



INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

SOLIDÃO E DEPRESSÃO NUMA FREGUESIA DO NORTE DE PORTUGAL.

CONHECER PARA INTERVIR.

Discente: ANTÓNIO MANUEL COSTA ALMEIDA

Trabalho de Projeto apresentado ao **Instituto Superior de Serviço Social do Porto**
para obtenção do **Grau de Mestre em Gerontologia Social.**

Orientador: Professora Doutora Sara Melo

Setembro

Coorientador: Professor Doutor Hélder Alves

2022

SOLIDÃO E DEPRESSÃO NUMA FREGUESIA DO NORTE DE PORTUGAL.

CONHECER PARA INTERVIR

ANTÓNIO MANUEL COSTA ALMEIDA

2022



AGRADECIMENTOS

Os meus agradecimentos têm como destinatários,

Os Professores Sara Melo e Hélder Alves, que aplicaram, de forma generosa, os seus conhecimentos, neste processo de orientação;

Os representantes da freguesia de Balasar, que apoiaram o desenvolvimento deste trabalho;

A Ana Isabel, colega de Mestrado, que esteve envolvida neste estudo, de forma muito próxima;

A Liliana, Pedro e Filipe que acompanharam integralmente toda esta caminhada!

RESUMO

Objetivos: Este trabalho de projeto tem como objetivo avaliar a presença de sintomatologia depressiva numa população idosa residente na comunidade, tendo em consideração a perceção individual de solidão e elaborar um plano de intervenção adequado às necessidades dos idosos.

Método: Trata-se de uma investigação quantitativa, com recurso à aplicação de inquéritos a uma amostra não probabilística por quotas, segundo o género (M, F) e o escalão etário (65-74 anos e 75 ou mais anos). Participaram 82 idosos da freguesia de Balasar. A recolha de dados foi realizada com recurso a um inquérito por questionário, de aplicação indireta (face-a-face), onde constavam as variáveis sociodemográficas (Sexo; Idade; Estado Civil; Nível Escolaridade; Fonte de Rendimento; Profissão; Número de Filhos e Composição do Agregado Familiar). As variáveis utilizadas na caracterização da dimensão Emocional, são as que respeitam à perceção da Solidão (ULS-6) e da Depressão (GDS-15).

Resultados: De acordo com os resultados obtidos conclui-se que os idosos apresentam baixa prevalência de sentimentos individuais de solidão. No entanto, verificou-se que as mulheres apresentam um grau de solidão mais elevado, comparativamente com os homens. A maioria destes idosos não apresenta sintomatologia depressiva. Assinala-se, no entanto, que os poucos idosos com sintomatologia depressiva são maioritariamente mulheres, idosos solteiros, viúvos e divorciados.

Discussão: Este estudo demonstra a importância de uma efetiva valorização das redes de suporte emocionais (familiares, de vizinhança), como fator de prevenção da solidão e da depressão.

Palavras-Chave: Envelhecimento; Solidão; Depressão

ABSTRACT

Objectives: This project work aims to evaluate the presence of depressive symptomatology in an elderly population residing in the community, taking into consideration the individual's perception of loneliness and develop an intervention plan suited to the needs of the elderly.

Method: This is a quantitative investigation, using the application of surveys to a non-probabilistic sample by quotas, according to gender (M, F) and age group (65-74 years and 75 years and over). The sample consists of 82 elderly people from the parish of Balasar. Data collection was carried out using a questionnaire survey, indirect application (face-to-face), which included the sociodemographic variables (Gender; Age; Marital Status; Education Level; Income Source; Job; Number of Children and Household Composition). The variables used in the characterization of the Emotional dimension, are those that concern the perception of Loneliness (ULS-6) and Depression (GDS-15).

Results: According to the results obtained, it is concluded that the elderly have low prevalence of individual feelings of loneliness. However, it was found that the women have a higher degree of loneliness, compared to men. Most of these elderly people do not have depressive symptoms. It is noted, however, that the few elderly people with depressive symptoms are mostly women, single elderly, widowed and divorced.

Discussion: This study demonstrates the importance of an effective valuation of networks emotional support (family, neighborhood), as a factor to prevent loneliness and of depression.

Key words: Aging, Loneliness, Depression

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS.....	I
RESUMO	II
ABSTRACT	III
ÍNDICE	IV
SIGLAS E ABREVIATURAS.....	VII
1. INTRODUÇÃO	1
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.....	3
2.1. <i>Contextualização do envelhecimento</i>	3
2.2. <i>A solidão na população idosa</i>	17
2.3. <i>A Depressão na população idosa</i>	20
3. MATERIAL E MÉTODOS DA INVESTIGAÇÃO	27
3.1 <i>Procedimentos</i>	27
3.2 <i>Participantes no estudo</i>	30
3.2.1. População alvo	30
3.2.2. Amostra	30
3.3. <i>Protocolo de recolha de informação (inquérito)</i>	34
3.3.1. Instrumentos de avaliação	34
4. RESULTADOS.....	38
4.1. <i>Metodologia</i>	38
4.2. <i>Caracterização sociodemográfica</i>	38
4.3. <i>Caracterização da Solidão de pessoas idosas (UCLA-6)</i>	42
4.3.1. Avaliação da relação entre o grau de solidão das pessoas idosas (UCLA-6) de acordo com as características sociodemográficas (sexo, escalão etário, estado civil, nível de escolaridade, profissão e isolamento).....	43
4.4. <i>Caracterização da Depressão de pessoas idosas (GDS-15)</i>	44
4.4.1. Avaliação da relação entre a sintomatologia depressiva (GDS-15) de acordo com as características sociodemográficas (sexo, escalão etário, estado civil, nível de escolaridade, profissão e isolamento).....	45
5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO.....	47
6. PLANO DE INTERVENÇÃO.....	49
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
ANEXOS.....	70

Índice de figuras

Figura 1: População global estimada e projetada por faixa etária ampla, 1950-2100, de acordo com a projeção da variante média	4
Figura 2: Indicadores de envelhecimento.....	6
Figura 3: População residente, por local de residência, sexo e grupo etário.....	8
Figura 4: Agregados domésticos privados por dimensão, 2011 -2021, (%)	9
Figura 5: Determinantes do envelhecimento ativo.....	10
Figura 6: Fases de elaboração de um Projeto Social.....	29
Figura 7: UCLA Loneliness Scale (ULS-6)	35
Figura 8: Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	37
Figura 9: Identificação dos problemas, causas e potencialidades	50
Figura 10: Candidatura a projeto de voluntariado.....	54
Figura 11: Cronograma - Diagnóstico das necessidades realizado.....	62
Figura 12: Cronograma - Implementação do plano de intervenção	63

Índice de tabelas

Tabela 1: Esperança de vida à nascença (em anos) em Portugal, em 2021 e 2018, sexos separados	5
Tabela 2: População residente por grupo etário, 2001 - 2021 (%).....	7
Tabela 3: População residente na freguesia de Balasar (informação provisória do INE, para os Censos 2021)	30
Tabela 4: Amostragem por quotas segundo o género (M, F) e o escalão etário (65-74 anos e 75 ou mais anos)	31
Tabela 5: Soma UCLA-6.....	44
Tabela 6: Soma GDS-15	46

Índice de gráficos

Gráfico 1: Caracterização dos Escalões Etários dos inquiridos	39
Gráfico 2: Caracterização do Sexo dos inquiridos	39
Gráfico 3: Caracterização do Estado Civil dos inquiridos	40
Gráfico 4: Caracterização do Nível de Escolaridade dos inquiridos.....	40
Gráfico 5: Caracterização das Profissões dos inquiridos	41
Gráfico 6: Número de filhos.....	41
Gráfico 7: Caracterização da composição do agregado familiar.....	42
Gráfico 8: Presença de sentimentos de solidão (ÛCLA-6)	43
Gráfico 9: Presença de sintomatologia depressiva (GDS-15).....	45

SIGLAS E ABREVIATURAS

APA - American Psychiatric Association

BCVPV: Bolsa Concelhia de Voluntariado da Póvoa de Varzim

CID-11: International Classification Diseases-11

DGS: Direção Geral de Saúde

DSM-5: American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual, 5th edition

GDS: Geriatric Depression Scale

INE: Instituto Nacional de Estatística

OMS: Organização Mundial de Saúde

ONU: Organização das Nações Unidas

UCLA: University of California, Los Angeles

UE: União Europeia

ULS: UCLA Loneliness Scale

SPC: Sentimento Psicológico de Comunidade

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

WHO: World Health Organization

1. INTRODUÇÃO

A longevidade é considerada uma das maiores conquistas da humanidade, estimando-se que o número de idosos, com 60 ou mais anos, duplique até 2050 e mais do que triplique até 2100, passando de 962 milhões em 2017 para 2,1 mil milhões em 2050 e 3,1 mil milhões em 2100 (ONU, 2019).

Considerado um dos fenómenos com maior impacto da esfera socioeconómica portuguesa do século XXI, o envelhecimento populacional é uma realidade em Portugal e origina o aparecimento de novos estilos de vida. O crescimento da esperança de vida tem consequências, entre outros aspetos, “na organização e estruturação do ciclo de vida, nas idades da vida, nas relações intergeracionais, de trabalho e de lazer, nas necessidades de suporte familiar e social, na definição dos tempos de reforma e na sustentabilidade dos sistemas de pensões” (Bárrios e Fernandes, 2014 em Alves et al, 2018, p, 13).

Um dos grandes desafios que a nossa sociedade enfrenta é o de diagnosticar/intervir, nos problemas emocionais associados ao envelhecimento. A velhice tem sido alvo de vários estudos e é descrita como uma fase da vida que potencia o desenvolvimento da solidão. Esta fase de vida está associada à diminuição da atividade; aos possíveis cortes de relações interpessoais; os idosos em geral vivenciam a saída do meio laboral; são confrontados com a morte de amigos, podendo também enfrentar perda de cônjuge e outros familiares, além de doenças físicas incapacitantes ou que limitam as suas aptidões percetivas, e têm uma menor probabilidade de ter ou encontrar uma figura de apoio íntimo (Lopes e Matos, 2018).

Verifica-se, também, na velhice uma prevalência acentuada de perturbação mental, com predominância da depressão, caracterizada por perturbações do sono, fadiga, entre outros sintomas depressivos associados a doenças fisiológicas (Almeida & Quintão, 2012). Forsell (2000), refere a existência de fatores preditores da depressão em idosos, nomeadamente: “ter menos de oito anos de escolaridade, ter demência, ter história de depressão ou ansiedade, ter problemas auditivos e ter dependência nas tarefas do dia-a-dia” (cit in Almeida & Quintão, p.351, 2012).

Deste modo, a realização deste trabalho de projeto, baseado na elaboração do diagnóstico gerontológico, teve como objetivo de investigação verificar se a perceção individual de sentimentos de solidão está relacionada com a prevalência de sintomatologia depressiva.

A escolha deste tema para o estudo surge do interesse pessoal e profissional, ligado à área da psicologia, bem como da vontade de contribuir de forma concreta num território, com o intuito de criar melhores condições, que promovam a melhoria de vida dos idosos.

Este estudo encontra-se dividido em três componentes distintas, mas complementares: a primeira de natureza teórica a segunda de natureza empírica e finalmente o plano de intervenção.

Na primeira, denominada de enquadramento teórico, é apresentada uma revisão bibliográfica em que são abordados temas como a contextualização do envelhecimento; a solidão e a depressão no idoso.

Na componente seguinte, correspondente ao estudo empírico, são apresentados: os procedimentos metodológicos realizados, os participantes no estudo e o protocolo de recolha de informação (inquérito). São, também, apresentados os resultados e sua discussão, nomeadamente, os dados estatísticos e os resultados obtidos e efetuadas as devidas conclusões.

Por fim, é apresentado um plano de intervenção, através do qual propomos, um conjunto de atividades que têm como objetivos criar respostas para os idosos que apresentam sentimentos de solidão e depressão, bem como prevenir e reforçar os fatores que promovam o ajustamento da dimensão emocional dos idosos.

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1. Contextualização do envelhecimento

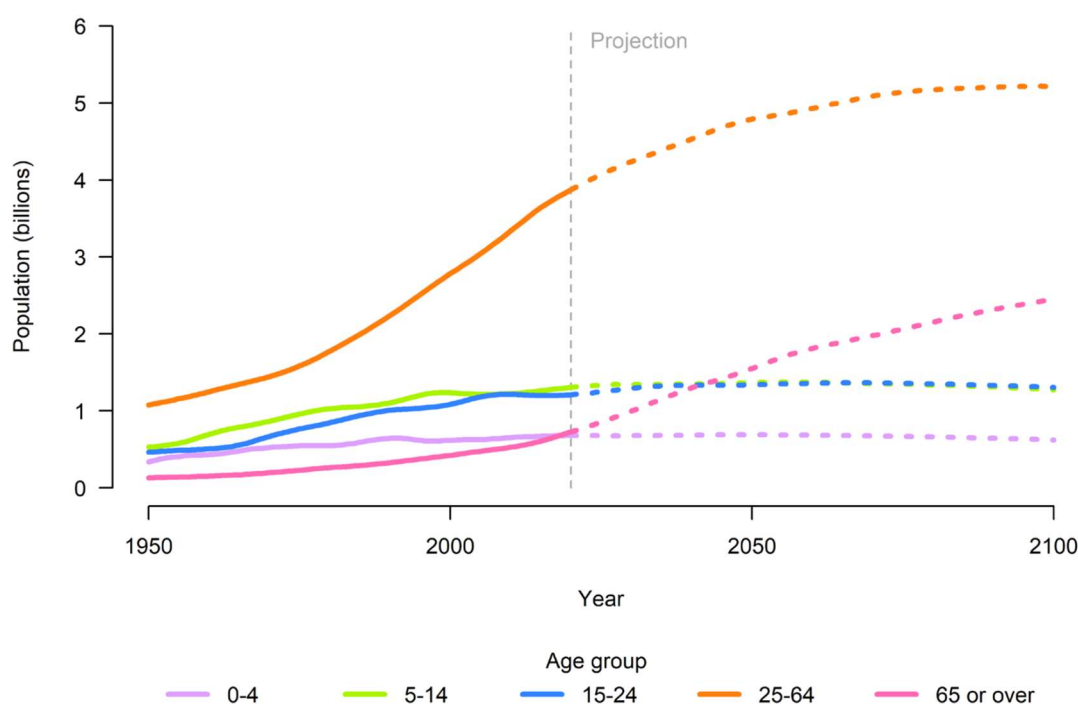
O contínuo envelhecimento da população é um fenómeno que tende a perdurar, devido ao progressivo aumento da duração média de vida. No campo da investigação científica são várias as perspetivas sobre o desenvolvimento do processo de envelhecimento. Para contextualizarmos o fenómeno de envelhecimento abordaremos a dimensão demográfica em Portugal e no mundo, bem como outras dimensões associadas ao envelhecimento, nomeadamente as questões relacionadas com o envelhecimento ativo.

Desde 1950, todas as regiões do mundo assistiram ao aumento substancial na expectativa de vida. Embora o declínio da fertilidade e o aumento da longevidade sejam os principais impulsionadores do envelhecimento da população em todo o mundo, a migração internacional também contribuiu para a mudança das estruturas etárias da população em alguns países e regiões. Em países que estão a viver grandes fluxos de imigração, a migração internacional pode retardar o processo de envelhecimento, pelo menos temporariamente, já que os migrantes tendem a ser jovens (ONU, 2019).

É comumente referido que o envelhecimento populacional é das transformações sociais mais significativas do século XXI. Este fenómeno tem repercussões que influenciam todos os setores da sociedade: desde o mercado laboral e financeiro; a procura de bens e serviços, como a habitação, os transportes, a proteção social; e as estruturas familiares e laços intergeracionais (ONU, 2019). Os progressos registados ao nível científico, tecnológico, biomédico, educativo e social, a par de um conjunto de fatores demográficos, têm vindo a permitir que os seres humanos vivam por períodos cada vez mais longos (Ballesteros 2004).

As projeções da ONU (2019), para os próximos 30 anos, referem que em todo o mundo as pessoas com 65 ou mais anos compõem a faixa etária que mais cresce, sendo que o seu número mais que duplicará, atingindo acima de 1,5 bilhão de pessoas em 2050 (*ver figura 1*).

Figura 1: População global estimada e projetada por faixa etária ampla, 1950-2100, de acordo com a projeção da variante média



Fonte de dados: Nações Unidas (2019).

Na Europa, durante o período entre 2019 e 2100, prevê-se que a percentagem da população em idade ativa diminua, ao passo que os idosos irão constituir uma percentagem crescente da população total. As pessoas com 65 ou mais anos representarão 31,3 % da população da UE-27 até 2100, em comparação com 20,2 % em 2019. Como consequência da transferência de população entre os grupos etários, o índice de dependência dos idosos da UE-27 deverá quase duplicar, passando dos 31,4 % em 2019 para 57,1 %, até 2100.

Em Portugal os indicadores relativos ao envelhecimento seguem a tendência mundial. Segundo os dados do INE, em 2021, a esperança de vida à nascença, em Portugal, foi estimada em 80,52 anos, sendo 83,37 anos para as mulheres e 77,67 anos para os homens (*ver tabela 1*). Estes valores representam, relativamente a 2018, uma diminuição de cerca de 3,6 meses para as mulheres e de 4,8 meses para os homens, como resultado do aumento do número de óbitos, no contexto da pandemia da doença COVID-19.

Tabela 1: Esperança de vida à nascença (em anos) em Portugal, em 2021 e 2018, sexos separados.

	Anos	
	2021	2018
Mulheres	83,37	86,97
Homens	77,67	82,47
Total	80,52	84,72

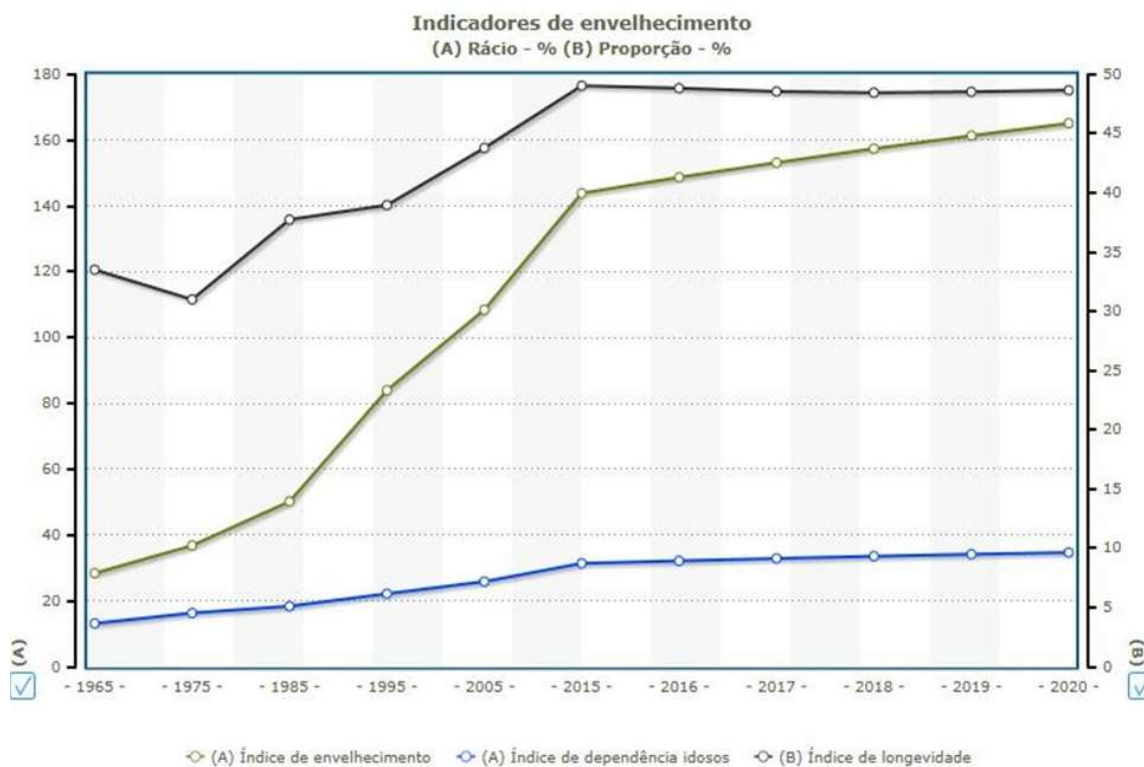
Fonte: INE (2021); elaboração do autor.

