

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**Escola Superior de Educação**

**Mestrado de Gerontologia Social e Comunitária**

**SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS  
DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE  
ALCANTARILHA**

**Daniela Filipa Estorninho Cruz**

**BEJA**

**2022/2023**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA**

**Escola Superior de Educação**

**Mestrado de Gerontologia Social e Comunitária**

**SAÚDE MENTAL E QUALIDADE DE VIDA EM IDOSOS  
DA SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE  
ALCANTARILHA**

Dissertação de Mestrado apresentado na Escola Superior de Educação do  
Instituto Politécnico de Beja

**Elaborado por:**

Daniela Filipa Estorninho Cruz

**Orientado por:**

Professora Doutora Maria Cristina Campos de Sousa Faria

Professora Doutora Diana Maria da Costa Bizarro Morais

**BEJA**

**2022/2023**

“Tem sempre presente, que a pele se enruga, que o cabelo se torna branco, que os dias se convertem em anos, mas o mais importante não muda! A tua força interior e as tuas convicções não têm idade. Atrás de cada linha de chegada, há uma de partida.

Atrás de cada triunfo, há outro desafio”

**Camille Claudel**

## AGRADECIMENTOS

Durante este trabalho consegui contar com o incentivo e apoio de amigos e familiares, como também das minhas orientadoras, que exerceram um excelente trabalho a guiar-me ao longo deste período e que contribuíram de forma positiva para o término do mesmo.

Primeiramente e antes de agradecer a todos os que me ajudaram nesta conquista, quero agradecer aos meus pais do fundo do meu coração, sem eles nunca conseguiria estar onde estou hoje e nunca teria tido a oportunidade de conhecer este mundo do trabalho e da vida universitária.

Quero também agradecer aos meus amigos, que sempre me apoiaram e sempre me incentivaram a não desistir e a não perder o foco no meu trabalho. Com um pouco de dedicação e trabalho, tudo é possível. Muito obrigada.

Quero também agradecer ao meu namorado que esteve sempre lá para mim nos momentos difíceis e ajudou-me a ultrapassar as adversidades. Muito obrigada.

Quero agradecer em especial à professora Maria Cristina Faria e à professora Diana Morais, que me ajudaram neste processo de realização da dissertação e também estiveram presentes ao longo deste mestrado. Por isso, agradeço imenso, todas as palavras de incentivo. Quero agradecer por todo o conhecimento que me transmitiram e toda a força que me deram ao longo destes anos.

Agradeço ainda à Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha, por me terem permitido realizar as entrevistas e os questionários e com isso aprender outras competências. Agradeço principalmente à Doutora Sónia Afonso e à Doutora Maria José Góis, por serem grandes orientadoras e por me ensinarem todos os conhecimentos que adquiriram e por sempre me integrarem e conversarem comigo. Quero também agradecer à Animadora, Márcia Correia, pelos ensinamentos e todos os momentos de diversão e quero também agradecer à Terapeuta Ocupacional, Ana Teresa que me ajudou bastante também neste processo.

Sou grata aos idosos da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha, por fazerem os meus dias mais felizes e por me terem recebido de braços abertos, consegui aprender imenso com eles, nunca os irei esquecer.

Por fim, mas não menos importante quero agradecer, a todos o que fizeram parte deste caminho e que me ajudaram a conseguir percorrê-lo.

## RESUMO

**Enquadramento.** Este projeto de intervenção foca-se na saúde mental e na qualidade de vida dos idosos, com 65 e mais anos, da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha, que frequentam as respostas sociais Estrutura Residencial para Pessoas Idosas e Centro de Dia. Como se pode observar ao longo dos tempos, o envelhecimento humano aumentou e cada vez mais é considerado o desafio dos nossos tempos. Existem dois tipos de envelhecimento, sendo eles o natural e o patológico. Para Andrade, Filha, Dias, Silva, Costa, Lima & Mendes (2010), ao alcançarmos a terceira idade, “alguns indivíduos podem apresentar quadros psiquiátricos que chegam a ser comuns nessa faixa etária” (p.129).

**Objetivos.** Neste contexto, pretende-se: **i.** compreender a importância das variáveis da saúde mental, ansiedade geriátrica; sintomatologia depressiva; estado mental para a qualidade de vida dos idosos que usufruem dos serviços de apoio da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha; **ii.** analisar a Qualidade de Vida, os Níveis de Ansiedade Geriátrica, a Sintomatologia Depressiva e o Estado Mental e **iii.** analisar a relação entre a Qualidade de Vida, os Níveis de Ansiedade Geriátrica, a Sintomatologia Depressiva, o Estado Mental e a idade.

**Métodos.** Participaram no estudo 30 idosos que usufruem dos serviços da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha, entre os 65 e 95 anos, selecionados através de um procedimento de amostragem por conveniência. Participou também a diretora técnica da SCMA. Foram avaliadas: a ansiedade geriátrica (através de um inventário de ansiedade geriátrica – GAI), a sintomatologia depressiva (através da escala de depressão geriátrica – GDS), o estado mental (através do questionário mini mental state examination – MMSE), a qualidade de vida (através do questionário WHOQL-OLD, da percepção da qualidade de vida), foi avaliado o perfil sociodemográfico (através de um questionário realizado pela autora do estudo) e foi realizada uma entrevista à diretora técnica. Este é um estudo de carácter Quali-Quantitativo de natureza descritiva e correlacional.

**Resultados.** A QdV e a AG têm uma relação negativa ( $r = -0,56$ ;  $p < 0,01$ ). A AG e a PSO têm uma relação negativa ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,01$ ). A SD tem uma relação positiva ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,05$ ) com a AUT. A QdV está relacionada, de forma positiva, com o FS ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,01$ ), a AUT ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,05$ ), o PPF ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,01$ ), a PSO ( $r = 0,70$ ;  $p < 0,01$ ) e a INT ( $r = 0,64$ ;  $p < 0,01$ ). A AUT, esta está associada positivamente às PPF ( $r = 0,49$ ;  $p < 0,01$ ) e à PSO ( $r = 0,50$ ;  $p < 0,01$ ). As PPF, estão relacionadas positivamente com a PSO ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,01$ ). A INT associada positivamente com a PSO ( $r = 0,47$ ;  $p < 0,01$ ). Com base nos resultados obtidos, foi criada uma proposta de um projeto de intervenção, com o nome “Saúde Mental 65+”.

**Conclusão.** Os resultados obtidos pretendem abrir caminho para a compreensão da saúde mental na qualidade de vida dos idosos e como esta temática afeta a população envelhecida.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Idosos, Saúde Mental, Ansiedade Geriátrica, Depressão Geriátrica, Funcionamento Cognitivo e Qualidade de Vida.

## ABSTRAT

**Introduction:** This intervention project focuses on the mental health and quality of life of individuals aged 65 and above, residing in the Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha, who participate in the social responses of Residential Structure for the Elderly and Day Care Center. Over time, human aging has increased, posing an increasingly significant challenge. Two types of aging exist: natural and pathological. As Andrade et al. (2010) note, reaching old age may lead to common psychiatric conditions in some individuals (p.129).

**Objectives:** In this context, the goals are to i. understand the importance of mental health variables, geriatric anxiety, depressive symptomatology, and mental state for the quality of life of seniors using the services of Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha; ii. analyze the Quality of Life, Levels of Geriatric Anxiety, Depressive Symptomatology, and Mental State; and iii. examine the relationship between Quality of Life, Geriatric Anxiety Levels, Depressive Symptomatology, Mental State, and age.

**Methods:** The study included 30 seniors aged 65 to 95, utilizing services from Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha, selected through convenience sampling. The study also involved the technical director of SCMA. Assessment tools included geriatric anxiety inventory (GAI), geriatric depression scale (GDS), mini-mental state examination (MMSE), quality of life questionnaire (WHOQL-OLD), demographic profile questionnaire, and an interview with the technical director. The study is descriptive and correlational, employing a Quali-Quantitative approach.

**Results:** Quality of Life and Geriatric Anxiety have a negative relationship ( $r = -0.56$ ;  $p < 0.01$ ). Geriatric Anxiety and Depressive Symptomatology have a negative relationship ( $r = -0.51$ ;  $p < 0.01$ ). Depressive Symptomatology has a positive relationship ( $r = 0.38$ ;  $p < 0.05$ ) with Mental State. Quality of Life is positively related to Functioning Satisfaction ( $r = 0.52$ ;  $p < 0.01$ ), Autonomy ( $r = 0.42$ ;  $p < 0.05$ ), Personal and Physical Fulfillment ( $r = 0.60$ ;  $p < 0.01$ ), Social Participation ( $r = 0.70$ ;  $p < 0.01$ ), and Interaction ( $r = 0.64$ ;  $p < 0.01$ ). Autonomy is positively associated with Personal and Physical Fulfillment ( $r = 0.49$ ;  $p < 0.01$ ) and Social Participation ( $r = 0.50$ ;  $p < 0.01$ ). Personal and Physical Fulfillment are positively related to Social Participation ( $r = 0.60$ ;  $p < 0.01$ ). Interaction is positively associated with Social Participation ( $r = 0.47$ ;  $p < 0.01$ ). Based on these results, a proposal for an intervention project named "Mental Health 65+" was developed.

**Conclusion:** The obtained results aim to pave the way for understanding the impact of mental health on the quality of life of the elderly population.

**Keywords:** Aging, Elderly, Mental Health, Geriatric Anxiety, Geriatric Depression, Cognitive Functioning, Quality of Life.

# ÍNDICE

<b>AGRADECIMENTOS</b> .....	iv
<b>RESUMO</b> .....	v
<b>ABSTRAT</b> .....	vi
<b>LISTA DE ABREVIATURAS</b> .....	x
<b>INTRODUÇÃO</b> .....	12
<b>PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	15
<b>1. Gerontologia Social e Comunitária</b> .....	16
<b>2. Envelhecimento</b> .....	18
2.1. Envelhecimento Demográfico em Portugal .....	20
2.2. Envelhecimento em Casa e na Comunidade “Ageing in Place” .....	21
2.3. Envelhecimento Saudável .....	23
<b>3. Saúde Mental</b> .....	24
3.1. Ansiedade .....	25
3.2. Depressão ou Sintomatologia Depressiva .....	27
3.3. Estado Mental – Demências .....	28
<b>4. Estratégias de Promoção da Saúde Mental</b> .....	30
<b>5. Qualidade de Vida nos Idosos</b> .....	32
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO</b> .....	34
<b>6. Metodologia</b> .....	35
6.1. Plano do Estudo .....	35
6.2. Instrumentos de Recolha de Dados e Variáveis de Estudo .....	35
6.3. Procedimentos de Recolha de Dados .....	38
6.4. Procedimentos de Análise de Dados .....	38
<b>7. RESULTADOS</b> .....	39
7.1. Estudo 1 – Qualitativo .....	39
7.2. Estudo 2 – Quantitativo .....	42
<b>8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS</b> .....	48

<b>PARTE III – PROJETO DE INTERVENÇÃO</b> .....	51
9. Proposta Projeto de Intervenção “ <i>Saúde Mental 65+</i> ” .....	52
9.1. Fundamentação do Projeto .....	52
9.2. Objetivos .....	54
9.3. Coordenação do Projeto e Equipa Técnica .....	55
9.4. Público-Alvo .....	55
9.5. Planificação da Intervenção .....	55
9.6. Breve desenvolvimento das atividades propostas .....	56
9.7. Avaliação do Projeto .....	57
<b>CONCLUSÃO</b> .....	58
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	60
<b>APÊNDICES</b> .....	66
Apêndice I – Autorização para a realização do estudo na SCMA.....	66
Apêndice II - Entrevista à Diretora Técnica.....	67
Apêndice III – Questionário realizado ao Idosos.....	68
<b>ANEXOS</b> .....	70
Anexos I – Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI).....	70
Anexos II – Escala de Depressão Geriátrica (GDS).....	71
Anexo III – Mini Mental State Examination (MMSE).....	72
Anexos IV - Escala da Qualidade de Vida (WHOQL-OLD) .....	73



## **ÍNDICE DE FIGURAS**

Figura 1 - Áreas de atuação do "Ageing in Place" .....	22
Figura 2 - Estratégias de promoção da saúde mental .....	31

## **ÍNDICE DE TABELAS**

Tabela 1 - Análise da Entrevista .....	39
Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra .....	42
Tabela 3 - Caracterização da amostra a nível da ansiedade, da sintomatologia depressiva, do estado mental e da qualidade de vida.....	43
Tabela 4 - Relação entre as variáveis da qualidade de vida, da ansiedade, da sintomatologia depressiva, do estado mental e da idade .....	46
Tabela 5 – Exemplificação da Estrutura das Sessões da Atividade "Cartas Mistério" .	54
Tabela 6 . Breve desenvolvimento das atividades .....	56
Tabela 7 - Avaliação do Projeto de Intervenção.....	57

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1 - Envelhecimento Demográfico em Portugal (1970-2020).....	20
---	----

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**AC** – Atenção ao Cálculo

**AG** – Ansiedade Geriátrica

**AUT** - Autonomia

**CD** – Centro de Dia

**DP** – Desvio Padrão

**EM** – Estado Mental

**ERPI** - Estrutura Residencial para Idosos

**FS** – Funcionamento Sensorial

**GAI** – Inventário de Ansiedade Geriátrica

**GDS** – Escala de Depressão Geriátrica

**HC** – Habilidade Construtiva

**INE** - Instituto Nacional de Estatística

**INT**– Intimidade

**IPBEJA** - Instituto Politécnico de Beja

**IPSS** - Instituições Particulares de Solidariedade Social

**M** – Média

**MEM** – Morte e Morrer

**MMSE** – Mini Mental State Examination

**OMS/WHO** – Organização Mundial de Saúde/ World Health Organization

**OTE** – Orientação Temporal e Espacial

**PPF** – Atividades Passadas, Presentes e Futuras

**PSO** – Participação Social

**QdV** – Qualidade de Vida

**SCMA** – Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha

**SD** – Sintomatologia Depressiva

**SNS** – Serviço Nacional de Saúde

**WHOQL-OLD** – Escala da Qualidade de Vida



## INTRODUÇÃO

O aumento do envelhecimento em Portugal, cada vez mais é uma realidade que desafia as sociedades contemporâneas. Este aumento, deve-se a fatores de baixa mortalidade, devido às novas tecnologias de saúde que potenciaram a um envelhecimento prolongado e à baixa natalidade, visto que cada vez mais os jovens preferem ter filhos mais tarde e em menor quantidade. Assim observa-se o aumento da esperança média de vida, segundo o autor Gomes (2020), considerado um ganho e um desafio para as sociedades futuras.

Para Tortosa & Motte (2002, p.103), “envelhecer é uma condição inerente à natureza humana. As mudanças ocorrem, de maneira dinâmica, nos âmbitos biológico, psicológico e social do indivíduo, em função do tempo”. De acordo com Fernandez & Ballesteros, Fresneda, Martínez e Zamarrón (1999), existem três formas de envelhecimento, “o normal (aquele que transcorre sem patologias físicas ou psicológicas que possam deixar o indivíduo incapaz), o patológico (resultante de um organismo acometido por enfermidade e incapacidade) e o bem-sucedido (com baixa probabilidade de doenças associada ao alto funcionamento cognitivo, capacidade física funcional e compromisso com a vida” (p.189).

Quando mencionamos o envelhecimento patológico, podemos falar acerca das patologias físicas e psíquicas. Foquemo-nos nas patologias a nível psicológico, estas que podem afetar tanto a saúde física, como a saúde social das pessoas mais velhas.

Entramos assim na temática da Saúde Mental e como a mesma afeta a população idosa. Cada vez mais, existem idosos com sentimentos negativos, de solidão, de isolamento, de depressão, de ansiedade e medo do que o futuro lhes reserva.

É importante lembrar que os nossos idosos “fazem parte de um grupo de risco, são pessoas isoladas, vulneráveis, dependentes e pobres, e relata que em determinadas situações, o idoso necessita de ajuda para adquirir ou readquirir a sua independência e autonomia a fim de manter o equilíbrio fisiológico e emocional” (Santos, 2000). Além de serem a população considerada de mais vulnerável, são também anciões, são também pessoas que viveram mais do que nós e que nos podem ensinar tanto com as suas experiências de vida.

Com o avançar da idade “grande parte das pessoas idosas reduzem a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização a nível de integração familiar e social” (Neto, 2000). O “isolamento geográfico ou linguístico, as diferenças culturais, as doenças, as mudanças na vida,

menos contato social, redes sociais desajustadas, fracasso e fatores temporais constituem fatores promotores de isolamento e solidão” (Neto, 2000).

Além destes fatores de depressão na população idosa, temos também a ansiedade. Apesar de na literatura se defender que nos idosos a ansiedade é menos prevalente que a depressão, existem estudos que mostram o contrário, Wetherell e colaboradores (2005, cit. por Almeida, 2011) através da sua investigação proferem que, “apesar de ser comumente referido que a ansiedade típica nos idosos é um estado misto de ansiedade-depressão, a prevalência deste estado misto é inferior à prevalência da depressão major ou das perturbações da ansiedade”. Existe também outra grande problemática no que toca à saúde mental e aos idosos, sendo essa, o estado mental, as demências e os declínios cognitivos na população idosa. Segundo Afonso (2022, p.2), “a prevalência da demência aumentou significativamente nas últimas décadas, especialmente em indivíduos a partir dos sessenta e cinco anos de idade, facto justificado, também, pelo aumento da esperança média de vida global”. Como se observa existem fatores de risco para a população idosa que devem ser investigados e analisados, uma vez que os jovens de hoje são os idosos de amanhã.

