitivas específicas parece beneficiar da prática e do treino. Outros autores têm opiniões semelhantes.

No âmbito da estimulação social, estas envolveram sobretudo actividades que levaram os idosos a comunicar entre todos (e não apenas com uma só pessoa do grupo). Aqui utilizaram-se alguns jogos de conhecimento. Segundo Jares (2007) os jogos de conhecimento são dinâmicas lúdicas de participação horizontal, pelas quais os membros de um grupo obtêm informação e opiniões sobre si mesmos, sobre os outros membros e sobre o próprio grupo como tal. Estes têm como objectivos gerais: adquirir um maior grau de conhecimento sobre si mesmo, os demais e o próprio grupo; favorecer um ambiente participativo e descontraído; estimular a comunicação; e favorecer a escuta activa. Aqui os jogos também foram direccionados à partilha de actividades que ainda gostassem de fazer e recordação de actividades prazerosas já realizadas.

Na estimulação emocional foram realizados jogos com o objectivo de falar sobre sentimentos, de aumentar o pensamento positivo, tentar mudar o discurso interno negativo e focar-se nas coisas boas que têm, nas motivações e nas qualidades pessoais. Segundo Lima (2004) a chave para melhorar a auto-estima é ter controlo consciente sobre o discurso interno. As coisas que cada um de nós diz a si próprio na sua mente, assim como a interpretação que atribuí aos acontecimentos da sua vida, combinam-se para criar a realidade em que vivemos. Acabar com os discursos auto-destrutivos torna-se então essencial, visto serem os pensamentos e as expectativas que moldam aquilo em que nos tornamos. O princípio subjacente é que o cérebro não admite duas noções contraditórias ao mesmo tempo. E esta noção da importância do pensamento positivo foi passada desde as primeiras sessões.

3. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este capítulo refere-se aos resultados da investigação e tem como propósito apresentar as análises descritivas e os resultados obtidos. Saliente-se que os dados foram tratados no Software SPSS (Statistical Package the Social Sciences) versão 17.0, considerando-se estatisticamente significativas as análises estatísticas cuja probabilidade de significância, *p-value*, do teste fosse inferior ou igual a 0.05.

Os resultados expõem-se de acordo com os objectivos estabelecidos da investigação, anteriormente apresentados.

Objectivo 1 – Avaliar o estado mental (como despiste), a depressão, a solidão, e a qualidade de vida dos idosos.

Na Tabela 9 pode-se observar a análise descritiva dos resultados obtidos pelos idosos nos quatro instrumentos de avaliação: Avaliação Breve do Estado Mental, Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Solidão da UCLA, e faceta geral e os quatro domínios do WHOQOL-BREF.

Tabela 9 – Análise descritiva dos resultados obtidos para cada instrumento utilizado.

Instrumento	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Avaliação Breve do Estado Mental	26,82	2,30	21	30
Escala de Depressão Geriátrica	8,95	6,81	0	22
Escala de Solidão da UCLA	32,91	10,40	19	59
WHOQOL Faceta Geral	59,66	20,39	12,50	87,50
WHOQOL Domínio Físico	59,31	20,88	17,86	92,86
WHOQOL Domínio Psicológico	65,34	18,69	16,67	91,67
WHOQOL Domínio Relações Sociais	60,61	13,65	33,33	83,33
WHOQOL Domínio Ambiente	64,92	17,52	34,38	90,63

Avaliar o Estado Mental

Para avaliar o estado mental recorreu-se à Avaliação Breve do Estado Mental (ABEM). Aqui as pontuações podem variar entre 0 e 30 pontos, sendo que os resultados mais elevados são indicadores de um melhor estado cognitivo. No presente estudo

observou-se uma média de 26,82, com um desvio padrão de 2,30 o que é um resultado médio a elevado para esta amostra cuja escolaridade era nenhuma ou apenas o primeiro ciclo. O valor mínimo obtido foi de 21, o que é caracterizador de possível défice cognitivo, uma vez que uma pontuação igual ou inferior a 22 em pessoas com 1 a 11 anos de escolaridade pode ser interpretada como défice cognitivo. O valor máximo obtido foi de 30, o que corresponde à pontuação mais alta.

Avaliar a Depressão

Como referido, foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica (EDG) para avaliar a depressão. Nesta escala as pontuações possíveis variam entre 0 e 30, onde os valores mais altos indicam a maior gravidade da depressão. No presente estudo, obteve-se uma média de 8,95 o que não é indicador de depressão, (só o é a partir de resultados superiores a 11). Por sua vez, o desvio-padrão foi de 6,814, e os resultados mínimos e máximos 0 e 22 respectivamente. Aqui há uma discrepância nos resultados, enquanto o valor mínimo foi 0 que representa ausência total de depressão, o valor máximo foi de 22 o que é indicador de uma depressão grave, no entanto sabe-se que os restantes resultados dos restantes participantes não atingiram um nível tão elevado.

Avaliar a solidão

O nível de solidão foi obtido a partir da Escala de Solidão da UCLA que mede especificamente o nível de solidão auto-percebido, mas de forma indirecta. As pontuações possíveis variam entre 18 e 72, correspondendo os valores mais elevados a um maior nível de solidão. Como pode-se verificar na Tabela 9, o valor médio obtido nesta escala foi de 32,91, este valor sugere um nível de solidão baixo, com um desvio padrão de 10,401. Os valores mínimos e máximos foram respectivamente 19 e 59, o que novamente representa uma grande discrepância entre os participantes.

Avaliar a qualidade de vida

Para concretizar este objectivo recorreu-se ao instrumento WHOQOL-BREF (faceta geral e os quatro domínios). Os resultados representam a percepção individual da qualidade de vida em cada domínio em particular e na faceta geral, sendo que mais elevados correspondem a uma melhor qualidade de vida. Através da análise da Tabela 9, pode-se observar que o domínio no qual os idosos apresentaram uma média com um valor mais elevado é no domínio psicológico, com uma média de 65,34, e um desvio-

padrão de 18,69. Depois temos o domínio ambiente com média de 64,92 e um desvio-padrão de 17,52. Adoptando a ordem decrescente dos resultados médios, segue-se o domínio das relações sociais M=60,61 e DP=13,65; a faceta geral M=59,66 com DP=20,39; e por último, aquele que apresenta uma média com um valor inferior, o domínio físico M=59,31 e DP=20,89. Note-se na Tabela 9 que as discrepâncias entre o valor mínimo e o valor máximo obtidos neste instrumento também são grandes. Tendo em conta que os resultados vão de 0 a 100 pode-se observar que os níveis médios de qualidade de vida na faceta geral e nos quatro domínios são reflexo de uma qualidade de vida média a alta. Sendo que todos estes variam entre 59,31% do domínio físico e 65,34% para o domínio psicológico.

Objectivo 2 – Procurar compreender a relação entre solidão, depressão e qualidade de vida nos idosos.

Para o estudo da relação entre os resultados dos vários instrumentos utilizados (incluindo os domínios da qualidade de vida e faceta geral) utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson. Na Tabela 10 apresentam-se os valores das correlações.

Tabela 10 – Matriz de correlações de Pearson.

	Solidão	Depressão	Domínio Ambiente	Domínio R. Sociais	Domínio Psicológ.	Domínio Físico	Faceta Geral
Solidão	-						
Depressão	,768**	-					
Domínio Ambiente	-,787**	-,752**	-				
Domínio R. Sociais	-,750**	-,451*	,634**	-			
Domínio Psicológico	-,821**	-,742**	,870**	,738**	-		
Domínio Físico	-,710**	-,685**	,784**	,701**	,811**	-	
Faceta Geral	-,734**	-,631**	,734**	,701**	,790**	,837**	-

*p<0.05

**P<0.01

Começando pela análise das correlações positivas, verifica-se que a correlação entre a depressão e a solidão é positiva e forte ($r_p=.768$, $p<.01$), ou seja, estas variáveis

variam no mesmo sentido. Também as correlações entre os vários domínios do WHOQOL-BREF e a faceta geral são fortemente positivas, com valores de r_p que variam entre .634, $p<.01$ e .870, $p<.01$, o que significa que os vários domínios e a faceta geral do WHOQOL-BREF variam (aumentam) no mesmo sentido.

Passando à análise das correlações negativas, pode-se observar que a solidão apresenta-se fortemente correlacionada de forma negativa com o WHOQOL-BREF nos seus vários domínios e na faceta geral, com valores de r_p iguais e superiores a $-.710$, $p<.01$. Também a depressão apresenta-se fortemente correlacionada de forma negativa com o WHOQOL-BREF nos seus vários domínios e na faceta geral, com valores de r_p entre $-.685$, $p<.01$ e $-.752$, $p<.01$; excepto, para a correlação entre WHOQOL-BREF Domínio das Relações Sociais e a depressão em que a correlação negativa é apenas moderada e significativa a 5%, $r_p = -.451$, $p<.05$.

Objectivo 3 – Verificar se o meio, urbano e rural, onde o idoso reside influencia o sentimento de solidão, depressão e qualidade de vida (comparação intergrupos).

A Tabela 11 apresenta a análise descritiva dos resultados obtidos pelas duas amostras de idosos em estudo (rural e urbana), nos quatro instrumentos utilizados.

Tabela 11 – Análise descritiva dos resultados obtidos pelas duas amostras.