No nosso país, o rácio entre o número de idosos e o número de jovens (índice de envelhecimento)¹, tem vindo a desequilibrar-se, desde o início deste século, favorecendo os primeiros. Em 2005, pela primeira vez, registou-se um índice de envelhecimento de 108,5%, tendo a população portuguesa, mais idosos que jovens. Esta tendência de subida tem vindo a acentuar-se e em 2020, o índice de envelhecimento situa-se já nos 165,1%. Dados divulgados pelo INE (2022) indicam a manutenção desta tendência, sendo expectável que o índice de envelhecimento da população portuguesa, mais do que duplique nos próximos anos, ultrapassando os 300 idosos, por cada 100 jovens, no ano de 2080. A proporção de pessoas em idade ativa, em Portugal está a diminuir, ao passo que o número relativo de reformados está a aumentar. Em 1965, o índice de dependência dos idosos² situava-se nos 13,1%, em 2020 já atingia valores de 34,7% (ver figura 2).

¹ O índice de envelhecimento é o número de pessoas com 65 e mais anos, por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que jovens.

² O índice de dependência de idosos é o número de pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas em idade ativa, ou seja, com 15 a 64 anos. Um valor inferior a 100 significa que há menos idosos do que pessoas em idade ativa.

Figura 2: Indicadores de envelhecimento.



Fonte: Pordata / INE - Estimativas Anuais da População Residente (última atualização: 2022-04-29).

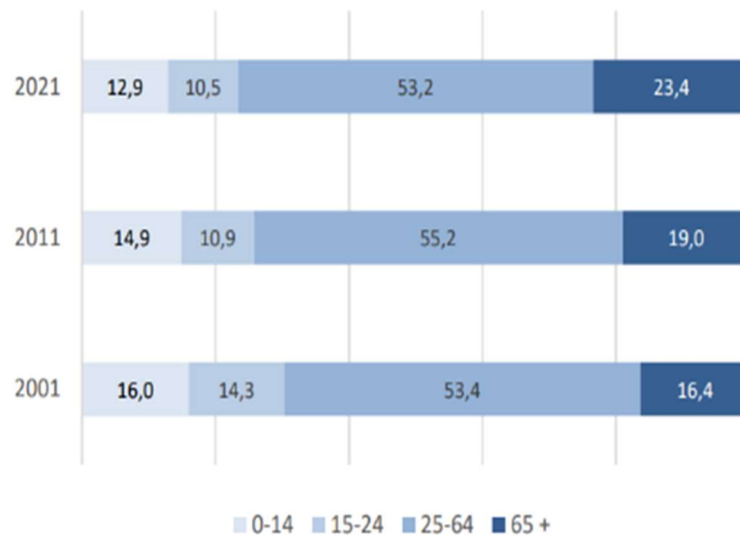
Segundo o INE, é esperado que no ano de 2030, em Portugal, cerca de 24% da população tenha mais de 65 anos, que em 2040 sejam já perto de 29% e que em 2050 esse valor atinja os 31,8%. A mesma fonte aponta que apenas daqui a 40 anos poderemos esperar uma estabilização no processo de envelhecimento populacional.

O fenómeno do duplo envelhecimento demográfico³ é transversal à maioria dos países do mundo. Segundo resultados provisórios dos Censos 2021 (INE, 2021), este fenómeno em Portugal também se agravou. Os resultados referem que entre 2011 e 2021 verificou-se uma diminuição da população em todos os grupos etários, com exceção do grupo da população idosa (dos 65 e mais anos), que teve um crescimento de 20,6%. O grupo da população jovem (0-14 anos) foi o que sofreu a redução mais significativa (-15,3%). O decréscimo da população jovem

³ Caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem.

em idade ativa (15-24 anos) foi de -5,1% e o da população entre os 25 e os 64 anos de -5,7% (ver tabela 2).

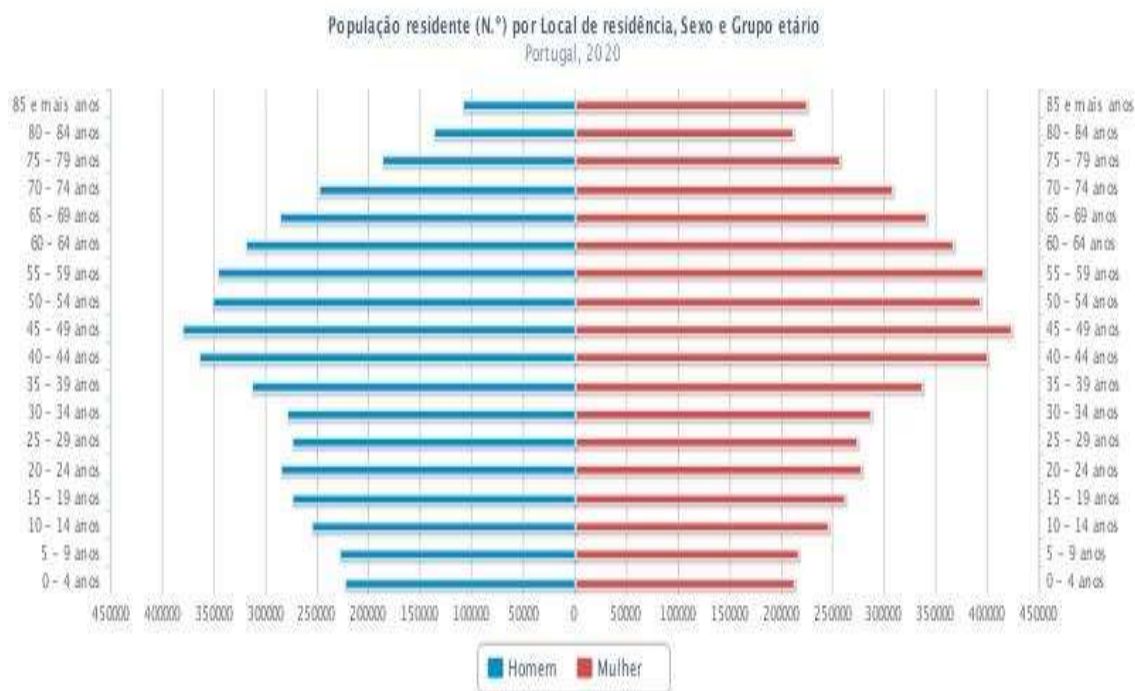
Tabela 2: População residente por grupo etário, 2001 - 2021 (%).



Fonte: INE, Recenseamentos da População e da Habitação.

Ao nível dos comportamentos sociodemográficos pode, também, verificar-se através da pirâmide etária da população portuguesa de 2020 (ver figura 3), a tendência do estreitamento progressivo da base, com o menor peso das camadas jovens na população e o alargamento do topo, com a existência de uma crescente percentagem do número de idosos (INE, 2020).

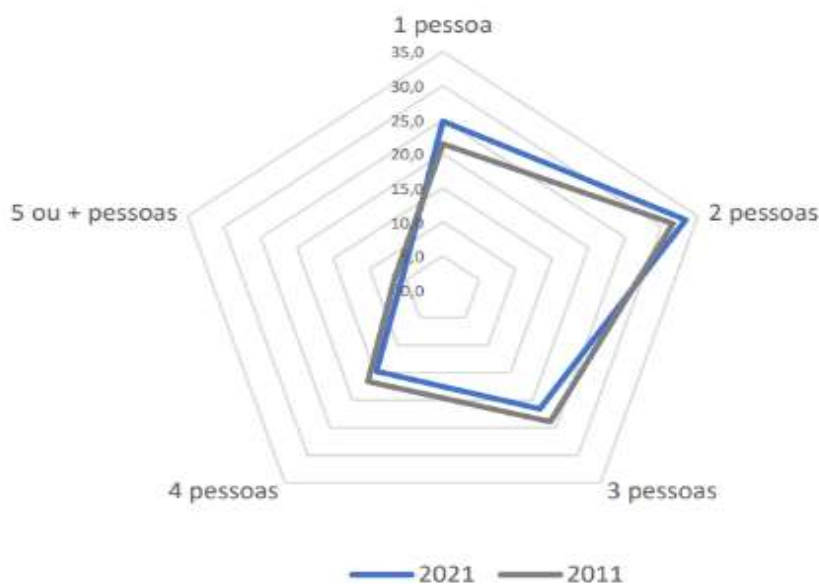
Figura 3: População residente, por local de residência, sexo e grupo etário.



Fonte: INE 2020: pirâmides etárias.

Ao nível das alterações demográficas, no nosso país, é ainda relevante referir no nosso estudo que, segundo os dados provisórios do Censos 2021 (INE 2021), aumentou na última década o número de pessoas que vivem sozinhas. Em 2021, a maior parte dos agregados domésticos privados é composta por 2 pessoas (33,3%). Os agregados unipessoais representam 24,8%, tendo o seu número aumentado na última década cerca de 18,6%. Em contrapartida, os agregados de maior dimensão têm vindo a diminuir (agregados com 4 pessoas representavam em 2011, 16,6%, diminuindo para 14,7%, em 2021; na mesma tendência estão os agregados com 5 pessoas, que em 2011 representavam 6,5%, diminuindo em 2021 para 5,6%), (ver figura 4). Estas alterações verificadas na dimensão das estruturas familiares são resultado das tendências do nível dos padrões de fecundidade, nupcialidade e divorcialidade, que concorrem inevitavelmente para a existência de agregados domésticos mais pequenos.

Figura 4: Agregados domésticos privados por dimensão, 2011 -2021, (%).



Fonte: INE, Recenseamentos da População e da Habitação.

Estas mudanças demográficas, descritas anteriormente, relativamente aos indicadores de envelhecimento, fazem com que o fenómeno de envelhecimento seja um foco de atenção prioritário.

Conscientes da importância de se tornar as sociedades mais inclusivas e protetoras de oportunidades e direitos fundamentais, várias entidades e organizações mundiais têm estudado estas problemáticas, no sentido de procurar soluções que respondam às questões de saúde e qualidade de vida dos idosos.

A Organização Mundial de Saúde (OMS/WHO) tem assumido como prioritária a definição de quadros de referência, programas e políticas que visem a integração das pessoas idosas, sendo nesta perspetiva que surge a primeira definição de envelhecimento ativo, referenciada como:

“processo de otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança visando a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem”. (WHO, 2002, cit in Ribeiro, 2012).

De acordo com a OMS (WHO, 2002), este conceito assenta em pilares que apresentam uma perspetiva mais abrangente do processo de envelhecimento ativo. Se por um lado, o pilar relacionado com a saúde, destaca a importância do bem-estar, físico, social e mental, esta nova

abordagem do envelhecimento ativo realça o papel fundamental da segurança e da participação social. A participação social dá relevância ao contributo dos indivíduos na sociedade e aos papéis que nela desenvolvem, incentivando o envolvimento em atividades que abrangem a esfera social como, por exemplo, o emprego, a educação e a vida política. A segurança diz respeito às necessidades especiais dos idosos, tendo como preocupação a defesa da dignidade, cuidados e proteção.

Verifica-se, de acordo com a sua definição, que o envelhecimento ativo tem como objetivo primordial a melhoria da qualidade de vida das pessoas. O caminho para o envelhecimento com qualidade de vida está dependente de um conjunto de determinantes que caracterizam e acompanham o indivíduo ao longo da sua trajetória de vida (*ver figura 5*).

Figura 5: Determinantes do envelhecimento ativo



Fonte: WHO, 2002

É de referir, ainda, que os determinantes apresentados a seguir, influenciam diretamente ou indiretamente o bem-estar, a prevalência de doenças, o seu início e progressão, bem como o modo como os indivíduos lidam com as mesmas e com a incapacidade:

* *Determinantes de ordem pessoal*: os fatores biológicos e genéticos, bem como os psicológicos (inteligência e a capacidade cognitiva), estão intrinsecamente relacionados com o processo de envelhecimento;

* *Determinantes comportamentais*: interligados com a prática de atividade física apropriada, ter uma alimentação saudável, não fumar e consumo moderado de álcool e medicação, resumindo, estão ligados com a adoção de um estilo de vida saudável;

* *Determinantes econômicos*: estão relacionados com os rendimentos que possibilitam a inexistência da pobreza e respetiva proteção social, nomeadamente no caso dos idosos que vivem sós e em vulnerabilidade. Estão relacionados, também, com a existência de oportunidades de trabalho digno, em ambientes de trabalho saudáveis e com remuneração adequada;

* *Determinantes relacionados com os sistemas de saúde e serviços sociais*: relacionam-se com a facilidade de acesso a serviços curativos, a cuidados de longa duração e a cuidados na área da saúde mental, favorecendo, desta forma, a promoção da saúde e a prevenção das doenças;

* *Determinantes relacionados com o meio físico*: aqui estão incluídos os ambientes físicos amigáveis, caracterizados pela inexistência de barreiras físicas, e inerente segurança, permitindo, desta forma, a independência dos indivíduos. Para tal contribui a existência de serviços de transportes públicos acessíveis; casas seguras e apropriadas, de preferência em locais próximos da família, dos serviços e transportes, bem como uma boa rede de vizinhança, que evitem o isolamento. Incluem-se, ainda, a existência de condições físicas e ambientais que evitem as quedas; acesso a água de qualidade, ar puro e alimentos saudáveis;

* *Determinantes relativos ao ambiente social*: inclui-se a existência de apoio social, oportunidades para a educação e aprendizagem ao longo da vida, paz e prevenção das situações de violência e abuso. Quando estas condições não se observam, há maior possibilidade de contrair doenças, e conseqüente morte precoce, e a ocorrência de crimes;

* *A cultura e o género*, segundo a OMS, assumem-se como determinantes transversais, pois contextualizam e influenciam os anteriores determinantes, na prossecução de um envelhecimento ativo (WHO, 2002).

Acrescenta-se que a cultura, segundo Ribeiro e Paúl, (2011), está interligada com os valores culturais, tradições, convenções e convicções que são particulares, no tempo histórico e cultural das sociedades, que por si expõem processos, evidenciam preconceitos e fundamentam comportamentos. A cultura tem, assim, um elevado impacto na construção social da velhice e do envelhecimento, na medida em que influencia o modo como a sociedade vê as pessoas mais velhas e o próprio processo de envelhecimento (WHO, 2002).

O determinante transversal género, segundo Ribeiro (2012) representa por um lado o determinismo biológico (sexo), as diferenças biológicas entre homens e mulheres; e por outro está associado à construção social (género). Está, assim, interligado a uma identidade percecionada a partir de papéis sociais e económicos, que a pessoa assume ao longo da vida, bem como às responsabilidades e oportunidades que a sociedade e as famílias atribuem às mulheres e aos homens (Ribeiro, 2012). Desta forma, o sexo é reconhecido como intrinsecamente ligado aos indivíduos, enquanto que o género é percecionado como elemento estruturante das relações sociais. Ainda relacionado com o determinante género, em Portugal, podemos verificar através dos resultados provisórios dos censos 2021, que as mulheres tendem a continuar em maior número relativamente aos homens (INE, 2021).

Ao abordar-se a temática do envelhecimento, segundo Gunter e Estes (citado por Berger, 1995), deverá ter-se em conta alguns fatores relacionados com os idosos, que devem funcionar como princípios da atuação da gerontologia:

- * os idosos representam um grupo heterogéneo, com estilos de vida e necessidades diferentes;
- * os idosos devem ser livres de escolher como e onde querem viver;
- * a maior parte dos idosos é, em geral, saudável;
- * a maior parte dos idosos é membro ativo da sociedade e deseja continuar a sê-lo;
- * o potencial de uma pessoa não está relacionado com a sua idade cronológica;
- * as necessidades de saúde e as necessidades de serviços sociais variam muito entre os “jovens idosos” e os “velhos idosos” e também entre os homens idosos e as mulheres idosas;
- * a manutenção da autonomia da pessoa idosa está mais ligada a fatores socioeconómicos e familiares do que a serviços profissionais.

Ao modelo proposto de envelhecimento ativo está, também, associada a perspectiva de ciclo de vida, que segundo Fonseca (2007) está relacionada com as seguintes premissas:

- * “O processo de desenvolvimento humano estende-se ao longo de toda a vida, através de mudanças desenvolvimentais, implicando sucessivas transições e adaptações”;
- * “Não existem períodos mais ou menos importantes do ponto de vista desenvolvimental”.
- * “O desenvolvimento vai depender, em cada fase da vida, das exigências e das oportunidades com que os indivíduos se defrontam”;
- * “Reconhece-se a existência da multidirecionalidade e multidimensionalidade do processo de desenvolvimento: isto é, não acontece num único sentido, nem numa única direção”;
- * “Dá ênfase à integração histórica e social na vida dos indivíduos, assim como a fatores ligados à idade cronológica e outros fatores contextuais”;
- * “Centra o desenvolvimento na plasticidade, entendida como capacidade de otimizar comportamentos com vista a uma melhor adaptação. O potencial de plasticidade de cada indivíduo ao longo da vida diminui, sobretudo à medida que os recursos biológicos diminuem”;
- * “Reconhece um potencial de intervenção no desenvolvimento psicológico, havendo períodos da vida humana mais favoráveis à intervenção que outros”;
- * “Dá relevo a um desenvolvimento por oscilações, através de uma alternância permanente entre ganhos e perdas, sendo que o desenvolvimento se define como uma mudança na capacidade adaptativa do organismo”;
- * “O processo adaptativo obedece a um modelo composto por três mecanismos: seleção, otimização e compensação que permitem compreender como os indivíduos se vão adaptando ao longo do ciclo de vida”;
- * “Os indivíduos são produtores e produtos do seu próprio desenvolvimento, participando ativamente na modelação do seu próprio ambiente”;

* “O estudo do desenvolvimento humano deve ser realizado numa perspetiva multidisciplinar, devendo contemplar contributos, entre outros, da biologia e da sociologia”.

O facto de o ser humano viver cada vez mais anos acarreta, como refere Cabral et al (2013), “mudanças radicais do quadro de vida no que respeita, em particular, ao estado de saúde e à participação na vida social”. Estas mudanças radicais estão, atualmente, ainda mais exacerbadas, fruto das consequências da pandemia COVID-19.

Como referido pela Direção-Geral da Saúde, todos corremos o risco de contrair a COVID-19, no entanto, as pessoas que correm maior risco de doença grave, são os mais velhos e com doenças crónicas, o que em termos de saúde, segurança e participação, vem comprometer a promoção dos pilares do envelhecimento ativo.

Ao nível da promoção da saúde, Fernandes (2008) refere que *“o bem-estar necessário a uma boa saúde mental e física assenta num sentimento de segurança que advém de ter recursos materiais para as despesas quotidianas, ter acesso facilitado a cuidados de saúde, caso sejam necessários, e estar integrado numa rede de relações familiares e sociais ativa”*.