A meta para os nossos idosos é apostar na sua Qualidade de Vida e no seu envelhecimento ativo, para termos um envelhecimento sem patologias e mais proveitoso. A Qualidade de Vida (Qvd) é considerada como “a perceção que o indivíduo tem da sua posição na vida dentro do contexto da sua cultura e do seu sistema de valores, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (OMS, 1998).

Envelhecer é por si só, um dos maiores desafios da humanidade, sendo importante potenciar a qualidade de vida das pessoas com idade mais avançada. O envelhecimento ativo é definido como um “processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 1998), assim retiramos deste excerto que o envelhecimento não se inicia numa idade predefinida, mas sim num processo que decorre ao longo das nossas vidas.

A saúde mental é influenciada por diversos fatores, ao longo da vida, como a exclusão social, o estigma, o desemprego, a pobreza e a atual situação económica, que potenciam a necessidade de intervir com a população mais envelhecida, de modo oportuno e necessário (Mestre, 2016). Para Forlenza & Almeida (1997, cit. Santos, Andrade & Bueno, 2009), os “fatores neuropsiquiátricos como depressão, ansiedade e os declínios cognitivos estão entre os transtornos médicos que mais comprometem a

qualidade de vida dos idosos” (p.3). Consoante estas temáticas, a aluna quis analisar com base nos estudos da Saúde Mental e Qualidade de Vida em idosos da Comunidade de Alcantarilha e perceber se existe alguma relação entre alguns fatores da saúde mental, como a ansiedade, a depressão e o estado mental, na qualidade de vida em idosos.

Este trabalho está dividido em três partes essenciais, a primeira parte engloba o enquadramento teórico, que menciona toda a teoria por detrás deste trabalho, sendo essa, a Gerontologia Social e Comunitária; o Envelhecimento; a Saúde Mental, com a ansiedade geriátrica, a depressão geriátrica e o estado mental; a Qualidade de Vida, com o funcionamento sensorial, a autonomia, as atividades de vida passadas presentes e futuras, a participação social, a morte e morrer e a intimidade. A segunda parte engloba o estudo empírico, uma das partes mais importantes do trabalho e está dividida em plano do estudo; instrumentos de recolha de dados e variáveis de estudo; procedimentos de recolha de dados e procedimentos de análise de dados. Esta parte engloba também os resultados deste trabalho, que se dividiram em caracterização da amostra e a relação entre as variáveis Qvd, AG, SD e EM. E a discussão dos resultados. A terceira parte abrange o projeto de intervenção, com o fundamento do projeto; os objetivos; o público-alvo; os recursos humanos; a planificação das atividades e a avaliação do projeto. Por fim temos a conclusão, as referências, os apêndices e os anexos.

Concluindo, com este trabalho espera-se que seja compreendida a temática da saúde mental, que abrange a ansiedade geriátrica, a depressão geriátrica e o estado mental e como a mesma afeta a população idosa, de formas irreversíveis. É importante a existência de profissionais qualificados nessa área que possam intervir com a população idosa, em ERPI, CD, SAD e na comunidade, como iremos conseguir observar ao longo deste estudo.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## 1. Gerontologia Social e Comunitária

Segundo Fonseca (2006, cit Pereira, 2016), a necessidade de obter um maior “conhecimento científico acerca dos idosos, do processo de envelhecimento, e das suas consequências sobre a vida quotidiana, ganhou uma nova pertinência no fim da II Guerra Mundial, induzida por um fenómeno importante, o aumento significativo da esperança média de vida e o correspondente envelhecimento da população” (p.9). Para este autor, os idosos são como um grupo específico, dotado, que cada vez mais, ganha maior relevância estatística e social, sendo necessário a obtenção de um maior conhecimento nesta problemática, com isto originou-se uma nova disciplina, a Gerontologia.

Para Fernández-Ballesteros (2004), a Gerontologia Social “começou a ganhar estatuto particularmente a partir da década de 80, quando surgiram os primeiros manuais que englobavam a sistematização dos conhecimentos multidisciplinares sobre a pessoa idosa e o processo de envelhecimento. A autora tem uma compreensão de envelhecimento pluridisciplinar, visto que o processo de envelhecimento é objeto de estudo das Ciências como a Bioquímica, a Economia, o Direito, a Medicina, a Psicologia, a Sociologia e a Política. Assim, para Fernández-Ballesteros (2004), a Gerontologia é característica da multidisciplinariedade.

Desta forma, surge a Gerontologia, que segundo Schaie e Willis (2003, cit Pereira, 2016) “estuda os fenómenos associados ao processo de envelhecimento desde o nascimento até à velhice, bem como o estudo de idosos como população específica” (p.10). Assim, a Gerontologia é “um campo de estudos inter e multidisciplinares que investiga os fenómenos fisiológicos, psicológicos e sociais relacionados com o envelhecimento humano” (Pereira, 2016, p.10). Segundo Fernández-Ballesteros (2000, cit Pereira, 2016), “esta dedica-se ao estudo multidisciplinar do envelhecimento, da velhice e das pessoas mais velhas” (p.10). Todavia, para Neri (2008, cit Pereira, 2016), a Gerontologia é “um campo multi e interdisciplinar que visa a descrição e a explicação das mudanças ligadas ao processo de envelhecimento e dos seus determinantes genético-biológicos, psicológicos e socioculturais” (p.10).

Com o desenvolvimento da Gerontologia, percebe-se a existência de novos ramos de estudo, como é o caso da Gerontologia Social, que tem o mesmo objetivo de estudo da Gerontologia, mas tem um foco diferente, segundo Pereira (2016, p.10). O termo “Gerontologia Social foi usado pela primeira vez, em 1964, por Clark Tibbits para descrever a área da Gerontologia que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais



desse processo e as ações sociais que podem otimizar o processo de envelhecimento” (Paúl, 2005, cit. Pereira 2016, p.10).

Para Néri (2008, cit Pereira, 2016), a

“Gerontologia social surge como a construção de uma área multidisciplinar do conhecimento na descoberta das interdependências entre o envelhecimento individual e coletivo, seja ao nível do impacto dos fenómenos do envelhecimento nas estruturas familiares, na economia, na proteção social, no direito, bem como nas representações sociais da vida, da morte e do envelhecimento, ou nas práticas culturais e na relação com o tempo” (p.11).

Neste sentido, o gerontólogo social “possui conhecimentos biopsicossociais da pessoa idosa e do envelhecimento, ampliando estes conhecimentos a uma perspetiva social, em benefício das pessoas mais velhas” (Pereira, 2016). Resumindo, para Paúl (2005, cit Pereira 2016), estes “profissionais planeiam, monitorizam e avaliam programas ou ações interventivas no contexto público e/ou privado, no sentido de otimizar o envelhecimento humano e melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas” (p.11).

Para Baltes (1987, cit. Pereira, 2016, p.11/12), a Gerontologia Social enquadra-se na perspetiva do ciclo de vida - *“life span/life course perspective”*, uma vez que este autor menciona a forma multidirecional, multidimensional e multicausal e como estas estão presentes ao longo de toda a vida, verificando-se mudanças que afetam, potencializam e condicionam o seu desenvolvimento.

Concluindo, como foi possível perceber nos textos acima, a Gerontologia é composta por multidisciplinariedade e a Gerontologia Social por interdisciplinaridade, desde modo Bass (2009, cit. por Pereira, 2016), apresenta um modelo correto face à compreensão do envelhecimento, sendo um processo que se altera consoante as circunstâncias, o meio, o ambiente e a pessoa em mudança.

## 2. Envelhecimento

O estudo do envelhecimento começa a chamar à atenção no século 427-347 antes de Cristo, com os estudos aprofundados de Platão e 383-322 antes de Cristo, com os estudos de Aristóteles, como menciona Sequeira (2010, cit por Narciso, 2019, pág.14). Este conceito foi modificado e reformulado durante todo este tempo e evoluiu consoante as variadas “atitudes, crenças, cultura, conhecimentos e relações sociais de cada época (Sequeira, 2010, cit. Narciso, 2019, pag.14).

Segundo Fontaine (2000), o envelhecimento não pode ser considerado como um estado que se classifica na “terceira idade”, mas sim como um processo, este que é considerado como uma degradação progressiva e diferencial, que afeta o idoso de uma forma biológica, psicológica e social. Para este autor, é importante mencionarmos a idade biológica, a idade social e a idade psicológica, uma vez que os indivíduos podem envelhecer de diversas formas, estas idades são consideradas diferentes da idade cronológica.

Segundo Fernandes (citado por Neto, 2005, pág.9), o envelhecimento é considerado como o “conjunto de todas as modificações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que aparecem como consequência da ação do tempo sobre os seres vivos”, essa é considerada uma “incapacidade progressiva do organismo para se adaptar às condições variáveis do seu ambiente”.

No entanto para Cancela (2007, pag.2), a idade esta mais relacionada com a fisiologia, do que pela cronologia, por isso é importante a menção de envelhecimento biológico, psicológico e social. Iremos então descobrir as diferenças destas 3 fases do envelhecimento, que Cancela (2007, pag.2), considera como essenciais. A **idade biológica ou envelhecimento biológico** está “ligada(o) ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de autorregulação torna-se também menos eficaz” (Cancela, 2007, p.2). A **idade psicológica ou envelhecimento psicológico**, está relacionada(o) com “competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente; inclui a inteligência, memória e motivação” (Cancela, 2007, p.2). A **idade social ou envelhecimento social** “refere-se ao papel, estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e pela história de um país” (Cancela, 2007, pág.2). Este dita a finalização de duas mudanças importantes na vida social do idoso, sendo essas “o fim do emprego e conseqüente aumento do tempo livre” (Cancela, 2007, p.2).

Assim, Vecchia et. al (2005), denomina envelhecimento como um “processo complexo, que envolve muitas variáveis, tais como genética, estilo de vida, fatores psicológicos, sociais e espirituais, as quais interagem entre si e influenciam significativamente no modo como alcançamos determinada idade”. Este, segundo o autor Gomes (2017), ainda pode ser denominado como um acontecimento normal, que todos os indivíduos estão sujeitos, por isso, é importante que este seja uma experiência positiva e ativa.

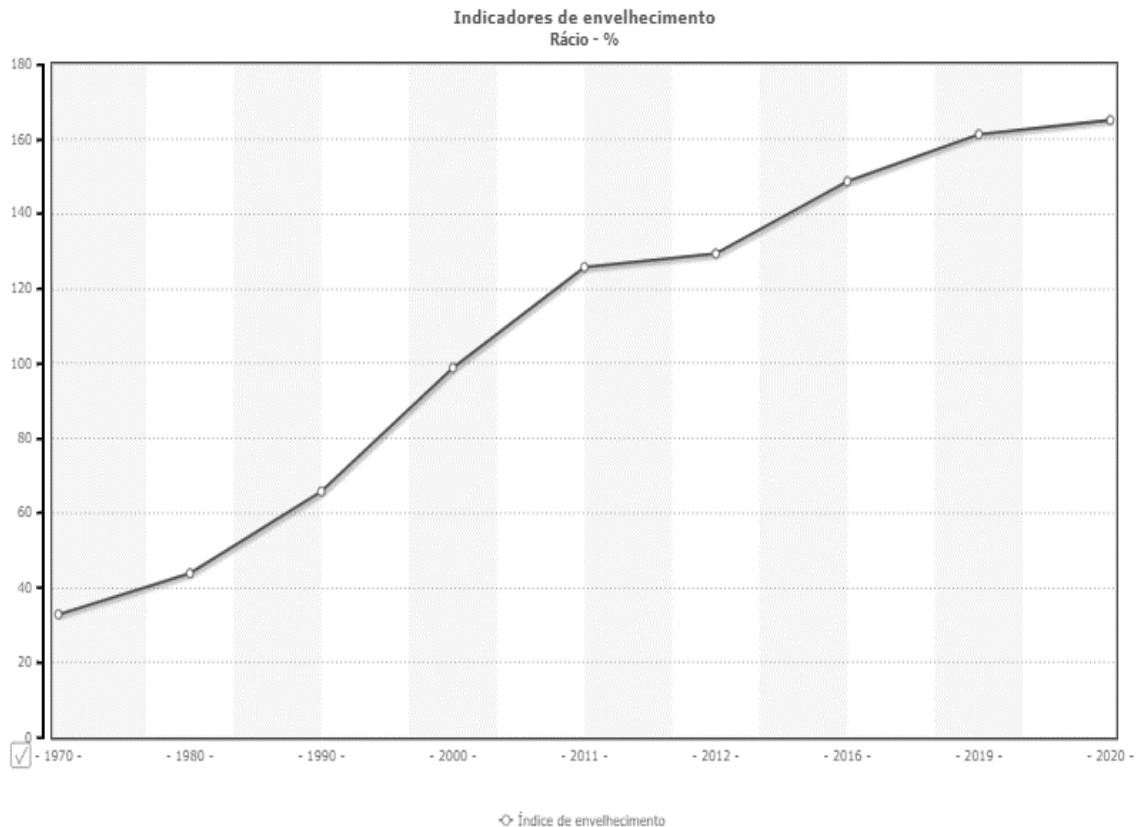
Segundo Gomes (2017), o envelhecimento pode não ser um processo positivo para os idosos, uma vez que existem diversas patologias que podem aparecer neste processo, como as doenças crônicas, sendo as mais frequentes, Parkinson; Alzheimer; Acidente Vascular Cerebral; Osteoporose; Hipertensão Arterial; Diabetes; Osteoartrose e Cataratas, que podem também aparecer devido a problemas de solidão, isolamento, depressão, pobreza ou falta de condições de alimentação e de saúde, tanto física, como psicológica, como social. A falta de atividade física é também uma grande componente para um pobre estilo de vida.

Todas estas componentes do processo de envelhecimento que podem existir, causam certamente muitos problemas na saúde mental das pessoas mais velhas. Tanto que, Gomes (2017), decidiu mencionar um pouco sobre esta problemática na vida destes idosos, para isso é importante explicar o que a saúde mental representa o aquilo que pode provocar, as doenças mentais.

## 2.1. Envelhecimento Demográfico em Portugal

Ao se falar de envelhecimento e população idosa, é inevitável mencionar o fenómeno demográfico que este descreve. Segundo o PORDATA (s/d), o índice de envelhecimento em Portugal tem vindo a aumentar desde os anos 1970 a 2020, irei mostrar um gráfico que demonstra essa realidade e esse crescimento.

Gráfico 1 - Envelhecimento Demográfico em Portugal (1970-2020)



Fonte: PORDATA, 2021

Observando o gráfico 1, retiramos que o envelhecimento em Portugal tem vindo a crescer a níveis exuberantes. Neste pequeno gráfico analisamos que em 1970, menos de 40% da população era sénior, enquanto em 2020, mais de 160% da população é envelhecida. Aqui conseguimos observar como o envelhecimento é uma grande componente em Portugal e como cada vez mais existem menos crianças e mais idosos.

Com isto, é importante falar sobre o envelhecimento e tentarmos entender um pouco do que este significa.

## 2.2. Envelhecimento em Casa e na Comunidade “Ageing in Place”

O envelhecimento populacional, segundo Fonseca (2020), “constitui um feliz ponto de chegada do desenvolvimento humano” (p.6). A longevidade humana é uma conquista de natureza médica, tecnológica e social, segundo o autor. O grande desafio existente na nossa sociedade é também a procura pela “existência de um número cada vez mais elevado de idosos saudáveis e ativos” (p.6).

Segundo o autor Fonseca, as pessoas à medida que envelhecem “têm necessidade de viver em ambientes que lhes proporcionem o suporte necessário para compensar as mudanças associadas ao envelhecimento, algumas delas sinónimo de redução ou perda de capacidade” (p.6). Esta “criação e manutenção de ambientes favoráveis é uma tarefa indispensável para a promoção do bem-estar das pessoas idosas e para que elas possam continuar a ser, pelo maior tempo possível, autónomas e socialmente relevantes” (Fonseca, 2020, p.6). Por outro lado, a existência de um aumento quer na “expectativa de vida, quer na expectativa de uma vida com cada vez melhor saúde e maior qualidade, faz com que seja possível as pessoas idosas prolongarem a sua utilidade social por mais tempo, tanto profissionalmente como junto dos seus familiares, amigos e no âmbito da sua rede de proximidade/vizinhança” (p.6). Com isto o autor refere a existência de uma “«nova velhice»” que “potencia claramente os efeitos positivos do **conceito de “ageing in place”**, o qual traduz o objetivo preferencial de se poder viver e envelhecer em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, pelo maior tempo possível” (p.6).

Em Portugal, observou-se que depois do 25 de Abril de 1974 existia uma política social de apoio aos idosos, que é notória na “evolução do número e da qualidade dos equipamentos sociais destinados à população mais velha, com incidência nas respostas sociais Centro de dia e sobretudo ERPI” (Fonseca, 2020, p.6). O autor menciona que as medidas de promoção de “ageing in place” têm uma fraca visibilidade pela população, quando existem muitos mais idosos a querer envelhecer nas suas casas. As ERPI´s são encaradas pela “generalidade dos portugueses como uma resposta-tipo aos problemas decorrentes do envelhecimento individual e populacional, o investimento em ERPI tem servido, com frequência, para justificar a «não necessidade» de investimento em qualquer outro tipo de intervenção para além da resposta institucional” (Fonseca, 2020, p.7).