	Meio urbano		Meio rural		Total	
	(N = 11)		(N = 11)		(N = 22)	
	M	DP	M	DP	M	DP
Av. Breve do Estado Mental	25,91	2,43	27,73	1,85	26,82	2,30
Escala de Depressão Geriátrica	14,00	5,73	3,91	2,95	8,95	6,81
Escala de Solidão da UCLA	39,64	10,46	26,18	4,26	32,91	10,40
WHOQOL Faceta Geral	50,00	21,65	69,32	14,10	59,66	20,39
WHOQOL D. Físico	50,33	23,00	68,29	14,45	59,31	20,89
WHOQOL D. Psicológico	53,03	17,29	77,65	10,08	65,34	18,69
WHOQOL D. Relações Sociais	54,55	12,56	66,67	12,36	60,61	13,65
WHOQOL D. Ambiente	51,71	12,61	78,13	10,08	64,92	17,52

Considerando os diferentes meios onde residem os idosos, a observação da Tabela 11 permite verificar que os idosos do meio rural apresentaram resultados médios

na Escala de Depressão Geriátrica (EDG) e na Escala de Solidão da UCLA inferiores aos valores dos resultados médios obtidos pelos idosos do meio urbano.

Por outro lado, os idosos em meio rural apresentaram resultados médios na Avaliação Breve do Estado Mental e no WHOQOL-BREF (faceta geral e nos quatro domínios) com valores superiores aos valores dos resultados médios obtidos pelos idosos do meio urbano.

Pela análise do output (ANEXO M - CD) verificou-se que não há diferenças significativas ao nível do estado mental entre os idosos do meio urbano e os idosos do meio rural. Para as restantes análises efectuadas, no teste de Levene a igualdade de variâncias estas não foram assumidas, e pela análise do teste *t* todas as diferenças entre as médias foram estatisticamente significativas.

Ao nível da EDG, obteve-se um valor de $t(20)=-5,196$; $p<.05$. Significa que as diferenças observadas nas médias entre as duas amostras ao nível da depressão são estatisticamente significativas e que os níveis de depressão no meio rural são significativamente inferiores aos do meio urbano.

O valor do teste *t* resultante da comparação das duas amostras relativamente à Escala de Solidão é de $t(20)=-3,950$; $p<.05$, ou seja, os níveis médios de solidão são estatisticamente diferentes, sendo mais baixos para o grupo do meio rural.

Passando à análise dos resultados da qualidade de vida nos seus vários domínios e na faceta geral, também verificaram-se diferenças estatisticamente significativas para qualquer um deles (Faceta geral $t(20)=2.480$; $p<.05$; Domínio físico $t(20)=2.193$; $p<.05$; Domínio psicológico $t(20)=4.080$; $p<.05$; Domínio relações sociais $t(20)=2.281$; $p<.05$; Domínio ambiente $t(20)=5.429$; $p<.05$). Os resultados mostraram que os idosos do meio rural aparentam ter valores significativamente mais altos de qualidade de vida, quer na faceta geral, como nos seus vários domínios analisados.

Objectivo 4 – Avaliar a influência de algumas variáveis sócio-demográficas, como a ocupação dos tempos livres e o agregado familiar, na percepção da solidão, da depressão e da qualidade de vida.

Uma vez que o objectivo inicial foi avaliar a influência de algumas variáveis sócio-demográficas, optou-se por avaliar as variáveis: estado civil, residência (no objectivo 3), agregado familiar, frequência do contacto com a família, satisfação com a relação com os familiares, satisfação com a relação com os amigos, frequência de centro dia ou outra associação, e ter algum passatempo regular. (Em detrimento das restantes).

Para averiguar a existência de diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos resultados obtidos nos instrumentos utilizados e algumas variáveis sócio-demográficas recorreu-se ao teste *t*-Student para amostras independentes (Maroco, 2007) para as variáveis com respostas dicotómicas (considerou-se cada resposta como um grupo independente). Para as variáveis sócio-demográficas com respostas ordinais recorreu-se a uma ANOVA. Seguem-se as análises para cada variável separadamente.

Estado civil

Através de uma análise do teste *t* para amostras independentes não se observou nenhuma diferença estatisticamente significativa (ANEXO N - CD).

Agregado familiar

Efectuou-se uma ANOVA mas nenhuma diferença foi estatisticamente significativa (ANEXO O - CD).

Satisfação com a relação com os familiares

Por meio da análise dos valores *t* e respectivos níveis de significância ($p < .05$), apresentados na Tabela 12, observa-se que para todos os resultados obtidos com os quatro instrumentos, existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 12 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos nos vários instrumentos em função da satisfação com a relação com os familiares.

Instrumentos	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Satisfação com a relação</i>	
			Sim (M)	Não (M)
Escala de Depressão Geriátrica	-2,583	,018	7.63	17.33
Escala de Solidão da UCLA	-3,382	,003	30.47	48.33
WHOQOL Faceta Geral	2,760	,012	63.82	33.33
WHOQOL D. Físico	3,342	,003	64.16	28.57
WHOQOL D. Psicológico	5,177	,000	70.83	30.56
WHOQOL D. Relações Sociais	3,056	,006	63.60	41.67
WHOQOL D. Ambiente	3,464	,002	69.08	38.54

Para o nível de solidão e de depressão os valores *t* foram $t(20) = -3.382$; $p < .05$ e $t(20) = -2.53$; $p < .05$ respectivamente, o que significa que os níveis médios de depressão

e de solidão das pessoas que estão satisfeitas com o relacionamento com os familiares são menores do que os das pessoas que não estão satisfeitas. Para os níveis de qualidade de vida, quer na faceta geral como nos seus domínios, os resultados indicaram que a qualidade de vida apresenta valores médios mais altos nas pessoas que estão satisfeitas com a relação com a família, do que nas pessoas que não estão satisfeitas. Pela análise *t* verifica-se que todas essas diferenças encontradas são estatisticamente significativas.

Satisfação com a relação com os amigos

Através da análise dos valores *t* e respectivos níveis de significância ($p < .05$), apresentados na Tabela 13, verifica-se que para todos os resultados obtidos com os quatro instrumentos, excepto para WHOQOL domínio relações sociais, existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 13 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos nos vários instrumentos em função da satisfação com a relação com os amigos.

Instrumentos	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>Satisfação com a relação</i>	
			Sim (M)	Não (M)
Escala de Depressão Geriátrica	-3,120	,005	7.75	21.00
Escala de Solidão da UCLA	-2,279	,034	31.45	47.50
WHOQOL Faceta Geral	2,947	,008	63.13	25.00
WHOQOL D. Físico	3,486	,002	63.27	19.65
WHOQOL D. Psicológico	3,953	,001	69.17	27.09
WHOQOL D. Relações Sociais	-	-	62.08	45.84
WHOQOL D. Ambiente	2,246	,036	67.35	40.63

Para o nível de solidão o valor *t* foi $t(20) = -2.279$; $p < .05$ e para a depressão foi $t(20) = -3.120$; $p < .05$, o que significa que os níveis médios de depressão e de solidão das pessoas que estão satisfeitas com o relacionamento com os amigos são menores do que os das pessoas que não estão satisfeitas. Para os níveis de qualidade de vida os resultados indicaram que a qualidade de vida apresenta valores médios estatisticamente significativos mais altos nas pessoas que estão satisfeitas com a relação com os amigos, em comparação com as que não estão satisfeitas. Excepto para o domínio relações sociais, onde as diferenças não foram estatisticamente significativas.

Frequência com que contacta a família

Na Tabela 14 apresentam-se os valores t e respectivos níveis de significância. Verifica-se que, exceptuando para WHOQOL domínio relações sociais e domínio físico, para os restantes resultados obtidos existem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 14 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos nos vários instrumentos em função da frequência com que contacta a família.

Instrumentos	t	p	Frequência do contacto (M)	
			Diariamente	Semanalmente
Escala de Depressão Geriátrica	-4,502	,000	6.06	16.67
Escala de Solidão da UCLA	-2,566	,018	29.81	41.17
WHOQOL Faceta Geral	2,100	,049	64.84	45.83
WHOQOL D. Físico	-	-	64.13	46.43
WHOQOL D. Psicológico	2,367	,028	70.57	51.39
WHOQOL D. Relações Sociais	-	-	62.50	55.56
WHOQOL D. Ambiente	2,687	,014	70.31	50.52

Para o nível de solidão o valor t foi $t(20)=-2.566$; $p<.05$ e para a depressão foi $t(20)= -4.502$; $p<.05$, o que significa que os níveis médios de depressão e de solidão das pessoas que contactam diariamente com a sua família são menores do que os das pessoas que não contactam. Para os níveis de qualidade de vida os resultados indicaram que a qualidade de vida apresenta valores médios mais altos nas pessoas que contactam diariamente com a sua família em comparação com as que contactam apenas semanalmente. Excepto para o domínio relações sociais e para o domínio físico, onde as diferenças não foram estatisticamente significativas.

Frequência de Centro Dia ou outras associações

Através da análise do output (ANEXO P – CD) verificou-se que a única diferença estatisticamente significativa é ao nível da depressão. O resultado $t(20)=-2.982$; $p <.05$ sugere que as diferenças observadas entre os níveis médios de depressão são estatisticamente significativas entre as pessoas que frequentam Centro Dia e as que não frequentam. O resultado t sugere que as pessoas que frequentam esses lugares tendem a apresentar níveis de depressão inferiores.

Ter um passatempo (actividade) regular

Observou-se uma diferença estatisticamente significativa entre o ter um passatempo regular e o WHOQOL domínio Ambiente (ANEXO Q – CD). O resultado $t(20)=2.157$; $p<.05$ sugere que o nível de qualidade de vida no domínio ambiente é estatisticamente diferente entre as pessoas que têm, ou não têm, um passatempo regular. Este resultado t sugere que as pessoas que têm um passatempo regular tendem a apresentar níveis de qualidade de vida no domínio ambiente superiores.