Como sabemos uma das medidas basilares para responder à COVID-19 foi o distanciamento físico que, em certa medida, potenciou, em algumas pessoas, o distanciamento social, particularmente nos idosos que vivem sós. Segundo Bavel et al. (2020), este facto contribui para um acentuar dos sentimentos de solidão, implicando, especialmente nos idosos, graves consequências na saúde.

No entanto, além do recurso às redes de proximidade familiares e de vizinhança, estes problemas podem ser desagravados através da proximidade com os técnicos de saúde. Desta forma, Melo et al, (2020) referem que “os idosos mais sós poderão procurar a manutenção (e eventual compensação) das suas relações sociais com um médico por meio dessas consultas, atendendo à necessidade de interação e estímulo interpessoal. Além de minimizarem uma fonte potencial de sofrimento, a identificação e o direcionamento de intervenções para idosos sós pode diminuir significativamente as consultas médicas e, por inerência, os custos com saúde”.

No que à participação social diz respeito, Bronfenbrenner (1989), através da perspetiva ecológica do desenvolvimento humano, defende que “em idades mais avançadas, o idoso mantém uma orientação ativa e responsiva face ao ambiente, que se manifesta através de aspetos como, a facilidade para tomar iniciativas sociais; a capacidade para manter relações

humanas; a curiosidade; a disposição para manipular, reconstruir e elaborar o ambiente, e de uma conceção do self como um agente ativo num mundo que apresenta uma natureza sensível”.

Nesta perspetiva, a construção de um Sentimento Psicológico de Comunidade (SPC), defendida por Sarason (1974), poderá ter um forte contributo para que o idoso se sinta impulsionado à participação na sua comunidade. De acordo com o autor, o SPC define-se como um “sentimento de que somos parte de uma rede de relacionamentos de suporte mútuo, sempre disponível e da qual podemos depender” (citado em Amaro, 2007, p.25). As características que constituem o SPC (Estatuto de Membro; Ligações Emocionais; Influência e Integração e Satisfação de Necessidades), poderão, assim, proporcionar ao idoso um suporte para a sua participação social, possibilitando o envelhecimento ativo e funcionando também como uma barreira às experiências de solidão.

É, através das premissas, anteriormente apresentadas, que o conceito de envelhecimento ativo surgiu e se transformou no modelo central de intervenção nas sociedades ocidentais, tendo como um dos principais objetivos transformar os diferentes pontos de vista, frequentemente, estereotipados relativamente aos mais velhos (Ribeiro, 2012). No entanto, o mesmo autor alerta que ao atribuir-se à atividade um papel importante no envelhecimento, potencia-se a marginalização dos indivíduos que não se enquadrem nos grupos culturalmente dominantes da sociedade. Paralelamente, chama a atenção para a possibilidade de existir um carácter ambicioso do termo “ativo”, nos discursos políticos e sociais, o que poderá estimular novas formas de idadeísmo, ao fomentar o receio de envelhecer com incapacidade ou improdutividade, o que discriminará os idosos mais dependentes. Esta perspetiva é igualmente aplicada aos grupos minoritários que poderão dispor de entendimentos próprios do envelhecer e da velhice, o que evidencia uma possível desvalorização que o conceito pode fazer, das experiências de grupos específicos de idosos.

Importa, assim, perceber quais as razões que colocam os idosos como vulneráveis. Um dos fatores de risco prende-se com a baixa escolarização, sendo que as atuais gerações de pessoas, com 65 e mais anos, têm predominantemente uma escolaridade baixa, e muitas não completaram nenhum nível de ensino. Fruto dessa baixa escolaridade e do facto de terem auferido baixos salários, ao longo da sua carreira contributiva, um número elevado de idosos, vivem de pensões inferiores ao salário mínimo nacional (Moreira, 2020). Esta circunstância de pobreza concorre, em certa medida, para uma maior dependência do idoso, traduzindo-se na necessidade de receber apoios sociais (Pensão Social de Velhice; Complemento Solidário para

Idosos), que de certa forma, mesmo que incompreensivelmente, faz com que os idosos sejam percebidos, pelos mais jovens, como pessoas passivas e um custo económico-social.

Para atenuar esta condição de vulnerabilidade, no que diz respeito à segurança financeira, não basta garantir pensões sociais para os cidadãos seniores, é necessário atribuir outras formas de apoio, como por exemplo, a possibilidade de o adulto estar no mercado de trabalho mais anos, mas com menor carga horária. Torna-se assim importante adaptar a idade da reforma, ao prolongamento da vida de forma saudável, adaptando os postos de trabalho e suas modalidades de maneira mais flexível, com passagem gradual para a reforma, valorizando as potencialidades dos mais velhos e melhorando os ambientes de trabalho. De acordo com as Nações Unidas (2002, cit in ENEAS, 2017), “as expectativas das pessoas idosas e as necessidades económicas e sociais das sociedades exigem que estas possam participar na vida económica, política, social e cultural, devendo ter a oportunidade de trabalhar, quando desejam e sejam capazes, e continuar a ter acesso a programas de educação e formação. O potencial das pessoas idosas deve ser visto, como uma base sólida para o desenvolvimento futuro, pois possibilita que a sociedade beneficie das suas capacidades, experiências e sabedoria. É essencial promover e facilitar esta contribuição, ajudando a manter o bem-estar e a qualidade de vida, a autonomia e a independência das pessoas idosas e, quebrar as inúmeras barreiras que impedem a sua participação na sociedade”

Na perspetiva de Almeida (2007, cit in Ribeiro, 2012, p.47), o idoso deve ter ao seu dispor todas as condições que permitam usufruir de um “bom” envelhecimento, retirando-se o foco dos resultados que as pessoas mais velhas conseguem alcançar. Desta forma, todos poderão atingir o seu pleno potencial e ninguém fica em desvantagem, devido à sua posição social ou a outros fatores socialmente determinados. Assim, é essencial garantir um modelo de envelhecimento ativo, que tenha em conta a heterogeneidade existente, quer na população idosa, quer nas diferentes comunidades e culturas das quais fazem parte.

Na mesma linha, Ribeiro (2012) sugere que termos como “envelhecer bem”, mesmo com as suas imprecisões, talvez possuam um carácter mais inclusivo, uma vez que dão liberdade às pessoas mais velhas de atribuir um significado próprio de envelhecimento ativo e de definirem as condições necessárias para o alcançar. O autor acrescenta, ainda, a importância dos significados atribuídos à noção de envelhecimento ativo, terem sempre em consideração o ciclo de vida de cada idoso, pois as suas vivências são heterogêneas e vão definir a forma como pretende envelhecer.

De referir, ainda, que em 2016, na 69ª Assembleia Geral da Organização Mundial de Saúde, foi apresentado o documento, *Multisectorial action for a life course approach to healthy ageing: global strategy and plan of action on ageing and health* (WHO, 2016), onde o termo “Envelhecimento Saudável”, é proposto como base da estratégia global de envelhecimento, até ao ano de 2030. Desta forma, a expressão “envelhecimento ativo” passa a entender-se como “capacidade funcional”. Segundo Fonseca (2021), por capacidade funcional entende-se a existência de “recursos que permitam a cada pessoa desempenhar não apenas aquilo de que necessita para ser autónoma e independente, mas igualmente aquilo que mais valoriza: satisfazer as necessidades básicas, tomar decisões, ter mobilidade, fazer e manter relacionamentos, aprender, contribuir para a sociedade”.

Podemos depreender das explanações anteriores que efetivamente o envelhecimento, enquanto processo que acompanha o ser humano desde que nasce, é também um processo de construção social, adaptável ao contexto sociocultural, que visa contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

2.2. A solidão na população idosa

Entre as abordagens existentes sobre a solidão referenciamos a descrita por Ascher e Paquette (2003, cit in Neto, 2014, p.313) definindo-a como “a consciência cognitiva de uma deficiência nas relações sociais e pessoais de alguém, e garantindo reações afetivas de tristeza, vazio ou saudade”. A velhice tem sido alvo de vários estudos e é descrita como uma fase da vida que potencia o desenvolvimento da solidão. Esta fase de vida está associada à diminuição da atividade; aos possíveis cortes de relações interpessoais; os idosos em geral vivenciam a saída do meio laboral; são confrontados com a morte de amigos, podendo também enfrentar perda de cônjuge e outros familiares, além de doenças físicas incapacitantes ou que limitam as suas aptidões percetivas, e têm uma menor probabilidade de ter ou encontrar uma figura de apoio íntimo (Lopes e Matos, 2018).

A solidão revela-se assim um problema grave para os idosos, pois assistimos a um aumento da incidência dos fatores desencadeadores. Por exemplo, relativamente ao estado de viuvez, que normalmente faz com que o idoso viva sozinho, o indicador sobre a composição dos agregados familiares revela que, em Portugal, os agregados de uma pessoa (unipessoais) representam 24,8%, tendo o seu número aumentado 18,6% na última década (INE, 2021).

Ainda, neste ponto, um estudo efetuado pelo Sistema Nacional de Saúde (2021), com 1200 pessoas, entre os 50 e os 101 anos de idade, revela que o sentimento de solidão parece aumentar com a idade. Pessoas com 85 ou mais anos apresentam uma percentagem de solidão, de 26,8%, ao passo que entre os 50-60 anos a percentagem de indivíduos que se sentem sós, é de 9,9%. Note-se que é mais comum os viúvos(as) sentirem mais solidão, com uma percentagem a rondar os 30,6%.

Relativamente, ainda, à prevalência da solidão, um estudo comparativo realizado em 12 países, com idosos com 65 anos ou mais, mostrou que a solidão variou de país para país, tendo uma incidência de 25% na Dinamarca a 60% na Grécia, existindo uma maior prevalência nos países mediterrâneos, do que no norte da Europa (Sundström et al., 2009, cit in Neto, 2014, p.313). A União Europeia estima, também, que cerca de 30 milhões de adultos são muito afetados pelo sentimento de solidão, que foi acentuado com a crise da pandemia Covid-19 (Comissão Europeia, 2021).

Estes dados fazem-nos crer que a incidência da solidão depende do contexto onde os idosos estão inseridos, do facto do “estar só” ser opção do idoso (Martins, 2010), bem como do apoio social recebido e a satisfação com os contactos sociais (Cardona Jiménez & Villamil Gallego, 2006).

De referir, também, que as próprias características da personalidade do idoso, como por exemplo o seu grau de otimismo, está fortemente relacionado com o sentimento de solidão, sendo que níveis mais baixos de otimismo, estão muito associados a maiores níveis de solidão (Rius-Ottenheim et al., 2011).

Estudos demonstram que o sentimento de solidão está, também, relacionado com o maior grau de dependência dos idosos para a realização das atividades de vida diárias, seja por incapacidades, doenças degenerativas inerentes à idade ou por deficiência física (Hacihanoglu et al., 2012; Rokach et al., 2006; Paul et al., 2006).

No que concerne ao contexto em que o idoso se insere, Sequeira e Silva (2012), referem que os idosos residentes em meios rurais têm um maior suporte social onde, por exemplo, as situações de carências materiais são mais facilmente compensadas, revelando-se também, mais autónomos e ativos. Por outro lado, Fonseca (2005) salienta que os idosos que residem nos meios urbanos, estão mais propensos a apresentar um défice de suporte social. No entanto, o

mesmo autor concluiu, que o sentimento de solidão nos idosos, do meio urbano e do meio rural, é homogêneo.

Outro dos aspetos considerado relevante, prende-se com o suporte social existente, onde a família, a comunidade e a sociedade têm um forte impacto na forma como se envelhece (Cabral, et al. 2013). As famílias são, desde logo, o contexto fundamental, onde a presença ativa na rede familiar assume muita importância na autoperceção do nível de felicidade do indivíduo idoso (Grundy, 2005, Drew e Silverstein, 2007 cit in Constança & Ribeiro, 2012). No entanto, no contexto familiar podem ocorrer mudanças, como possíveis alterações de habitação, a privação da atenção dos membros da família, a escassez de tempo de lazer, o confinamento ao espaço doméstico e as privações financeiras, que são potencialmente desencadeadores de sentimentos negativos nos idosos. O suporte emocional do idoso não se esgota na família. Um estudo realizado por Pinguart e Sorensen (2001), revelou que alguns idosos tinham até mesmo mais contato com os vizinhos do que com a família, principalmente porque seus parentes se localizavam geograficamente mais distantes.

Percebemos, também, com a pandemia Covid-19 que os idosos foram inevitavelmente dos grupos etários mais suscetíveis ao desenvolvimento de sentimentos de solidão. Segundo Melo et al (2020), as medidas implementadas funcionaram como fatores geradores de stress, para pessoas e famílias que não foram infetadas, mas com fortes consequências ao nível da saúde mental dos indivíduos, sobretudo dos que se encontram mais isolados, nomeadamente os idosos. Desde logo, a implementação de medidas de proteção, como afastamento social, sendo exemplo disso o isolamento e o distanciamento social (DGS, 2020), fizeram com que os idosos passassem mais tempo sós diminuindo, assim, as redes de apoio familiar e social (Berg-Weger&Morley, 2020). Inerentes, também, a estes períodos de confinamento estiveram intrínsecos sentimentos de incerteza, desespero, desassossego, desamparo, solidão, isolamento e variadas preocupações, como questões económicas, violência doméstica, abuso de substâncias, divórcios, agravamento dos transtornos mentais, luto e devastação dos sobreviventes (Kallas, 2020). Este isolamento social afetou particularmente os idosos, na medida em que ficaram privados dos seus contactos fora de casa, nomeadamente, em locais como igrejas, centros comunitários, centros de dia, centro de atividades de tempos livres, universidades seniores, centros de atividades ocupacionais, cafés, entre outros (Armitage & Nellums, 2020).

2.3. A Depressão na população idosa

Epidemiologicamente, a depressão, segundo a OMS (2021), é um distúrbio mental muito frequente, que afeta cerca de 280 milhões de pessoas em todo o mundo, considerada uma das principais causas de incapacitação entre todas as doenças.

Em Portugal, segundo o Retrato da Saúde (2018), a depressão surge como um dos problemas que mais afeta os portugueses. O mesmo documento refere que a mortalidade devida a causas de saúde mental é baixa e está relacionada maioritariamente com o suicídio (3,1% em 2015) que se verifica, sobretudo, em pessoas com doenças mentais graves, sendo na sua maioria tratáveis (depressão major e depressão bipolar). É considerado, ainda, neste documento, que grande parte destas mortes podem ser evitadas, se o diagnóstico for feito em tempo útil e a abordagem terapêutica for eficaz.

Segundo Wilkinson et al (2005, p.21) “a depressão é uma perturbação do humor de gravidade e duração variáveis, frequentemente recorrente e acompanhada por uma variedade de sintomas físicos e mentais, que envolvem o pensamento, os impulsos e a capacidade crítica”.

As classificações internacionais de diagnóstico da depressão servem como ferramentas imprescindíveis para uma maior padronização, sendo as mais usadas a Classificação Internacional das Doenças CID-11, sistema proposto pela Organização Mundial de Saúde (início da sua revisão na 72^a Assembleia Mundial da Saúde em 2019, entrou em vigor em 1 de janeiro de 2022) e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health (DSM-5, 2014), proposto pela Associação Americana de Psiquiatria (APA, 2014).

A CID-11(OMS, 2022) é a classificação oficial de Grã-Bretanha, e também classificação de referência em muitos países da Europa, incluindo Portugal. A cada perturbação psiquiátrica é atribuída uma categoria que, por sua vez, se organiza em subdivisões. “O código F32 corresponde à categoria das perturbações depressivas e o F33 corresponde aos episódios depressivos de ocorrência repetida. Episódios de perturbação depressiva são caracterizados por persistência de humor depressivo, na maioria dos dias, podendo ser acompanhados de um grande leque de outros sintomas, como perda do interesse ou do prazer, despertar matinal várias horas antes da hora habitual, lentificação ou agitação psicomotora, anorexia ou perda ponderal e perda da libido” (APA,2014). A CID-11 permite ainda classificar os episódios em três graus de gravidade, de acordo com o número e a intensidade dos sintomas: “leve (2 ou 3 sintomas:

doente mantêm capacidade de desempenhar a maioria das atividades quotidianas), moderada (4 ou mais sintomas: o doente apresenta dificuldade em desempenhar as atividades quotidianas) e grave (sintomatologia extremamente debilitante, típica perda da autoestima, ideias de desvalorização e culpa, ideação suicida e atos suicidários comuns e sintomas somáticos tipicamente presentes” (APA, 2014). Para complementar o diagnóstico, existem ainda “especificadores de severidade (leve, moderada e grave), psicose e remissão, que são extremamente úteis para melhor caracterização, acompanhamento e prognóstico de cada caso” (APA, 2014).

No que concerne à sua definição, a American Psychiatric Association (APA) e o Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM-V), (APA, 2014), referem que “os transtornos depressivos têm como características a presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas”.

A definição da depressão, segundo Del Porto (2000, cit. in Pinho, Custódio, & Markdisse, 2009), pode englobar um estado afetivo normal (tristeza), um sintoma, uma síndrome e uma doença existindo, no entanto, diferenças bem marcadas, entre os quatro conceitos. O autor refere que a tristeza está relacionada com um estado afetivo normal e transitório e surge como resposta adaptativa a situações adversas (perda, derrota, frustração, desapontamento), que podem levar o indivíduo a momentos de reflexão e de preparação para ações futuras e não devem ser alvo de intervenção e/ou diagnóstico médicos. Os sintomas depressivos podem ocorrer como resposta a stressores psicossociais, estando também presentes em variados quadros clínicos, como na perturbação de stress pós-traumático, das demências, do alcoolismo, da esquizofrenia, entre outros. Na síndrome depressiva as alterações do humor (tristeza, apatia, irritabilidade, anedonia, etc.) está associada a outros aspetos, como alterações cognitivas, comportamentais, psicomotoras e vegetativas.

Para diagnosticar a depressão enquanto doença, é necessário reunir uma série de critérios para o seu diagnóstico (APA, 2014). Sendo a depressão major, a perturbação depressiva mais estudada e, também, a mais grave (Steffans et al., 2000 citado em Sousa, 2008), o seu diagnóstico tem de obedecer aos seguintes critérios (APA, 2014):

A) “Existência de pelo menos 5 dos seguintes sintomas, estando presentes simultaneamente durante duas semanas, sendo que um deles é obrigatoriamente, (1) Humor Depressivo ou (2)

Perda de Prazer ou Interesse (excluir sintomas que são claramente atribuíveis a outra condição médica):

(1) Humor deprimido durante a maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (e.g. sente-se triste, vazio ou sem esperança) ou pela observação de outros (e.g. parece choroso);

(2); Diminuição clara do interesse ou prazer em todas, ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias (indicado pelo relato subjetivo ou pela observação de outros)

(3) Perda de peso, sem estar a fazer dieta, ou aumento significativo de peso (e.g. alteração de mais de 5% do peso corporal num mês), ou diminuição ou aumento de apetite quase todos os dias;

(4) insónia ou hipersónia, quase todos os dias;

(5) agitação ou lentificação psicomotora, em quase todos os dias (observável pelos outros e não mero relato subjetivo de se sentir agitado ou lentificado);

(6) fadiga ou perda de energia, em quase todos os dias;

(7) sentimentos de desvalorização ou culpa, excessiva ou inapropriada (que pode ser delirante), em quase todos os dias (não simples auto-censura ou sentimentos de culpa por estar doente);

(8) diminuição da capacidade de pensar ou concentração, ou indecisão em, quase todos os dias (por relato subjetivo ou pela observação de outros);

(9) pensamentos de morte recorrentes (não apenas medo de morrer), ideação suicida recorrente, sem plano específico ou tentativa de suicídio ou plano específico para cometer suicídio”.