Opondo-se a uma visão convencional de assistência à população idosa por via da resposta institucional, a valorização de respostas de “ageing in place” significa responder às necessidades de assistência a partir do contexto onde a pessoa vive,

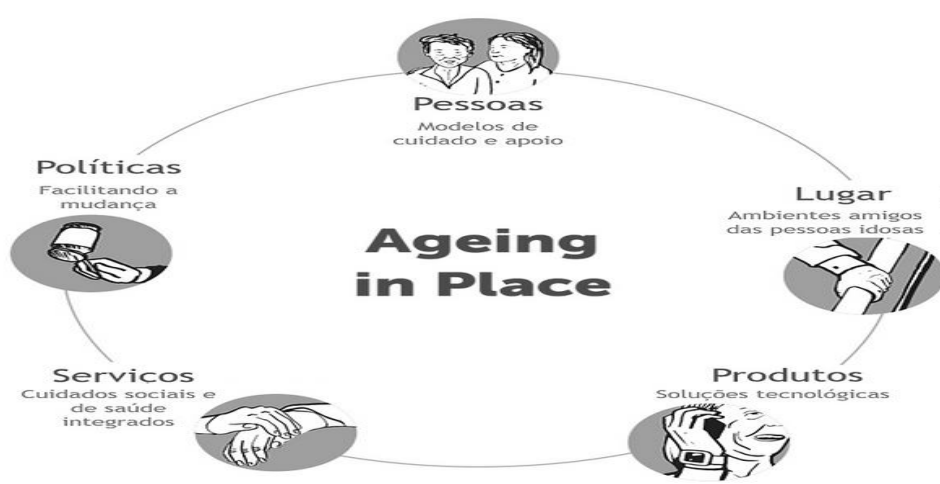
procurando respostas articuladas através de uma integração progressivamente mais alargada de serviços – de âmbito local, regional e nacional. Na prática, isto significa não retirar a pessoa do local onde ela vive para lhe proporcionar o que ela necessita, mas criar aí condições para que as suas necessidades sejam satisfeitas.

Dito isto, é importante mencionar que existe um “exemplo da diversificação de soluções que procuram garantir a manutenção das pessoas mais velhas nas suas casas e nas comunidades” (p.7), isto com o aparecimento do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD), que veio revolucionar a existência de qualquer outra resposta social, uma vez que com esta é possível envelhecer em casa e com os cuidados e conforto necessários.

A possibilidade de envelhecer em casa e na comunidade com segurança, independência e conforto é hoje um princípio central do paradigma de envelhecimento ativo e saudável preconizado pela Organização Mundial de Saúde. A generalidade dos organismos internacionais tem reforçado a necessidade de desenvolvimento de infraestruturas que apoiem a permanência dos idosos nas suas casas e comunidades pelo maior tempo possível. Programas de assistência de caráter nacional, regional e local, têm surgido nos últimos anos com o propósito de complementar os cuidados domiciliários tradicionais (alimentação, higiene pessoal e limpeza doméstica), procurando atender às necessidades de saúde, sociais e psicológicas de um número crescente de idosos vulneráveis e em situação de isolamento social (Fonseca, 2020, p.7/8).

Conclui-se que cada vez mais estamos a evoluir no sentido de existir práticas inovadoras para os idosos conseguirem viver em casa, com segurança e conforto.

Figura 1 - Áreas de atuação do "Ageing in Place"



Fonte: OMS, 2015

### 2.3. Envelhecimento Saudável

A Organização Mundial de Saúde (OMS) tem assumido um papel de destaque na reconceptualização do envelhecimento. No final do século XX, substituiu o conceito de "envelhecimento saudável" por "envelhecimento ativo". O "envelhecimento ativo" é mais inclusivo do que "envelhecimento saudável", já que implica, para além da saúde, todos os fatores que afetam os indivíduos e as populações, à medida que envelhecem. Neste prisma, considera também, os novos desafios e oportunidades com que se deparam todas as sociedades constituídas por uma estrutura etária com um peso crescente e significativo de pessoas mais velhas (Lisbon, 2015).

Para a OMS, citado por Lisbon (2015), o envelhecimento ativo é "um processo contínuo, determinado por vários fatores que, isolados ou em conjunto, contribuem para a saúde, participação e segurança do idoso ao longo do seu ciclo de vida" (pág.15).

Por outro lado, a Comissão Europeia, citado por Lisbon (2015), considera o envelhecimento ativo como um

"modelo de intervenção apontam para a autonomia das pessoas idosas, em serem capazes de gerir autonomamente as suas próprias vidas no decorrer do envelhecimento, com o contributo possível para a sociedade e para a economia. Aborda uma grande ativa numa sociedade europeia cada vez mais envelhecida, com o objetivo de encarar o envelhecimento como uma conquista, com inúmeras oportunidades e não como um problema ou um fardo na dinâmica social" (Lisbon,2015).

Assim, o envelhecimento deve ser para todos idosos algo que se leva de um modo saudável e ativo, para assim existir uma longevidade.

### 3. Saúde Mental

Segundo Gomes (2017, pág.33), no que diz respeito ao envelhecimento, o mesmo pode não ser positivo para alguns idosos, devido à ocorrência de certas patologias, essas que podem ser geradas por doenças crônicas, isolamento e a solidão, tão comum nos idosos e no facto da ocorrência do processo de envelhecimento, uma vez que os mesmos podem se achar impotentes e acabam por se isolar das suas famílias. É possível prevenir estas doenças e patologias e solidão e isolamento, com a prática regular das atividades físicas e com a existência de uma alimentação equilibrada.

A saúde mental no envelhecimento é algo muito pouco falado, segundo Gomes (2017), as doenças mentais “estão maioritariamente associadas a alterações estruturais e funcionais do cérebro, repercutindo-se frequentemente em alguns processos cognitivos, como a memória”.

“A saúde é, para a generalidade das pessoas idosas, um aspeto fundamental quando se equaciona o respetivo bem-estar psicológico. Manter a saúde mental e a memória ativa é um desafio constante, já que nem todas as habilidades da inteligência declinam e outras são preservadas ou podem ligeiramente melhorar” (Gomes, 2017, p.35).

Segundo a OMS, saúde mental é “o estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e contribuir para a comunidade em que se insere” (OMS, 2002). “A saúde mental do idoso é um tema muito importante, em especial pela vulnerabilidade desse grupo a determinados transtornos psicológicos causados pelas alterações biológicas e sociais” (Gomes, 2017, p.37). Por outro lado, para a SNS24 (2022), a saúde mental é a “base do bem-estar e diz respeito a um nível de qualidade de vida cognitiva ou emocional ou a ausência de uma doença mental”.

Ao se falar de saúde mental, menciona-se inevitavelmente a psicologia, uma vez que esta é “a ciência que tem estudado especialmente o funcionamento negativo da personalidade ou as emoções negativas (depressão, desânimo, ansiedade, solidão, agressividade, ira, culpa, timidez)” (Gomes, 2017).

Os aspetos da saúde mental que este trabalho aborda, são a ansiedade e a depressão que podem ser gerados pelo isolamento e pela solidão constante de um idoso para com o mundo exterior e pelas pessoas.



### 3.1. Ansiedade

A ansiedade teve vários significados e foi mudando ao longo dos tempos. No dicionário português (2023, novembro) a ansiedade é definida como uma “perturbação psicológica caracterizada pela expectativa de um perigo, perante o qual o indivíduo se sente”.

De acordo com a DSM-5 (APA, 2014, cit. por Silva, 2018, p.15), a ansiedade define-se por “uma alteração do comportamento dos indivíduos, relacionada com a antecipação a uma determinada situação ameaçadora, real ou percebida, eminente ou futura” (p.15). Ou seja, a ansiedade “ocorre diante de uma visão catastrófica de determinados acontecimentos, antecipando a iminência de um evento perigoso ou ameaçador” (Silva, 2018). A ansiedade é então caracterizada, por Silva (2018, p.15), “sinais e sintomas associados a tensão muscular, estados de vigilância antecipatórios a situações de perigo e a comportamentos de fuga ou evitamento, apreensão e preocupação contantes” (Silva, 2018, p.15). A perturbação de ansiedade generalizada é “distinta do medo, na medida em que os comportamentos a estes associados caracterizam-se por uma resposta emocional a uma ameaça real ou percebida, e não à antecipação a uma situação concreta” (Silva, 2018, p.15).

Ao falarmos de ansiedade devemos ter em conta que a mesma pode ser positiva ou negativa, existem vários tipos de ansiedade, como também vários tipos de transtornos de ansiedade que afetam o comportamento humano.

Para o SNS24 (2022), a ansiedade é “uma reação normal ao perigo ou ao stress do dia-a-dia”. Esta pode também ser entendida como “uma sensação de medo perante uma ameaça ou uma preocupação perante algo que poderá acontecer e que tememos por negativo” (idem). A ansiedade é um sentimento comum nos seres humanos, mas deve ser temida quando a mesma é “exagerada e/ou prolongada, persistindo para lá do evento desencadeado” (idem), uma vez que poderemos estar perante um “problema mais grave” (idem).

Esse problema grave mencionado anteriormente pode estar associado a transtornos de ansiedade. Segundo American Psychiatric Association (2015, p.230), os transtornos de ansiedade incluem “transtornos que compartilham características de medo e ansiedade excessivos e perturbações comportamentais relacionados”. O Medo é “a resposta emocional a ameaça iminente real ou percebida” (idem), por outro lado a Ansiedade é “a antecipação de ameaça futura” (idem). Os ataques de pânico são também muito frequentes em transtornos de ansiedade e são um “tipo particular de resposta ao medo” (American Psychiatric Association, 2015, p.230).

Podem existir diversas perturbações da ansiedade, tais como, fobias; ataques de pânico; perturbações de ansiedade generalizada e o stress pós-traumático. As fobias são um “medo intenso a situações, objetos animados ou fenómenos naturais, bem definidos, com evitamento dos mesmos (ex.: andar de avião; condução; cães, aranhas, alturas)” (SNS24, 2022). Os ataques de pânico são “crises súbitas e sem aviso, de intensidade grave, com medo intenso, acompanhadas de pensamentos automáticos que podem ser, por exemplo, de morte iminente, de perda de controlo ou de perda de sanidade, com sintomas físicos de ansiedade” (SNS24, 2022). A perturbação de ansiedade generalizada são “sintomas de ansiedade permanentes, persistentes, de vários tipos, habitualmente com sintomas físicos (como cólicas ou alterações de trânsito intestinal; como palpitações; como tonturas e sudação)” (SNS24). Por fim, o stress pós-traumático é uma “ansiedade intensa, física, quando um estímulo reativa uma memória traumática (um trauma vivido como ameaça à integridade da pessoa) e que parece recolocar o indivíduo de novo na situação, revivenciando-a.” (SNS24, 2022).

Por fim, é possível compreender as evoluções que a ansiedade teve ao longo dos tempos, mas não nos podemos esquecer que a mesma é uma doença que deve ser tratada e reconhecida por profissionais especializados na área.

### 3.2. Depressão ou Sintomatologia Depressiva

A depressão, também denominada como sintomatologia depressiva, teve vários significados e foi mudando ao longo dos tempos. No dicionário português (2023, novembro) a depressão é definida como um “estado patológico de sofrimento psíquico assinalado por um abaixamento do sentimento de valor pessoal, por pessimismo e por uma inapetência face à vida”.

A depressão no idoso define-se como “a existência de um conjunto de sinais e sintomas que afetam o humor dos indivíduos – síndrome depressiva, conforme definido no American Psychiatric Association’s Diagnostic and Statistical Manual-5 (DSM-5) e na International Classification of Diseases-10 (CID-10), em indivíduos com mais de 65 anos, e podem ter tido início antes ou depois dessa idade” (Silva, 2018, p.10). Para os autores (Pinho, Custódio, & Markdisse, 2009; Medeiros, Fernandes, & Coelho, 2010; Possatto, Silva, Júnior, & Rabelo, 2015, cit. por Silva, 2018, p.10), trata-se de “uma condição comum, recorrente e frequentemente subdiagnosticada e sub-tratada, principalmente ao nível dos cuidados de saúde primários, desde já porque, na generalidade, aqueles com quem o idoso convive tendem a considerar “normal” ou “expectável” alguma tristeza e/ou melancolia numa idade longa, tendo em consideração as constantes perdas que acometem esta população”. Quando falamos de depressão, é importante considerar que a mesma se trata de uma “perturbação associada a uma multiplicidade de fatores e manifestações clínicas” (Silva, 2018, p.10). De acordo com Del Porto (2000, cit. in Pinho, Custódio, & Markdisse, 2009, cit. Silva, 2018, p.10), o termo “depressão” pode “englobar um estado afetivo normal (tristeza), um sintoma, uma síndrome e uma doença. No entendimento deste autor, há diferenças claras entre os quatro conceitos. Assim, a tristeza refere-se a um estado afetivo normal e transitório e surge como resposta adaptativa a situações adversas (perda, derrota, frustração, desapontamento)”. A tristeza e os seus sentimentos, muitas das vezes criam momentos de reflexão e de preparação para atividades futuras. Por outro lado, segundo Silva (2018, p.10), “os sintomas depressivos podem ocorrer como resposta a stressores psicossociais, estando também presentes em variados quadros clínicos, como é o caso da perturbação de stress pós-traumático, das demências, do alcoolismo, da esquizofrenia, entre outros. A síndrome depressiva associa alterações do humor (tristeza, apatia, irritabilidade, anedonia, etc.) com outros aspetos, tais como alterações cognitivas, comportamentais, psicomotoras e vegetativas”.

Por fim, consegue-se perceber que a depressão é um assunto que deve ser tratado e diagnosticado precocemente, para ser possível intervir da melhor forma.

### 3.3. Estado Mental – Demências

Segundo Maciel (2015), “anteriormente refere-se que existe declínio cognitivo considerado fisiológico e inerente ao envelhecimento. Contudo, o espectro de declínio cognitivo estende-se também ao que é patológico, desde déficit cognitivo ligeiro até formas severas de demência” (p.9).

As demências podem ser classificadas em “demência tipo Alzheimer; demência vascular, demência provocada por doença (HIV, Doença de Parkinson, Traumatismo Craniano, Doença de Huntington, Doença de Pick, Doença de Creutzfeldt-Jakob, outras), demência persistente induzida por substância, demência de múltiplas etiologias e demência não especificada. As mais comuns são demência tipo Prevenção do declínio cognitivo Alzheimer e demência vascular, que por vezes surgem concomitantemente formando o conceito de demência mista” (Maciel, 2015, p.10).

De acordo com a Alzheimer’s Society (cit. por Maciel, 2015, p.10), o termo déficit cognitivo ligeiro é “utilizado para descrever a condição em que há alterações cognitivas a nível do pensamento, conhecimento e memória, mas não são graves o suficiente para entrarem na definição de demência”. Este conceito é também definido como a “condição em que existe maior declínio cognitivo do que o normalmente esperado para uma pessoa da mesma idade com preservação da função” (Maciel, 2015, p.10). Déficit cognitivo ligeiro é, então, “o estado intermédio entre a função cognitiva normal e a demência e a sua prevalência na população idosa varia entre 0,5-42% dependendo da definição” (idem). As pessoas que começam a ter estas condições demonstram problemas na memória, no planeamento, na linguagem, na atenção e na capacidade visuoespacial, segundo Maciel (2015), mas são capazes de prosseguir com as suas vidas, sendo que esta doença não afeta em grande escala.

Segundo o mesmo autor, esta condição aumenta o risco de desenvolver a doença de Alzheimer.

A demência é definida como sendo um “declínio cognitivo, em vários domínios (memória, comunicação, raciocínio), que dificulta as capacidades funcionais e que é provocado por certas patologias ou condições incluindo a Doença de Alzheimer, que é a mais comum e uma das principais causas de morte em adultos com 65 ou mais anos” (Maciel, 2015, p.10).

A Doença de Alzheimer é uma

“doença neurodegenerativa caracterizada pela deposição extracelular da proteína beta-amiloide sob a forma de placas senis, conseqüente ao aumento da sua produção ou

diminuição da sua degradação. Estas placas tornam-se tóxicas para o cérebro e interagem com a hiperfosforilação da proteína Tau. A acumulação intracelular da proteína Tau hiperfosforilada leva à sua agregação sob a forma de tranças neurofibrilares, também elas tóxicas. Este quadro progressivo, de começo insidioso, com apresentações clínicas diferentes de doente para doente, geralmente inicia-se com lapsos de memória e progride para o esquecimento de eventos recentes e mais tarde para a impossibilidade de assegurar as atividades diárias” (Maciel, 2015, p.10).

A demência vascular é “uma das formas mais comuns de demência e é causada por alterações na vascularização cerebral, consequente a fatores como hipertensão arterial, patologia cardíaca, colesterol alto e diabetes” (Maciel, 2015, p.10). Ao contrário da Doença de Alzheimer, “aparece subitamente, após um acidente vascular cerebral, e tende a seguir uma progressão por etapas, sendo o quadro clínico constante no início e depois com deterioração rápida” (Maciel, 2015, p.10).

Por fim, referimos o conceito de demência mista “que consiste na coexistência de doença de Alzheimer e doença vascular” (Maciel, 2015, p.10).