Objectivo 5 – Verificar se a implementação do programa produziu alterações ao nível da solidão, da depressão e da qualidade de vida dos idosos participantes.

Para a concretização deste objectivo, recorreu-se ao teste t -Student para amostras emparelhadas, pois este permite inferir sobre a igualdade de médias de duas amostras emparelhadas, onde cada caso é analisado duas vezes, antes e depois da intervenção, formando pares de observações, cujas diferenças são testadas para ver se o resultado é, ou não, zero.

Neste caso, pretendeu-se testar se existem diferenças significativas entre os três momentos de avaliação. Estes foram analisados aos pares, isto é, para cada variável verificou-se se existiam diferenças: a) entre o 1º e o 2º momento, b) entre o 1º e o 3º momento, e c) entre o 2º e o 3º momento. Recorde-se que, o 2º momento foi realizado logo após a intervenção, e o 3º momento foi realizado 7 semanas após o 2º momento.

Segue-se uma análise dos resultados distinta para cada variável observada, nos três momentos de avaliação.

Alterações ao nível da solidão

Quando comparados o 1º (M=44,33) com o 2º momento (M=30,33), a média das diferenças emparelhadas relativas aos dois momentos é de 14 pontos, o que denota uma diminuição da pontuação atribuída após a intervenção. Pode-se verificar na Tabela 15 que o valor t resultante da comparação das duas amostras é $t(5)=3.026$; $p<.05$, logo, a diferença observada é significativa. Também quando compara-se o 1º (M=44,33) com o 3º (M=30,67) momento, o nível de solidão no 1º momento é significativamente superior ao nível de solidão no 3º momento.

Tabela 15 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos na Escala de Solidão.

Pares	M	t	p
Escala de Solidão UCLA 1 - UCLA 2	14,000	3,026	,029
Escala de Solidão UCLA 1 - UCLA 3	13,667	3,350	,020
Escala de Solidão UCLA 2 - UCLA 3	-,333	-,200	,849

Quando compara-se o 2º com o 3º momento, verifica-se que a média das diferenças emparelhadas é de -.333 pontos, o que denota um ligeiro aumento da pontuação do nível de solidão entre estes momentos. No entanto, como pode-se verificar pela análise da Tabela 15, esta diferença não é significativa.

Alterações ao nível da depressão

Comparou-se o 1º (M=15.33) com o 2º momento (M=11.83) e verificou-se que houve uma diminuição da pontuação atribuída na escala de depressão após a intervenção. No entanto, como pode-se observar na Tabela 16, esta diferença não é estatisticamente significativa, pois $p > .05$.

Tabela 16 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos na Escala de Depressão.

Pares	M	t	p
Escala de Depressão Geriátrica 1 - EDG 2	3,500	1,378	,227
Escala de Depressão Geriátrica 1 - EDG 3	4,167	3,082	,027
Escala de Depressão Geriátrica 2 - EDG 3	,667	,363	,732

Por sua vez, observou-se uma melhoria estatisticamente significativa do nível de depressão no 1º (M=15.33) para o 3º momento (M=11,17) ($t(5)=3.082$; $p=0.013$). Ou seja, o nível de depressão sentido auto-avaliado pelos idosos é inferior no 3º momento.

Quando comparou-se o 2º com o 3º momento, verificou-se que a média das diferenças emparelhadas é de .667 pontos, o que indica uma ligeira diminuição não significativa do nível de depressão entre estes momentos.

Alterações ao nível da qualidade de vida

Uma vez que ao nível da qualidade de vida apresentam-se separadamente os resultados nos quatro domínios e na faceta geral. Seguem-se as análises distintas para cada um deles.

Qualidade de Vida – Faceta Geral

Pela análise dos resultados apresentados na Tabela 17 observa-se que a única diferença estatisticamente significativa verifica-se entre o 1º (M=47.92) e o 2º momento (M=60.42) $t(5)=-3,873$ $p<.05$, com uma diferença de médias de -12,50, o que indica um aumento da pontuação obtida na faceta geral após a intervenção.

Tabela 17 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos na Faceta Geral.

Pares	M	t	p
WHOQOL Faceta Geral 1 - Faceta Geral 2	-12,50	-3,873	,012
WHOQOL Faceta Geral 1 - Faceta Geral 3	-6,25	-2,236	,076
WHOQOL Faceta Geral 2 - Faceta Geral 3	6,25	2,236	,076

Quanto à comparação entre o 1º e o 3º momento (M=54.17), verifica-se um aumento da pontuação na faceta geral da qualidade de vida entre estes momentos. No entanto, como pode-se verificar na Tabela 17, esta diferença não é significativa. Semelhante aconteceu na comparação entre o 2º e o 3º momento, onde a diferença de 6.25 pontos entre as médias, mostra que houve uma diminuição nas pontuações na faceta geral. Porém, esta diferença não é significativa.

Qualidade de Vida – Domínio Físico

Observou-se uma melhoria estatisticamente significativa da qualidade de vida no domínio físico do 1º (M=42.86) para o 2º momento (M=57.74) ($t(5)=-5.923$; $p<.05$). Na Tabela 18 verifica-se que houve um aumento da pontuação obtida após a intervenção.

Tabela 18 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos no Domínio Físico.

Pares	M	t	p
WHOQOL Domínio Físico 1 - Físico 2	-14,88000	-5,923	,002
WHOQOL Domínio Físico 1 - Físico 3	-12,49833	-2,671	,044
WHOQOL Domínio Físico 2 - Físico 3	2,38167	,482	,650

Também observou-se uma diferença estatisticamente significativa do 1º para o 3º momento (M=55.35) $t(5)=-2.671$; $p<.05$. Através da análise da média das diferenças emparelhadas, que é de -12.50, verifica-se que houve um aumento significativo da pontuação obtida no domínio físico da qualidade de vida do 1º para o 3º momento.

Quando comparou-se o 2º com o 3º momento, verificou-se uma pequena diminuição não significativa da pontuação obtida no domínio físico da qualidade de vida entre estes momentos.

Qualidade de Vida – Domínio Psicológico

Observou-se uma melhoria estatisticamente significativa da qualidade de vida no domínio psicológico do 1º (M=46.53) para o 2º momento (M=61.11) ($t(5)=-4.869$; $p<.05$). Pela análise da Tabela 19 verifica-se que houve um aumento significativo da pontuação obtida após a intervenção.

Tabela 19 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos no Domínio Psicológico.

	M	t	p
WHOQOL Domínio Psicológico 1 - Psicológico 2	-14,58167	-4,869	,005
WHOQOL Domínio Psicológico 1 - Psicológico 3	-14,38833	-5,085	,004
WHOQOL Domínio Psicológico 2 - Psicológico 3	,19333	,087	,934

Observou-se ainda uma diferença estatisticamente significativa do 1º para o 3º momento (M=60.92) $t(5)=-5.085$; $p<.05$. Na Tabela 19 verifica-se que a média das diferenças emparelhadas é de -14.39 pontos, o que indica um aumento estatisticamente significativo da pontuação do domínio psicológico da qualidade de vida.

Quando comparou-se o 2º com o 3º momento, verificou-se que a média das diferenças emparelhadas é de .193 pontos, o que indica uma ligeira diminuição da pontuação obtida no domínio psicológico da qualidade de vida entre estes momentos. Porém, verifica-se pela análise da Tabela 19, que esta diferença não é significativa.

Qualidade de Vida – Domínio Relações Sociais

Observou-se uma melhoria estatisticamente significativa da qualidade de vida no domínio relações sociais do 1º (M=50.00) para o 2º momento (M=68.05) ($t(5)=-4.539$; $p<.05$). Verificou-se que a média das diferenças emparelhadas é de -18.05 o que indica um aumento da pontuação obtida no domínio das relações sociais da qualidade de vida após a intervenção. Ou seja, o nível de qualidade de vida dos idosos no domínio das relações sociais é significativamente superior após a intervenção.

Tabela 20 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos no Domínio Relações Sociais.

Pares	M	t	p
WHOQOL Domínio Relações Sociais 1 - Sociais 2	-18,05167	-4,539	,006
WHOQOL Domínio Relações Sociais 1 - Sociais 3	-16,66667	-3,162	,025
WHOQOL Domínio Relações Sociais 2 - Sociais 3	1,38500	,414	,696

Também observou-se uma diferença estatisticamente significativa do 1º para o 3º momento (M=66.67) $t(5)=-3.162$; $p<.05$. Como pode-se observar na Tabela 20, a média das diferenças emparelhadas é de -16.67 pontos, o que indica um aumento estatisticamente significativo da pontuação do domínio das relações sociais da qualidade de vida entre estes momentos.

Aquando da comparação entre o 2º e o 3º momento, verificou-se que a média das diferenças emparelhadas é de 1.385 pontos, o que indica uma diminuição não significativa da pontuação obtida no domínio das relações sociais da qualidade de vida.

Qualidade de Vida – Domínio Ambiente

A observação directa dos resultados apresentados na Tabela 21 permite afirmar que todas as diferenças são estatisticamente significativas.

Tabela 21 – Diferenças entre as médias dos resultados obtidos no Domínio Ambiente.