B) “Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou défice social, ocupacional ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo”.

C) “O episódio não é atribuível aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou a outra condição médica (e.g. hipotireoidismo)”.

D) “A ocorrência de episódio depressivo major não explicada por transtorno esquizoafetivo, esquizofrenia, transtorno delirante ou outro transtorno especificado, ou não, do espectro esquizofrênico e outros transtornos psicóticos”.

E) “Não houve nenhum episódio de mania ou hipomania anterior (esta exclusão não se aplica se todos os episódios de tipo maníaco ou hipomaníaco são induzidos por substâncias ou atribuíveis aos efeitos fisiológicos de outra condição médica)”.

De referir, que segundo a APA, (2014), “as respostas a uma perda significativa (e.g. perda de um ente querido, ruína financeira, perdas causadas por um desastre natural, uma doença médica grave ou incapacidade) podem incluir sentimentos de tristeza intensa, ruminação acerca da perda, insônia, diminuição do apetite e perda de peso referidos no critério A, os quais se podem assemelhar a um episódio depressivo. Embora esses sintomas possam ser compreensíveis ou considerados adequados face à perda, para além da resposta normal a uma perda significativa, deve ser cuidadosamente considerada a presença de um episódio depressivo major. Esta decisão requer o exercício de um julgamento clínico baseado na história do indivíduo e nas normas culturais de expressão de mal-estar no contexto da perda”.

Nos idosos, o quadro depressivo distingue-se das outras faixas etárias, nomeadamente nas diferenças de sintomatologia e circunstâncias existenciais específicas da idade. Os idosos apresentam uma diminuição da resposta emocional, ausência de afeto positivo e predomínio de sintomas, como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, ruminações sobre o passado e perda de energia. Assim, os sintomas depressivos apresentam-se mais como queixas de sintomas somáticos, cognitivos e hipocondríacos do que de humor deprimido ou culpa (Smith, Haedtke, & Shibley, 2015; Taylor, 2014; Unützer & Park, 2012).

De acordo com Aziz & Steffens (2013), os estados depressivos, que não se enquadram na classificação de depressão major, podem também ser muito lesivos para o idoso, com consequências psicossociais devastadoras. Múltiplos subtipos de depressão geriátrica foram descritos na literatura, a saber (APA, 2014):

- * depressão minor;
- * distímia;
- * luto;
- * depressão vascular;

- * depressão associada a doença médica;
- * depressão associada a perturbação bipolar;
- * depressão psicótica;
- * depressão induzida por substâncias.

O diagnóstico de depressão menor é feito quando um ou ambos os sintomas fundamentais de depressão estão presentes (humor depressivo ou perda de prazer ou de interesse), assim como um a três sintomas depressivos adicionais, perfazendo um máximo de quatro (APA, 2014). Segundo Blaser, Steffens e Koenig (2009) e Thompson e Borson (2006), o idoso pode também exprimir a perda de interesse ou de prazer sem ter o humor deprimido, uma situação designada por “depressão sem tristeza”. De acordo com Bhalla e Butters (2011), a prevalência da depressão menor é superior à da depressão maior, ao passo que sintomas depressivos clinicamente relevantes são, pelo menos, tão frequentes quanto na depressão menor.

A depressão menor, tem relevância clínica no idoso, na medida em que está muito associada a défices semelhantes verificados na depressão maior, nomeadamente: “a degradação da função física, o aumento dos dias de baixa médica, uma pior perceção da saúde pessoal e do apoio social, assim como o excesso de utilização dos serviços de saúde” (Aziz & Steffens, 2013).

Relativamente ao diagnóstico da distímia, os sintomas depressivos podem ser mais ténues, sendo algumas vezes difíceis de distinguir do normal comportamento do indivíduo, pois não há agitação ou lentificação severa e os distúrbios da libido e do apetite são pouco aparentes (Haykal & Akiskal, 1999). O DSM-5 (APA 2014) refere que “no distúrbio distímico está presente o humor depressivo durante a maior parte do dia, e durante mais de metade do tempo pelo menos durante 2 anos. Normalmente o distúrbio depressivo maior tem subjacente um ou mais episódios depressivos que facilmente se podem distinguir do funcionamento habitual da pessoa. Já o distúrbio distímico caracteriza-se por sintomas discretos, menos intensos, que estão presentes durante muitos anos, sendo assim difícil distinguir a perturbação do funcionamento normal do indivíduo”. Os sintomas utilizados para definir distímia e depressão maior diferem mais em gravidade e duração do que em tipo, levando mesmo a que alguns autores se questionem se serão realmente entidades patológicas distintas. Os doentes distímicos, na maioria das vezes só procuram ajuda quando o seu quadro clínico se agrava, até atingir um nível

em que preenchem os critérios de distúrbio depressivo major, levando a um quadro designado por depressão dupla (Blaser, Steffens e Koenig, 2009).

Segundo Almeida e Quintão (2012), no idoso existe uma prevalência acentuada de perturbação mental, com predominância da depressão, caracterizada por perturbações do sono, fadiga, entre outros sintomas depressivos associados a doenças fisiológicas. A relação entre depressão e envelhecimento é apresentada sobre dois pontos de vista: por um lado como resultado das alterações biológicas, psicológicas, cognitivas, comportamentais ou sociais determinadas pelo envelhecimento, sendo desta forma uma variável dependente do mesmo, manifestando-se devido ao envelhecimento. Por outro lado, como um fator que provoca alterações nas diversas áreas, alterando a qualidade de vida do idoso, determinando a morbidade e afetando o prognóstico vital, sendo deste modo uma variável independente (Marques & Firmino, 2006, citado em Sousa, 2003).

Forsell (2000, cit in Almeida & Quintão, p.351, 2012), refere a existência de fatores preditores da depressão em idosos, nomeadamente: “ter menos de oito anos de escolaridade, ter demência, ter história de depressão ou ansiedade, ter problemas auditivos e ter dependência nas tarefas do dia-a-dia”. Desta forma, os fatores sociais, psicológicos e biológicos do indivíduo têm um papel determinante no desencadeamento e continuidade dos estados depressivos. Pinho, Custódio e Markdisse (2009) referem que aos estados depressivos estão associados determinados fatores preditivos como, “ser mulher; pertencer ao grupo etário mais elevado, a singularidade (designadamente a viuvez), a baixa escolaridade e baixos recursos económicos, a presença de eventos de vida stressores, o suporte social reduzido, a perceção de baixa qualidade de vida e de condições de saúde limitativas, a presença de défices cognitivos, limitações funcionais, histórico psiquiátrico e comorbilidades psiquiátricas, consumo excessivo de álcool, uso de fármacos, presença de doenças físicas agudas e crónicas, dor e comorbilidades”.

A depressão nos idosos não é um acontecimento normal no processo de envelhecimento, embora seja frequentemente considerada como parte integrante do mesmo (Vaz e Gaspar, 2011). De acordo com Thompson & Borson (2006) e Sheehan, Bass, Briggs e Jacoby (2003), a depressão no idoso continua a ser subdiagnosticada e subtratada na prática clínica, essencialmente nos cuidados primários, com os quais o idoso mais contacta.

Para Veríssimo (2006), a dificuldade na realização do diagnóstico da depressão geriátrica está relacionada com diversos fatores, nomeadamente, a falsa crença, tanto por profissionais de saúde como pela própria família e mesmo pelo próprio, de que a tristeza e a depressão são parte natural do envelhecimento. É comum que as pessoas que rodeiam e convivem normalmente com os idosos relacionem, com a idade avançada, sintomas como a melancolia e tristeza e que estas se devem às perdas afetivas, económicas e a doenças crónicas, não valorizando as suas queixas.

É inevitável, ao abordarmos as questões mentais relacionadas com os idosos, fazer referência aos efeitos da pandemia COVID-19. Em Portugal, de acordo com os dados do relatório final “Saúde Mental em Tempos de Pandemia COVID - 19” desenvolvido pelo Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge (2020), o distanciamento social, seguido do confinamento da população legitimado pelas medidas restritivas impostas, como é exemplo a declaração do estado de calamidade, a imposição de cercas sanitárias, restrições à circulação de pessoas e a declaração do Estado de Emergência, potenciaram a incerteza e alarme social por parte dos indivíduos. Ainda de acordo com o mesmo documento, as medidas adotadas determinaram inevitáveis problemas psicológicos, com especial incidência nos grupos mais vulneráveis, nomeadamente nos idosos, pois desencadearam o desenvolvimento ou agravamento de condições clínicas, como por exemplo a depressão.

3. MATERIAL E MÉTODOS DA INVESTIGAÇÃO

Segundo Hill, M.M. e Hill, A. (2016), este capítulo tem como finalidade dar continuidade à fundamentação apresentada na Revisão da Literatura. Desta forma, o enquadramento metodológico de uma investigação visa dar resposta às questões da mesma e a verificação das hipóteses formuladas. Nestes pressupostos começamos por primeiramente definir a metodologia utilizada e as diferentes fases subjacentes ao trabalho de projeto (Diagnóstico, Planificação, Execução e Avaliação); de seguida são apresentados os dados relativos aos participantes no estudo; num terceiro momento apresentamos os instrumentos de avaliação utilizados no processo de recolha de dados e finalmente fazemos referência ao processo utilizado no tratamento estatístico e na análise de dados.

3.1 Procedimentos

O trabalho realizado foi desenvolvido tendo como base, a metodologia de projeto, onde se pretende perceber as reais necessidades da população alvo do estudo. Considerando que na freguesia em estudo, não existem respostas sociais, de apoio à população idosa, apresentamos como objetivo geral:

** Verificar se as perceções individuais do sentimento de solidão têm influência na presença/ausência de sintomatologia depressiva nos idosos.*

Atendendo à problemática, em estudo, apresentamos como objetivos específicos:

** Analisar o grau de solidão;*

** Analisar a existência/inexistência de sintomatologia depressiva;*

** Compreender a relação entre os fatores sociodemográficos (sexo, escalão etário, estado civil, nível de escolaridade e profissão), e a presença/ausência de sentimentos de solidão, bem como a presença/ausência de sintomatologia depressiva;*

** Verificar a relação entre o grau de isolamento e os indicadores de solidão e depressão;*

** Elaborar um plano de intervenção ajustado às reais necessidades da população em estudo.*

A realização da revisão bibliográfica, revelou que a presença de sentimentos de solidão está associada, de forma geral, à diminuição da atividade; aos possíveis cortes de relações interpessoais; aos efeitos da saída do meio laboral; à perda do cônjuge, familiares e amigos; ao aparecimento de doenças físicas incapacitantes ou que limitam suas aptidões perceptivas (Lopes e Matos, 2018). É, ainda, referido que a incidência da solidão depende do contexto onde os idosos estão inseridos, do facto do “estar só” ser opção do idoso (Martins, 2010), bem como do apoio social recebido e a satisfação com os contactos sociais (Cardona Jiménez & Villamil Gallego, 2006).

Neste sentido, este estudo pretende encontrar os dados e consequentes resultados, para as seguintes hipóteses de investigação:

H1: Verifica-se diferenças entre o grau de solidão das pessoas idosas, de acordo com as características sociodemográficas, nomeadamente, sexo, escalão etário, estado civil, nível de escolaridade e profissão;

H2: O facto de viver só ou acompanhado, influencia o grau de solidão;

H3: A presença ou ausência de sintomatologia depressiva das pessoas idosas, está relacionada com as características sociodemográficas, nomeadamente, sexo, escalão etário, estado civil, nível de escolaridade e profissão.

Desta forma, pretende-se elaborar um plano de intervenção, ajustado às reais necessidades da população, pois como defende Serrano (2008, p.47) “A metodologia de projeto tem como pressuposto que qualquer objeto de intervenção é construído com base no conhecimento da realidade. Contudo, esse real “não fala por si”: conhecer as dinâmicas sobre as quais desejamos intervir implica conhecimentos teóricos e metodológicos profundos. Assim, a metodologia de projeto constitui a ponte entre a teoria e a prática”.

Nestes pressupostos, sucedendo à parte teórica, apresentamos a parte prática onde, seguindo os contributos de Serrano (2008), na primeira fase do projeto se elabora o Diagnóstico Gerontológico, onde através da utilização de uma entrevista exploratória (*em anexo*), junto de interventores privilegiados do território, nomeadamente, técnica de serviço social, representante da Junta de Freguesia e representante da instituição religiosa local e através da realização do inquérito (*em anexo*), foi possível efetuar a análise do contexto social em estudo

e assinalar as potencialidades e os mecanismos que possam contribuir para os problemas associados à solidão e depressão.

Num segundo momento passamos à fase de Planificação, que de acordo com Glória Serrano (2008), implica saber onde estamos e qual o ponto de partida, com que recursos podemos contar e que procedimentos iremos utilizar para alcançar as metas, mediante a realização de atividades que desenvolvam os objetivos assinalados de curto, médio e longo prazo.

A fase de Execução tem como objetivo a realização, no terreno, do projeto, nomeadamente o seu desenvolvimento, acompanhamento e controlo.

Por fim, mas transversal a todo o processo, decorre a fase de Avaliação (diagnóstico, processo e final) que deverá permitir monitorizar os resultados e os efeitos da intervenção, de forma a corrigi-los sempre que necessário (ver *figura 6*).

Figura 6: Fases de elaboração de um Projeto Social

Diagnóstico Detetar problemas necessidades recursos INPUT	Detetar necessidades Estabelecer prioridades Fundamentar o projeto Delimitar o problema Localizar o projeto Rever a literatura Estado da arte Prever a população Prever os recursos	
Planificação O que fazer	Objetivos Metodologias Calendarização Recursos	Gerais Específicos Atividades Técnicas e Instrumentos Definir a população Identificar a amostra Recolha de dados Análise de dados Humanos Materiais Financeiros
Aplicação Execução	Desenvolvimento do projeto Acompanhamento do projeto Controlo do projeto	
Avaliação O que foi alcançado OUTPUT	Avaliação diagnóstico Avaliação processo Avaliação final <div style="text-align: right;">Relatório final</div>	

3.2 Participantes no estudo

3.2.1. População alvo

Este estudo incide sobre a população residente na freguesia de Balasar, do concelho de Póvoa de Varzim, com 65 ou mais anos de idade (N=448), (ver tabela 3).

Para que a precisão das quotas fosse o mais atual possível, foi utilizada a informação provisória do INE, para os Censos 2021, relativamente ao total de residentes por sexo e com 65 ou mais anos de idade (INE, Recenseamento da população e habitação - Censos 2021).

Tabela 3: População residente na freguesia de Balasar).

Local de residência: Freguesia	População 65 ou + anos: N = 448								
	Homens			Mulheres			Total		
	Total	Grupos etários		Total	Grupos etários		Total de população 65 + anos	Grupos etários	
		65 - 74 anos	75 e mais anos		65 - 74 anos	75 e mais anos		65 - 74 anos	75 e mais anos
Balasar	174	104	70	274	143	131	448	246	202

Fonte: (informação provisória do INE, para os Censos 2021)

3.2.2. Amostra

A amostra deste estudo é constituída por 82 idosos com 65 ou mais anos de idade (N=82). Segundo Yamane (1967, cit in Haro, et al, 2016), este número de participantes, para uma população de 450 indivíduos, corresponde a um erro de amostragem de aproximadamente 10%.

Foi utilizada uma amostragem não probabilística por quotas, segundo o género (M/F) e o escalão etário (65-74 anos e 75 ou mais anos), assegurando-se assim a proporcionalidade destas características relativamente à população.

Tabela 4: Amostragem por quotas segundo o género (M, F) e o escalão etário (65-74 anos e 75 ou mais anos).

Local de residência: Freguesia	n = 82 (± 10%)								
	Homens			Mulheres			Total		
	Total H	Grupos etários		Total M	Grupos etários		Total 65 + anos	Grupos etários	
		65 - 74 anos	75 e mais anos		65 - 74 anos	75 e mais anos		65 - 74 anos	75 e mais anos
Balasar	32	19	13	50	26	24	82	45	37

No que à recolha de dados diz respeito, os pressupostos necessários, para a realização do presente estudo, foram apresentados, primeiramente à entidade Junta de Freguesia de Balasar, onde se indicaram os objetivos e respetivo cronograma. Após a validação pela Junta de Freguesia, num primeiro momento, para obtermos um melhor conhecimento da população idosa de Balasar, foi previamente realizada uma entrevista exploratória, junto de intervenientes privilegiados do território, nomeadamente, técnica de serviço social, representante da Junta de Freguesia e representante da instituição religiosa local.

Para a obtenção das informações complementares, foi preparado um guião onde constavam as seguintes questões:

- (1) Quais considera ser os maiores problemas/necessidades sentidas pela população idosa residente em Balasar?
- (2) As respostas sociais existentes na freguesia são suficientes para responder aos problemas/necessidades sentidas pela população idosa?
- (3) Considera que os idosos residentes em Balasar estão isolados e excluídos da vida em comunidade?
- (4) Na população idosa existe uma prevalência acentuada de perturbação mental, com predominância da depressão. Tem conhecimento sobre esta realidade em Balasar?
- (5) Considera existir algum trabalho que possa ser desenvolvido no seio da comunidade e das instituições locais para combater os problemas referidos?
- (6) Considera importante a existência de um estudo que caracterize as condições em que vivem as pessoas mais velhas residentes em Balasar?

Os dados recolhidos da entrevista revelaram as seguintes informações:

- (1) “As pessoas idosas, não são pobres, são remediadas”; “há assimetrias entre as várias zonas da freguesia (zona mais rural / zona mais urbana)”; “fraca rede de transportes públicos”;
- (2) “Não existem respostas sociais. Existia um centro de convívio, que fechou devido à pandemia”; “existe um grupo sócio caritativo, que funciona em interligação, Paróquia/Junta de Freguesia/Câmara Municipal”; “está prevista a construção de um Centro Social, que contempla as valências de centro de dia e apoio ao domicílio”;
- (3) “Denota-se uma certa falta de bairrismo e participação cívica, fruto de ser uma comunidade que sente influência do turismo religioso, onde ocorre a afluência de muita gente de fora”;
- (4) “Não conhecemos casos significativos de depressão nos idosos, parece-nos que há maior prevalência na faixa-etária entre os 50-65 anos”;
- (5) “O nível de adesão das pessoas a projetos propostos é baixa”.

Para a recolha de dados junto da amostra em estudo, utilizou-se o inquérito por questionário que, de acordo com Quivy & Campenhoudt (2003, p.188), “(...) Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores (...)”.

Após a elaboração do inquérito, previamente construído com a orientadora e coorientador da instituição de formação (ISSSP), o investigador foi para o terreno aplicar o instrumento de forma individual, aos 82 indivíduos, na modalidade de administração indireta, onde o próprio inquiridor registou os dados, a partir das respostas fornecidas pelo inquirido. De referir que o investigador contou com muita abertura e colaboração dos respondentes, o que facilitou e atribui fiabilidade ao processo de recolha de dados.

No decorrer da aplicação do inquérito foi utilizada, também, a técnica de observação direta, definida como uma ferramenta de utilização transversal no trabalho de projeto, que como

referem Quivy & Campenhoudt (2003, p.197) “constituem os únicos métodos de investigação social que captam os comportamentos, no momento em que eles se produzem”. Neste pressuposto, no contexto empírico, da aplicação do inquérito, através das notas de campo realizadas, foi possível verificar que os homens, no decorrer da aplicação do inquérito, demonstraram necessidade de partilhar as suas experiências “de vida”. De referir, que por este motivo a passagem do inquérito aos homens demorou mais tempo, comparativamente com as mulheres. Se por um lado parece-nos ser a demonstração de potencialmente possuírem vivências “mais ricas”, por outro podem não encontrar oportunidades para partilharem as suas vivências.