## 4. Estratégias de Promoção da Saúde Mental

A saúde mental ainda é uma temática muito desvalorizada e pouco compreendida. A verdade é que consoante o passar dos anos é mais perceptível a importância que a saúde mental tem no ser humano e como a mesma pode afetar a Qualidade de Vida de uma pessoa.

Assim, e como vimos anterior a saúde mental, segundo a OMS (2023), é definida como um estado de “bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress quotidiano, trabalhar de forma produtiva e contribuir para a comunidade em que se insere”. Assim pode definir-se saúde mental, segundo Pereira (2023), como o “nível de qualidade de vida cognitiva, psicológica e emocional”.

Segundo a World Health Organization (2002, citado por Direção Geral de Saúde, 2017), existem objetivos que assentam na promoção da saúde e bem-estar das pessoas idosas, sendo esses, “a sensibilização para a importância do envelhecimento ativo e da solidariedade entre gerações e a promoção da mudança de atitudes em relação ao envelhecimento e aos idosos; promoção da cooperação e a intersectorialidade na concretização da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável e por fim a contribuição para o desenvolvimento de políticas que melhorem a qualidade de vida das pessoas idosas”.

Para além destes objetivos a World Health Organization (2002, citado por Direção Geral de Saúde, 2017),

“promover iniciativas e práticas que visem reduzir a prevalência e o impacto das doenças crónicas e da redução das capacidades físicas e mentais nas pessoas idosas, e melhorar o acesso aos serviços de saúde e de cuidado, e respetiva qualidade; Incentivar o desenvolvimento de iniciativas para a promoção da autonomia das pessoas idosas; Promover a educação e formação ao longo do ciclo de vida focando a promoção da literacia em saúde; Incentivar a criação de ambientes físicos e sociais protetores e potenciadores da integração e participação das pessoas idosas; Apoiar o desenvolvimento de iniciativas e práticas que visem a promoção do bem-estar e segurança das pessoas idosas; Promover iniciativas práticas para a redução do risco de acidentes na pessoa idosa e Fomentar investigação científica na área do envelhecimento ativo e saudável”.

Com o passar da pandemia, em que um vírus SARS-COV-2, abalou a população a nível prioritariamente mental, com a falta do socialismo entre indivíduos. Conseguimos compreender, de forma mais detalhada, a importância da saúde mental na vida das pessoas e como a mesma pode ser cuidada.

Assim, na ordem dos enfermeiros, encontramos algumas estratégias que acho relevante mencionar, uma vez que, apesar de a pandemia estar mais controlada, devemos continuar a tomar as mesmas medidas e cuidar de nós mesmos, para o futuro.

Figura 2 - Estratégias de promoção da saúde mental



Fonte: ENCONTRAR+SE, 2023

É importante relembrar que, a saúde é importa, tanto social, física ou mental, cada uma complementa a outra. Caso exista uma falha numa delas, as outras estão completamente comprometidas. Tudo começa connosco, a nossa forma de viver, comer, conviver e aproveitar a vida da melhor forma. Como menciona a imagem, é essencial fazer pausas e descansar, não apenas no trabalho, mas na vida em geral. A nossa alimentação é fundamental para o nosso bem-estar, somos aquilo que comemos, é uma frase muito popular que é interessante relembrar. A realização das atividades físicas e o dedicar tempo para nós, a verbalização dos nossos sentimentos, não prendermos as mesmas apenas para nós. E o mais importante de tudo, pedir ajuda, caso identifiquemos algo que não conseguimos controlar.

## 5. Qualidade de Vida nos Idosos

Segundo a Organização Mundial de Saúde, definiu saúde como um “estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade” (OMS, 2023).

Esta também definiu a Qualidade de Vida como a

“percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objetivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afetado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente” (WHO, 2002, p. 13).

Segundo Renaud (2000), a saúde “afeta a vida, quando se pensa na vida plena, tem-se em primeiro lugar na mente uma vida com saúde”. “A saúde surge sistematicamente como um dos aspetos mais importantes na vida das pessoas, nomeadamente nos idosos e é uma das variáveis determinantes da satisfação da vida (citado por Silva, 2011, p.27).

Para Lawtson citado por Neri (2000),

“a qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socio normativos e interpessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospetivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente” (p.39).

Para Amorin & Coelho (citado por Silva, 2011, p.28), “um indivíduo pode sentir-se doente sem ter nenhuma doença biológica. Esta realidade tem proporcionado o aparecimento de novos conceitos, como é o caso da Qualidade de Vida”. Consoante estes mesmos autores, “a noção de bem-estar referida pela OMS implica que a única pessoa que pode responder pela sua saúde é o próprio indivíduo visto que não é possível alguém medir o bem-estar de outra pessoa” (Amorin & Coelho, citado por Silva, 2011).

Reduzindo-se a expressão à sua semântica, o termo “qualidade” refere-se a um determinado grupo de atributos ou características dadas a um objeto (neste caso a vida). Já para o termo “vida” esta apresenta-se como uma ampla categoria onde de se inserem todos os seres vivos, (...). Qualidade de vida é, portanto, um conceito multidimensional (Fernández-Ballesteros, 1998, p. 388).



Considerando que os indivíduos se desenvolvem em vários sistemas que influenciam o desenvolvimento dos seus valores, crenças, comportamentos, atitudes, e estes por sua vez influenciam a qualidade de vida (Alonso, Sánchez, & Martinez, 2009, p.18).

Porém, no âmbito da área da saúde “o interesse pelo conceito de qualidade de vida é relativamente recente reportando-se a novos paradigmas que têm influenciado as práticas de saúde. Neste sentido, saúde e doença configuram-se com processos compreendidos num continuum, relacionados com aspetos económicos, socioculturais, experiência pessoal e estilos de vida” (Seidl e Zannon, 2004, p. 580).

Ainda, segundo Lawtson citado por Neri (2000), a “qualidade de vida na velhice é uma avaliação multidimensional referenciada a critérios socio normativos e interpessoais, a respeito das relações atuais, passadas e prospetivas entre o indivíduo maduro ou idoso e o seu ambiente” (p.39).

Assim, percebe-se que com todas as definições de Qualidade de Vida a velhice deve depender de vários fatores essenciais, que se apresentam em contacte interação ao longo da vida dos indivíduos.

Com o crescente aparecimento de investigações sobre esta temática, de vários autores, a “OMS teve que reunir um conjunto de peritos de muitos países” (WHOQOL, World Health Organization Quality of Life-Group, 1994), com o intuito de modificar o conceito de Qualidade Vida. Assim, o mesmo passou a “a perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994, p28).

Por fim e de acordo com o texto referido em cima, compreendemos como a qualidade de vida é um conceito multidimensional, neste conceito podemos adicionar a existência de um instrumento que avalia a perceção da qualidade de vida, sendo esse WHOQOL-OLD, neste instrumento verificamos a avaliação de 6 dimensões importantes da QdV. Sendo que essas dimensões avaliam o funcionamento sensorial, a perceção do estímulo, ou seja, sentir algo; a autonomia, sentimentos e comportamentos associados ao funcionamento diário; as atividades passadas presentes e futuras, satisfação com as realizações na vida; a participação social, na comunidade; a morte e o morrer e sentimentos associados e a intimidade, na construção de relacionamentos saudáveis, na conexão, na empatia e na compreensão.

## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

## **6. Metodologia**

Neste ponto será apresentado o plano do estudo, as variáveis e os instrumentos de recolha de dados, os procedimentos de seleção dos participantes, e os procedimentos de análise de dados.

### **6.1. Plano do Estudo**

O presente estudo transversal quali/quantitativo é de natureza descritiva e correlacional. Tem como objetivos:

- i. compreender a importância das variáveis da saúde mental, ansiedade geriátrica; sintomatologia depressiva; estado mental para a qualidade de vida dos idosos que usufruem dos serviços de apoio da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha.
- ii. analisar a qualidade de vida, os níveis de ansiedade geriátrica, a sintomatologia depressiva e o estado mental dos idosos que usufruem dos serviços de apoio da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha.
- iii. analisar a relação entre a qualidade de vida, os níveis de ansiedade geriátrica, a sintomatologia depressiva, o estado mental e a idade dos idosos que usufruem dos serviços de apoio da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha.

### **6.2. Instrumentos de Recolha de Dados e Variáveis de Estudo**

#### **Entrevista à Diretora Técnica da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha**

A entrevista realizada à diretora técnica (Apêndice II) foi com duas perguntas de desenvolvimento, onde a aluna perguntou “Considera que a saúde mental é importante para os idosos que frequentam as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e os Centros de Dia?” e “Na sua opinião, acha que deveriam existir estratégias de promoção da saúde mental para os idosos das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e para os idosos do Centro de Dia?”, com o intuito de compreender a importância que a saúde mental acarreta na vida quotidiana dos utentes nas respostas sociais da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha.

#### **Ansiedade Geriátrica**

Foi avaliada através do Geriatric Anxiety Inventory/Inventário de Ansiedade Geriátrica – GAI (Anexo I) (Pachana, Byrne, Siddle, Koloski, Harley & Arnold, 2007, versão portuguesa Ribeiro, Paúl, Simões & Firmino, 2011). O GAI é um instrumento de “avaliação da ansiedade estado em pessoas idosas” (Pachana et. al., 2007). É também,

um inventário de resposta rápida, com 20 perguntas dicotómicas (concordo/discordo), em que “concordo” é avaliada com 1 ponto e “discordo” é avaliado com 0 pontos. Este tipo de opção de resposta torna os testes mais fáceis na aplicação aos idosos com baixo nível de escolaridade ou com declínio cognitivo (Rozzini, Chilovi & Peli, 2009). Este tem um ponto de corte 10/11 (sem perturbação de ansiedade/com perturbação de ansiedade).

### **Depressão Geriátrica**

Foi avaliada através da Geriatric Depression Scale/Escala de Depressão Geriátrica - GDS-15 (Anexo II) (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, & Leirer, 1982 versão portuguesa Matos, Firmino, Duarte, Oliveira, Rodrigues, Vilar & Costa, 2019). A GDS-15 é um instrumento que avalia a sintomatologia depressiva, durante a última semana, tem uma escala de resposta dicotómica (sim/não). A pontuação total das perguntas varia entre 0 e 15 pontos. Segundo os autores referidos, a versão 15 perguntas da GDS “mostrou capacidade para diferenciar sujeitos deprimidos e não deprimidos” (Yesavage, et al, 1982). No que respeita a pontuação obtida, podem ser considerados os seguintes intervalos de gravidade de sintomatologia depressiva (Simões, Sousa, Vilar, Pinho, 2017): 0 a 4 sintomatologia “normal”; 5 a 8 sintomatologia depressiva “ligeira”; 9 a 11 sintomatologia depressiva “moderada” e 12 a 15 sintomatologia depressiva “grave”. A presença de sintomatologia depressiva aponta para a necessidade de se realizarem mais testes e de ajuda profissional para diagnosticar o paciente.

### **Estado Mental**

Foi avaliada através do Mini Mental State Examination – MMSE (Anexo III) (Folstein, Folstein & Mchugh, 1975, versão portuguesa, Manuela Guerreiro, 1998). Este teste contém 6 perguntas e tem um total de pontuação de 30 pontos, que avaliam a orientação, a memória imediata e de evocação, a concentração, o cálculo, a linguagem e o domínio espacial. É necessário ter em conta que esta escala deve ser adaptada consoante a idade e o grau de educação da pessoa idosa em questão, para ser alcançada uma sensibilidade de 82% e especificidade de 99%. Para os analfabetos, o corte é de 19 pontos. Para 1 a 3 anos de escolaridade o corte é de 23 pontos. Para 4 a 7 anos de escolaridade, o corte é de 24 pontos. Para 7 anos de escolaridade o corte é de 28 pontos. Assim, idosos/utentes que apresentem valores iguais ou superiores ao ponto do corte são considerados normais cognitivamente. Aqueles que apresentam um valor abaixo do ponto de corte apresentam provável déficite cognitivo, sendo que é

necessário que os mesmos realizem outros tipos de testes para avaliação pormenorizada.

### **Perceção da Qualidade de Vida**

Foi avaliada através do Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida (Anexo IV) em Adultos Idosos da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-OLD (Power, Quinn, Schmidt, & The WHOQOL-OLD Group, 2005, versão portuguesa Vilar & Simões, 2009). A escala WHOQOL-OLD avalia a perceção da qualidade de vida em idosos. É constituída por 24 perguntas e as suas partes, seguindo uma escala de Likert, com variação de 1 a 5 pontos. Esta escala está subdividida em 6 dimensões, sendo essas, **“Funcionamento Sensorial” (FS)**; **“Autonomia” (AUT)**; **“Atividades Passadas Presentes e Futuras” (PPF)**; **“Participação Social” (PSO)**; **“Morte e Morrer” (MEM)** e **“Intimidade” (INT)**. Cada uma destas dimensões possui 4 perguntas, que podem oscilar de 4 a 20 pontos. Nesta escala, pontuações altas representam uma alta QdV e pontuações baixas representam uma baixa QdV. Cada dimensão tem uma definição específica, importante para a compreensão deste instrumento. Primeiramente temos o funcionamento sensorial, que segundo Vilar (2015, p. 37), “avalia o **funcionamento sensorial** e o impacto das capacidades sensoriais na qualidade de vida”. Seguidamente temos a **autonomia**, que “avalia a capacidade para viver de fome autónoma e tomar decisões” (Vilar, 2015, p. 37). Em terceiro lugar temos as **atividades passadas, presentes e futuras**, que “avaliam a satisfação com objetivos alcançados na vida e projetos por realizar” (Vilar, 2015, p. 37). Em quarto lugar temos a **participação social**, que “avalia a participação em atividades do quotidiano/de vida diária, especialmente na comunidade” (Vilar, 2015, p. 37). Em quinto lugar temos a **morte e morrer**, que “avalia preocupações e medos acerca de morte e morrer” (Vilar, 2015, p. 37). Por fim, temos a **intimidade** que “avalia a capacidade para ter relações pessoais” (Vilar, 2015, p. 37).

### **Perfil Sociodemográfico**

Foi avaliada através de um questionário (Apêndice III) realizado pela autora do projeto, sendo os seus itens importantes para a descrição da amostra e objetivos do estudo. A caracterização teve 4 perguntas de resposta fechada, acerca da idade, do estado civil, do género e da escolaridade.

### 6.3. Procedimentos de Recolha de Dados

Os participantes deste estudo são os 30 idosos que usufruem dos serviços de apoio da Santa Casa da Misericórdia de Alcatarilha. E a diretora técnica da Santa Casa da Misericórdia de Alcatarilha.

Os critérios de inclusão são os seguintes: idade mínima de 65 anos, sem um declínio cognitivo, e capacidade para responder aos questionários.

Os participantes foram selecionados através de um procedimento de amostragem por conveniência. A aplicação dos instrumentos foi realizada na Santa Casa da Misericórdia de Alcatarilha, num ambiente específico e individualmente.

O contacto com os participantes começou na Santa Casa da Misericórdia de Alcatarilha, onde primeiramente foi pedida autorização ao provedor da instituição (Apêndice I), a qual foi consentida, datada e assinada. Em segundo lugar foi feito o contacto com a população alvo, sendo que os mesmos preencheram o consentimento informado para participar no estudo. Foi garantida a confidencialidade dos dados fornecidos e a possibilidade de os participantes pararem com a investigação quando essa fosse a sua vontade. Os questionários foram auto preenchidos pelos participantes.

### 6.4. Procedimentos de Análise de Dados

Os dados foram analisados através do programa Statistical Package for the Social Sciences, Versão Window e de uma análise de conteúdo.

Na **estatística descritiva**, foram utilizadas a média e desvio padrão para as variáveis idade e qualidade de vida e as frequências para as variáveis, estado civil, escolaridade, género, os níveis de ansiedade geriátrica, sintomatologia depressiva e o estado mental.

Na **estatística inferencial**, foram utilizados testes de associações, especificamente coeficiente de correlação de pearson ( $r$ ) para variáveis intervalares e o coeficiente da correlação ponto-bisserial ( $r_{pb}$ ) para variáveis nominais dicotómicas.

## 7. RESULTADOS

### 7.1. Estudo 1 – Qualitativo

#### 7.1.1. *Análise da entrevista realizada à Diretora Técnica da SCMA*

Tabela 1 - Análise da Entrevista

Questão de Partida	Conceitos Chave	Dimensões	Sub-dimensões	Variáveis/Indicadores
Qual a importância das variáveis da Saúde Mental, ansiedade, depressão e estado mental, na Qualidade de Vida dos Idosos que usufruem dos serviços da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha?	Saúde Mental	Saúde Mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>× Ansiedade</li> <li>× Depressão</li> <li>× Funcionamento Cognitivo</li> </ul>	1. Considera que a saúde mental é importante para os idosos que frequentam as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e os Centros de Dia?
	Qualidade de Vida	Qualidade de Vida	<ul style="list-style-type: none"> <li>× Funcionamento Sensorial;</li> <li>× Autonomia;</li> <li>× Atividades Passadas, Presentes, Futuras;</li> <li>× Participação Social;</li> <li>× Morte e Morrer;</li> <li>× Intimidade.</li> </ul>	2. Na sua opinião, acha que deveriam existir estratégias de promoção da saúde mental para melhorar a Qualidade de Vida dos idosos das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e para os idosos do Centro de Dia?

A tabela 4 representa a entrevista realizada à diretora técnica, onde foram descritas duas perguntas e foi feito uma análise de conteúdo, para ajudar a perceber a importância da saúde mental para os idosos que usufruem dos serviços da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha.