Pares	M	t	p
WHOQOL Domínio Ambiente 1 - Ambiente 2	-22,39667	-7,311	,001
WHOQOL Domínio Ambiente 1 - Ambiente 3	-14,06333	-3,251	,023
WHOQOL Domínio Ambiente 2 - Ambiente 3	8,33333	3,322	,021

Verificou-se entre o 1º (M=46.36) e o 2º momento (M=68.75) $t(5)=-7,311$ $p<.05$ com uma diferença de médias de -22,39, o que indica um aumento considerável da pontuação obtida no domínio ambiente da qualidade de vida após a intervenção.

Esta mesma conclusão é válida para a comparação entre o 1º e o 3º momento, uma vez que, a média da qualidade de vida no domínio ambiente no 1º momento (M=46.36) foi significativamente inferior à média no 3º momento (M=60.42).

A média das diferenças emparelhadas de 8.33 pontos no par 2º com 3º momento mostrou uma diminuição significativa da pontuação no domínio ambiente da qualidade

de vida entre estes momentos $t(5)=3,322$; $p<.05$. Ou seja, apesar de ter ocorrido um aumento significativo do 1º para o 2º momento nos valores médios no domínio ambiente, do 2º para o 3º momento, ocorreu uma diminuição significativa.

Objectivo 6 – Avaliar a satisfação dos idosos face ao programa.

Para a concretização deste objectivo, procedeu-se à análise quantitativa e qualitativa das respostas dadas pelos participantes a cada uma das questões formuladas no Questionário de Avaliação da Satisfação com o Programa.

Começou-se pela análise quantitativa de todos os itens constituintes do questionário, incidindo sobre a análise descritiva dos mesmos. Apresenta-se de seguida a Tabela 22 com os dados referentes à distribuição das médias, aos desvios-padrão, ao mínimo e ao máximo relativos à avaliação do programa segundo os itens enunciados no questionário.

Tabela 22 – Análise descritiva dos resultados obtidos nos itens do questionário.

Itens do questionário	M	DP	Mín.	Máx.
Avaliação do conteúdo do programa				
Os módulos corresponderam às suas expectativas iniciais?	4,33	,816	3	5
Os objectivos propostos foram atingidos?	4,33	,816	3	5
A metodologia utilizada foi eficaz?	5,00	,000	5	5
O tempo atribuído aos temas foi adequado?	4,17	,753	3	5
Os conteúdos abordados tinham qualidade?	4,50	,548	4	5
Os temas foram apresentados de forma coerente e estruturada?	4,67	,516	4	5
Procurou por em prática o que aprendeu e/ou o que foi falado?	2,50	1,378	1	4
A avaliação global do programa é positiva?	4,83	,408	4	5
Avaliação dos exercícios de casa				
Despertaram interesse e motivação?	4,00	,894	3	5
Foram apropriados?	4,50	,548	4	5
Foram úteis?	4,83	,408	4	5
Foram de compreensão acessível?	4,67	,516	4	5
Sentiu dificuldade ao realizá-los?	2,33	1,211	1	4

Avaliação da Psicóloga				
A clareza na apresentação dos objectivos a alcançar?	4,83	,408	4	5
A clareza na exposição e apresentação dos temas?	4,50	,548	4	5
A apresentação de algumas estratégias de apoio à rentabilização dos saberes adquiridos?	4,00	,632	3	5
A capacidade de incentivar a participação dos idosos?	4,83	,408	4	5
A capacidade de motivar e despertar interesse pelos assuntos abordados?	4,67	,516	4	5
O interesse pelas dificuldades dos idosos?	4,50	,548	4	5
O relacionamento com o grupo?	5,00	,000	5	5
Avaliação geral do programa				
A duração de cada sessão?	4,33	,516	4	5
A duração total do programa?	3,83	1,472	1	5
O acolhimento?	4,50	,548	4	5
O acompanhamento?	4,50	,548	4	5
As instalações?	4,33	,516	4	5
Os materiais utilizados?	4,17	,408	4	5
O horário das sessões?	4,83	,408	4	5
Os temas/módulos apresentados?	4,33	,516	4	5
A aquisição/consolidação de competências?	4,33	,516	4	5
A qualidade do programa?	4,33	,516	4	5

Pela observação da Tabela 22 verifica-se que em quase todas as questões a média foi superior a 4, numa escala de avaliação de 1 a 5. Verifica-se também que na maioria das questões a pontuação mínima foi de 4 e máxima de 5.

Os itens com que a amostra classificou com a pontuação máxima foram “A metodologia utilizada foi eficaz?” e “Como avalia o relacionamento (da psicóloga) com o grupo?”, com $M=5$ e $DP=0$.

Por sua vez, houve 3 itens em que as médias foram mais baixas do que as médias da maior parte dos itens: 1) “Procurou por em prática o que aprendeu e/ou o que foi falado?”, com $M=2.50$ e $DP=1.38$; 2) “Sentiu dificuldade ao realizá-los (os exercícios de casa)?”, com $M=2.33$ e $DP=1.2$; e 3) “(Ficou satisfeita com) a duração total do programa?”, com $M=3.83$ e $DP=1.47$. Note-se que nesta última questão a discrepância entre o valor mínimo e o valor máximo foi grande, tendo havido respostas de valor 1 – muito insatisfeita e respostas de valor 5 – muito satisfeita. Foi a única questão em todo o questionário em que tal discrepância foi observada.

Procedeu-se então com a análise qualitativa do quinto grupo de questões, constituído por seis perguntas abertas.

As respostas dadas a estas questões (ANEXO R - CD) vieram confirmar a satisfação dos idosos com o programa. Nestas pudemos ver que todos os participantes consideraram que o programa ajudou em algum sentido, sendo que, no geral, todas as pessoas gostaram do convívio (por exemplo: *“ajudou a falar, estar entretida, conviver”* e *“foi bom para falar e animar”*). Todos reconheceram que o programa trouxe alguma mudança à sua vida, principalmente ao nível da interacção social (*“agora falo com outras pessoas, estou mais aberta”* e *“Já adormeço mais folgada”*).

Também obtiveram-se respostas que mostraram a motivação das pessoas para continuarem a participar em grupos *“Gostei. Foi bom e devia continuar”*, *“Espero que voltem a fazer outro grupo”*, e *“Faz falta para pessoas muito sozinhas, como para mim, devia continuar”*.

Objectivo 7 - Perceber a importância deste tipo de intervenção, quer pela opinião dos idosos, quer pelos resultados obtidos em cada uma das escalas de avaliação nos três momentos de avaliação.

A análise dos resultados dos objectivos 5 e 6 permitem-nos perceber que, este tipo de intervenção é realmente importante para idosos que apresentam algum isolamento, e/ou manifestam algumas características do humor deprimido, e/ou apresentam níveis médios baixos de qualidade de vida.

Reportando-se aos dados obtidos no objectivo 5, percebe-se que este tipo de intervenção, através de um programa com actividades que estimularam três áreas fundamentais da dimensão humana (cognitiva, emocional e social), é importante porque levou a um aumento significativo dos resultados obtidos para a qualidade de vida, e conduziu a uma diminuição significativa dos resultados obtidos na depressão e na solidão.

Remetendo-se às respostas e opiniões das pessoas no objectivo 6, confirma-se a importância deste tipo de intervenção, pois nas suas respostas os idosos evidenciaram sempre alegria e satisfação com o programa em todos os aspectos avaliados e recordaram alguns momentos vividos nas sessões em grupo.

Também a opinião de cada participante foi fundamental para perceber que esta é uma população com algumas carências, principalmente, ao nível do apoio recebido da

rede de social. Verificou-se que as relações sociais de alguns destes idosos encontravam-se diminuídas e que o programa foi bastante valorizado por eles. No grupo estas pessoas encontraram outras pessoas com quem conversar, não só dentro do espaço dedicado ao grupo, mas também fora do mesmo. Refira-se que os participantes referiram principalmente os ganhos ao nível da interacção social. Todos eles consideram-se mais comunicativos após o programa.

Os resultados permitem ainda verificar que os idosos gostaram muito dos exercícios que, ao final de cada sessão, levaram para fazer em casa.

Ainda pode-se verificar a importância do programa, de uma forma mais subjectiva, através da vontade que todos os participantes manifestaram em quererem ser contactados, futuramente, para novos grupos de idosos que possam surgir.

4. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Após a recolha dos dados e do tratamento estatístico procedeu-se com a realização da discussão dos mesmos. Ao longo deste estudo pretendeu-se explorar e reconhecer vários aspectos do envelhecimento. Como vimos este foi dividido em duas vertentes: 1) uma vertente avaliativa, que teve como objectivo geral avaliar a qualidade de vida, a depressão, a solidão e o estado mental numa amostra de idosos residentes em dois meios diferentes (rural e urbano); e 2) uma vertente interventiva, que teve como principal objectivo experimentar e testar, com uma pequena amostra dos idosos do meio urbano, um programa desenvolvido no âmbito da promoção da saúde do idoso e da qualidade de vida.

Segue-se a discussão dos resultados obtidos face a cada um dos objectivos, e tendo em consideração os estudos apresentados na revisão da literatura.

Objectivo 1 – Avaliar o estado mental (como despiste), a depressão, a solidão, e a qualidade de vida dos idosos.

De uma maneira geral, como pode-se constatar pela análise dos resultados, as médias obtidas para cada uma destas variáveis avaliada corresponderam a resultados positivos. Por exemplo, quanto ao estado mental, os resultados indicam que no geral estes idosos não apresentaram défice cognitivo. Também para a depressão e para solidão, os resultados indicaram que em média estes idosos não apresentam humor deprimido, nem níveis de solidão altos, mas sim uma satisfação social moderada. Relativamente à qualidade de vida, os resultados obtidos corresponderam a resultados médios positivos, ou seja, significam uma qualidade de vida média a moderada.