De referir a existência de testemunhos com referências aos laços criados durante a vida profissional que se mantêm atualmente, sendo referido “ainda nos encontramos muitas vezes e fazemos férias juntos” (Inq.5, M, 77 anos).

Foram relatadas, também, referências a atividades cívicas, da vida ativa (antes da reforma), como a “participação em órgãos diretivos de associações desportivas”, bem como as conquistas efetuadas enquanto praticantes de modalidades desportivas “vou mostrar-lhe a medalha de campeão nacional” (Inq.15, M, 66 anos).

Também o estilo de vida difícil e agreste, vivido “antigamente”, foi mencionada em testemunhos, por vários inquiridos, “íamos muito novos com os animais para o campo” (Inq.78, F, 80 anos); “trabalhávamos de sol a sol” (Inq.2, M, 77 anos); “no meu tempo, transportávamos as urnas à cabeça, durante longas distâncias” (Inq.4, M, 92 anos).

Mereceu também atenção o sucesso alcançado na vida profissional “comecei este projeto com os meus irmãos, e hoje ainda se mantêm com os meus filhos” (Inq.6, M, 84 anos).

Neste estudo foram levados em consideração os procedimentos éticos de recolha de dados, pois nos momentos de recolha de dados, nomeadamente na utilização da entrevista exploratória, junto de interventores privilegiados do território, bem como na utilização do inquérito, junto da amostra, foram efetuadas as devidas explicações sobre os objetivos do estudo e da responsabilidade de cada parte (Ribeiro, 2010). Para que a população tivesse conhecimento do processo de recolha de dados foi efetuada, através dos meios locais (junta de freguesia e paróquia), uma comunicação com a comunidade (*em anexo*). Na utilização do inquérito foi utilizado o consentimento informado (*em anexo*), que foi devidamente assinado pelos

participantes, garantindo-se o anonimato e a não utilização dos dados recolhidos para outras finalidades.

3.3. Protocolo de recolha de informação (inquérito)

O inquérito por questionário, segundo Quivy & Campenhoudt (2003, p.188), “Consiste em colocar a um conjunto de inquiridos, geralmente representativo de uma população, uma série de perguntas relativas à sua situação social, profissional ou familiar, às suas opiniões, à sua atitude em relação a opções ou a questões humanas e sociais, às suas expectativas, ao seu nível de conhecimentos ou de consciência de um problema, ou ainda sobre qualquer outro ponto que interesse os investigadores”.

Para dar resposta ao problema formulado e de acordo com os objetivos propostos, desenvolveu-se um estudo quantitativo, do tipo exploratório, descritivo, tendo sido a recolha de dados realizada através da aplicação de um inquérito por questionário, de aplicação indireta / face-a-face (Ribeiro, 1999). O mesmo foi construído com base em elementos de avaliação sociodemográfica e através de escalas de avaliação já validadas para a população portuguesa. Foram utilizadas as variáveis sociodemográficas (Sexo; Idade; Estado Civil; Nível Escolaridade; Fonte de Rendimento; Profissão; Número de Filhos e Composição do Agregado Familiar). As variáveis utilizadas na caracterização da dimensão Emocional, são as que respeitam à perceção da Solidão (ULS-6) e da Depressão (GDS-15).

3.3.1. Instrumentos de avaliação

3.3.1.1. UCLA (Loneliness Scale, ULS-6)

Para avaliar a presença de sentimentos de solidão recorreremos à utilização da UCLA (University of California, Los Angeles) Loneliness Scale (ULS-6) (Neto 2014). A UCLA-Loneliness Scale avalia a solidão e os respetivos sentimentos. Esta escala tem uma abordagem unidimensional da experiência, onde cada indivíduo responde de acordo com a sua vivência do fenómeno, entendido como unitário e pessoal, variável ao nível da intensidade em que é sentido.

Este instrumento é composto por 6 itens, com quatro possibilidades de resposta, (nunca, raramente, algumas vezes, muitas vezes). A cotação está determinada entre 1 e 4 valores, sendo 1 valor para cada resposta “nunca”, 2 valores para “raramente”, 3 valores para “algumas vezes” e 4 valores para “muitas vezes”. Porém, na questão “sinto que faço parte de um grupo de amigos”, a cotação aplicada será invertida (1 valor para “muitas vezes”, 2 valores para “algumas vezes”, 3 valores para “raramente” e 4 valores para “nunca”). Quanto maior o score obtido, maior o grau de solidão, enquanto que resultados mais baixos indicam satisfação social e ausência de solidão.

De acordo com Neto (2014), as propriedades psicométricas da ULS-6 para a população portuguesa foram analisadas, na sua investigação com 1154 pessoas (60% mulheres, 40% homens), por meio de análise fatorial confirmatória, consistência interna e validade de critério. A análise fatorial veio comprovar uma estrutura unidimensional, com valores adequados em vários índices de ajuste. Além disso, a ULS-6 apresentou propriedades psicométricas satisfatórias, com alto nível de consistência interna. Neto (2014) refere que a escala permite uma breve, mas correta avaliação da solidão, congruente para a população idosa.

Figura 7: UCLA Loneliness Scale (ULS-6)

	1	2	3	4
	Nunca	Raramente	Algumas Vezez	Muitas Vezez
Sinto falta de camaradagem				
Sinto que faço parte de um grupo de amigos				
Sinto-me excluído(a)				
Sinto-me isolado(a) dos outros				
Sou infeliz por ser tão retraído(a)				
As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo				

3.3.1.2. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15 Geriatric Depression Scale)

Na avaliação da sintomatologia depressiva foi utilizada a escala GDS-15 (Geriatric Depression Scale), composta por 15 itens, que pode ser aplicada a pessoas com doença física e com demência leve a moderada (Apóstolo, et al 2014). É uma escala de heteroavaliação com duas alternativas de resposta (sim/não), de acordo com a forma como o idoso se tem sentido na última semana. Atribui-se 1 ponto para a resposta sim e 0 pontos para a resposta não. Os itens

1, 5, 7, 11 e 13 têm cotação inversa (1 ponto para a resposta não e 0 pontos para a resposta sim). A cotação final corresponde ao somatório das respostas aos 15 itens. A GDS-15 mostrou ser bem aceite pelos idosos não necessitando, habitualmente, de explicações adicionais (Apóstolo, et al 2014).

A pontuação total dos itens é obtida através da soma da pontuação nos 15 itens, variando entre 0 e 15 pontos. A versão de 15 itens da GDS mostrou capacidade para diferenciar sujeitos deprimidos de não deprimidos (Apóstolo, et al 2014). De acordo com a pontuação obtida, podem ainda ser considerados os seguintes intervalos de gravidade de sintomatologia depressiva (cf. Simões et al., 2017):

- * 0 a 4 (sintomatologia “normal”);
- * 5 a 8 (sintomatologia depressiva “ligeira”);
- * 9 a 11 (sintomatologia depressiva “moderada”);
- * 12 a 15 (sintomatologia depressiva “grave”).

Tendo em consideração a falta de consenso em relação à estrutura da GDS (Apóstolo et al 2014), foi elaborado um estudo de revisão com meta-análise (King e al, 2013, cit in Apóstolo et al 2014), onde se conclui que os três fatores da GDS considerados nos diferentes idiomas, são: “disforia (itens:3,4,6,8); isolamento social, apatia-prejuízo cognitivo (itens:2,9,10) e humor positivo (1,5,7,11,13)”. Os autores consideram que fatores encontrados nas diferentes culturas e idiomas são mais idiossincráticos e não parecem ter interpretações significativas.

Figura 8: Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

*1 De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida?	Sim ()	Não ()
2 Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	Sim ()	Não ()
3 Sente que sua vida está vazia?	Sim ()	Não ()
4 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim ()	Não ()
*5 Está bem-disposto a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
6 Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	Sim ()	Não ()
*7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
8 Sente-se desamparado(a)?	Sim ()	Não ()
9 Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim ()	Não ()
10 Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim ()	Não ()
*11 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
12 Sente-se inútil nas condições atuais?	Sim ()	Não ()
*13 Sente-se cheio de energia?	Sim ()	Não ()
14 Sente que a sua situação é desesperada?	Sim ()	Não ()
15 Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	Sim ()	Não ()

4. RESULTADOS

4.1. Metodologia

Após o procedimento de recolha de dados foi efetuada a imprescindível análise estatística dos dados quantitativos, tendo-se utilizado o programa informático *Statistical Package for the Social Sciences – IBM® SPSS® for Windows*, versão, 26.0.

Tendo como finalidade descrever e caracterizar a amostra em estudo, numa primeira fase foi feita a análise descritiva dos dados, em função da natureza das variáveis em estudo. Para o efeito, calcularam-se as seguintes medidas: frequências absolutas (número de casos válidos - N.^o); frequências relativas (percentagem de casos válidos - %); estatísticas descritivas de tendência central (média, mediana e moda); de dispersão (desvio padrão); e ainda, os valores extremos (mínimo e máximo). Nas questões de resposta múltipla, as percentagens de resposta apresentadas (% de casos), são relativas ao total de casos válidos. A exploração numérica dos dados foi acompanhada, sempre que considerado pertinente, de representações gráficas.

Na segunda fase, tendo em consideração os objetivos do estudo, as hipóteses de investigação definidas previamente e ainda a natureza das variáveis em comparação (variáveis qualitativas em escala de medida nominal), utilizaram-se os testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kuskal-Wallis sempre que se apresentavam, dois ou mais do que dois grupos à comparação, respetivamente. Havendo a indicação de existência de diferenças significativas, procedeu-se à sua identificação por comparação par-a-par, aplicando o teste de Mann-Whitney.

Em todos os testes de hipóteses realizados foi considerado um erro de tipo I igual a 5% (ou nível de significância = 0.05), (Maroco, 2018).

4.2. Caracterização sociodemográfica

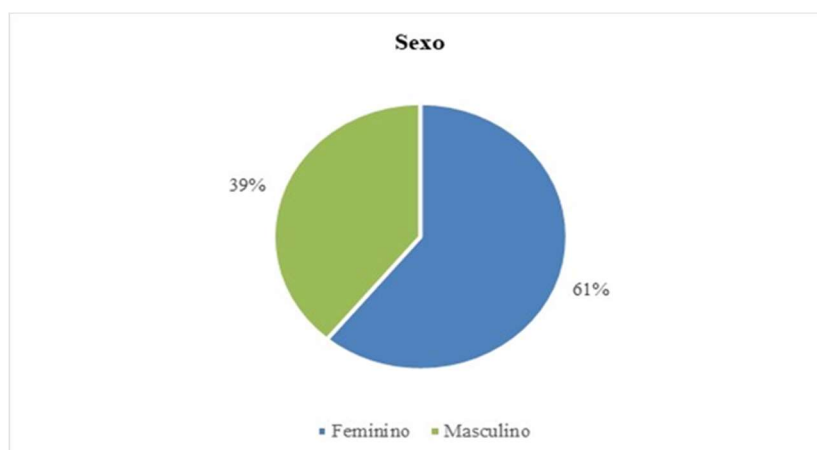
Os participantes neste estudo, têm em média 74,5 (d.p.= 7,3) anos de idade, variando entre os 65 e 100. Podemos, ainda, verificar que mais de metade da população inquirida (54%) encontra-se no escalão etário dos 65 aos 74 anos (*ver gráfico1*).

Gráfico 1: Caracterização dos Escalões Etários dos inquiridos



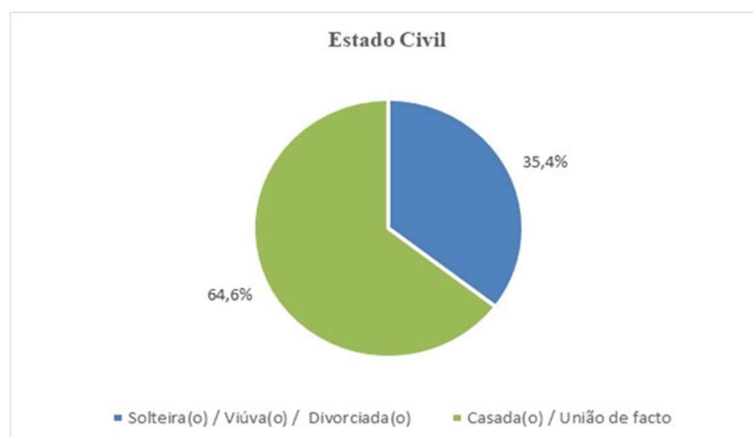
Como podemos verificar, mais de metade da população estudada é do sexo feminino (61%), os restantes 39% são do sexo masculino (*ver gráfico 2*). Estes dados são congruentes com os resultados provisórios dos censos 2021, que apresentam valores superiores da esperança média de vida, no grupo das mulheres (INE, 2021).

Gráfico 2: Caracterização do Sexo dos inquiridos



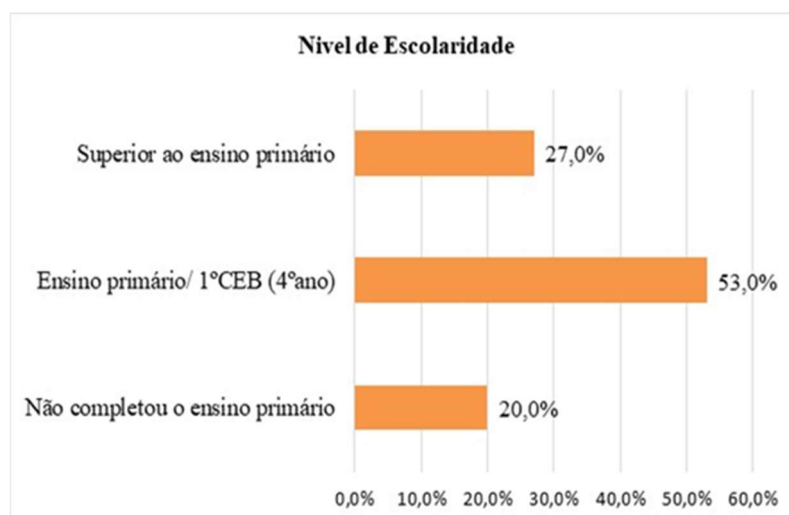
Relativamente ao Estado Civil, podemos concluir que o grupo das pessoas “Casada(o) / União de facto”, representam cerca de dois terços da amostra (64,6%), enquanto que do grupo “Solteira(o) / Viúva(o) / Divorciada(o)”, fazem parte 35,4% dos indivíduos (*ver gráfico 3*).

Gráfico 3: Caracterização do Estado Civil dos inquiridos



No que concerne ao nível de escolaridade dos indivíduos, verifica-se que mais de metade da população inquirida completou o Ensino Primário / 1º CEB (53%), sendo que 27%, possuem escolaridade superior ao ensino primário. No sentido oposto, verifica-se que 20% dos indivíduos não completaram o ensino primário (*ver gráfico 4*).

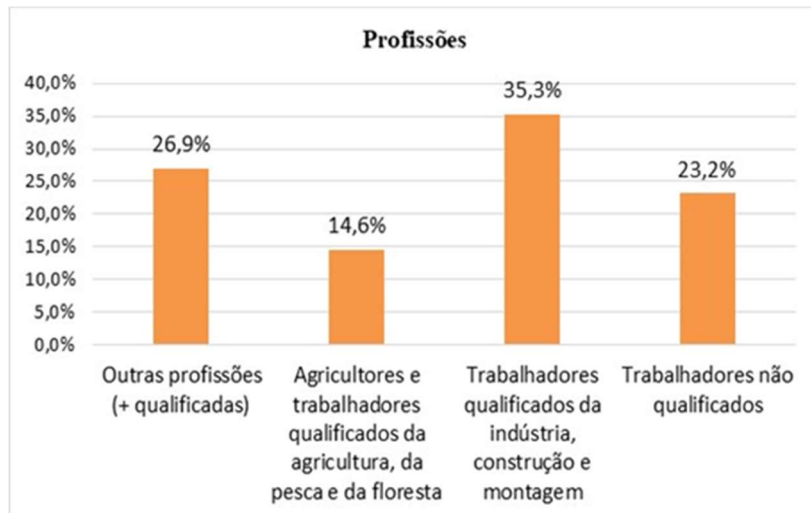
Gráfico 4: Caracterização do Nível de Escolaridade dos inquiridos



Como podemos verificar nos dados do gráfico 5, os indivíduos que detêm profissões qualificadas representam 49,9% da amostra. Neste grupo acresce 26,9% dos indivíduos que

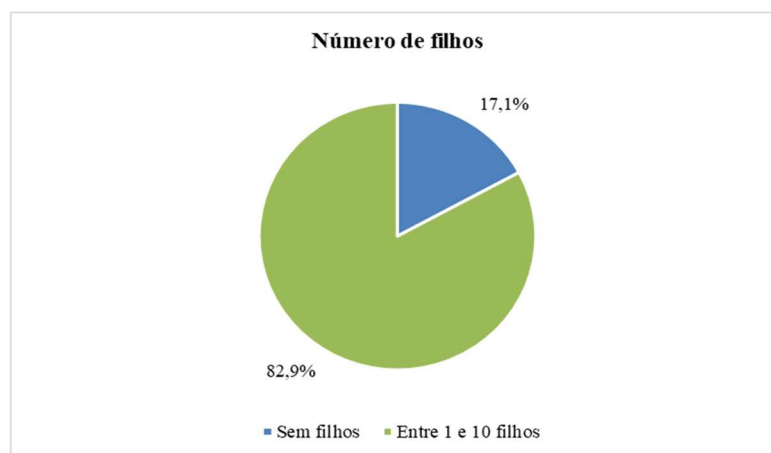
desenvolvem profissões mais qualificadas. Os trabalhadores não qualificados representam 23,2% da população estudada.

Gráfico 5: Caracterização das Profissões dos inquiridos



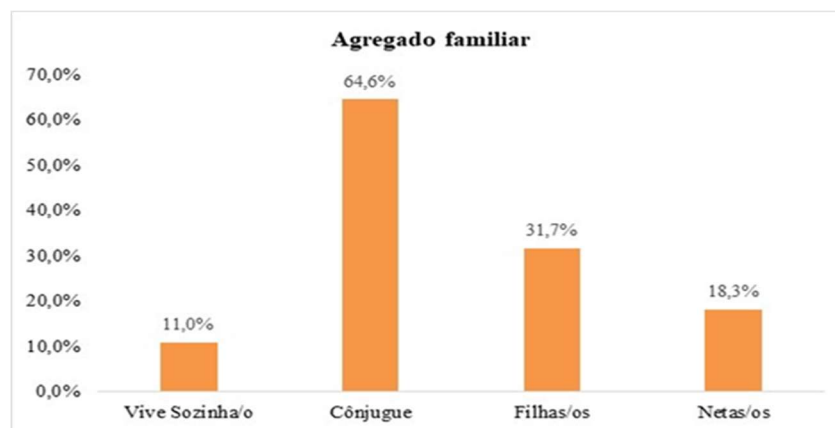
Relativamente ao número de filhos, verificamos que 82,9% dos indivíduos inquiridos teve filhos. A média de filhos por agregado familiar é de 2,74 (d.p.= 2,26) filhos, sendo 10 o número máximo (*ver gráfico 6*).

Gráfico 6: Número de filhos



Os dados relativos à composição do agregado familiar mostram que, 64,6% dos idosos vive com o cônjuge, valor que se configura congruente com análise dos dados relativos ao estado civil, onde há uma significativa percentagem de pessoas casadas. De seguida surgem 31,7% que vivem com as/os filhas/os e 18,3%, com as/os netas/os. Constata-se, ainda, que 11% dos idosos vivem sozinhos (*ver gráfico 7*).