- × **Pergunta 1: Considera que a saúde mental é importante para os idosos que frequentam as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e os Centros de Dia?**

**Resposta:** “Considero que sim, é bastante importante e cada vez mais vai aparecer problemas de saúde mental, devido ao stress diário que existe no nosso dia a dia, não existindo prevenção e é importante existir profissionais que acautelem, previnam e retardem este tipo de problemas”.

A saúde mental é considerada importante para os idosos que residem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e frequentam Centros de Dia (CD).

A resposta aponta para vários fatores que justificam essa importância: Stress Diário, destaca que o stress do dia-a-dia pode ter um impacto significativo na saúde mental dos idosos, tornando-os mais suscetíveis a problemas psicológicos. Falta de Prevenção, salienta a ausência de medidas preventivas em relação à saúde mental, indicando a necessidade de ações proativas para evitar e retardar problemas nessa área. Profissionais de Saúde Mental, enfatiza a importância da presença de profissionais de saúde mental que possam cuidar, prevenir e tratar os problemas de saúde mental dos idosos. Portanto, a conclusão geral é que a saúde mental é uma questão crítica para os idosos que frequentam ERPI e CD, e devem existir medidas inovadoras para atender a essas necessidades, prevenir problemas de saúde mental e garantir o bem-estar geral dos idosos nesses contextos. A resposta sugere a importância de uma abordagem holística que considera a saúde mental como parte integrante do cuidado dos idosos.

- × **Pergunta 2: Na sua opinião, acha que deveriam existir estratégias de promoção da saúde mental para os idosos das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas e para os idosos do Centro de Dia?**

**Resposta:** “Não existem estratégias de promoção de saúde mental para os idosos em ERPI. É uma área que é bastante descurada, porque não é obrigatório uma psicóloga, fazendo está falta na equipa multidisciplinar, uma vez que cada vez mais existem problemas de demência e depressões”.



A resposta dada à pergunta 2, sobre a existência de estratégias de promoção de saúde mental para os idosos nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) e Centros de Dia (CD) enfatiza a falta de tais estratégias e a ausência de profissionais de saúde mental, como psicólogos, nas equipas multidisciplinares. A conclusão principal desta resposta é que atualmente, não existem estratégias de promoção de saúde mental para idosos em ERPI e CD, e há uma lacuna na prestação de cuidados em saúde mental nesses ambientes.

A resposta aponta para vários fatores que justificam essa conclusão:

1. Falta de Profissionais de Saúde Mental, destaca a ausência de psicólogos e outros profissionais de saúde mental nas equipas multidisciplinares que atendem os idosos em ERPI e CD.
2. Problemas de Demência e Depressão, menciona uma prevalência crescente de problemas de demência e depressão entre os idosos, que não estão a ser resolvidos devido à falta de estratégias de promoção da saúde mental.

Portanto, a conclusão geral é que a falta de estratégias de promoção de saúde mental é uma preocupação significativa nos contextos de ERPI e CD, especialmente à luz do aumento de problemas relacionados à demência, depressão e ansiedade. A resposta sugere a necessidade urgente de desenvolver e implementar estratégias de promoção de saúde mental para atender às necessidades dos idosos e melhorar a sua qualidade de vida. Isso pode incluir a integração de profissionais de saúde mental nas equipas de cuidados e o desenvolvimento de programas específicos para questões de saúde mental.

## 7.2. Estudo 2 – Quantitativo

### 7.2.1. **Caracterização sociodemográfica dos participantes**

Tabela 2 - Caracterização sociodemográfica da amostra

		<b>Género Feminino 25 (83,33%)</b>	<b>Género Masculino 5 (16,67%)</b>	<b>TOTAL 30 (100%)</b>
<b>IDADE (M; DP)</b>		(84,56; 7,24)	(80,60; 8,36)	(83,90; 7,43)
<b>ESTADO CIVIL</b>	Solteiro	2 (8%)	0 (0,00%)	2 (6,70%)
	Casado	0 (0,00%)	2 (40%)	2 (6,70%)
	Divorciado/Separado	0 (0,00%)	1 (20%)	1 (3,30%)
	Viúvo	23 (92%)	2 (40%)	25 (83,30%)
<b>ESCOLARIDADE</b>	Sem Escolaridade	5 (20%)	0	5 (16,70%)
	2ª Classe	2 (8%)	0,00	2 (6,70%)
	3ª Classe	8 (32%)	3 (60%)	11 (36,70%)
	4ª Classe	10 (40%)	2 (40%)	12 (40%)

Como é possível observar, na tabela 1, a amostra é constituída por 30 participantes, 25 (83,33%) do sexo feminino e 5 (16,67%) do sexo masculino.

A idade dos participantes varia entre 65 e os 92 anos, tendo uma média de 83,90 e um desvio-padrão de 7,43.

No que toca ao estado civil, 2 participantes (6,70%) são solteiros; 2 participantes (6,70%) são casados; 1 participante (3,30%) é divorciado/separado e 25 participantes (83,30%) são viúvos.

Relativamente à escolaridade, 5 participantes (16,70%) não têm nenhuma escolaridade; 2 (6,70%) participantes frequentam a 2ª classe; 11 participantes (36,70%) frequentam a 3ª classe e 12 participantes (40,00%) frequentam a 4ª classe.

### 7.2.2. Caracterização da amostra a nível da ansiedade, da sintomatologia depressiva, do estado mental e da qualidade de vida

Tabela 3 - Caracterização da amostra a nível da ansiedade, da sintomatologia depressiva, do estado mental e da qualidade de vida

		<b>Género Feminino 25 (83,33%)</b>	<b>Género Masculino 5 (16,67%)</b>	<b>Total 30 (100%)</b>
<b>ANSIEDADE</b>	Sem Ansiedade	13 (52%)	4 (80%)	17 (56,70%)
	Com Ansiedade	12 (48%)	1 (20%)	13 (43,30%)
<b>DEPRESSÃO</b>	Sem Sintomatologia Depressiva	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
	Com Sintomatologia Depressiva	25 (100%)	5 (100%)	30 (100%)
<b>ESTADO MENTAL</b>	Sem Declínio Cognitivo	14 (56%)	5 (100%)	19 (63,3%)
	Com Declínio Cognitivo	11 (44%)	0 (0,00%)	11 (36,7%)
<b>QUALIDADE DE VIDA</b>	Funcionamento Sensorial ( <b>M, DP</b> )	(15,20; 4,49)	(17,60; 3,13)	(15,60; 4,34)
	Autonomia ( <b>M, DP</b> )	(11,48; 3,04)	(12,20; 1,48)	(11,60; 2,84)
	Atividades Passadas Presentes e Futuras ( <b>M, DP</b> )	(13,96; 2,54)	(12,00; 3,00)	(13,63; 2,67)
	Participação Social ( <b>M, DP</b> )	(14,08; 2,72)	(15,00; 1,73)	(14,23; 2,58)
	Morte e Morrer ( <b>M, DP</b> )	(9,84; 5,76)	(12,00; 5,66)	(10,20; 5,70)
	Intimidade ( <b>M, DP</b> )	(13,76; 3,32)	(13,80; 3,63)	(13,77; 3,31)
<b>TOTAL QV</b>		(78,32;11,10)	(82,60;6,88)	(79,03; 10,54)

A Tabela 2 apresenta a caracterização da amostra ao nível da ansiedade geriátrica, da sintomatologia depressiva, do estado mental e da qualidade de vida.

No que respeita aos níveis de ansiedade geriátrica, 13 idosos (43,30%) com ansiedade, 12 mulheres (48%) e 1 homem (20%). Todos os participantes apresentam sintomatologia depressiva.

Em relação ao estado mental, 14 mulheres (56%) e 5 homens (100%), não apresentam declínio cognitivo, por outro lado existem 11 mulheres (44%) com declínio cognitivo.

Quanto à qualidade de vida, é importante avaliar cada domínio, começamos pelo Funcionamento Sensorial, a nível feminino os participantes, em média, tiveram uma avaliação positiva ao funcionamento sensorial (por exemplo, visão, audição, etc.). O desvio padrão de 4,49 indica uma certa variabilidade nas respostas, sugerindo que há alguma diferença nas perceções individuais sobre o funcionamento sensorial; a nível masculino a média de 17,60 sugere uma avaliação positiva no domínio de **Funcionamento Sensorial** entre os participantes do sexo masculino. O desvio padrão

de 3,13 indica uma variabilidade moderada nas respostas, sugerindo diferentes percepções sobre o funcionamento sensorial; o total, indica que a média de 15,60 sugere uma avaliação global positiva no domínio de Funcionamento Sensorial. O desvio padrão de 4,34 indica uma variabilidade moderada nas respostas, sugerindo diferentes percepções sobre o funcionamento sensorial entre todos os participantes.

Em seguida, a **Autonomia**, a nível feminino a média de 11,48 indica uma avaliação positiva da autonomia, sugerindo que os participantes se sentem capazes e independentes. O desvio padrão de 3,04 indica uma variabilidade moderada nas respostas sobre a autonomia; a nível masculino a média de 12,20 indica uma avaliação positiva da autonomia entre os participantes masculinos. O desvio padrão de 1,48 sugere uma consistência maior nas respostas, indicando que as percepções sobre a autonomia são mais uniformes neste grupo; total a média de 11,60 sugere uma avaliação positiva global na autonomia. O desvio padrão de 2,84 indica uma variabilidade moderada nas respostas, sugerindo diferentes percepções sobre a autonomia entre todos os participantes.

Em seguida, as **Atividades Passadas Presentes e Futuras**, a nível feminino, a média elevada sugere uma avaliação bastante positiva em relação às atividades passadas, presentes e futuras. O desvio padrão relativamente baixo de 2,54 indica que as respostas estão mais consistentes entre os participantes nesse domínio; a nível masculino, a média de 12,00 sugere uma avaliação moderada no domínio de Atividades Passadas, Presentes e Futuras. O desvio padrão de 3,00 indica uma variabilidade moderada nas respostas, sugerindo diferentes perspectivas sobre essas atividades; total a média de 13,63 sugere uma avaliação positiva global nas atividades passadas, presentes e futuras. O desvio padrão de 2,67 indica uma variabilidade moderada nas respostas, sugerindo diferentes perspectivas sobre essas atividades entre todos os participantes.

Em seguida a **Participação Social**, a nível feminino, a alta média de 14,08 sugere uma avaliação positiva da participação social. O desvio padrão de 2,72 indica uma variabilidade moderada nas respostas, mas ainda assim, a tendência é positiva; a nível masculino, a média de 15,00 indica uma avaliação positiva na Participação Social entre os participantes do sexo masculino. O desvio padrão de 1,73 sugere uma consistência maior nas respostas, indicando que as percepções sobre a participação social são mais uniformes neste grupo; no total, a média de 14,23 sugere uma avaliação global positiva na participação social. O desvio padrão de 2,58 indica uma variabilidade

moderada nas respostas, sugerindo diferentes percepções sobre a participação social entre todos os participantes.

Em seguida o **Morte e o Morrer** a nível feminino, a média de 9,84 indica uma avaliação mais baixa no domínio de Morte e Morrer. Além disso, o desvio padrão de 5,76 indica uma grande variabilidade nas respostas, sugerindo que as percepções sobre esse tema são mais diversas entre os participantes; a nível masculino, a média de 12,00 sugere uma avaliação moderada no domínio de Morte e Morrer entre os participantes masculinos. O desvio padrão de 5,66 indica uma variabilidade maior nas respostas, sugerindo diferentes perspectivas sobre este tema; no total, a média de 10,20 sugere uma avaliação global mais baixa no domínio de Morte e Morrer. O desvio padrão de 5,70 indica uma variabilidade maior nas respostas, sugerindo diferentes perspectivas sobre este tema entre todos os participantes.

Em seguida, a **Intimidade**, a nível feminino, a média de 13,76 sugere uma avaliação positiva no domínio de Intimidade. O desvio padrão de 3,32 indica uma variabilidade moderada nas respostas, sugerindo diferentes níveis de percepção sobre a intimidade; a nível masculino, a média de 13,80 sugere uma avaliação positiva na Intimidade entre os participantes do sexo masculino. O desvio padrão de 3,63 indica uma variabilidade moderada nas respostas, sugerindo diferentes percepções sobre a intimidade; no total, a média de 13,77 sugere uma avaliação positiva global na intimidade. O desvio padrão de 3,31 indica uma variabilidade moderada nas respostas, sugerindo diferentes percepções sobre a intimidade entre todos os participantes.

A **Qualidade de Vida Total**, a nível feminino, indica uma média total de 78,32 sugere uma avaliação global positiva da qualidade de vida. O desvio padrão de 11,10 indica uma certa variabilidade nas respostas, refletindo diferentes perspectivas dos participantes sobre sua qualidade de vida geral; a nível masculino os dados totais para a Qualidade de Vida (QdV), a média global para a Qualidade de Vida sugere uma avaliação geral positiva, com uma variabilidade moderada nas respostas. Isso reflete diferentes perspectivas dos participantes sobre sua qualidade de vida geral; no total, a média total de 79,03 sugere uma avaliação global positiva da Qualidade de Vida (QV). O desvio padrão de 10,54 indica uma variabilidade moderada nas respostas, refletindo diferentes perspectivas dos participantes sobre sua qualidade de vida geral.

### 7.2.3. Relação entre as variáveis da qualidade de vida, da ansiedade, da sintomatologia depressiva, do estado mental e da idade

Tabela 4 - Relação entre as variáveis da qualidade de vida, da ansiedade, da sintomatologia depressiva, do estado mental e da idade

	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
<b>1. Idade</b>	---										
<b>2. AG</b>	0,17	---									
<b>3. SD</b>	-0,10	0,23	---								
<b>4. EM</b>	-0,04	-0,06	-0,24	---							
<b>5. QdV</b>	-0,29	-0,56**	0,11	-0,09	---						
<b>6. FS</b>	-0,22	-0,18	0,05	-0,16	0,52**	---					
<b>7. AUT</b>	-0,16	-0,32	0,38*	-0,17	0,42*	-0,05	---				
<b>8. PPF</b>	0,06	-0,30	0,35	-0,23	0,60**	0,17	0,49**	---			
<b>9. PSO</b>	-0,06	-0,51**	0,02	0,13	0,70**	0,29	0,50**	0,60**	---		
<b>10. MEM</b>	-0,25	-0,17	-0,18	-0,05	0,27	-0,16	-0,29	-0,18	-0,19	---	
<b>11. INT</b>	-0,06	-0,33	-0,03	0,23	0,64**	0,31	0,26	0,32	0,47**	-0,12	---

Nota: \* p<0,05; \*\* p<0,01

A tabela 3 apresenta a relação entre as variáveis da qualidade de vida, da ansiedade geriátrica, da sintomatologia depressiva, do estado mental e da idade.

No que refere à associação entre a qualidade de vida e a ansiedade geriátrica, pode constatar-se que existe uma relação negativa ( $r = -0,56$ ;  $p < 0,01$ ). Deste modo podemos retirar que quanto maior ansiedade existir nos participantes menor será a qualidade de vida dos mesmos.

A ansiedade está também associada com a participação social, neste caso uma relação negativa ( $r = -0,51$ ;  $p < 0,01$ ). Compreendendo que quanta maior ansiedade existir nos participantes menor será a sua participação social.

No que respeita a sintomatologia depressiva, esta encontra-se associada à autonomia apenas, tendo as mesmas uma relação positiva ( $r = 0,38$ ;  $p < 0,05$ ). Deste modo podemos retirar que quanto maior sintomatologia depressiva existir nos participantes maior será também a autonomia dos mesmos.

A qualidade de vida por sua vez está relacionada com o funcionamento sensorial ( $r = 0,52$ ;  $p < 0,01$ ), com a autonomia ( $r = 0,42$ ;  $p < 0,05$ ), com as atividades passadas presentes e futuras ( $r = 0,60$ ;  $p < 0,01$ ), com a participação social ( $r = 0,70$ ;  $p < 0,01$ ) e com a intimidade ( $r = 0,64$ ;  $p < 0,01$ ). Desta forma retiramos que quanto maior for a qualidade de vida dos participantes, maior será o funcionamento sensorial, a autonomia, as atividades passadas presentes e futuras, a participação social e a intimidade dos mesmos.

No que respeita a autonomia, esta está associada às atividades passadas presentes e futuras ( $r= 0,49$ ;  $p<0,01$ ), uma relação positiva, desta forma, quando a autonomia aumenta as atividades passadas presentes e futuras também aumentam. Além disso, a autonomia está associada positivamente à participação social ( $r= 0,50$ ;  $p<0,01$ ), ou seja, quanto maior participação social existir maior será também a autonomia dos participantes.

De acordo com as atividades passadas, presentes e futuras, estas relacionam-se positivamente com a participação social ( $r= 0,60$ ;  $p<0,01$ ), ou seja, quanto maior for a participação social, maior também será as atividades passadas, presentes e futuras. Por fim, temos a intimidade associada positivamente com a participação social ( $r= 0,47$ ;  $p<0,01$ ), deste modo, quanto maior for a intimidade dos participantes, maior também será a participação social entre os mesmos.

## 8. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O presente estudo aborda a saúde mental e cognitiva de um grupo de 30 idosos que utilizam os serviços da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha, com este estudo foi possível observar algumas informações, que iremos descrever neste tópico do trabalho.