Depois da análise de dados correspondente ao objectivo 3 (verificar se o meio de residência do idosos influencia estas variáveis), pode-se argumentar que as discrepâncias observadas entre os valores mínimos e máximos da amostra total podem ser justificados pela diferença verificada entre os valores médios da amostra quando a análise foi dividida em meio rural e urbanos. Pois como vimos existem diferenças estatisticamente significativas entre os resultados de cada meio, ou seja, a média dos resultados obtidos do meio rural foi consideravelmente mais alta do que a do meio urbano.

Objectivo 2 – Procurar compreender a relação entre solidão, depressão e qualidade de vida nos idosos.

No presente estudo, todos os resultados apareceram correlacionados entre si. Verificou-se que um maior nível de depressão está associado a um maior nível de solidão, ou seja, estas variáveis variam no mesmo sentido. Também a solidão e a depressão apresentaram-se correlacionadas de forma negativa com a qualidade de vida nos seus vários domínios e na faceta geral, ou seja, um maior nível de qualidade de vida está associado a um menor nível de solidão e de depressão. Por último, a qualidade de vida nos seus vários domínios e na faceta geral apresentou correlações significativas fortemente positivas, o que indica que os vários domínios e a faceta geral da qualidade de vida variam no mesmo sentido, isto é, quando uma avaliação feita pelos idosos é mais positiva nos vários domínios e na faceta geral, as outras também tendem a ser mais positivas (nos vários domínios e na faceta geral).

Conforme viu-se na fundamentação teórica, todas estas correlações já seriam de esperar. Vários autores chegaram a conclusões idênticas, e apontaram uma relação directa entre relacionamentos sociais e qualidade de vida, e uma relação inversa entre esses determinantes e a depressão (Fleck e col., 2002; Xavier e col., 2001, cit. por Carneiro e col., 2007). Por exemplo, Fleck e col. (2002) tentaram perceber a associação entre sintomas depressivos e funcionamento social numa amostra de pacientes que procuraram um serviço de cuidados primários. Os resultados mostraram uma relação inversa entre percepção de qualidade de vida e intensidade da sintomatologia depressiva. Levando os autores a concluir que estes resultados reforçam a afirmação de que a sintomatologia depressiva tem uma alta associação com o pior funcionamento social e a baixa qualidade de vida.

Jardim (1991, cit. por Melo e Neto, 2003) também observou que alguns idosos que vivem envolvidos no anonimato, numa menor intimidade entre as pessoas, isto é, idosos que vivem em situações de maior solidão, apresentam uma diminuição da qualidade de vida. Similarmente, Lopes (2004, cit. por Ferreira, 2009) presenciou a existência de correlações positivas entre a qualidade de vida e a satisfação com o suporte social (ausência de solidão).

Objectivo 3 – Verificar se o meio, urbano e rural, onde o idoso reside influencia o sentimento de solidão, depressão e qualidade de vida (comparação intergrupos).

Verificou-se uma influência do contexto de residência dos idosos em todas as variáveis avaliadas, ou seja, encontrou-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos rural e urbano relativamente à depressão, à solidão, e à qualidade de vida nos seus vários domínios e a faceta geral.

A análise da estatística descritiva revelou que os idosos do meio rural apresentam níveis médios de depressão e de solidão significativamente inferiores aos dos idosos urbanos. Enquanto a análise dos valores médios indicou que nesta amostra de idosos rurais não há presença de depressão, os níveis médios da amostra urbana indica a presença de depressão ligeira. Quanto ao nível de solidão e à qualidade de vida, também foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mostrando que os níveis de solidão são mais altos no grupo urbano, e os níveis de qualidade de vida são mais altos no grupo rural.

Estes resultados vão ao encontro da perspectiva defendida pelo modelo ecológico de Lawton (1983, 1989 cit. por Sequeira e Silva, 2003; Fonseca, 2005) que explica que o contexto de residência tem um papel fundamental na compreensão do envelhecimento e no esclarecimento do porquê de alcançar (ou não) um envelhecimento bem-sucedido. Este autor vai mais longe e especifica que de uma forma global, o ambiente rural fomenta menos pressão sobre os idosos (Lawton, 1989 cit. por Fonseca, 2005). Com semelhante opinião temos Paúl e col. (2005) que observaram que os idosos do meio rural vivem em maior consonância com o ambiente do que os idosos urbanos. Além disso, estes autores referem que muitos dos idosos do meio rural continuam a cuidar dos seus animais e de parcelas de terrenos, conservando-se activos. Também Melo e Neto (2003) fazem referência ao trabalho que o idoso no meio rural ainda exerce, e este reflecte-se num nível de vida melhor, com mais bem-estar e menos carências. O presente estudo vem confirmar estes resultados pois viu-se que a população rural em estudo continua bastante activa no seu dia-a-dia.

Também Sequeira e Silva (2003) apresentaram resultados semelhantes, dizendo que o meio rural proporciona aos idosos que nele habitam um nível de actividade minimamente adequado às suas competências e necessidades, permitindo-lhes continuar activos, de acordo com o seu ritmo. Esta manutenção da actividade permite aos sujeitos não só participarem activamente na vida da comunidade, partilhando interesses e

motivações, como também manterem o seu sentimento de competência, de utilidade, e de capacidade, factores essenciais à promoção da satisfação de vida.

Mas os determinantes que identicamente podem ser encontrados no presente estudo e confirmados por outros estudos são em relação ao apoio social. Uma vez que trata-se de um meio pequeno, o contacto entre as pessoas é maior. Tal como Paúl e col. (2005) mencionaram, os idosos rurais têm uma rede mais alargada de familiares e amigos, logo apresentam uma maior percepção de suporte social recebido em comparação com os idosos urbanos.

Outros estudos também chegaram a conclusões idênticas às do estudo actual. Por exemplo, tanto Paúl e col. (2005) como Fonseca e col. (2005) verificaram nos seus estudos que a qualidade de vida social (avaliada através do WHOQOL-BREF) variava com a existência de maior número de amigos e com as actividades de vida diária, com nível de autonomia, com os confidentes, e com a solidão, sendo que quando estes indicadores eram mais positivos a qualidade de vida social era também mais positiva. Igualmente Ferreira (2009) realizou um estudo onde avaliou a qualidade de vida (através do WHOQOL-BREF) em diferentes contextos nomeadamente rural, suburbano e urbano. Esta confirmou uma influência do contexto onde residem os idosos na sua qualidade de vida, particularmente no domínio relações sociais.

Note-se que enquanto estes estudos obtiveram resultados com diferenças significativas apenas em relação à qualidade de vida social, no presente estudo foram encontradas diferenças significativas quanto a todos os domínios a à faceta geral da qualidade de vida.

Refira-se que todas estas diferenças significativas encontradas também podem ter alguma explicação na forma de recolha da amostra. Enquanto a amostra dos idosos urbanos foi obtida no centro de saúde, onde estes foram sinalizados pelos médicos pois apresentavam pelo menos um dos critérios específicos para poderem participar no grupo (no entanto, nem todos participaram), a amostra dos idosos rurais não. Isto para dizer que à partida as pessoas avaliadas no meio urbano já precisavam, aos olhos dos médicos, de algum apoio psicológico, tanto que a maioria das pessoas referenciadas foram viúvas recentes (entre 1 a 8 meses de viuvez). Esta diferença na recolha das duas subamostras pode ter influenciado os resultados valorizando em todos os aspectos os idosos avaliados no meio rural.

Objectivo 4 – Avaliar a influência de algumas variáveis sócio-demográficas, como a ocupação dos tempos livres e o agregado familiar, na percepção da solidão, da depressão e da qualidade de vida.

Observou-se que algumas variáveis sócio-demográficas, nomeadamente, variáveis relacionadas com o apoio social e com as redes sociais, efectivamente podem ser determinantes na presença e manifestação de depressão, solidão e qualidade de vida.

Frequência de Centro Dia ou outras associações

Verificou-se que o facto de os idosos frequentarem, ou não, o Centro Dia ou outra associação influencia os resultados obtidos quanto ao nível de depressão. A análise estatística mostrou uma diferença significativa entre estas duas variáveis, revelou que as pessoas que frequentam essas instituições tendem a apresentar níveis de depressão menores. Estes resultados vão ao encontro da observação feita por Lopes (1988, cit. por Fernandes, 2000). Este autor notou um maior número de depressões nos idosos que não trabalham, confirmando assim a ideia de que a ocupação e a actividade exercem um papel relevante na prevenção da depressão. Além disso, estes são locais onde os idosos podem conviver e interagir entre si, como afirma Hayslip e col. (1992, cit. por Freire e col., 2007) a capacidade de interagir socialmente é fundamental para o idoso, tendo em vista a sua necessidade de conquistar e manter as redes de apoio social e garantir uma maior qualidade de vida.

Ter um passatempo (actividade) regular

Ligado também a esta noção da importância do manter-se activo socialmente, observou-se que ter um passatempo (actividade) regular influencia a qualidade de vida no domínio ambiente, tendo-se encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (ter e não ter) relativamente a este. Este resultado pode ser discutido face a vários estudos sobre a qualidade de vida que identificaram alguns determinantes destas, sendo alguns dos mais mencionados: o estilo de vida, as redes sociais, e o desempenho de actividades (Sousa e col., 2004; Paúl e Fonseca, 2005; Santos, 2008). Como pode-se ver nestas últimas duas análises, o contexto social, ao nível das actividades realizadas, em que o idoso insere-se pode influenciar a qualidade de vida. Também Sequeira e Silva (2003) no seu estudo sobre o bem-estar da pessoa idosa em meio rural obtiveram resultados adequados às teorias que postulam que para o idoso

estar bem adaptado, deve sentir-se e manter-se activo, deve ser estimulado pelo meio e fazer parte do que se passa à sua volta.