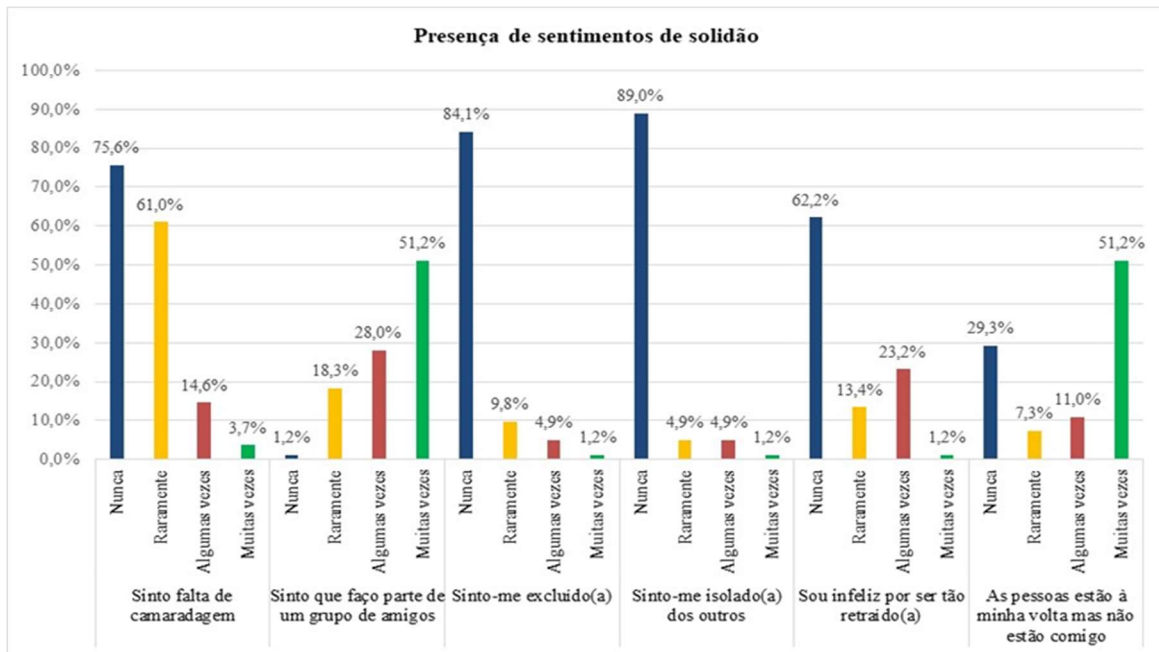
Gráfico 7: Caracterização da composição do agregado familiar



4.3. Caracterização da Solidão de pessoas idosas (UCLA-6)

Os indicadores de solidão avaliados (média=9.95; d.p.=2.98) sugerem a presença de resultados ligeiramente abaixo dos obtidos em outros estudos realizados com população portuguesa (média=11,54; d.p.=3.83), (Neto, 2014), sendo de registar que a grande maioria dos inquiridos (79,2%) refere a existência de alguém próximo em quem pode confiar, nomeadamente através do grupo de amigos (*ver gráfico 8*).

Gráfico 8: Presença de sentimentos de solidão (ÚCLA-6)



4.3.1. Avaliação da relação entre o grau de solidão das pessoas idosas (UCLA-6) de acordo com as características sociodemográficas (sexo, escalão etário, estado civil, nível de escolaridade, profissão e isolamento).

Na tabela 5, estão representados os valores da média, mediana e desvio padrão, assim como o resultado dos testes não paramétricos de Mann-Whitney e de Kruskal-Wallis.

Verifica-se que existem diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$) para o Sexo ($p=0,001$), nível de escolaridade ($p= 0,018$) e isolamento ($p= 0,034$).

Relativamente ao sexo, constata-se que os participantes do sexo masculino, apresentam um grau de solidão significativamente inferior (mediana= 9) aos do sexo feminino (mediana= 11).

Quanto ao nível de escolaridade verifica-se nos participantes que possuem formação superior ao ensino primário (mediana=8,5), um grau de solidão significativamente inferior aos que não completaram o ensino primário (mediana= 10).

Constata-se, também, que quem vive acompanhado apresenta um grau de solidão significativamente inferior (mediana= 9), aos que vivem isolados (mediana= 12).

Tabela 5: Soma UCLA-6

Características sociodemográficas		UCLA (Soma)				
		N válido	M	Mediana	DP	valor-p
Sexo "a"	Feminino	50	10,9	11	2,94	0,001
	Masculino	32	8,47	9	2,42	
	Total	82	9,95	10	2,98	
Escala etária "a"	65-74 anos	45	9,62	9	2,95	0,332
	>=75 anos	37	10,35	10	3,01	
	Total	82	9,95	10	2,98	
Estado Civil	Casado/ em união de facto	53	9,47	9	2,76	0,082
	Solteiros/divorciados/viúvos	29	10,83	11	3,22	
	Total	82	9,95	10	2,98	
Níveis de Escolaridade "b"	Não completou o ensino primário	16	10,94	10	3,34	0,018
	Ensino Primário/ 1ºCEB (4ºano)	44	10,36	11	2,83	
	Superior ao ensino primário	22	8,41	8,5	2,52	
	Total	82	9,95	10	2,98	
Profissão "b"	Outras profissões (+ qualificadas)	22	8,73	9	2,53	0,104
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura	12	9,92	9,5	3,55	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e montagem	29	10,24	10	3,1	
	Trabalhadores não qualificados	19	10,95	11	2,61	
	Total	82	9,95	10	2,98	
Vive só ou acompanhado "a"	Isolado(a)	11	11,82	12	2,64	0,034
	Acompanhado(a)	71	9,66	9	2,94	
	Total	82	9,95	10	2,98	

Legenda:

M= média; DP= Desvio Padrão

^a Resultados de acordo com o teste de Mann-Whitney a 95% de confiança.

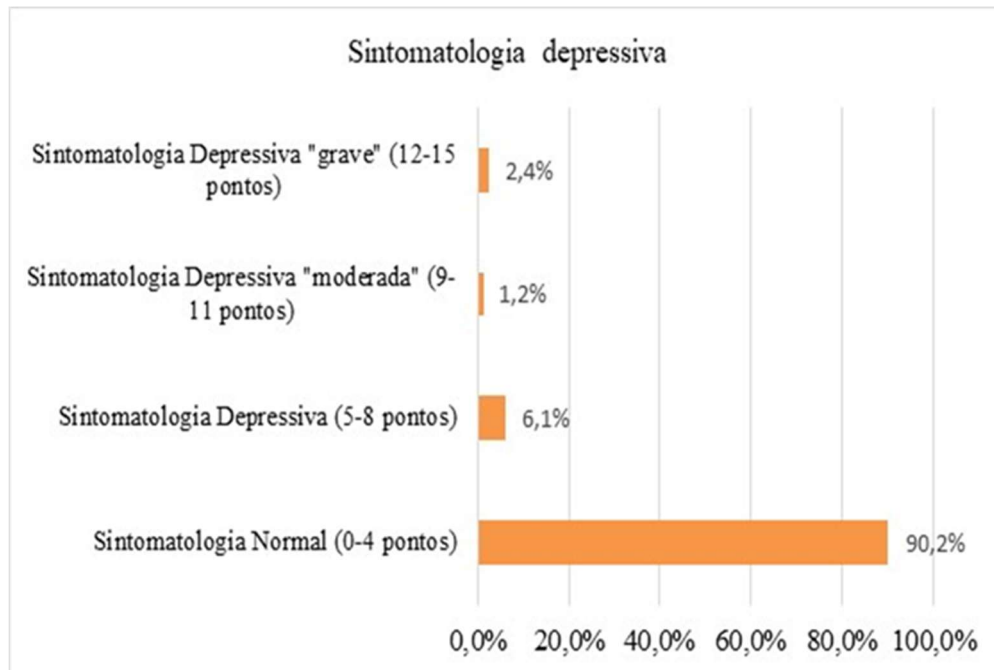
^b Resultados de acordo com o teste de Kruskal-Wallis a 95% de confiança.

4.4. Caracterização da Depressão de pessoas idosas (GDS-15)

No que concerne à sintomatologia depressiva, os participantes obtiveram uma pontuação total média de 2,22 pontos (dp=2,53) na Escala de Depressão Geriátrica, que varia entre 0-15.

A maioria dos participantes não apresenta sintomatologia depressiva (n=74; 90,2%). No entanto, é de assinalar a existência de 9,8% (n=8) casos com $GDS \geq 5$, potencialmente merecedores de atenção clínica. Neste grupo, incluem-se sobretudo mulheres e pessoas singulares, ou seja, solteiros, viúvos e divorciados (*ver gráfico 9*).

Gráfico 9: Presença de sintomatologia depressiva (GDS-15)



4.4.1. Avaliação da relação entre a sintomatologia depressiva (GDS-15) de acordo com as características sociodemográficas (sexo, escalão etário, estado civil, nível de escolaridade, profissão e isolamento).

Relativamente ao sexo, constata-se que os participantes do sexo masculino, apresentam um grau de depressão significativamente inferiores (mediana= 1), aos do sexo feminino (mediana= 2).

No que diz respeito aos escalões etários, os participantes com idade entre 65 e 74 (mediana= 1), apresentam um grau de depressão significativamente inferior aos que têm idade igual ou superior a 75 (mediana =2).

Verifica-se ainda, que quanto ao estado civil, os participantes que são casados/em união de facto (mediana= 1), apresentam um grau de depressão significativamente inferior aos que são solteiros/divorciados/viúvos (mediana= 2)

Quanto ao nível de escolaridade verifica-se que os participantes que possuem formação superior ao ensino primário (mediana= 1), apresentam um grau de depressão significativamente inferior aos que não completaram o ensino primário (mediana= 3,5)

Tabela 6: Soma GDS-15

Características sociodemográficas		GDS (Soma)				
		N válido	M	Mediana	DP	valor-p
Sexo "a"	Feminino	50	2,62	2	2,41	0,004
	Masculino	32	1,59	1	2,64	
	Total	82	2,22	1,5	2,53	
Escalões etários "a"	65- 74 anos	45	1,93	1	2,51	0,081
	>=75 anos	37	2,57	2	2,56	
	Total	82	2,22	1,5	2,53	
Estado Civil "a"	Casado/ em união de facto	53	1,81	1	1,93	0,057
	Solteiros/divorciados/viúvos	29	2,97	2	3,28	
	Total	82	2,22	1,5	2,53	
Níveis de Escolaridade "b"	Não completou o ensino primário	16	3,38	3,5	3,32	0,056
	Ensino Primário/ 1ºCEB (4ºano)	44	2,23	1,5	2,58	
	Superior ao ensino primário	22	1,36	1	1,22	
	Total	82	2,22	1,5	2,53	
Profissão "b"	Outras profissões (+ qualificadas)	22	1,23	1	1,11	0,155
	Agricultores e trabalhadores qualificados da agricultura	12	2,83	1,5	3,54	
	Trabalhadores qualificados da indústria, construção e montagem	29	2,59	2	3,15	
	Trabalhadores não qualificados	19	2,42	2	1,64	
	Total	82	2,22	1,5	2,53	
Vive só ou acompanhado	Isolado(a)	11	3,36	2	3,8	0,151
	Acompanhado(a)	71	2,04	1	2,26	
	Total	82	2,22	1,5	2,53	

Legenda:

M= média; DP= Desvio Padrão

^a Resultados de acordo com o teste de Mann-Whitney a 95% de confiança.

^b Resultados de acordo com o teste de Kruskal-Wallis a 95% de confiança.

5. DISCUSSÃO E CONCLUSÃO

De acordo com Hill, M.M. e Hill, A. (2016), este capítulo tem quatro objetivos principais, “(i) apresentar um resumo das conclusões tiradas sobre as hipóteses; (ii) avaliar a investigação empírica e perante esta avaliação, avaliar as conclusões tiradas sobre as hipóteses; (iii) comentar as conclusões e (iv) descrever quaisquer implicações da investigação empírica para investigações futuras”.

Como podemos verificar, no estudo efetuado, os resultados demonstram que os idosos apresentam um baixo grau de solidão e também não existem resultados significativos de sintomatologia depressiva. Desta forma, parece-nos que estes idosos, na perspetiva de Almeida (2007, cit in Ribeiro, 2012, p.47), ao nível da dimensão emocional, estão num processo de “bom” envelhecimento, onde o seu contexto familiar e social interfere de forma positiva.

O contexto rural onde vivem os idosos, deste estudo, parece favorecer a ausência de solidão, corroborando com a tese que os residentes em meios rurais usufruem de um maior suporte social (por exemplo, as situações de carências materiais são mais facilmente compensadas), são mais autónomos e ativos (Sequeira e Silva, 2012). A existência de interação com os familiares (filhos, netos, irmãos) assume-se, também, como um importante fator protetor da dimensão emocional dos idosos. Neste sentido, Grundy, 2005, Drew e Silverstein, 2007 (cit in Constança & Ribeiro, 2012), defendem que a existência de laços da rede familiar, assume muita importância na autoperceção do nível de felicidade, do indivíduo idoso. Quando a rede familiar, por algum motivo, não está tão presente, os idosos conseguem superar essa falta através dos contactos com os vizinhos, com que fazem comunidade, conseguindo como referem, Pinquart e Sorensen (2001) combater os sentimentos de solidão. Este facto é sustentado nos dados deste estudo, onde se verifica que a grande maioria dos inquiridos (79,2%) refere a existência de alguém próximo em quem pode confiar, nomeadamente através do grupo de amigos. O estudo efetuado revelou que o facto de ser homem, possuir nível de escolaridade de ensino básico ou superior e viver acompanhado, são preditores de um baixo grau de solidão.

Esta perceção individual de um baixo grau de solidão parece contribuir para o não desenvolvimento de estados depressivos nos idosos. É de referir, no entanto, que os dados verificados, neste estudo, relativos ao número de casos de idosos com prevalência da depressão estão em consonância com o referido por Pinho, Custódio e Markdisse (2009), onde ser mulher,

pertencer ao grupo etário mais elevado, viver só (designadamente devido a viuvez) e a baixa escolaridade, são preditores de depressão.

No seguimento dos dados apresentados seria importante em estudos posteriores avaliar o impacto que a covid-19 teve na vida destes idosos, nomeadamente ao nível da solidão e depressão, pois como referem Melo et al (2020), as medidas implementadas funcionaram como fatores geradores de stress, para pessoas e famílias que não foram infetadas, mas com fortes consequências ao nível da saúde mental dos indivíduos, sobretudo dos que se encontram mais isolados, nomeadamente os idosos.

6. PLANO DE INTERVENÇÃO

Através da elaboração do diagnóstico gerontológico foi possível ter um conhecimento mais aproximado, dos reais problemas e necessidades da amostra estudada. Este processo, que seguiu o cronograma elaborado na planificação do trabalho de projeto (ver figura 11), serviu de base para a construção do plano de intervenção, onde serão apresentados os dados relativos ao planeamento e avaliação. Tendo em conta que não foi possível, em tempo útil, executar o plano apresentado, ele consta como proposta de intervenção, nomeadamente na fase de planeamento.

Antes de apresentarmos o plano/projeto de intervenção, é possível verificar-se de forma concreta e transversal os problemas, necessidades e potencialidades detetadas na fase do diagnóstico gerontológico (ver figura 9). Através da sua análise foram enunciadas as áreas de intervenção, que teremos de levar em consideração aquando da conceção do plano de intervenção gerontológico.

Assim, constatamos que, na amostra estudada, os idosos apresentam baixa prevalência de sentimentos individuais de solidão. No entanto, verificou-se que as mulheres apresentam um grau de solidão mais elevado, comparativamente aos homens. A maioria destes idosos, também não apresenta sintomatologia depressiva. Assinala-se, no entanto, que os idosos que apresentam sintomatologia depressiva são mulheres, idosos solteiros, viúvos e divorciados.

De referir, ainda, que as atividades propostas têm como premissa serem respostas desenvolvidas, preferencialmente, tendo em conta o envolvimento dos idosos a partir do seu domicílio (ex. projeto de voluntariado) ou nos espaços da freguesia já frequentados pelos idosos (cafés, igreja). A iniciativa “Dedo de conversa”, pretende assumir-se como resposta para a sensibilização dos idosos para a adoção de estilos de vida saudáveis e motivá-los para a participação ativa na sua comunidade.

Estas propostas, levam em linha de conta o facto da maioria dos idosos referirem, no inquérito, que não ponderam recorrer a serviços, existentes na comunidade, nomeadamente, centro de dia (81,7%); serviço de apoio ao domicílio (87,8%); associação recreativa ou cultural (90,2%); grupo consultivo de seniores na freguesia (96,3%) e participar em projeto de voluntariado (91,5%).

Verificamos que estes idosos privilegiam as atividades que permitam a permanência nas suas casas. Esta pretensão é definida no termo “ageing in place”, que segundo a OMS (cit in Fonseca, 2018) “traduz o objetivo preferencial de se poder viver e envelhecer em casa e na

comunidade, com segurança e de forma independente, o que implica a necessidade de adaptação do ambiente físico e social à vida quotidiana à medida que se envelhece”.

Figura 9: Identificação dos problemas, causas e potencialidades

Problemas	Causas	Potencialidades
Risco de solidão e depressão	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência de respostas sociais para idosos. • Maior risco nas mulheres, idosos solteiros, viúvos e divorciados. • Aumento do número de famílias constituídas por uma só pessoa idosa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Boa dinâmica da Junta de Freguesia. • Abertura dos idosos, para receberem apoios na área social e mental, preferencialmente no contexto das suas casas. • Forte rede de laços familiares e de vizinhança.
Baixa participação cívica	<ul style="list-style-type: none"> • Devido ao turismo religioso, a freguesia recebe muitas pessoas de fora, o que parece contribuir para uma certa falta de "bairrismo" da população. • População muito focada nas suas atividades agrícolas (falta de tempo para atividades cívicas). • Poucas respostas locais de âmbito Desportivo, Recreativo e Cultural. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilidade de através do grupo de voluntariado jovem, promover momentos intergeracionais e respostas que potenciem o bem-estar dos idosos. • Existência de idosos com percursos de vida ativa ligados ao associativismo. • Os cafés da freguesia são um lugar privilegiado de encontro (principalmente dos homens). • Os espaços religiosos da freguesia são um lugar privilegiado de encontro (principalmente das mulheres).

O projeto de implementação que propomos, de seguida, terá como finalidade, por um lado criar respostas para os idosos que apresentam sentimentos de solidão e depressão e, por outro prevenir e reforçar os fatores que promovam o ajustamento da dimensão emocional dos idosos.

Conceptualizadas as necessidades de intervenção, neste momento será apresentado o planeamento das atividades que tem como premissas, “determinar o que se deve fazer, para posteriormente se poderem tomar decisões práticas para a sua implementação. A planificação é um processo para determinar para onde ir e estabelecer os requisitos para chegar a esse ponto da forma mais eficaz e eficiente possível”. Estando a realidade social em constante mudança,

também “o processo de planificação deve estar sujeito a constantes reajustamentos” (Kaufman cit. por Serrano 2008, p. 37-38).

Assim, no seguimento das necessidades identificadas no Diagnóstico Gerontológico, definiu-se que as intervenções deverão passar pela Implementação de um projeto de voluntariado, através do envolvimento da Junta de Freguesia de Balasar e da Câmara Municipal da Póvoa de Varzim (*Atividade n° 1*); Disponibilização na Junta de Freguesia de um espaço denominado “Dedo de Conversa” (*Atividade n° 2*); valorização da interação dos idosos com os espaços de lazer da freguesia, nomeadamente os cafés (que são ponto de encontro, maioritariamente dos homens) e com o Centro Pastoral e Social da Paróquia de Balasar (em construção). Pretende-se com esta interação a partilha de informação/sensibilização de temáticas de interesse para o público alvo (*Atividade n° 3*) e promover, também, na comunidade a partilha de saberes (*Atividade n° 4*).