Dos trinta participantes, a maioria é composta por mulheres (25) em comparação com homens (5). Quanto à ansiedade, 13 idosos foram identificados como tendo esse problema, sendo que a maioria (12) é do sexo feminino. Todos os participantes apontaram para provável sintomatologia depressiva, o que sugere que existe uma presença significativa de sintomas depressivos no grupo. A maioria dos participantes (19) não apresentam um declínio cognitivo, mas onze mulheres, no entanto, foram identificadas como tendo declínio cognitivo, o que sugere uma possível disparidade de gênero nesse aspeto. A maioria dos participantes é viúvo, indicando que muitos podem estar a enfrentar sentimentos de solidão e o luto pela perda do cônjuge. A informação de que a maioria tem a 4ª classe pode sugerir que o grupo possui um nível educacional mais baixo, uma vez que há uns anos a escolaridade não tem as condições que tem atualmente e muitas famílias não tinham possibilidades financeiras para continuar a seguir os estudos, tendo de trabalhar desde cedo.

Existem vários estudos que demonstram que as mulheres idosas podem ser, mas propensas a relatar sintomas de ansiedade e depressão. Fatores biológicos, sociais e culturais podem desempenhar um papel importante nesses grupos. O declínio cognitivo em mulheres pode ser influenciado por fatores como a expectativa de vida mais longa em comparação com os homens. Além disso, condições médicas específicas ao gênero, como a demência, podem afetar as mulheres de maneiras diferentes. O facto de a maioria dos participantes ser viúva, pode estar associado a sentimentos de solidão e isolamento, como descritos anteriormente, o que pode contribuir para sintomas depressivos, além disso, o nível educacional mais baixo (4ª classe) pode também estar relacionado a uma menor conscientização sobre a saúde mental ou o acesso limitado a esses recursos. A avaliação positiva para todos os participantes para a sintomatologia depressiva, pode indicar que o ambiente institucional ou as condições de vida em geral podem contribuir para esses sintomas. Também pode ser resultado de métodos de avaliação sensíveis ou de um grupo de idosos em maior risco. Fatores não mencionados, como condições físicas, histórico familiar, suporte social e atividade física, podem ter um impacto significativo na saúde mental e cognitiva dos idosos e como consequência provocar também uma boa qualidade de vida.



É importante mencionar que a presença de sintomas depressivos em todos os participantes pode indicar a necessidade de intervenções mais aprofundadas da saúde mental e de apoio social para a melhoria da qualidade de vida destes idosos.

No que respeita a qualidade de vida e a ansiedade, como referido nos resultados, uma maior qualidade de vida está geralmente associada a fatores como satisfação com a saúde, relações sociais positivas e a habilidade funcional. Quando os idosos têm uma boa qualidade de vida, podem sentir-se mais capazes para lidar com desafios, o que pode contribuir para níveis mais baixos de ansiedade geriátrica. Além disso, a participação em atividades significativas, suporte social e boa saúde mental, todos associados à qualidade de vida, tendem a ser protetores contra a ansiedade. Portanto, a relação negativa entre a Qualidade de Vida e a Ansiedade Geriátrica sugere que investir em aspetos que promova uma melhor qualidade de vida pode ter benefícios para a saúde mental, reduzindo a ansiedade nos idosos.

No que respeita a ansiedade geriátrica e a participação social, como os resultados demonstraram, a ansiedade geriátrica pode afetar negativamente a participação social, pois a ansiedade pode levar a uma menor disposição para se envolver em atividades sociais. A ansiedade geriátrica, frequentemente associada a preocupações excessivas, medos ou inquietações relacionadas com o envelhecimento, pode influenciar negativamente a participação social. Indivíduos com ansiedade podem sentir desconforto em ambientes sociais, levando a uma redução na busca de interações sociais. A ansiedade pode agir como uma barreira, limitando a disposição de participar em atividades sociais e, assim, afetando a qualidade de vida social.

De acordo com a relação inversa entre a ansiedade geriátrica e a autonomia, isto sugere que níveis elevados de ansiedade podem comprometer a sensação de independência e autodeterminação. A constante apreensão e preocupação podem levar a uma hesitação em tomar decisões ou realizar tarefas quotidianas sem assistência, impactando negativamente a autonomia e a qualidade de vida.

Relativamente à relação positiva entre a sintomatologia depressiva e a autonomia, esta pode ser interpretada considerando que, em alguns casos, a busca por autonomia pode ser uma estratégia de enfrentamento utilizada por indivíduos com sintomas depressivos. Manter um senso de controle sobre as próprias ações pode servir como uma tentativa de lidar com a depressão e preservar a autonomia percebida.

No que respeita a Qualidade de vida e as suas subcategorias, a qualidade de vida é uma medida multidimensional que incorpora aspetos físicos, sociais e psicológicos, está positivamente associada ao funcionamento sensorial, à autonomia,

às atividades passadas, presentes e futuras, à participação social e à intimidade. O que reflete uma interconexão desses fatores na contribuição para uma vida considerada positiva pelos idosos.

A autonomia, por sua vez, é entendida como a capacidade de agir de forma independente e está positivamente relacionada com as atividades passadas, presentes e futuras, bem como a participação social. O que destaca a importância da autonomia na promoção da participação ativa da vida quotidiana e nas interações sociais.

As atividades passadas, presentes e futuras estão associadas à participação social, isto porque o engajamento em atividades ao longo do tempo está positivamente relacionado à participação social. Participar em atividades pode criar uma base rica de experiências que contribuem para uma vida social mais ativa, com maior disposição para interações.

A intimidade, relacionada com as conexões emocionais próximas, esta positivamente associada à participação social. Relacionamentos íntimos podem servir como uma fonte de apoio emocional, encorajando a participação em atividades social e fortalecendo laços sociais.

Em resumo, esta análise revela a complexidade das relações entre as variações estudadas e destaca a importância de considerar uma abordagem holística para melhorar a qualidade de vida dos idosos, levando em conta fatores psicológicos, sociais e emocionais. Além disso, ressaltamos a necessidade de instruções específicas para lidar com a ansiedade geriátrica e promover uma participação social ativa.

## **PARTE III – PROJETO DE INTERVENÇÃO**

## **9. Proposta Projeto de Intervenção “Saúde Mental 65+”**

O envelhecimento populacional é uma realidade global, e à medida que a sociedade busca proporcionar qualidade de vida aos idosos, a atenção à saúde mental torna-se imperativa. Ansiedade, depressão e declínio cognitivo são desafios frequentes nesta fase da vida. O projeto “*Saúde Mental 65+*” surge da necessidade de oferecer uma abordagem inovadora e holística para mitigar esses desafios.

### **9.1. Fundamentação do Projeto**

O “*Saúde Mental 65+*” é um projeto dedicado a fortalecer laços e promover atividades que estimulam a mente e a socialização entre os idosos. Através de abordagens inovadoras, buscamos ativamente melhorar a qualidade de vida, combater a ansiedade e a depressão, e proporcionar momentos significativos de conexão. Este nasce da necessidade de aprimorar a saúde mental, combater ansiedade e depressão, e fomentar a interação entre idosos.

A atividade central deste projeto são as “Cartas Mistério”, que visam criar vínculos emocionais, enquanto existe uma estimulação da memória, um fator crucial para o bem-estar dos participantes. O declínio cognitivo na terceira idade não é inevitável. Estudos demonstram que atividades cognitivamente estimulantes e socialmente interativas podem contribuir para a preservação das funções mentais.

A memória desempenha um papel central na identidade e bem-estar emocional dos indivíduos. Preservar e estimular a memória não apenas contribui para a funcionalidade cognitiva, mas também permite que os idosos mantenham uma conexão com suas histórias pessoais, promovendo uma sensação de continuidade e significado.

O “*Saúde Mental 65+*” destaca-se pela abordagem holística, reconhecendo que a saúde cognitiva está intrinsecamente ligada à saúde emocional e social. Além da estimulação cognitiva, o projeto prioriza a interação social, promovendo uma atmosfera de apoio e pertencimento.

A escolha de incorporar práticas sustentáveis no projeto não é apenas um compromisso com o meio ambiente, mas também uma estratégia para enriquecer a experiência terapêutica. Utilizar materiais reciclados não só contribui para a redução do impacto ambiental, mas também oferece uma dimensão sensorial adicional às atividades.

Por fim, a escolha da “Cartas Mistério” baseia-se na riqueza de estímulos, combinando desafios cognitivos com a criação de uma narrativa coletiva e interativa.

### 9.1.1. Desenvolvimento da Atividade: "Saúde Mental 65+ - Cartas Mistério"

A atividade Cartas Mistério está incorporada no projeto "Saúde Mental 65+", como sendo o seu principal aliado, iremos explicar como esta atividade se processa. Esta divide-se em 3 exercícios, sendo eles as caixas coloridas; a escolha das cartas mistério e colocação das cartas nas caixas.

Primeiramente existe uma **Integração com Terapia da Orientação para a Realidade (TOR)**, que é antes de iniciar a atividade, uma breve sessão de Terapia da Orientação para a Realidade (TOR) será conduzida. Esta etapa visa situar os participantes no tempo, espaço e contexto, promovendo uma transição suave para a atividade principal. A TOR é crucial para criar uma base cognitiva sólida antes de iniciar os exercícios específicos da "Cartas Mistério".

Em segundo lugar, as **Caixas Coloridas: Estimulando a Memória a Curto Prazo**, na primeira etapa, os participantes serão introduzidos às caixas coloridas representando diferentes divisões da casa. Cada cor corresponderá a uma área específica, como sala de estar (vermelho), cozinha (amarelo), quarto (verde) e casa de banho (azul). O objetivo é memorizar as associações entre cores e divisões da casa, estimulando a memória a curto prazo e a atenção às nuances visuais.

Em terceiro lugar, a **Escolha das Cartas Mistério: Desafio à Memória e Gnosias**, em que os participantes serão apresentados a uma seleção de cartas mistério, cada uma representando um objeto comumente encontrado em uma casa. Os participantes serão desafiados a escolher uma carta, observar o objeto representado e identificar a divisão correspondente, lembrando-se da cor associada àquela área específica. Esta etapa busca estimular a memória semântica, as gnosias (reconhecimento de objetos) e a atenção seletiva.

Por fim, a **Colocação das Cartas nas Caixas: Integrando Linguagem e Funções Executivas**, na terceira fase da atividade envolve a colocação física das cartas nas caixas correspondentes. Os participantes utilizarão a informação retida na memória para decidir em qual caixa cada carta deve ser colocada. Além de reforçar a memória a curto prazo e semântica, essa etapa integra a linguagem, à medida que os participantes comunicam verbalmente suas escolhas, e as funções executivas, pois tomam decisões e planejam a ação.

Tabela 5 – Exemplificação da Estrutura das Sessões da Atividade "Cartas Mistério"

Estrutura das Sessões		Tempo
<b>Fase 1</b>	Iniciação da sessão	5 min
<b>Fase 2</b>	Terapia da Orientação para a Realidade (TOR)	10 min
<b>Fase 3</b>	Estimulação cognitiva com a atividade "Cartas Mistério" <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exercício 1:</b> Caixas Coloridas (memória a curto prazo);</li> <li>• <b>Exercício 2:</b> Escolha das Cartas Mistério (memória semântica, gnosias, funções executivas e linguagem);</li> <li>• <b>Exercício 3:</b> Colocação das cartas nas caixas (memória a curto prazo, memória semântica, atenção, funções executivas e gnosias).</li> </ul>	25 min
<b>Fase 4</b>	Finalização da sessão	5 min

É importante mencionar que, durante todo o processo, a equipe técnica estará atenta às necessidades individuais dos participantes. Adaptações serão feitas conforme necessário, levando em consideração o progresso, desafios enfrentados e feedback recebido. A interação constante com os idosos e a avaliação regular garantirá uma experiência personalizada e eficaz.

Que cada sessão seja não apenas uma atividade, mas um momento precioso onde as memórias se entrelaçam, e as conexões perduram. O "Saúde Mental 65+" não é apenas uma atividade; é uma celebração vibrante da vida, da sabedoria e da capacidade de criar memórias que perduram por gerações

## 9.2. Objetivos

- i. Melhorar a capacidade de atenção e concentração dos participantes.
- ii. Estimular a memória semântica, a memória de curto prazo e as funções executivas.
- iii. Fortalecer habilidades linguísticas e promover a comunicação interpessoal.
- iv. Desenvolver a capacidade de reconhecimento e associação através das gnosias.
- v. Proporcionar uma experiência terapêutica integrada, considerando aspectos cognitivos, emocionais e sociais.

### 9.3. Coordenação do Projeto e Equipa Técnica

A equipa técnica deste projeto podem ser até 4 profissionais, sendo os mesmos:

- × **Gerontólogo:** especialista em psicogerontologia, com enfoque na promoção da saúde mental e emocional em idosos. Responsável pela avaliação contínua do impacto emocional das atividades.
- × **Terapeuta Ocupacional:** com experiência em estimulação cognitiva e intervenções centradas nas atividades do quotidiano. Desenvolve estratégias personalizadas para a promoção da independência funcional.
- × **Animador Sociocultural:** especializado em animação sociocultural para idosos, com foco na criação de ambientes lúdicos e interativos. Responsável por dinamizar as atividades e promover a interação social.
- × **Assistente Social:** especializado em questões relacionadas ao envelhecimento. Responsável por avaliar as necessidades individuais dos participantes e fornecer suporte social.

A coordenação e a equipa técnica do projeto "Saúde Mental 65+" estão comprometidas em criar um ambiente terapêutico enriquecedor, adaptado às necessidades individuais dos participantes. O conhecimento interdisciplinar e a abordagem centrada na pessoa são fundamentais para o sucesso e o impacto positivo deste projeto inovador.

### 9.4. Público-Alvo

A população-alvo deste projeto seriam Indivíduos com mais de 65 anos, que apresentam um declínio cognitivo ligeiro (GDS 3-4). Para além disso, este grupo será constituído por 10 participantes, que terão de conseguir obter pontuação entre 18-26 no Mini-Mental State Examination (MMSE). Os participantes deverão também estar com alguma provável síndrome de depressão e alguma ansiedade para conseguirem usufruir destas atividades da melhor forma e obter resultados significativos.

### 9.5. Planificação da Intervenção

Primeiramente vai existir a seleção, a preparação do grupo em questão e a explicação da atividade, onde serão avaliados os participantes e selecionados com base no MMSE. Será exercido também um exercício de apresentação do grupo e esclarecimento de alguma dúvida.

De seguida, serão apresentadas as fases do projeto, que irão começar com uma Fase Inicial (1 a 2 semanas), com as apresentações, explicações das atividades e a seleção do grupo. Depois será feita uma avaliação inicial e a definição de metas individuais a serem alcançadas. Na terceira fase iremos entrar nas fases intermediárias (3 a 18 semanas), com sessões semanais de “Cartas Mistério” com foco em diferentes domínios cognitivos e atividades paralelas de integração social e suporte emocional. Na fase final (19 a 22 semanas), será realizada uma avaliação final das metas individuais e a sessão de encerramento com a celebração e a partilha de experiências sentidas. Portanto esta atividade teria uma duração de 6 meses, caso não sejam significativos os resultados seriam prolongados durante mais 6 meses, ou seja, 1 ano.

### **9.6. Breve desenvolvimento das atividades propostas**

As atividades propostas irão ser desenvolvidas a partir de 3 grandes grupos, sendo eles as cartas mistério, as sessões de integração social e os workshops de sustentabilidade. Serão explicadas agora cada um dos grupos.

*Tabela 6 . Breve desenvolvimento das atividades*

<b>Cartas Mistério</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ Exercícios semanais de Caixas Coloridas, Escolha das Cartas Mistério e Colocação das Cartas nas Caixas.</li> <li>✘ Utilização de materiais reciclados para reforçar a mensagem de sustentabilidade.</li> </ul>
<b>Sessões de Interação Social</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✘ Momentos de partilha e discussão sobre as experiências vividas durante as atividades.</li> <li>✘ Atividades lúdicas e recreativas promovendo a socialização.</li> </ul>



## 9.7. Avaliação do Projeto

Nesta parte do trabalho será ser descrita a avaliação do projeto, esta que se dividiu em 3 partes essenciais, sendo essas a avaliação contínua, a avaliação final e os indicadores de sucesso que poderão ser considerados na realização do projeto. Iremos então descrever cada parte na tabela seguinte.

*Tabela 7 - Avaliação do Projeto de Intervenção*

<b>Avaliação Contínua</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✗ Monitoramento regular do progresso individual e do grupo.</li><li>✗ Observação direta e feedback dos participantes e da equipa técnica.</li></ul>
<b>Avaliação Final</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✗ Avaliação quantitativa e qualitativa dos objetivos gerais e específicos.</li><li>✗ Entrevistas individuais para recolha de testemunhos e perceções.</li></ul>
<b>Indicadores de Sucesso</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>✗ Melhoria nas pontuações do MMSE.</li><li>✗ Incremento na participação e interação social.</li><li>✗ Demonstração de práticas sustentáveis no quotidiano.</li></ul>

O projeto "Saúde Mental 65+" é uma abordagem inovadora e integrada, visando não apenas a saúde cognitiva, mas a promoção do bem-estar emocional e social, incorporando práticas sustentáveis para um impacto positivo abrangente.