Satisfação com a relação com os familiares e Satisfação com a relação com os amigos

Verificou-se que a satisfação com a relação com os familiares e com os amigos similarmente influencia significativamente a manifestação da depressão, da solidão e da qualidade de vida nos seus domínios e na faceta geral. Excepto para o domínio das relações sociais que a diferença não foi significativa face à satisfação com a relação com os amigos.

Este tipo de resultados já foi debatido em outros estudos. Relativamente à qualidade de vida Paúl e col. (2005) verificaram que as redes de suporte social estão claramente ligadas à qualidade de vida (no seu todo e nos seus vários domínios).

Quanto à solidão, Neto (1993 cit. por Melo e Neto, 2003) relatou que a satisfação com a vida está negativamente ligada à solidão. Apesar de o autor falar de satisfação com a vida de forma geral, neste inclui-se a satisfação com as redes sociais, quer sejam familiares, quer sejam de amizades. No presente estudo foram estas que manifestaram-se negativamente associadas à solidão, ou seja, os idosos que não estavam satisfeitos nem com a relação com a família, nem com os amigos, manifestaram níveis mais altos de solidão.

Vários autores chegaram a conclusões semelhantes sobre a importância das relações sociais (Carvalho e col., 2004 cit. por Resende e col., 2006; Ramos, 2002; Sequeira e Silva, 2003; Paúl, 2005): observaram nos seus estudos que estas reduzem o isolamento social (e a solidão) e aumentam a satisfação com a vida. Também Carneiro e col., (2007) num estudo sobre qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos, observaram que as fracas habilidades sociais pareceram constituir um factor de vulnerabilidade para a baixa qualidade de vida e para a depressão em pessoas idosas.

Frequência com que contacta a família

Relacionada com os apoios e relações sociais também está esta variável. Aqui, as diferenças encontradas nos resultados foram estatisticamente significativas. Verificou-se que para esta amostra, as pessoas que contactam diariamente com a sua família apresentam valores mais baixos de depressão e de solidão, e mais altos para a qualidade de vida, nos domínios psicológico e ambiente e na faceta geral.

De acordo com o presente estudo, está um estudo realizado por Corrente e col. (2005, cit. por Freire e col., 2007), que confirmou a importância da rede de relações sociais na velhice no bem-estar psicológico e social dos idosos, quer sejam com o cônjuge, com os familiares e/ou principalmente com amigos da mesma geração. Estes autores mostraram que muitos idosos relacionam qualidade de vida a um bom convívio social com os vizinhos e amigos, além de um relacionamento familiar estável. Dessa forma concluíram que o apoio da família reduz o isolamento no que toca às condições dependência.

Agregado familiar e Estado civil

Apesar de vários estudos referirem a relação destas variáveis, principalmente, com o nível de solidão percebida pelos idosos (como vimos na fundamentação), no presente estudo não foram encontradas diferenças significativas a esse nível.

Objectivo 5 – Verificar se a implementação do programa produziu alterações ao nível da solidão, da depressão e da qualidade de vida dos idosos participantes.

Verificou-se que de uma forma geral que os resultados obtidos em todos os instrumentos de avaliação confirmaram a realização positiva da implementação do programa, pois este produziu alterações, num sentido positivo, ao nível da solidão, da depressão e da qualidade de vida nos idosos participantes.

Alterações ao nível da solidão

Observou-se que houve uma diminuição significativa no nível de solidão entre o primeiro e o segundo momento de avaliação. O que significa que a intervenção teve resultados positivos, pois originou uma melhoria na satisfação social (menor solidão) percebida pelos idosos. Além disso, após sete semanas os resultados não sofreram alterações significativas e os valores observados no terceiro momento indicam que o nível de solidão continuou significativamente mais baixo que no primeiro momento. Os resultados vão ao encontro da ideia defendida por Hervy (2001, cit. por Jacob, 2007) de que o trabalho em grupo com idosos é, particularmente, importante para promover a participação dos idosos na vida social. Refere ainda que os grupos permitem-lhes desempenhar um papel, e até reactivar papéis sociais. Também Torres e Marques (2008)

quando procederam à avaliação do Programa “Envelhecer com Qualidade” com o propósito de observar em que medida os objectivos do programa foram atingidos, verificaram que os idosos estavam motivados com o programa porque este proporcionou um aumento do contacto com outras pessoas e uma diminuição na solidão. Estes também consideraram-se mais participativos e mais activos após a intervenção.

Alterações ao nível da depressão

Verificou-se que o nível de depressão baixou ao longo dos três momentos, mas apenas manifestou diferenças estatisticamente significativas entre o primeiro e o terceiro momento. Este resultado indica que, ao nível da depressão, os efeitos positivos imediatos após a intervenção ocorreram mas, não foram significativos. Foi necessário um período de assimilação das competências adquiridas, neste caso sete semanas, até os resultados terem alcançado diferenças significativas.

Os resultados obtidos ao nível da depressão podem estar relacionados com alguns dos efeitos prejudiciais que a depressão pode ter nas outras áreas de funcionamento do idoso. Por exemplo, a depressão a nível social, pode levar o idoso ao afastamento dos grupos e ao isolamento (Zimmerman, 2000). Também Lopes (1988, cit. por Fernandes, 2000) num estudo sobre a depressão no idoso concluiu que a incidência da depressão nos idosos depende da sua condição social, e que a ocupação e a actividade exercem um papel relevante na prevenção da depressão.

Marques e col. (1989 cit. por Fernandes, 2000), dizem que existem três grandes determinantes importantes no surgimento da depressão nos idosos, sendo um deles os determinantes ambientais. Considera-se que estes determinantes podem explicar os resultados obtidos, pois antes da intervenção a maioria destes idosos encontrava-se numa situação de falta de convívio social devida à ausência de actividades e à morte recente do cônjuge. Logo, o convívio em grupo promoveu a mudança da situação social destes idosos. Pela análise dos resultados, verifica-se que a mudança foi gradual e que continuou além das sessões em grupo, pois as diferenças só foram significativas entre o primeiro e terceiro momento. Este resultado também pode ser explicado pelo facto do grupo ter decorrido apenas durante quatro semanas, o que foi suficiente para aumentar a participação social dos idosos, mas não o suficiente para assimilar e pôr em prática o que aprenderam.

Note-se que aqui, também os exercícios de casa podem ter dado o seu contributo pois a depressão também traz alguns efeitos prejudiciais ao nível da área intelectual do idoso: ocorre a diminuição de capacidades e perturbações de memória que dificultam a aprendizagem (Zimerman, 2000). Pelo que se verificou as pessoas gostaram de realizar os exercícios de casa e por livre vontade algumas continuaram a realizá-los após a intervenção. Pertence-se com isto dizer que os exercícios foram um bom estímulo para os idosos, pois trouxe-lhes motivação e vontade de continuar a praticar nos dias subsequentes ao fim da intervenção.

Alterações ao nível da qualidade de vida

Também observou-se alterações significativas ao nível da qualidade de vida. Em todos os domínios analisados e na faceta geral, registaram-se diferenças estatisticamente significativa após a intervenção. O que indica que a intervenção originou uma melhoria da qualidade vida tanto nos seus domínios como na faceta geral. Porém, registaram-se algumas divergências quanto às diferenças encontradas entre os outros momentos de avaliação.

Na Faceta Geral, os resultados obtidos após a intervenção não permaneceram até ao terceiro momento. Neste, os resultados continuaram a ser mais altos que no primeiro momento, mas sem diferenças significativas. O que indica que ao nível de faceta geral os efeitos significativos foram imediatos, ou seja, logo após a intervenção.

Nos Domínios Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente as diferenças obtidas entre o primeiro e o terceiro momento permaneceram significativas. Ou seja, ao nível destes domínios o programa promoveu melhorias que permaneceram após sete semanas. Contudo, refira-se que no domínio ambiente, houve uma diminuição significativa dos resultados do segundo para o terceiro momento. Isto indica que este foi o domínio, onde a implementação do programa teve efeitos mais significativos, mas também onde parece que têm mais tendência a baixar com o tempo.

Estes resultados vêm confirmar a perspectiva de Jacob (2007) sobre a intervenção em grupo com idosos. Este autor refere que através deste tipo de intervenção, que pode ser encarado como um estímulo constante da vida mental, física e afectiva da pessoa idosa, pode-se actuar em todos os campos do desenvolvimento da qualidade de vida. No presente estudo verificou-se que, pelos menos no que diz respeito aos domínios avaliados pelo WHOQOL-BREF, o programa implementado actuou positivamente sobre a qualidade de vida.

Além disso, os resultados indicam que o programa actuou positivamente sobre alguns dos determinantes da qualidade de vida enunciados na fundamentação teórica, nomeadamente, sobre a promoção das redes sociais, o desempenho de actividades, e o bem-estar emocional, cognitivo e social (Sousa e col., 2004; Paúl e Fonseca, 2005; Santos, 2008).

Objectivo 6 – Avaliar a satisfação dos idosos face ao programa.