As atividades descritas têm como finalidade contribuir para que os idosos mantenham os seus objetivos e projetos de vida, atividades físicas, cognitivas e sociais, que lhe permitam manter a autonomia e a qualidade de vida (Paúl, 2005). Pretende-se, ainda, que esta população idosa possa criar o sentimento de pertença a um grupo, à sua comunidade, participando ativamente na vida sociocomunitária.

Assim, o desenvolvimento, destas três atividades, é direcionado para a população, com idade igual ou superior a 65 anos, havendo iniciativas abertas à participação da população, na sua generalidade.

- A primeira atividade - **Implementação de um projeto de voluntariado, através do envolvimento da Junta de Freguesia de Balasar e da Câmara Municipal da Póvoa de Varzim.**

Esta atividade surge como resposta aos idosos que se encontram em risco de desenvolverem sentimentos de solidão e depressão. Tendo em consideração que não existem na freguesia respostas sociais de apoio aos idosos, e que os mesmos manifestaram abertura para iniciativas que considerassem o facto de estarem nas suas casas, a implementação desta atividade tem como missão o acompanhamento dos idosos, com recurso aos voluntários, onde se terá em consideração o interesse e o perfil da pessoa idosa.

A atividade tem como objetivo geral:

- * Promover o acompanhamento dos idosos, intervindo na dimensão socio-afetiva.

Os objetivos específicos são:

- * Diminuir /prevenir os sentimentos solidão, e consequentes riscos;
- * Aumentar o sentimento de segurança;
- * Aumentar e melhorar a sociabilidade;
- * Aumentar o número de saídas da habitação;
- * Promover o aumento e a qualidade da rede de suporte.

Tendo em consideração que esta atividade tem como missão fazer com que o voluntário possa ser considerado uma “figura” de referência para o idoso a avaliação comporta os seguintes princípios:

- * Criação de ficha de registo de acompanhamento do trabalho de terreno do voluntário;
- * No final de cada ano aferir, através de uma ficha de avaliação do projeto, a satisfação do voluntário e do idoso;
- * Sinalização / identificação pontos fortes e questões a serem melhoradas.

A implementação deste projeto carece da candidatura da Junta de Freguesia de Balasar, à “Bolsa Concelhia de Voluntariado da Póvoa de Varzim – BCVPV”. Esta plataforma concelhia, da responsabilidade da Câmara Municipal da Póvoa de Varzim, disponibilizada através do Pelouro da Coesão Social, tem como objetivo a promoção, dinamização, animação e suporte à prática local do Voluntariado. Desta forma, propõe-se que a Junta de Freguesia de Balasar, apresente uma candidatura (figura 10), para a criação de uma bolsa de voluntários, com o perfil adequado para o acompanhamento da população idosa.

Desta forma, parece-nos oportuno esta candidatura, na medida em que a BCVPV disponibiliza aos voluntários o acesso a:

- * Informação sobre projetos em áreas diferenciadas;
- * “Ofertas” de Voluntariado;
- * Programas de formação inicial e contínua;
- * Acompanhamento e apoio no Voluntariado;
- * Momentos de encontro e partilha entre voluntários;
- * Seguro no âmbito de projetos e iniciativas aprovadas.

Esta candidatura deverá ser efetuada através do seguinte link, disponibilizado no portal do Município da Póvoa de Varzim:

<https://www.cm-pvarzim.pt/territorio/coesao-social/voluntariado/candidaturas-voluntariados-projetos/candidatura-de-projetos/>.

Figura 10: Candidatura a projeto de voluntariado

IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE PROMOTORA

Entidade *

Junta de Freguesia de Balasar

Morada *

Rua da Igreja, 2 - 1º, 4750-033 Balasar

Contacto *

252957334

E-mail *

juntafreguesiabalasar@gmail.com

PROJETO

Nome do Projeto *

Acompanhamento de idosos

Local de realização *

Balasar

Data(s) de realização *

Ao longo do ano

Descrição sumária *

Preten-de-se com esta iniciativa, através dos voluntários, promover a prevenção da solidão e depressão, na população idosa.

Atividades previstas para os voluntários *

- Visita aos idosos que estão em casa;
- Promoção de atividades para os idosos, em parceria com instituições/grupos locais formais e informais (sejam a Junta de freguesia, grupos religiosos, cafés da freguesia, entre outros).

Número de voluntários necessários *

A definir.

Perfil desejado (se aplicável)

Preferencialmente jovens.

Nome do Responsável pelo acompanhamento dos Voluntários *

A designar pela Junta de Freguesia de Balasar.

Função na Entidade/Projeto *

Coordenador da equipa de voluntários.

Contacto direto *

252957334

E-mail *

juntafreguesiabalasar@gmail.com

reCAPTCHA

Não sou um robô

reCAPTCHA
Privacidade - Termos

Email

juntafreguesiabalasar@gmail.com

SUBMETER

- A segunda atividade - **Disponibilização na Junta de Freguesia de um espaço denominado “Dedo de Conversa”**.

O espaço “Dedo de conversa” é proposto como resposta às informações recolhidas no contexto empírico, da aplicação do inquérito, onde através das notas de campo realizadas, se verificou que os idosos sentiam necessidade de partilhar as suas experiências de vida.

Desta forma, este espaço será uma resposta de escuta ativa, onde se pretende por um lado, conhecer as necessidades dos idosos e por outro efetuar o devido encaminhamento para as respetivas respostas, sociais, de saúde física e mental. Neste espaço pretende, também, disponibilizar informação sobre o processo de envelhecimento, desmistificando-se mitos e crenças, como forma de promover uma visão mais realista e positiva do envelhecimento e velhice.

Esta atividade tem como objetivo geral:

- * Promover o contacto próximo entre o idoso e o(s) técnico(s), para despiste dos riscos de vulnerabilidade na dimensão emocional (solidão e depressão).

Os objetivos específicos são:

- * Efetuar o atendimento dos idosos e o devido encaminhamento para as áreas sinalizadas como necessidades de intervenção;
- * Proporcionar oportunidades para os idosos partilharem as suas vivências de forma “livre”;
- * Promover o desenvolvimento pessoal e social dos indivíduos.

Para a operacionalização desta atividade, através da entidade parceira Junta de Freguesia, pretende-se a seguinte colaboração:

- * Disponibilização de uma sala para atendimento;

* Divulgação da informação relativa ao funcionamento: horário (mediante disponibilidade do técnico e necessária marcação, através do contacto da Junta de Freguesia);

* Elaboração dos formulários de acompanhamento dos processos.

Tendo em consideração que a missão desta atividade é promover a sinalização dos idosos que se encontrem em risco de solidão e depressão, a avaliação desta atividade será efetuada tendo em consideração:

*O total de encaminhamentos realizados (dependendo do diagnóstico precoce da solidão e depressão dos idosos).

* As evidências, através de recolha de dados, da implementação, por parte dos idosos, de estratégias preventivas dos sentimentos de solidão, como procurar companhia, participar na vida familiar, manter rotinas diárias ativas, que assegurem o contacto com outras pessoas.

- A terceira atividade - **Valorização da interação informal, dos idosos, com os espaços da freguesia: os cafés (que são o ponto de encontro, maioritariamente para homens) e espaços religiosos (que são o ponto de encontro, maioritariamente para as mulheres).**

No estudo realizado, a maioria dos idosos (72%), revela a existência de alguém próximo em quem pode confiar, nomeadamente através do grupo de amigos. Os dados recolhidos, no contexto empírico da aplicação do inquérito, revelaram, ainda, que os participantes do sexo masculino, apresentam um grau de solidão, significativamente inferior aos do sexo feminino.

Na aplicação do inquérito, foi possível também ter conhecimento dos locais, frequentados quer pelos homens, quer pelas mulheres, que promovem o encontro com o grupo de amigos.

Relativamente aos homens verificamos que os cafés da freguesia são os espaços onde se encontram regularmente, seja para lerem o jornal, para jogar às cartas, ao dominó, ou simplesmente conversarem com os amigos. O ponto de encontro das mulheres é a igreja

paroquial, onde de forma regular se encontram à sexta feira, para fazerem a decoração da mesma. É de referir que esta atividade está organizada por grupos de mulheres, dos diferentes locais da freguesia e que nos casos onde há essa necessidade, existe uma carrinha que transporta as participantes, das suas casas para a igreja.

Desta forma, pretende-se que esta iniciativa contribua, de certa forma, para a manutenção dos níveis baixos de incidência de depressão, nos homens. Relativamente, às mulheres, onde se verifica uma maior incidência de depressão, pretende-se que esta iniciativa possa contribuir para baixar os níveis de depressão. De forma geral, pretende-se que tanto o grupo de voluntários, como os técnicos da iniciativa “Dedo de Conversa”, relacionados com as duas atividades propostas anteriormente, possam também se interligar com estes espaços informais e promover a qualidade de vida dos idosos.

Esta atividade, direcionada para os homens e mulheres, tem como objetivo geral:

- * Promover a convivência e a participação dos idosos, em atividades informais fora do domicílio, reforçando a socialização e os afetos.

Os objetivos específicos, inerentes a esta atividade, são:

- * Aumentar o grau cultural e o compromisso coletivo;
- * Valorizar as amizades e relacionamentos;
- * Incentivar a criatividade;
- * Disfrutar da diversão;
- * Libertar tensões e emoções;
- * Obter integração intergeracional;
- * Orientar positivamente as angústias quotidianas.

Tendo em consideração que se pretende fomentar a interação entre os idosos e a comunidade, a avaliação terá como indicador:

* O aumento da participação cívica dos idosos, através da criação de “movimentos” formais ou informais, que tenham como função o lazer, bem como a criação de ferramentas de reivindicação dos idosos.

➤ A quarta atividade - **Partilha de saberes**

No contexto empírico, da aplicação do inquérito, através da escuta ativa e da observação participante, tomamos conhecimento da presença de um enorme manancial de saberes, por parte de alguns idosos. Desde logo, estes idosos que vivem num contexto mais rural, denotam capacidades relacionadas com a tradição oral e trabalhos manuais e artísticos. Um dos idosos, inclusive já participou em exposições, com as réplicas em miniatura, de materiais ligados à agricultura e a espaços da freguesia. De referir que conseguiu efetuar a passagem geracional destes seus trabalhos, pois “passou a sua arte”, para um dos filhos. Os idosos são também detentores do conhecimento ligado às manifestações da cultura popular, como os cantares, os contos, as lendas, relacionados com os ofícios tradicionais, bem como às manifestações de carácter religiosas.

Considerámos, que estes conhecimentos tradicionais, têm condições para se tornarem oficinas de arte, onde por um lado se mantêm vivas as tradições locais, mas também são promotoras da prevenção da solidão, bem como potenciadoras dos laços sociais.

Esta atividade tem como objetivo geral:

* Promover a prevenção da solidão e reforço dos laços sociais.

Os objetivos específicos são:

* Incentivar a interação intergeracional, através da transmissão dos saberes tradicionais.

* Proporcionar oportunidades para os idosos partilharem os seus saberes;

* Valorização de aspetos pessoais positivos dos idosos;

* Criação de interesse na vida (hobbies, relações de amizade).

Tendo em consideração que se pretende, fomentar as interações intergeracionais, a avaliação terá como indicador:

* A implementação de oficinas de arte, tanto em grupos informais, como em instituições associativas e escolares;

Após a apresentação das atividades propostas no plano de intervenção abordamos, por fim, nesta secção, as considerações relativas à avaliação deste trabalho de projeto. Esta é considerada uma das etapas fundamentais, para se ter a perceção do rumo e do caminho que se está a fazer, relativamente aos objetivos traçados. Desta forma, o processo avaliativo é contínuo, acompanhando todo o desenvolvimento do estudo. Para Minayo (2005), o processo avaliativo deve considerar um “conjunto de atividades técnico-científicas ou técnico-operacionais que buscam atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade a processos de intervenção, em sua implantação, implementação e resultados”. A apreciação da eficácia permite perceber em que medida os objetivos foram atingidos e as ações previstas foram realizadas. A análise da eficácia é particularmente importante quando há interesse em comparar programas ou testar novas formas de intervenção. Numa ótica global, a avaliação centrada na eficácia deve permitir responder às seguintes questões: se as necessidades foram satisfeitas; se os meios utilizados foram adequados, pertinentes e suficientes e se os benefícios (em termos de objetivos) esperados foram realizados.

Na apreciação da equidade, deve-se ter em conta a preponderância atribuída à reflexão sobre a dimensão social dos investimentos, nomeadamente verificar se os mesmo levam em consideração respostas, onde o objetivo não é promover respostas iguais⁴ para todos, mas sim permitir que todos possuam mecanismos de acesso à igualdade de oportunidades.

De forma pragmática, a operacionalização do processo de avaliação deve permitir refletir sobre as dificuldades e os obstáculos encontrados e posteriormente constatar se é possível concretizar os objetivos inicialmente previstos.

Em termos práticos, relativamente à avaliação do diagnóstico, verificamos que a aplicação dos 82 inquéritos, aos idosos residentes na freguesia de Balasar, decorreu dentro dos

⁴ Privilegiar a igualdade é promover objetivos iguais para todos. Como verificamos o processo de envelhecimento, tal como a velhice ocorrem de forma diferente em cada idoso.

prazos programados no cronograma inicial, verificando-se, também, que os resultados obtidos permitiram um conhecimento aprofundado da amostra estudada, nomeadamente ao nível sociodemográfico e da sua dimensão emocional, nomeadamente indicadores de solidão e depressão.

Com base nos resultados obtidos no diagnóstico foi proposto um plano de intervenção, que contempla a implementação de quatro atividades, que serão alvo de uma avaliação final devidamente calendarizada (*ver figura 12*), onde se pretende o envolvimento de todos os intervenientes, nomeadamente técnicos, agentes locais da comunidade e respetivo público alvo, para se aferir o impacto destas medidas, na melhoria da dimensão emocional dos idosos.

Assumindo que este plano de intervenção é um processo inacabado munimo-nos da tese defendida por Guerra (2000), que relativamente à avaliação refere que a mesma permite “ir conhecendo os resultados e os efeitos da intervenção e corrigir as trajetórias, caso estas sejam indesejáveis.”

Figura 11-: Cronograma - Diagnóstico das necessidades realizado

	Set 2021	Out 2021	Nov 2021	Dez 2021	Jan 2022	Fev 2022	Mar 2022	Abr 2022	Mai 2022	Jun 2022	Jul 2022	Ago 2022	Set 2022
Reuniões com o orientador e coorientador do ISSSP	Ao longo do trabalho de projeto												
Pesquisa teórica e revisão bibliográfica													
Reuniões com agentes locais para apresentação do projeto													
Elaboração do guião de entrevista/ inquérito													
Definição e construção da amostra da população a estudar													
Apresentação das linhas orientadoras do projeto à comunidade													
Criação da base de dados no SPSS													
Administração dos inquéritos													
Inserção dos resultados na base de dados do SPSS													
Agrupamento dos dados e estatística descritiva													
Análise dos dados: elaboração do diagnóstico													
Criação de um plano de intervenção, com base nas necessidades detetadas													
Avaliação do trabalho de projeto													

Figura 12: Cronograma - Implementação do plano de intervenção

	Jan 2023	Fev 2023	Mar 2023	Abr 2023	Mai 2023	Jun 2023	Jul 2023	Ago 2023	Set 2023	Out 2023	Nov 2023	Dez 2023
Apresentação do trabalho de projeto à comunidade.	A definir											
Candidatura ao projeto de voluntariado (atividade 1).												
Criação do espaço denominado “Dedo de Conversa” (atividade 2).												
Valorização da interação informal - cafês e espaços religiosos (atividade 3).												
Partilha de Saberes (atividade 4)												
Avaliação das atividades	Ao longo e no final da implementação das atividades											

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal [Depression and suicidal ideation in elderly institutionalized and non-institutionalized in Portugal]. *Acta Médica Portuguesa*, 25(6), 350–358.

Alves, Hélder; Machado, Idalina; Almeida, Sidalina; Guedes, Joana; Zilhão, Adriano; Ribeiro, Óscar (2018). “Perfis sociodemográficos da população sénior de Vila Nova de Gaia: de privilegiados, a remediados e excluídos”, *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, Vol. XXXV, pp. 11-43. DOI: 10.21747/08723419/soc35a1.

Almeida, T.C., Heiror, M. J.; Osvaldo, O., Costa, A., Virgolino, A., Rasga, C., Martiniano, H., Vicente, A. (2020). Relatório final: SM-COVID19 – Saúde mental em tempos de pandemia. Lisboa. Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge.

Amaro, J. (2007). Sentimento Psicológico de Comunidade: uma revisão. *Análise Psicológica*, XXV, pp. 25-33.

American Psychiatric Association. (APA) (2014). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. – 5. ed. Porto Alegre: Artmed.

Apóstolo, J. L., Loureiro, L. M., Reis, I. A., Silva, I. A., Cardoso, D. F., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 65-73.

Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *Correspondence*, 5(5), 256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X)

Aziz, R., & Steffens D.C. (2013). What are the causes of late-life depression? *The Psychiatric clinics of North America*; 36(4): 497-516.

Bavel, J. J., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., & Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature Human Behaviour*, 4, 460-471.

Berg-Weger, M., & Morley, J. E. (2020). Loneliness and Social Isolation in Older Adults during the COVID-19 Pandemic: Implications for Gerontological Social Work. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 24(5), 456–458. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1366-8>.

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidata.

Bhalla, R., Butters, M. (2011). Cognitive functioning in late-life depression. *British Columbia Medical Journal*: Vol. 53, No. 7, pages 357-360. *Envelhecimento Depressão e Suicídio*.

Blazer, D.G., Steffens, D.C., Koenig, H.G. (2009). Textbook of Geriatric Psychiatry. Blazer DG, steffens DC, editors. Washington D.C.: The American Psychiatric Publishing.

Bronfenbrenner, U. (1989). Ecological systems theory. In R. Vasta (Ed.), *Annals of Child Development*: Vol. 6 (pp. 187-249). London: JAI Press.

Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. da, Jerónimo, P. G. & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Cardona Jiménez, J., & Villamil Gallego, M. M. (2006). El sentimiento de soledad en el adulto mayor. *Revista de la Asociación Colombiana de Gerontología y Geriatria*, 20(2), 930-938. Acedido a 16 jun. 2022. Disponível em: http://acgg.org.co/pdf/pdf_revista_06/20-2-articulo4.pdf.

Comissão Europeia (2021). “Livro Verde sobre o envelhecimento – promover a responsabilidade e a solidariedade entre as gerações”. Acedido a 13 jun. 2022. Disponível em https://ec.europa.eu/info/sites/default/files/com_2021_50_fl_green_paper_pt.pdf.

Direção Geral da Saúde (2020). Novo coronavírus, COVID-19: Distanciamento social. Manual de distanciamento social. Acedido a 13 de jun. 2022. Disponível em <https://covid19.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2020/04/Distanciamento-social.pdf>.

Eneas (2017). Grupo de trabalho para a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável. Lisboa: Governo de Portugal.

Fernandes, A. A. (2008). *Questões Demográficas - Demografia e Sociologia da População*. Lisboa: Edições Colibri - Faculdade de Ciências Sociais e Humanas de Lisboa.

Fernández, B. R. (2004). "Gerontologia Social. Una introducción", in Rocio Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontologia Social*, Madrid, Ediciones Pirámide, p.31-54.