## CONCLUSÃO

Com este trabalho foi possível compreender como o conceito de qualidade de vida é amplo e engloba diversas dimensões da vida humana, indo além das necessidades básicas de sobrevivência. Esta inclui aspetos como a saúde física e mental, os relacionamentos sociais, a educação, o respeito pelo meio ambiente, o lazer e a cultura. A qualidade de vida é uma experiência completa, composta por dimensões positivas, como a mobilidade, o bem-estar emocional e negativas, como a dor e o desconforto.

A saúde mental por sua vez desempenha um papel vital na qualidade de vida, influenciando dimensões emocionais, relacionamentos e o bem-estar. Transtornos mentais, como a ansiedade e a depressão afetam negativamente a qualidade de vida. Transtornos neuro-cognitivos, como as demências, prejudicam a função cognitiva, impactando a vida humana quotidiana.

Resumindo, a saúde mental e a qualidade de vida estão englobadas e um bom tratamento é adequado para melhorar o bem-estar dos idosos. Compreender e perceber o impacto destas dimensões é fundamental para o tratamento eficaz das mesmas e para a promoção de uma vida plena e saudável.

A saúde mental tem um impacto significativo na QV dos idosos. Aqueles com boa saúde mental desfrutam de maior bem-estar emocional, satisfação na vida e relacionamentos positivos.

A análise das entrevistas conseguiu fornecer como a saúde mental seria importante nos lares e como os idosos devem ter acesso a estes recursos, porque cada vez mais a saúde mental aumenta e prejudica a população, especialmente depois do aparecimento da covid-19. É crucial considerar a individualidade de cada idoso e as circunstâncias específicas da ERPI e do CD durante a avaliação dessas questões.

Relativamente às correlações encontradas neste estudo, compreende-se a importância da saúde mental, com foco na ansiedade e na depressão, na qualidade de vida dos idosos em ambientes como CD e ERPI. A oferta de apoio e intervenções direcionadas à saúde mental pode ter um impacto positivo na qualidade de vida dos idosos. Além disso, a relação pouco significativa entre o funcionamento cognitivo e a qualidade de vida destaca a relevância de abordar outros fatores, como ambiente, apoio social e saúde física, na busca pelo bem-estar holístico dos idosos.

Este estudo apresenta teve diversas vantagens, sendo essas, a avaliação multifacetada: O estudo aborda vários aspetos da saúde mental, funcionamento

cognitivo e qualidade de vida. Isso proporciona uma imagem completa e abrangente das necessidades dos idosos. As correlações estatísticas, a análise de correlações de Pearson destaca relações significativas entre variáveis, permitindo a identificação de conexões importantes entre fatores, como idade, saúde mental e funcionamento cognitivo. A identificação de áreas de preocupação, o estudo identifica áreas críticas, como ansiedade e depressão, que podem orientar intervenções direcionadas em saúde mental. Por fim a promoção da saúde, os resultados do estudo oferecem abordagens valiosas para o desenvolvimento de estratégias de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida dos idosos na amostra.

Este estudo apresenta teve também algumas limitações, sendo essas, o tamanho da amostra, a amostra é relativamente pequena, o que pode limitar a generalização dos resultados para populações maiores. A avaliação da saúde mental, a avaliação de ansiedade e depressão é baseada em questionários auto relatados, não em diagnósticos clínicos, o que pode limitar a precisão dos resultados. Por fim, a diversidade cultural, os resultados podem não ser representativos devido à falta de consideração de fatores culturais e étnicos, que desempenham um papel importante na saúde e no bem-estar.

Apesar das limitações, este estudo contribui significativamente para a compreensão das necessidades dos idosos em relação à saúde mental e à qualidade de vida, bem como para o desenvolvimento de estratégias de apoio direcionadas.

Concluindo, a saúde mental desempenha um papel crucial na qualidade de vida (QV) das pessoas. Transtornos mentais, como ansiedade e depressão, podem afetar negativamente a QV, levando a sentimentos de angústia, isolamento e redução do bem-estar emocional. Por outro lado, a promoção da saúde mental, a gestão de condições de saúde mental e o acesso a cuidados de saúde mental de qualidade são essenciais para melhorar a QV. Isso destaca a importância de abordar a saúde mental como parte integrante da promoção de uma QV satisfatória, destacando sua influência direta nas dimensões emocionais, sociais e psicológicas que compõem a QV. Portanto, reconhecer e cuidar da saúde mental é fundamental para garantir que as pessoas desfrutem de uma boa qualidade de vida em todos os aspectos que a compõem.

## REFERÊNCIAS

Afonso, M. T. M. (2022). *A demência no idoso*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/102465>.

Almeida, M. L. C. M. S. (2011). *Ansiedade, Depressão e Ideação suicida, coping em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório Científico. <https://recil.ensinolusofona.pt/jspui/bitstream/10437/1696/1/TESE%20LURDES%20final%20Entregue.pdf>

Alonso, M. A., Sánchez, L. E., & Martínez, B. A. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT (1ª ed.)*. Publicaciones del INICO [http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas\\_4.pdf](http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf)

American Psychiatric Association (2015). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais – DSM-IV. (5ª ed.)*. Artmed Editora Ltda. [http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM\\_V.pdf](http://dislex.co.pt/images/pdfs/DSM_V.pdf)

Assembleia Mundial de Saúde. (2003). *A Promoção da Saúde – A Carta de OTTAWA*. [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta\\_ottawa.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf)

Ballesteros, F. R., Fresneda, R. M., Martínez, J. I., & Zamarrón, M. D. (1999). *La Felicidad. Que es la psicología de la vejez (2ª Edição)*. Biblioteca Nueva.

Bárrios, M. J., & Fernandes, A. A. (2014). A promoção do envelhecimento ativo ao nível local: análise de programas de intervenção autárquica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32 (2), páginas 188-196. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/106094/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202014%20-%20v32n2a08%20-%20p188-196.pdf>

Cancela, D. M. G. (2007, maio 16). *O Processo de Envelhecimento*. Psicologia.pt <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>

Canhestro, A. (2022). *Promoção do Envelhecimento Saudável e Ativo*. [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34565/1/ulsd731954\\_td\\_Ana\\_Canhestro.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/34565/1/ulsd731954_td_Ana_Canhestro.pdf)

Chaves, A. S., Santos, A. M., Alves, M. T. S. B., & Filho, N. S. (2015). Associação entre declínio cognitivo e qualidade de vida de idosos hipertensos. *Revista Brasileira Geriátrica Gerontologia, Rio de Janeiro*, 18 (3), páginas 545-556. <https://www.scielo.br/j/rbqg/a/mS63vDNVS6b88fgrsZGgBdB/?format=pdf&lang=pt>

Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2018). Espiritualidade e qualidade de vida de pessoas idosas: um estudo relacional. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19 (3), páginas 591-604. <http://dx.doi.org/10.15309/18psd190310>

Dicionário Português (2023, dezembro). Ansiedade. <https://dicionario.priberam.org/ansiedade>

Dicionário Português (2023, dezembro). Depressão. <https://dicionario.priberam.org/depress%C3%A3o>

Direção Geral de Saúde. (2017). Saúde Mental. [https://www.chpl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/39/2020/09/DGS\\_PNSM\\_2017.10.09\\_v2.pdf](https://www.chpl.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/39/2020/09/DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf)

Fernández-Ballesteros, R. & Caprara, M. G., & García, L. F. (2004). Vivir con vitalidad: un programa europeo multimedia. *Intervención Social*, 1 (3), páginas 65-85.

Fernández-Ballesteros, R. (1998). Quality Of Life: Concept and Assessment. *Psychological Science* 1 (1), páginas 387-428.

Fleck, M, P, A; Chamovich, E; Trentini, C, M, 2003. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 2003, 37 (6).

Folstein, M., Folstein, M., & McHugh, P. (1975). Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), páginas 189-198.

Fonseca, A, M. (2020). *Ageing in Place, Envelhecimento em Casa e na Comunidade em Portugal. Ageing in Place Portugal*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Educação e Psicologia]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa. [Aging in place, envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal — Ciência-UCP | Universidade Católica Portuguesa](https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400/10400/1/Agina%20place%20envelhecimento%20em%20casa%20e%20na%20comunidade%20em%20portugal%20-%20ciencia-ucp%20|%20universidade%20catolica%20portuguesa)

Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Climepsi.

Gomes, F, M, R. (2020). *Perda e Luto em Cuidadores Informais de Pessoas Mais Velhas: “Ser mãe e deixar de ser filha”* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2548/1/Raquel\\_Gomes.pdf](http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/2548/1/Raquel_Gomes.pdf)

Gomes, S, D, J. (2017). *Vivências de Espiritualidade – Esperança e Satisfação com a Vida em Gerontes*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. Repositório científico do Instituto Politécnico de Beja. <https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/4643/1/Jose%20Gomes.pdf>

Guerreiro, M. (1998). *Contributo da Neuropsicologia para o estudo das demências* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina em Lisboa]. Repositório Científico da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/40348>

Guerreiro, M.; Silva, A. P.; Botelho, M. (1994). Adaptação à população portuguesa do trabalho do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa Neurologia*, volume (1), páginas 9–10. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=2003884>

Lisbon, M, E, V, M, P. (2015). *Turismo Sénior: Contributo para o Envelhecimento Ativo e Saudável* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26288/1/ulfi207960\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/26288/1/ulfi207960_tm.pdf)

Maciel, J, M, T. (2015). *Prevenção do declínio cognitivo*. [Dissertação de Mestrado. Universidade de Coimbra]. Repositório científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/37343/1/Prevencao%20do%20declinio%20cognitivo.pdf>

Matos, A. P., Firmino, H., Duarte, J., Oliveira, S., Rodrigues, P., Vilar, M. & Costa, J.J. (2019). A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15): Estudo com idosos saudáveis e com idosos com perturbações emocionais. *Diagnóstico e Avaliação Psicológica: Atas do 10º Congresso da AIDAP/AIDEP*, 3 (XXXVII), páginas 210-232.

Mestre, T, F, S. (2016). *Promoção da Saúde Mental em Gerontes através da Educação Social – Estamos Juntos no caminho para a Inclusão*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. Repositório científico do Instituto Politécnico de Beja. <https://repositorio.ipbeja.pt/handle/20.500.12207/4662>

Narciso, A, J, C. (2019). *A Reforma vivida e representada pelos aposentados da autoridade tributária*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. Repositório científico do Instituto Politécnico de Beja. [https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5302/1/Antero%20Narciso\\_disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf](https://repositorio.ipbeja.pt/bitstream/20.500.12207/5302/1/Antero%20Narciso_disserta%c3%a7%c3%a3o.pdf)

Neto, F. (2000). *Psicologia social* (1ª Edição). Universidade Aberta.

Neto, T. (2005). Relação entre alcance funcional e quedas no individuo muito idoso institucionalizado. [Dissertação de Mestrado, Universidade Atlântica]. Repositório científico na Universidade Atlântica. <https://repositorio-cientifico.essatla.pt/handle/20.500.12253/77>

Oliveira, D. V. Antunes, M. D. & Oliveira, J. F. (2017). Ansiedade e a sua relação com a qualidade de vida em idosos: revisão narrativa. *Revista do Departamento de Educação Física e Saúde e do Mestrado em Promoção da Saúde* da Universidade de Santa Cruz do Sul. <https://doi.org/10.17058/cinergis.v18i4.9951>

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2015). *World Report on Ageing and Health*. [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Organização Mundial de Saúde (OMS) (2023). *World Health Organization*. <https://www.who.int/>

Pachana, N. A., Byrne, G. J., Siddle, H., Koloski, N., Harley, E. & Arnold, E. Desenvolvimento e validação do Inventário de Ansiedade Geriátrica. (2007) *Int Psychogeriatr*, 19(1):103-14. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16805925/>

Pereira, M. (2016). *Envelhecimento e Avaliação Gerontológica Multidimensional: um Estudo de Base Comunitária no município de Vizela*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório científico do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1788/1/Magda\\_Pereira.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1788/1/Magda_Pereira.pdf)

Power, M., Quinn, K., Schmidt, S., & The WHOQOL-OLD Group (2005). Development of the WHOQOL-OLD module. *Quality of Life Research*, (14), 2197-2214. [https://www.researchgate.net/publication/7440408\\_Development\\_of\\_the\\_WHOQOL-old\\_module](https://www.researchgate.net/publication/7440408_Development_of_the_WHOQOL-old_module)

Rozzini, L., Chilovi, B. V. e Peli, M. (2009). Anxiety symptoms in mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24, páginas 300-305.

Santos, F. H., Andrade, V. M., & Bueno, O. F. A. (2009). Envelhecimento: Um processo multifatorial. *Psicologia em Estudo*, V (14), páginas 3-10. <https://www.scielo.br/j/pe/a/FmvzytBwzYqPBv6x6sMzXFq/?format=pdf&lang=pt>

Santos, P. (2000). *A depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.

Sawada, N. O. Nicolussi, A. C., De Paula, J. M. Garcia-Caro, M. P., Marti-Gracia, C. & Cruz-Quintana. (2016). Qualidade de vida de pacientes brasileiros e espanhóis com câncer em tratamento quimioterápico: revisão integrativa da literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(26), páginas 1-12.

Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). *O conceito de saúde*. *Revista de Saúde Pública*. 31 (5) pp. 538-42.

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/ztHNk9hRH3TJhh5fMgDFCFj/?format=pdf&lang=pt>

Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de Vida e Saúde: aspetos conceituais e metodológicos. *Saúde Pública*, 20 (2), pp. 580-588.

[https://www.researchgate.net/publication/26360282\\_Qualidade\\_de\\_vida\\_e\\_saude\\_aspetos\\_conceituais\\_e\\_metodologicos](https://www.researchgate.net/publication/26360282_Qualidade_de_vida_e_saude_aspetos_conceituais_e_metodologicos)

Serafim, F. M. M. P. (2007). *Promoção do bem-estar global na população sénior: práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas*. [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve] Repositório Científico da Universidade do Algarve.

<https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/659>

Silva, A, S, P. (2021, fevereiro). Saúde Mental na Terceira Idade. Conselho Regional de Psicologia. <https://crp13.org.br/noticias/saude-mental-na-terceira-idade/>

Silva, A. (2011). *Qualidade de vida do idoso institucionalizado em meio rural*. [Dissertação de Mestrado do Instituto Politécnico de Bragança] Repositório Científico do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/625>

Silva, M. (2018). *Depressão e Ansiedade e seus fatores associados: um estudo com a população sénior de Vila Nova de Gaia*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Serviço Social do Porto], Repositório Científico da Universidade do Porto].

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/625>

Simões, M, R; Sousa, L, B; Vilar, M; & Pinho, S; 2017. Instrumentos e contextos de avaliação psicológica. Chapter: Escala de Depressão Geriátrica (GDS).

SNS24 (2022). SAÚDE MENTAL. <https://crp13.org.br/noticias/saude-mental-na-terceira-idade/>

Teixeira, L, M, F. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia] Repositório Científico da Universidade de Lisboa.

[https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460\\_tm\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf)

Veras, R. (2016). Desenvolvimento saudável na perspetiva das crianças: uma revisão integrativa. *Revista brasileira geriátrica*, 20 (6), pp. 889-900

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/pSRcgwghsRTjc3MYdXDC9hF/?format=pdf&lang=pt>



Vilar, M, M, P. (2015). Qualidade de Vida em Adultos Idosos. [Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra] Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/28680?mode=full>

WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and status. *International Journal of Mental Health*, 23 (3), páginas 24-56.

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

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), páginas 37-49.

# APÊNDICES

## Apêndice I – Autorização para a realização do estudo na SCMA

Daniela Filipa Estorninho Cruz  
Bairro Che-Lagoense, Lote 52, 8400-303 – Lagoa  
Lagoa, 07 de setembro de 2022

Ex.mo Sr. Provedor da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de estudo no âmbito de Dissertação de Mestrado

Eu, Daniela Filipa Estorninho Cruz, Estagiária de Serviço Social na ERPI da Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha e discente do Curso de Mestrado em Gerontologia Social e Comunitária do Instituto Politécnico de Beja, venho por este meio solicitar a V. Ex.ª, **autorização para a realização de um estudo** na instituição vigente no âmbito da Dissertação de Mestrado.

A dissertação de mestrado está a ser orientada pela Professora Doutora Maria Cristina Faria, professora do Instituto Politécnico de Beja e coorientada pela Professora Diana Maria Morais, professora do Instituto Politécnico de Beja e debruça-se sobre: *Promoção de Saúde Mental e Qualidade de Vida em idosos da Comunidade de Alcantarilha.*

Com os melhores cumprimentos,

A mestranda,

Daniela Cruz

(Daniela Cruz)

**Tomei conhecimento:**

A Diretora Técnica,

Sónia Afonso  
Fátima Cruz

O Provedor,

Paulo Mendes  
SANTA CASA DA MISERICÓRDIA  
DE  
ALCANTARILHA  
CONT. Nº. 501 408 036

## Apêndice II - Entrevista à Diretora Técnica

### **GUIÃO DE ENTREVISTA PARA A DIRETORA TÉCNICA**

**Objetivo:** Investigar a relação entre as variáveis da Saúde Mental e a Qualidade de Vida dos Idosos que usufruem dos serviços da Santa casa da Misericórdia de Alcantarilha.

Esta entrevista será aplicada no âmbito da dissertação de mestrado, exercida no 2 semestre do Mestrado em Gerontologia Social e Comunitária, do Instituto Politécnico de Beja.