De uma maneira geral, os idosos ficaram satisfeitos com o programa: tanto com os conteúdos abordados, com a estrutura e funcionamento do mesmo; como também com o relacionamento existente dentro do grupo e com a investigadora. No entanto, verificou-se que estes pouco procuraram pôr em prática o que aprenderam, excepto para os exercícios de estimulação cognitiva que foram feitos em casa. Estes realmente motivaram os idosos, pois todos mostraram que gostaram muito de os fazer e consideraram-nos bastante úteis. Contudo, algumas pessoas manifestaram que sentiram bastantes dificuldades a realizar alguns deles, enquanto outras não sentiram nenhuma dificuldade. Mesmo assim verificou-se que estes serviram como um estímulo e como uma motivação fora das sessões.

A maioria das pessoas não ficou totalmente satisfeita com a duração do programa pois acharam que durou pouco tempo e que devia continuar. No entanto esta opinião não influenciou negativamente os resultados. Os idosos manifestaram que gostaram de tudo o que foi feito ao longo das sessões mas, essencialmente, do contacto com outras pessoas, e do sentirem que tinham com quem partilhar as suas emoções, dando assim bastante relevância ao papel das relações sociais.

Estes resultados vão ao encontro de observações feitas por outros autores que verificaram que a presença de redes sociais e das relações sociais é fundamental para assegurar a autonomia dos idosos, um auto-conceito positivo e uma maior satisfação de vida, indispensáveis para alcançar um envelhecimento bem-sucedido (Barreto, 1984, 1988; Paúl, 1996, 2001; Novo, 2003 cit. por Fonseca, 2004; Paúl, 2005; e Matsukura, Marturano e Oishi, 2002, cit. por Resende e col., 2006). Também um estudo levado a cabo por Erbolato (2004, cit. por Resende e col., 2006) verificou que, as redes sociais mostraram-se eficazes na manutenção da qualidade de vida na velhice, facultando oportunidades de comunicação prazerosa, confiança (auto-revelação), sentimentos de segurança e apoio em situações críticas. Os resultados também estão de acordo com o

que Zimmerman (1997) nos diz sobre a intervenção em grupo: possibilita aos idosos a abertura de um novo espaço apropriado à divulgação de emoções.

Alguns dos resultados deste estudo foram coincidentes com alguns dos resultados do Programa “Envelhecer com Qualidade” de Torres e Marques (2008). Tal como estas autoras, também no estudo actual verificou-se que as pessoas gostaram de participar pela animação propiciada pelas actividades, pelas pessoas que encontraram e pela quebra da solidão. Algumas das principais mudanças sentidas em si próprios também coincidem, nomeadamente, os idosos consideraram-se mais participativos e mais alegres. Estes resultados indicam mais uma vez que, na amostra do presente estudo, as relações sociais assumem grande importância no bem-estar do idoso. Como estes idosos manifestavam alguma necessidade de relações sociais, e o programa pôde responder a essa necessidade, as pessoas manifestaram-se bastante satisfeitas com o mesmo.

Objectivo 7 - Perceber a importância deste tipo de intervenção, quer pela opinião dos idosos, quer pelos resultados obtidos em cada uma das escalas de avaliação nos três momentos de avaliação.

Todos os presentes resultados devem-se ao papel fundamental que o grupo teve nestes participantes. No grupo eles conseguiram manter uma relação social regular, ao mesmo tempo que realizavam actividades lúdicas com fins específicos em três áreas da saúde: mental, emocional e social. Os resultados obtidos foram ao encontro das opiniões defendidas por alguns autores de que as actividades de lazer (onde podem ser inseridas as actividades com jogos) têm efeitos positivos sobre o bem-estar. Por exemplo, Mannell (1999, cit. por Simões, 2006) refere que o nível de participação em actividades de lazer pode ser um preditor da satisfação com a vida, por parte dos idosos.

Como sabido, o presente programa seguiu algumas das indicações de Zimmerman (2000) sobre os benefícios da estimulação ao nível do envelhecimento. Segundo este autor estimular é criar meios para manter a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em actividade. No presente estudo, através da estimulação cognitiva, emocional e social, conseguiu-se uma maior interacção entre os idosos, aumentando assim a partilha dentro do grupo. Trabalhou-se, principalmente, no sentido de manter os idosos mais activos nas áreas referidas (cognitiva, emocional e social), tendo-se obtidos resultados significativos que comprovaram a importância deste tipo de intervenção.

Confirmam também que a estimulação é uma forma eficaz de minimizar alguns dos efeitos negativos que o envelhecimento pode acarretar, proporcionando às pessoas a possibilidade de viverem em melhores condições.

Verificou-se, tal como Lima (2004) sugere, que o trabalho em grupo com idosos pode ter diversas vantagens ao nível das relações sociais. No presente estudo verificou-se, especificamente, que (trabalho em grupo) promoveu a interacção social, estimulou a ligação entre as pessoas, diminuiu o isolamento sentido por alguns idosos, e aumentou a auto-estima.

De uma forma geral, os resultados encontrados vão ao encontro da perspectiva defendida por Fernández-Ballesteros (2002, cit. por Fonseca, 2005) de que é possível e desejável promover e favorecer um envelhecimento activo pela promoção de uma série de condições sociais. Neste estudo, tal foi possível através do trabalho desenvolvido em grupo, que promoveu o aumento da existência de relações sociais significativas.

Tudo isto vem reforçar a importância da promoção da interacção social no processo de adaptação às novas vivências que ocorrem com o avançar da idade.

5. CONCLUSÕES

O presente estudo, incidiu sobre uma vertente avaliativa e uma vertente interventiva.

Verificou-se na vertente avaliativa que a depressão, a solidão e a qualidade de vida são variáveis que se influenciam mutuamente, determinando o bem-estar da pessoa idosa. Constatou-se que as variáveis depressão e solidão estão directamente relacionadas, ou seja, quando o nível de depressão aumenta, também o nível de solidão pode aumentar. Por sua vez, estas (depressão e solidão) estão inversamente relacionadas com a qualidade de vida, na faceta geral e nos seus domínios.

Reconheceu-se também que estas três grandes variáveis em estudo estavam dependentes da condição social da pessoa idosa, ou seja, o envolvimento social activo surgiu como sendo um indicador de uma melhor qualidade de vida e de um menor nível de solidão e depressão. Neste estudo, outras variáveis de apoio social, como a satisfação com a relação com os familiares e com os amigos e a frequência do contacto com a família, também vieram fortalecer, no mesmo sentido que as variáveis anteriores, a importância da condição social. Pois os resultados indicaram que as pessoas que estão satisfeitas com essas relações, e as pessoas que contactam diariamente com a família apresentam níveis de solidão e de depressão mais elevados, em benefício de uma qualidade de vida melhor na faceta geral, e em alguns dos seus domínios, nomeadamente, no domínio psicológico e no domínio ambiente, que apresentaram diferenças significativas nestas três variáveis.

Observou-se também que a frequência de Centro Dia ou de outras associações influenciou os resultados ao nível da depressão, ou seja, as pessoas que frequentam esses locais apresentam níveis de depressão significativamente menores do que aquelas que não frequentam. Observou-se ainda que ter um passatempo ou actividade regular influenciou a qualidade de vida no domínio ambiente.

Considera-se que uma das limitações deste estudo foi ter apresentado várias variáveis sócio-demográficas para uma amostra considerada pequena. O que não possibilitou avaliar todas elas, nem permitiu uma compreensão tão exaustiva das variáveis sócio-demográficas avaliadas. Isto sucedeu-se porque tinha-se outras mais variáveis para analisar, que faziam parte dos objectivos principais do estudo. No entanto, os resultados obtidos fazem surgir curiosidade para compreender de forma mais

rigorosa os efeitos destas e das outras variáveis não analisadas no bem-estar geral dos idosos, podendo-se aprofundar melhor as relações existentes entre as mesmas.

Os resultados obtidos indicaram que, aquando da comparação intergrupos – meio rural, meio urbano – a amostra rural apresentou resultados significativamente superiores ao nível da qualidade de vida na faceta geral e nos seus domínios, e inferiores ao nível da depressão e da solidão. Estes resultados, sugerem que, para as amostras em estudo, as condições de vida no meio rural podem ser mais saudáveis e propícias para um envelhecimento bem-sucedido, do que as condições do meio urbano. No entanto, considera-se que esta seria uma variável a aprofundar num estudo direccionado, especificamente, para avaliar as diferenças entre o envelhecimento em meio urbano e em meio rural, seguindo critérios de selecção rigorosos e iguais para as duas amostras.

Quanto ao estudo interventivo, verificou-se que a implementação-piloto do programa de intervenção foi eficaz e importante para a subamostra que nesse participou. Observou-se que este teve efeitos positivos sobre todos os participantes, quer pela opinião dos mesmos, quer pela avaliação através dos instrumentos utilizados.

Verificou-se que ao nível da qualidade de vida na faceta geral e nos seus domínios, os participantes manifestaram pontuações significativamente superiores após a intervenção. Pelo contrário, ao nível da solidão manifestaram pontuações significativamente inferiores após a intervenção. Refira-se que, exceptuando para a qualidade de vida na faceta geral, para todas as outras variáveis mencionadas, os resultados continuaram significativamente superiores no terceiro momento de avaliação (isto é, após sete semanas desde a segunda avaliação), quando comparados com o momento de avaliação antes da intervenção.

Notou-se que os efeitos do programa estão todos muito relacionados entre si, e que principalmente o contacto social levou a uma diminuição da solidão e a um aumento da qualidade de vida. Refira-se que, apenas para a depressão os resultados foram um pouco diferentes, esta apenas manifestou resultados significativamente superiores no terceiro momento de avaliação, o que indica que as pessoas levaram algum tempo a assimilar o que aprenderam.