Fonseca, A. (2021). *Ageing in Place. Envelhecer em Casa e na Comunidade. Modelos e estratégias centrados na autonomia, participação social e promoção do bem-estar das pessoas idosas*. Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, A. (2018). *Boas práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas*. Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia - Universidade Católica Portuguesa.

Fonseca, A. M. (2007). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 20(002), 277-289.

Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paul & A. M. Fonseca (Eds.), *envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores: Lisboa, 97-108.

Guerra, I. (2000). Fundamentos e processos de uma sociologia de acção – O planeamento em ciências sociais. Cascais: Príncipia.

Hacıhasanoğlu, R., Yildirim, A. & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. Archives of Gerontology and Geriatrics, 54, 61-66.

Haro, F. A., Serafim, J., Cobra, J., Faria, L., Roque, M. I., Ramos, M., Costa, R. (2016). *Investigação em Ciências Sociais - Guia Prático do Estudante*. Lisboa: PACTOR.

Haykal, R.F., Akiskal, H.S. (1999). The long-term outcome of dysthymia in private practice: clinical features, temperament, and the art of management. The Journal of clinical psychiatry; 60(8): 508-18.

Hill, M.M. e Hill, A. (2016). *Investigação por questionário*, Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa.

INE (2021). Recenseamento da população e habitação - Censos 2021. Acedido a 14 de janeiro de 2022. Disponível em <https://censos.ine.pt>.

INE (2021). Recenseamento da população e habitação - Censos 2011. Acedido a 16 de novembro de 2021. Disponível em <https://censos.ine.pt>.

Instituto Nacional de Estatística (INE), 2021. CENSOS 2021: Resultados Provisórios.

Kallas, M. B. L. M. (2020). Psicanálise, sonhos e luto na pandemia. Reverso 42(80), 55-62. Acedido a 13 de jun.2022. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/reverso/v42n80/v42n80a07.pdf>.

Lopes, Alexandra; Gonçalves, Carlos (2012). “Envelhecimento ativo e dinâmicas sociais contemporâneas”, in Constança Paúl e Oscar Ribeiro (Coord.), *Manual de Gerontologia. Aspectos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*, Lisboa, LIDEL, pp. 203-229.

Lopes, M., Matos, A. L. (2018). “Investigando a incidência de solidão em um grupo de idosos portugueses”, *Psic. Rev. São Paulo*, volume 27, n. 1, pp. 13-34. DOI:org/10.23925/2594-3871.2018v27i1p13-34.

Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. (7ª Ed.). Pero Pinheiro: ReportNumber.

Martins, I. R. (2010). “Só há solidão porque vivemos com os outros...”: um estudo sobre as vivências de solidão e sociabilidade entre mulheres que vivem sós no Rio de Janeiro. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

Melo, S., Guedes, J.; Ribeiro, Ó. (2020). Combater o isolamento dos idosos em tempos de pandemia. Cadernos da Pandemia do Instituto de Sociologia da Universidade do Porto-(Re)inventar a intervenção social em contexto de pandemias. Porto: Universidade do Porto. Faculdade de Letras. Instituto de Sociologia, 2020.

Minayo, M. C. de S (2005). Conceito de avaliação por triangulação de métodos. In M. C. DE S. Minayo; S. G. Assis; E. R. Souza (Eds.), Avaliação por triangulação de métodos. Abordagem de programas sociais (pp.19-51). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2005. Acedido a 24 jun. 2022. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-65782013000100008.

Moreira, M. (2020). “Como Envelhecem os Portugueses — envelhecimento, saúde, idadismo”, Lisboa, Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *Eur J Ageing*, 11, 313-319. doi:10.1007/s10433-014-0312-1.

ONU (2019). World Population Prospects 2019. Department of Economic and Social Affairs. Population Division.

ONU (2019). Centro Regional de Informação para a Europa Ocidental. Acedido maio, 2022, em <https://unric.org/pt/envelhecimento/>.

Organização Mundial de Saúde (2022). Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID). Acedido a 24 jun. 2022. Disponível: <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases#:~:text=ICD-11%20Adoption-,The%20latest%20version%20of%20the%20ICD%2C%20ICD-11%2C%20was,1st%20January%202022.%20>.

Organização Mundial de Saúde (2021). Depressão. Acedido a 13 jun. 2022. Disponível em <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>.

Paul, Constança; Ayis, Salma & Ebrahim, Shah (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11:2, 221-232. doi:10.1080/13548500500262945;

Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. Porto: ICBAS-UP.

Pinho, M. X., Custódio, O., & Markdisse, M. (2009). Incidência de depressão e fatores associados em idosos residentes na comunidade: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 12(1), 123-140.

Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: a meta-analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266. doi: 10.1207/153248301753225702.

Quivy, R., & Campenhoudt, L. V. (2013). Manual de investigação em Ciências Sociais. Lisboa: Gradiva.

Ribeiro, J. L. P. (2010). Investigação e Avaliação em Psicologia e Saúde. Lisboa: Placebo Editora.

Ribeiro, J. L. P. (1999). Investigação e avaliação em psicologia e saúde. Lisboa: Climepsi.

Ribeiro, O. (2012). O envelhecimento “ativo” e os constrangimentos da sua definição. *Sociologia: Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, número temático: Envelhecimento demográfico, pp. 33-52.

Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). Manual de Envelhecimento Ativo. Lisboa: Lidel.

Rius-Ottenheim, N. et al. (2011). Dispositional optimism and loneliness in older men. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27:2, 151-159. doi:10.1002/gps.2701.

Rokach, Ami; Lehcier-Kimel, Rachel & Safarov, Artem (2006). Loneliness of people with physical disabilities. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34:6, 681-700. doi:10.2224/sbp.2006.34.6.681;

Sarason, S. (1974). The psychological sense of community: Prospects for a community psychology. San Francisco: Jossey-Bass.

Sequeira, Arménio & Silva, Marlene (2012). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 20:3, 505-516. doi:10.14417/ap.336.

Serrano, G. P. (2008). Elaboração de Projectos Sociais. Casos Práticos. Coleção Educação e Trabalho Social, nº 7. Porto: Porto Editora.

Simões, M. R., Sousa, L. B., Pinho, M. S., Vilar, M., Prieto, G., & Firmino, H. (2017). Escala de Depressão Geriátrica (GDS). In Miguel M. Gonçalves, Mário R. Simões, & Leandro S. Almeida (Coords.), *Psicologia Clínica e da Saúde: Instrumentos de Avaliação* (pp. 219-233). Lisboa: Pactor.

Sistema Nacional de Saúde. (2021). Guias de saúde: A solidão e o Isolamento social. Acedido a 13 jun. 2022. Disponível em, <https://www.sns24.gov.pt/guia/a-solidao-e-o-isolamento-social/>.

Sistema Nacional de Saúde (2018). Retrato da Saúde 2018. Ministério da Saúde, Lisboa.

Sheehan, B., Bass, C., Briggs, R., Jacoby, R. (2003). Somatic symptoms among older depressed primary care patients. *International journal of geriatric psychiatry*; 18(6): 547-8.

Smith, M., Haedtke, C., & Shibley, D. (2015). Late life depression detection: An evidence-based guideline. *Journal Gerontological Nursing*, 41(2), 18-25. Acedido a 24 jun. 2022. Disponível em doi:10.3928/00989134-20150115-99.

Sousa, Fernando António (2008). *Depressão e atividades de vida diária no idoso*. Aveiro: UA-SACS, 2008. Tese de Mestrado.

Sousa, Liliana; Galante, Helena; Figueiredo, Daniela (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 2003, vol.37, n. 3, ISSN 0034-8910.

Taylor, W. D. (2014). Depression in the elderly. *The New England Journal of Medicine*, 371(13), 1228-1236. Acedido a 24 jun. 2022. Disponível em doi: 10.1056/NEJMcp1402180

Thompson, D.J., Borson, S. (2006). Major Depression and Related Disorders in Late Life. In: Agronin ME, Maletta GJ, editors. *Principles and Practice of Geriatric Psychiatry*.

Unützer, J., & Park, M. (2012). Older adults with severe, treatment-resistant depression. *The Journal of the American Medical Association*, 308(9), 909-918. Acedido a 24 jun. 2022. Disponível em doi: 10.1001/2012.jama.10690

Vaz, S.F.A., & Gaspar, N.M.S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, (4) 49-58.

Veríssimo, M.T. (2006). Avaliação multidimensional do idoso. In: Firmino H, editor. *Psicogeriatría*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.

Wilkinson G, Moore B, P Moore (2005). *Guia Prático do Tratamento da Depressão*. Lisboa: Climepsi.

World Health Organization (2016). Multisectorial action for a life course approach to healthy ageing: global strategy and plan of action on ageing and health. Acedido em 13 de julho de 2022. Disponível em https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252671/A69_17-en.pdf?sequence=1&isAllowed=y

World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva.

ANEXOS

Anexo A – Entrevista exploratória

Entrevista exploratória a informantes privilegiados no território (técnica de serviço social, representante da junta de freguesia, representante da instituição religiosa local)

- ✓ Quais considera serem os maiores problemas/necessidades sentidas pela população idosa residente em Balasar?
- ✓ As repostas sociais existentes na freguesia são suficientes para responder aos problemas/necessidades sentidas pela população idosa?
- ✓ Considera que os idosos residentes em Balasar estão isolados e excluídos da vida em comunidade?
- ✓ Na população idosa existe uma prevalência acentuada de perturbação mental, com predominância da depressão. Tem conhecimento sobre esta realidade em Balasar?
- ✓ Considera existir algum trabalho que possa ser desenvolvido no seio da comunidade e das instituições locais para combater os problemas referidos?
- ✓ Considera importante a existência de um estudo que caracterize as condições em que vivem as pessoas mais velhas residentes em Balasar?

Anexo B – Inquérito



Diagnóstico Gerontológico da Freguesia de Balasar

Este inquérito está inserido no levantamento de dados do trabalho da unidade curricular de Trabalho de Projeto do mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Estes dados serão utilizados apenas para fins estatísticos e serão totalmente confidenciais.

Nº do inquérito: _____

Lugar da Freguesia: _____

I. Dados sociodemográficos

1. Idade: _____ anos

2. Sexo

Feminino

Masculino

3. Estado civil

Solteira/o

Casada/o - união de facto

Viúva/o

Divorciada/o

Não sabe/ não responde

4. Nível de escolaridade completado

Não sabe ler, nem escrever

Sabe ler e escrever (sem ter completado o ensino primário)

Ensino primário/ 1ºCEB (4ºano)

Ensino preparatório/ 2º CEB (5º e 6ºanos)

3º CEB (7º, 8º e 9º anos)

Ensino secundário (10º, 11º e 12º anos)

Ensino médio (ex.: antigos enfermeiros ou professores primários)

Ensino superior (bacharelato, licenciatura, mestrado, doutoramento)

5. Profissão

Descrição da profissão (principal):

(Classificação segundo a
Classificação Nacional
das Profissões)



6. Tem alguma fonte de rendimento?

- Sim
- Não

6.1. Se sim, refira quais as fontes de rendimento que possui.

- Pensão de velhice
- Pensão social de velhice
- Trabalho
- Complemento solidário para idosos
- Ajuda de familiares/ amigos
- Outra. Qual? _____

7. Teve filhos?

- Sim
- Não

7.1. Se sim, quantos filhos teve? _____

8. Para além de si, quantas pessoas vivem em sua casa? _____

8.1. Composição do agregado familiar:

- Vive sozinha/o
- Cônjuge
- Filhas/os
- Netas/os
- Pais ou sogros
- Irmãos e/ ou cunhados
- Outros familiares
- Amigos
- Outro(s): _____

II. Recursos Sociais

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

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

	0	1	2	3 ou	5 a	9 e mais
FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...						
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						
AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						

2. Questionário MOS-SSS-P

As seguintes questões fazem referência ao apoio ou ajuda de que dispõe.

1. Aproximadamente, quantos amigos íntimos ou familiares próximos tem? (Pessoas com quem se sente à vontade e pode falar de tudo o que quiser) _____

As pessoas procuram outras para ter companhia, assistência ou outro tipo de ajuda. Com que frequência dispõe de cada um dos seguintes tipos de apoio quando precisa? (Assinale com um círculo um dos números de cada fila.)

	Nunca	Rara mente	Às vezes	Quase sempre	Sempre
2 Alguém que o ajude, se tiver que estar de cama	1	2	3	4	5
3 Alguém com quem falar quando precise	1	2	3	4	5
4 Alguém que lhe dê conselhos se tiver problemas	1	2	3	4	5
5 Alguém que o leve ao médico quando necessite	1	2	3	4	5
6 Alguém que lhe dê sinais de carinhos, amor ou afetos	1	2	3	4	5
7 Alguém com quem passar um bom bocado	1	2	3	4	5
8 Alguém que lhe dê uma informação e o ajude a entender uma situação	1	2	3	4	5



		Nunca	Rara mente	Às vezes	Quase sempre	Sempr e
9	Alguém em quem confiar ou com quem falar de si próprio e das suas necessidades	1	2	3	4	5
10	Alguém que lhe dê um abraço	1	2	3	4	5
11	Alguém com quem pode relaxar	1	2	3	4	5
12	Alguém para preparar as suas refeições se não as pode fazer	1	2	3	4	5
13	Alguém cujo conselho deseje	1	2	3	4	5
14	Alguém com quem fazer coisas que o ajudem a esquecer os seus problemas	1	2	3	4	5
15	Alguém que o ajude nas tarefas diárias se ficar doente	1	2	3	4	5
16	Alguém com quem falar dos seus medos e problemas mais íntimos	1	2	3	4	5
17	Alguém que lhe dê conselhos para ajudar a resolver os seus problemas pessoais	1	2	3	4	5
18	Alguém para se divertir	1	2	3	4	5
19	Alguém que compreenda seus problemas	1	2	3	4	5
20	Alguém quem amar e lhe faça sentir-se querido.	1	2	3	4	5

III. Dimensão Emocional: Solidão e Depressão

1. UCLA Loneliness Scale (ULS-6)

	1 Nunca	2 Rarament e	3 Algumas Vezez	4 Muitas Vezez
Sinto falta de camaradagem				
Sinto que faço parte de um grupo de amigos				
Sinto-me excluído(a)				
Sinto-me isolado(a) dos outros				
Sou infeliz por ser tão retraído(a)				
As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo				



2. ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS-15) (Sheikh & Yesavage, 1986, com
adaptação de João Apóstolo, 2011)

Escolha a melhor resposta relativamente a como se sentiu durante a última semana:

*1 De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida?	Sim ()	Não ()
2 Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	Sim ()	Não ()
3 Sente que sua vida está vazia?	Sim ()	Não ()
4 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim ()	Não ()
*5 Está bem-disposto a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
6 Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	Sim ()	Não ()
*7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
8 Sente-se desamparado(a)?	Sim ()	Não ()
9 Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim ()	Não ()
10 Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim ()	Não ()
*11 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
12 Sente-se inútil nas condições atuais?	Sim ()	Não ()
*13 Sente-se cheio de energia?	Sim ()	Não ()
14 Sente que a sua situação é desesperada?	Sim ()	Não ()
15 Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	Sim ()	Não ()

IV. Utilização de serviços sociais

1. Neste momento está a ser apoiado por algum serviço ou instituição da comunidade?

Sim Não

1.1. Se respondeu sim na questão anterior, refira a qual dos serviços/ instituição recorre.

- Serviço de apoio domiciliário
- Centro de dia
- Centro de convívio
- Junta de freguesia
- Outro. Qual? _____

2. Se existisse nas suas proximidades um dos seguintes serviços, refira aquele(s) a que gostaria de recorrer.

- Centro de dia
- Serviço de apoio ao domicílio
- Associação recreativa ou cultural
- Grupo consultivo de seniores na freguesia
- Projeto de voluntariado
- Outro. Qual? _____



V.Informação - Covid-19

1. Já alguma vez foi diagnosticado com COVID-19?

Sim

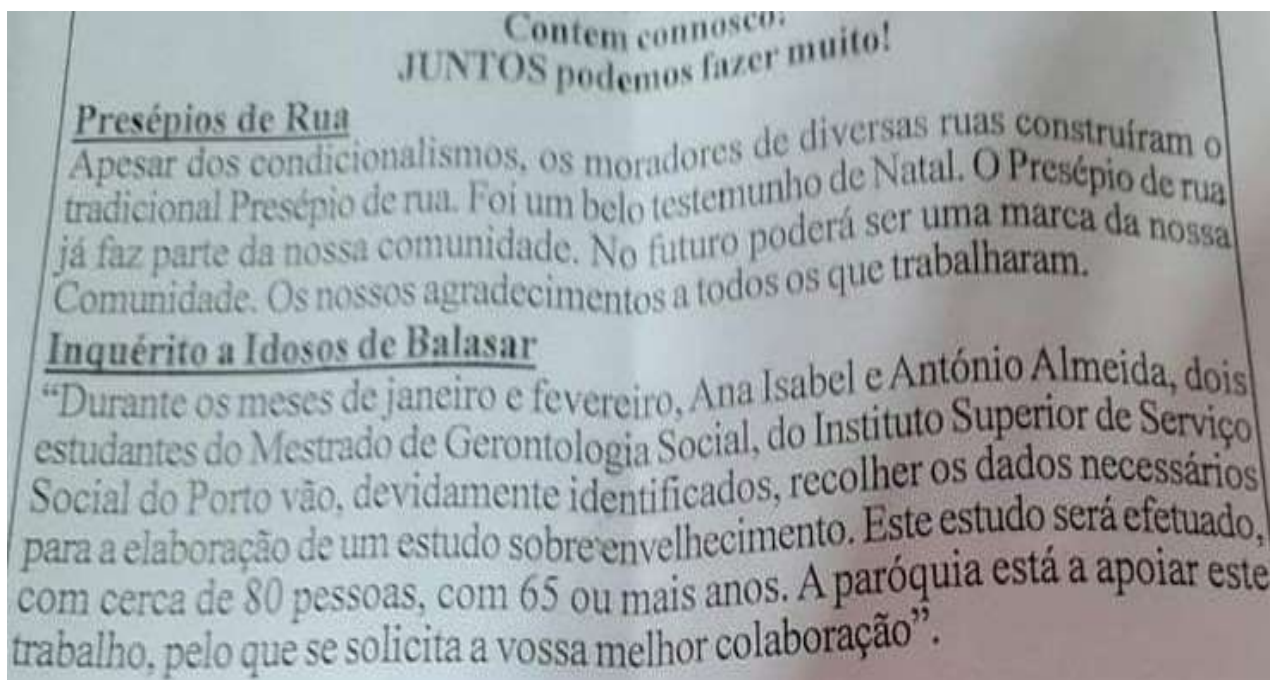
Não

Não sabe/ não responde

1.1. Se Sim, quantas vezes ____

FIM!

Anexo C – Comunicação



Anexo D – Consentimento Informado



INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

Inquérito por questionário:

Consentimento Informado

Declaro que fui informada(o) que o inquérito que me proponho a responder, tem como objetivo a caracterização/diagnóstico da população de Balasar, com 65 ou mais anos, de modo a que futuramente se possa delinear um plano de intervenção, para a população em estudo.

Este projeto está a ser desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Superior de Serviço Social do Porto. Tomei conhecimento, desta forma, do objetivo do inquérito, dos principais temas a que deverei responder e da duração prevista.

Em relação aos dados resultantes do inquérito, fica assegurada a reserva e o sigilo decorrentes da obrigação de segredo profissional das pessoas que aplicam o inquérito. Garantem-me total anonimato dos dados a serem tratados.

Nestas condições, é de livre vontade que dou consentimento para a realização do inquérito que me foi proposto.

Data ____ / ____ / ____

Assinatura: _____