**Agradecimento à disponibilidade para colaborar no estudo. Os dados recolhidos serão apenas utilizados no âmbito do estudo em curso. Garante-se total confidencialidade.**

Informa-se adicionalmente que a participação nesta investigação tem um carácter voluntário, pelo que pode negá-la ou decidir interromper a realização da entrevista, a qualquer momento, se assim o entender. Nos termos constantes do RGPD - Regulamento Geral sobre Proteção de Dados informa-se adicionalmente que:

- 1) Os dados que irão ser recolhidos servirão apenas para os fins do estudo em curso, não sendo alvo de divulgação a mais ninguém ou entidade;
- 2) No fim do estudo (dezembro 2023), o registo áudio/vídeo da entrevista será destruído;
- 3) O responsável pela recolha e tratamento dos dados é Daniela Cruz, contactável através de: endereço de email: [daniela.e.cruz9@outlook.pt](mailto:daniela.e.cruz9@outlook.pt) e o número: 968793110;
- 4) O estudo está a ser realizado sob a coordenação/supervisão da Prof<sup>a</sup> Maria Cristina Faria, ([mcfaria@ipbeja.pt](mailto:mcfaria@ipbeja.pt)) responsável pela Unidade Curricular de Psicologia da Saúde e das Relações Interpessoais;

Tendo tomado conhecimento sobre a informação acerca do estudo e os meus direitos no âmbito do RGPD, declaro que:

ACEITO

NÃO ACEITO

### **PERGUNTAS PARA A DIRETORA TÉCNICA DA ERPI E DO CD**

1. Considera que a saúde mental é importante para os idosos?
2. Na sua opinião existem estratégias de promoção da saúde mental na Santa Casa da Misericórdia de Alcantarilha?

## Apêndice III – Questionário realizado ao Idosos

### **QUESTIONÁRIO/CONSETIMENTO DO ESTUDO AOS IDOSOS**

**Objetivo:** Investigar a relação entre as variáveis da Saúde Mental e a Qualidade de Vida dos Idosos que usufruem dos serviços da Santa casa da Misericórdia de Alcantarilha.

Esta entrevista será aplicada no âmbito da dissertação de mestrado, exercida no 2 semestre do Mestrado em Gerontologia Social e Comunitária, do Instituto Politécnico de Beja.

**Agradecimento à disponibilidade para colaborar no estudo. Os dados recolhidos serão apenas utilizados no âmbito do estudo em curso. Garante-se total confidencialidade.**

Informa-se adicionalmente que a participação nesta investigação tem um carácter voluntário, pelo que pode negá-la ou decidir interromper a realização da entrevista, a qualquer momento, se assim o entender. Nos termos constantes do RGPD - Regulamento Geral sobre Proteção de Dados informa-se adicionalmente que:

- 1) Os dados que irão ser recolhidos servirão apenas para os fins do estudo em curso, não sendo alvo de divulgação a mais ninguém ou entidade;
- 2) No fim do estudo (dezembro 2023), o registo áudio/vídeo da entrevista será destruído;
- 3) O responsável pela recolha e tratamento dos dados é Daniela Cruz, contactável através de: endereço de email: [daniela.e.cruz9@outlook.pt](mailto:daniela.e.cruz9@outlook.pt) e o número: 968793110;
- 4) O estudo está a ser realizado sob a coordenação/supervisão da Prof<sup>a</sup> Maria Cristina Faria, ([mcfaria@ipbeja.pt](mailto:mcfaria@ipbeja.pt)) responsável pela Unidade Curricular de Psicologia da Saúde e das Relações Interpessoais;

Tendo tomado conhecimento sobre a informação acerca do estudo e os meus direitos no âmbito do RGPD, declaro que:

ACEITO

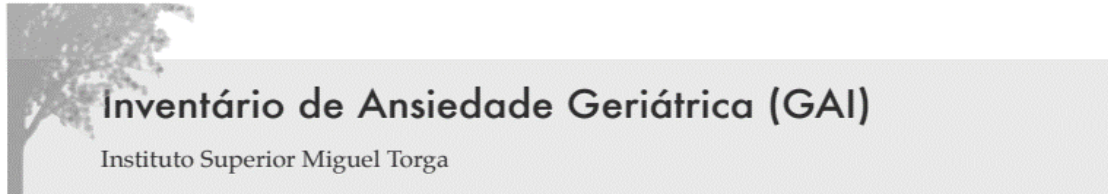
NÃO ACEITO

## CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE

1. Qual a sua idade? \_\_\_\_\_
2. Qual o seu estado civil?  
 Solteiro       Casado       Viúvo       Divorciado/Separado
3. Qual o seu género?  
 Feminino                       Masculino                       Outro
4. Qual a sua Escolaridade?  
 Sem Escolaridade       1ª Classe  
 2ª Classe                       3ª Classe  
 4ª Classe                       5º ao 9º ano  
 10º ao 12º ano                       Estudos Universitários

# ANEXOS

## Anexos I – Inventário de Ansiedade Geriátrica (GAI)



Por favor, responda às seguintes questões de acordo com o modo como se tem sentido durante a última semana.

	Concordo	Discordo
1. Ando preocupado(a) a maior parte do tempo		
2. Tenho dificuldades em tomar decisões		
3. Sinto-me inquieto(a) muitas vezes		
4. Tenho dificuldade em relaxar		
5. Muitas vezes não consigo apreciar as coisas por causa das minhas preocupações		
6. Coisas sem importância preocupam-me bastante		
7. Sinto muitas vezes um aperto no estômago		
8. Vejo-me como uma pessoa preocupada		
9. Não consigo evitar preocupar-me, mesmo com coisas menores		
10. Sinto-me muitas vezes nervoso (a)		
11. Muitas vezes os meus próprios pensamentos põem-me ansioso(a)		
12. Fico com o estômago às voltas devido à minha preocupação constante		
13. Vejo-me como uma pessoa nervosa		
14. Estou sempre à espera que aconteça o pior		
15. Muitas vezes sinto-me agitado(a) interiormente		
16. Acho que as minhas preocupações interferem com a minha vida		
17. Muitas vezes sou dominado(a) pelas minhas preocupações		
18. Por vezes sinto um nó grande no estômago		
19. Deixo de me envolver nas coisas por me preocupar demasiado		
20. Muitas vezes sinto-me aflito(a)		

## Anexos II – Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

### **ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA - GDS**

1. Está satisfeito (a) com sua vida? (não =1) (sim = 0)
2. Diminuiu a maior parte de suas atividades e interesses? (sim = 1) (não = 0)
3. Sente que a vida está vazia? (sim=1) (não = 0)
4. Aborrece-se com freqüência? (sim=1) (não = 0)
5. Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
6. Teme que algo ruim possa lhe acontecer? (sim=1) (não = 0)
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo? (não=1) (sim = 0)
8. Sente-se freqüentemente desamparado (a)? (sim=1) (não = 0)
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas? (sim=1) (não = 0)
10. Acha que tem mais problemas de memória que a maioria? (sim=1) (não = 0)
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora? (não=1) (sim = 0)
12. Vale a pena viver como vive agora? (não=1) (sim = 0)
13. Sente-se cheio(a) de energia? (não=1) (sim = 0)
14. Acha que sua situação tem solução? (não=1) (sim = 0)
15. Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim=1) (não = 0)

#### **Avaliação:**

<b>0 = Quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.</b>
---

<b>1= Quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.</b>
--

<b>Total &gt; 5 = suspeita de depressão</b>
---

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

Almeida OP, Almeida SA. Confiabilidade da versão brasileira da Escala de Depressão Geriátrica (GDS) versão reduzida. Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 1999, 57(2)-B:421-426.

Paradela EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. Revista de Saúde Pública, 2005, 39(6):918-923.

Tabela para apresentação dos resultados do GDS

<b>DATA</b>	<b>RESPOSTA SIM</b>	<b>RESPOSTA NÃO</b>	<b>PONTUAÇÃO TOTAL</b>	<b>CLASSIFICAÇÃO</b>

## Anexo III – Mini Mental State Examination (MMSE)

### Mini Mental State Examination (MMSE)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_ 24\_ 21 \_ 18\_ 15\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
Gato \_\_\_\_\_  
Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_



## Anexos IV - Escala da Qualidade de Vida (WHOQL-OLD)

### QUALIDADE DE VIDA NO IDOSO - WHOQOL – OLD

Por favor, tenha em mente os seus valores, esperanças, prazeres e preocupações. Pedimos que pense na sua vida **nas duas últimas semanas**.

As seguintes questões perguntam sobre o **quanto** você tem tido certos sentimentos nas últimas duas semanas.

Q.1 Até que ponto as perdas nos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato), afetam a sua vida diária?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.2 Até que ponto a perda de, por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato, afeta a sua capacidade de participar em atividades?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.3 Quanta liberdade você tem de tomar as suas próprias decisões?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.4 Até que ponto você sente que controla o seu futuro?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.5 O quanto você sente que as pessoas ao seu redor respeitam a sua liberdade?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.6 Quão preocupado você está com a maneira pela qual irá morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.7 O quanto você tem medo de não poder controlar a sua morte?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.8 O quanto você tem medo de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.9 O quanto você teme sofrer dor antes de morrer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões perguntam sobre **quão completamente** você fez ou se sentiu apto a fazer algumas coisas nas duas últimas semanas.

Q.10 Até que ponto o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato) afeta a sua capacidade de interagir com outras pessoas?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.11 Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.12 Até que ponto você está satisfeito com as suas oportunidades para continuar alcançando outras realizações na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.13 O quanto você sente que recebeu o reconhecimento que merece na sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.14 Até que ponto você sente que tem o suficiente para fazer em cada dia?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

As seguintes questões pedem a você que diga o quanto você se sentiu **satisfeito, feliz ou bem** sobre vários aspectos de sua vida nas duas últimas semanas.

Q.15 Quão satisfeito você está com aquilo que alcançou na sua vida?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.16 Quão satisfeito você está com a maneira com a qual você usa o seu tempo?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.17 Quão satisfeito você está com o seu nível de atividade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.18 Quão satisfeito você está com as oportunidades que você tem para participar de atividades da comunidade?

Muito insatisfeito (1) Insatisfeito (2) Nem satisfeito nem insatisfeito (3)

Satisfeito (4) Muito satisfeito (5)

Q.19 Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?

Muito infeliz (1) Infeliz (2) Nem feliz nem infeliz (3) Feliz (4) Muito feliz (5)

Q.20 Como você avaliaria o funcionamento dos seus sentidos (por exemplo, audição, visão, paladar, olfato, tato)?

Muito ruim (1) Ruim (2) Nem ruim nem boa (3) Boa (4) Muito boa (5)

As seguintes questões se referem a qualquer **relacionamento íntimo** que você possa ter. Por favor, considere estas questões em relação a um companheiro ou uma pessoa próxima com a qual você pode compartilhar (dividir) sua intimidade mais do que com qualquer outra pessoa em sua vida.

Q.21 Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.22 Até que ponto você sente amor em sua vida?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.23 Até que ponto você tem oportunidades para amar?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

Q.24 Até que ponto você tem oportunidades para ser amado?

Nada (1) Muito pouco (2) Mais ou menos (3) Bastante (4) Extremamente (5)

### ANÁLISE DO WHOQOL-OLD

Módulo WHOQOL-OLD é constituído de 24 perguntas e suas respostas seguem uma escala de Likert (de 1 a 5) atribuídos a seis facetas, que são: “Funcionamento do Sensório” (FS), “Autonomia” (AUT), “Atividades Passadas, Presentes e Futuras” (PPF), “Participação Social” (PSO), “Morte e Morrer” (MEM) e “Intimidade”(INT). Cada uma das facetas possui 4 perguntas; podendo as respostas oscilar de 4 a 20.

Basicamente, escores altos representam uma alta qualidade de vida, escores baixos representam uma baixa qualidade de vida;

EXISTEM TRES FORMAS DE APRESENTAR OS DADOS:

- UMA É EM FORMA DE TOTAL (DE 4 A 20);
- OUTRA É A MÉDIA (1 A 5);
- OUTRA É PERCENTUAL (0 A 100);

O QUE PRECISA FAZER É:

**Tem perguntas onde os itens são expressos negativamente, assim o escore tem de ser recodificado de modo que os valores numéricos atribuídos sejam invertidos: 1 = 5, 2 = 4, 3 = 3, 4 = 2, 5 = 1.**

**Isso deve ser feito nas seguintes perguntas:**

old\_01 old\_02 old\_06  
old\_7 old\_8 old\_9 old\_10

(1=5) (2=4) (3=3) (4=2) (5=1).

(old\_1, old\_2, e sucessivamente corresponde as perguntas que encontram-se no questionário já enviado).

O PRÓXIMO PASSO É A ANÁLISE DAS FACETAS, DANDO O RESULTADO EM TOTAL, OUTRA MÉDIA E OUTRO EM PERCENTUAL.

**CUIDAR AS PERGUNTAS QUE DEVEM SER RECODIFICADAS (old 01 old 02 old 06 old 7 old 8 old 9 old 10)!!**

Funcionamento do Sensório

SOMA DAS PERGUNTAS (old 01,old 02,old 10,old 20)= RESULTADO TOTAL.

SOMA DAS PERGUNTAS (old 01,old 02,old 10,old 20)/4= RESULTADO DE MÉDIA.

SOMA DAS PERGUNTAS (old 01,old 02,old 10,old 20)/4-1/4\*100= RESULTADO EM PERCENTUAL.

**\*multiplicar/dividir**

**FAZER DA MESMA FORMA PARA AS DEMAIS FACETAS, ABAIXO. APRESENTANDO AS TRES FORMAS DE RESULTADO (TOTAL; MÉDIA E PERCENTUAL).**

Autonomia

SOMA DAS PERGUNTAS (old\_03,old\_04,old\_05,old\_11)= RESULTADO TOTAL.

Atividades Passadas, Presentes e Futuras

SOMA DAS PERGUNTAS (old\_12,old\_13,old\_15,old\_19)= RESULTADO TOTAL.

Participação Social

SOMA DAS PERGUNTAS (old\_14,old\_16,old\_17,old\_18)= RESULTADO TOTAL.

Morte e Morrer

SOMA DAS PERGUNTAS (old\_06,old\_07,old\_08,old\_09)= RESULTADO TOTAL.

Intimidade

SOMA DAS PERGUNTAS (old\_21,old\_22,old\_23,old\_24)= RESULTADO TOTAL.

A ULTIMA ANÁLISE A FAZER É A QUALIDADE DE VIDA GERAL:

**CUIDAR AS PERGUNTAS QUE DEVEM SER RECODIFICADAS (old 01,old 02, old 06, old 7, old 8, old 9, old 10)!!**

- O PROCESSO É SEMELHANTE AO REALIZADO ANTERIORMENTE.

Soma (old\_01,old\_02,old\_03,old\_04,old\_05,old\_06,

old\_07,old\_08,old\_09,old\_10,old\_11,old\_12,old\_13,

old\_14,old\_15,old\_16,old\_17,old\_18,old\_19,old\_20,

old\_21,old\_22,old\_23,old\_24)= RESULTADO TOTAL

- OUTRA É SOMANDO E DIVIDINDO POR 24; AQUI O QUE MUDA É QUE AO INVÉS DE DIVIDIR POR 4, IRÁ DIVIDIR POR 24 (NÚMERO DE PERGUNTAS).

Soma (old\_01,old\_02,old\_03,old\_04,old\_05,old\_06,  
old\_07,old\_08,old\_09,old\_10,old\_11,old\_12,old\_13,  
old\_14,old\_15,old\_16,old\_17,old\_18,old\_19,old\_20,  
old\_21,old\_22,old\_23,old\_24)/24. VAI ME DAR A MÉDIA.

- OUTRA É SOMANDO TODAS AS PERGUNTAS, DIVIDINDO POR 24, MENOS 1,  
DIVIDIDO POR 4, MULTIPLICADO POR 100;

Soma (old\_01,old\_02,old\_03,old\_04,old\_05,old\_06,  
old\_07,old\_08,old\_09,old\_10,old\_11,old\_12,old\_13,  
old\_14,old\_15,old\_16,old\_17,old\_18,old\_19,old\_20,  
old\_21,old\_22,old\_23,old\_24)/24]-1/4\*100= RESULTADO EM PERCENTUAL.

**IMPORTANTE:** OS DADOS TABULADOS DEVEM SER COMPATIVELIS PARA  
IMPORTAÇÃO PARA O EXCEL, CASO SEJA NECESSÁRIO. AS ANÁLISES  
DEVEM SER FEITAS PELO PROGRAMA QUANDO SOLICITAR POR EXEMPLO  
O RELATÓRIO, AI O PROGRAMA ME DA OS VALORES (TOTAL,MÉDIA,  
PERCENTUAL) EM CADA FACETA E NA QUALIDADE DE VIDA GERAL. O  
RELATORIO PARA OS ALUNOS DEVERÁ APARECER SOMENTE O  
RESULTADO EM MÉDIA COM OPÇÃO PARA IMPRIMIR COMPLETO  
(RESULTADO DE TODAS AS FACETAS E QUALIDADE DE VIDA GERAL) OU  
RESUMIDO (SOMENTE A QUALIDADE DE VIDA GERAL) AMBOS  
DESTACANDO O SEGUINTE.

Qualidade de vida: necessita melhorar (quando for 1 até 2,9); regular (3 até 3,9); boa (4  
até 4,9) e muito boa (5).

ESSES VALORES SERÃO O RESULTADO DA ANÁLISE EM MÉDIA.