Pela opinião dos participantes verificou-se que os idosos gostaram de participar no programa, gostaram do que aprenderam, mas principalmente, referiram que gostavam do convívio entre as pessoas, da animação que proporcionou, e do terem um espaço onde puderam falar e partilhar aspectos da vida pessoal. Constatou-se também

que, aquando da auto-avaliação sobre mudanças que o programa possa ter originado, a maioria das pessoas referiu que está mais comunicativa, mais aberta.

Neste estudo, comprovou-se a importância que as relações sociais podem ter na vida dos idosos, e que estas podem favorecer o bem-estar psicológico e social dos mesmos. Viu-se como é importante ter um espaço e alguém com quem falar. Muitas das pessoas que participaram no grupo encontravam-se sozinhas e o presente programa, através do trabalho em grupo, trouxe-lhes de novo a convivência com outras pessoas, promoveu a interação social entre os idosos e estimulou um sentimento de valorização. Deste modo, a intervenção em grupo foi uma forma de evitar o sentimento de solidão e de aumentar os contactos e relacionamentos sociais, onde as pessoas sentiram-se acolhidas e compreendidas.

Uma das limitações da parte interventiva foram as dificuldades em iniciar a implementação do programa, e conseqüentemente, a amostra foi reduzida. Apesar de o programa ter alcançado efeitos positivos também considera-se que foi um número reduzido de sessões. Para as pessoas manterem os efeitos por mais tempo seria desejável manter a intervenção durante mais algumas semanas e com um intervalo maior entre as sessões para dar tempo de assimilação às pessoas.

Para trabalhos futuros com este tipo de intervenção considera-se importante desenvolver meios que possibilitem a participação de um maior número de idosos, refere-se por exemplo, arranjar meios para que os idosos que estão realmente isolados em casa por questões de ordem física, e não só, possam frequentar este tipo de programas. São esses idosos que realmente precisam e beneficiariam de um programa de intervenção na promoção da saúde do idoso.

O presente programa além de pequeno foi dirigido a várias áreas de intervenção: cognitiva, emocional e social. Pelo que se considera, que em próximas oportunidades poderiam desenvolver-se programas específicos para cada área. Por exemplo, com a presente programa não esperavam-se mudanças significativas ao nível cognitivo, visto que, a este tema apenas foram dedicadas duas sessões e exercícios para casa que apelavam sobretudo à estimulação da atenção. Mas a verdade é que estes motivaram bastante os participantes. Como tal, considera-se que seria importante desenvolver um programa específico para estimulação cognitiva.

Também como se verificou neste estudo, as redes sociais do idoso são bastante importantes em vários aspectos das suas vidas e podem estar associadas a uma maior e melhor qualidade de vida. Ou seja, quanto mais activo o idoso estiver socialmente,

quanto mais interagir socialmente, melhor a sua qualidade de vida. Deste modo, considera-se que seria bastante útil criar e implementar programas de treino de habilidades sociais, específicos para a terceira idade. Assim, iríamos trabalhar com os idosos no sentido de favorecer a interação social e a obtenção de redes sociais. Ao mesmo tempo, estaríamos a contribuir para a promoção da saúde pois, tal como já pudemos ver, são conceitos que estão relacionados entre si e que implicam-se reciprocamente. Posteriormente, seria interessante realizar uma avaliação no sentido de avaliar o impacto deste treino das habilidades sociais na redução da depressão e da solidão e, consequentemente, no aumento da qualidade de vida no idoso.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bennett, P., & Murphy, S. (1999). *Psicologia e promoção da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Berger, L., e Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas - uma abordagem global* (M. A. Madeira, F. A. Silva, L. Abecasis & M. C. Rosa, Trad.). Lisboa: Lusodidacta.
- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., e Pintassilgo, A. L. (2005). Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para português de Portugal: Apresentação de um projecto. Acedido em 2010, Janeiro 21 de http://www.aidscongress.net/html/pdf/whoqol_hiv_abstract_238_comunic_270.pdf
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. e Paredes, T. (2006). *Qualidade de Vida*. Acedido em 2010, Janeiro 21 de <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm>
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, S., Paredes, T., & Carona, C. (2007). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. Em L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, vol. III. Coimbra: Quarteto Editora.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., e Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Fernandes, H. J. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Fernandez-Ballesteros, R., (1993). *Introducción a la Evaluación Psicológica II*. Ediciones Pirámide: Madrid.

Fernández-Ballesteros (2009) *Envejecimento Activo: Contribuciones da Psicologia*. Ediciones Pirámide: Madrid.

Ferreira, A. L. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).

Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.

Fleck, M. P. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. e Pinzon, V. (1999a). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, vol.21 (1), 19-28.

Fleck, M. P. A., Lousada, S., Xavier, M., Chachamovjch, E., Vieira, G., Santos, L. e Pinzon, V. (1999b). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista de Saude Pública*, vol.33 (2), 198-205.

Fleck, M. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. e Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Revista de Saúde Pública*, vol.34 (2), pp. 178-183.

Fleck, M. P. A., Chachamovich, E. e Trentini, C. M. (2003). Projecto WHOQOL-OLD: Método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, vol. 37 (6), 793-799.

Fonseca, A. M. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp.285-311). Lisboa: Climepsi.

Fonseca, A. M., Paúl, C., Martin, I. e Amado, J. (2005). Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi.

Fontaine, R. (2000). *Aspectos psicológicos – Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.

Francia, A. & Martínez, O. (2000). *Jogos e Dinâmicas*. (M. M. O. Gonçalves, Trad.). Apelação: Portugal: Paulus Editora (obra original publicada em 1999).

Freire, D., Rodrigues J.O., Cunha, T.P.M., Costa, M.S.B.F., Soares, C.A.S, Oliveira, L.R., e Bernardes, V. (2007). Importância das mudanças sociais para promoção da qualidade de vida na terceira idade. Revista Electrónica do Curso de Farmácia do Centro Universitário UNIEURO, 1. Acedido em 2010, Fevereiro 19 de http://www.unieuro.edu.br/revista_cenarium.asp

Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência (2003). *Escalas e testes na demência*. Lisboa: Autor.

Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções de População Residente em Portugal 2008 – 2060: Relatório anual 2009*. Acedido em 2010, Maio 3 de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2

Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: actividades*. Porto: Âmbar.

Jares, X. R. (2007). *Técnicas e Jogos Cooperativos para Todas as Idades*. Porto: Edições Asa.

Kurlowicz, L. (1999). The Geriatric Depression Scale (GDS). *The Hartford Institute for Geriatric Nursing, Division of Nursing*. (4) Acedido em 2010, Fevereiro 10 de http://wiki.ihe.net/images/1/1c/Geriatric_Depression_Scale.pdf

Lima, M. P. (2004). *Posso Participar? Actividades de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Âmbar.

Maroco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. (3ª Ed.). Lisboa: Edições Sílabo.

Martins, R. (2008). A depressão no idoso. *Millenium - Revista do ISPV*, 34. Acedido em 2010, Fevereiro 10 de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/>

Melo, L. e Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*. III, 1, 107-121.

Neto, F. (1992). *Solidão embaraço e amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.

Neto, F. (1999). As pessoas idosas são pessoas: aspectos psico-sociais do envelhecimento. *Psicologia, Educação e Cultura*, III, 2, 297-322.

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

Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.

Ramos, M. (2002). Apoio Social e Saúde entre idosos. *Sociologias*, 7.

Reis, J. (2005). *O que é a saúde? Significações pessoais, modelos científicos e educação para a saúde*. Lisboa: Vega. Saúde para todos.

Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., e Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Revista electrónica internacional de la Unión Latinoamericana de Entidades de Psicología*, 5. Acedido em 2010, Junho 2 de <http://www.psicolatina.org/Cinco/index.html>

Ribeiro, J. P. R. (2007) *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Porto: Livpsic-Psicologia.

Rodrigues, M. (2006). Efeitos de uma Intervenção Psico-Educativa nas Competências Cognitivas e Satisfação de Vida em Idosos. *Cadernos de Estudo*, 3, 77-84.

Santos, A. F. A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (Monografia de licenciatura).

Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.

Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um público a educar*. Porto: Âmbar.

Simões, A., Lima, M., Vieira, C., Ferreira, J., Oliveira, A., Alcoforado, L., Neto, F., Ruiz, F., Cardoso, A., Felizardo, S. e Sousa, L. (2006) promover o bem-estar dos idosos: um estudo experimental. *Psychologica*, 42, 115-131.

Sousa, L., Galante, H. e Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista Saúde Pública*, 37 (3), 364-371.

Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Âmbar.

Spar, E. J. & La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica* (J. Almeida, Trad.). Lisboa: Climepsi. (Original publicado em 2002).

Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic-Psicologia.

Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do idoso: Temas complementares*. Porto: Livpsic-Psicologia.

Paul, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. Acedido em 2010, Junho 2 de <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/3732.pdf>

Paul, C. e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. e Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (77-95). Lisboa: Climepsi Editores.

Pereira, R. J., Cotta, R. M., Franceschini, S. C., Ribeiro, R. S., Priore, S. E. e Cecon P. R. (2006) Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Revista de Psiquiatria RS* 28(1), 27-38

Torres, M. E Marques, E. (2008). Envelhecimento activo: um olhar multidimensional sobre a promoção da saúde. Estudo de caso em Viana do Castelo. Acedido em 2010, Junho 2 de <http://www.aps.pt/vicongresso/pdfs/233.pdf>

Veríssimo, M. T. (2006). Avaliação Multidimensional do idoso. Em, H. Firmino (Ed.), *Psicogeriatrics* (489-498). Coimbra: Psiquiatria Clínica

Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice, aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artemed Editora.