



## Universidades Lusíada

Funda, Alberto José Domingos, 1986-

### **O impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso**

<http://hdl.handle.net/11067/6092>

#### **Metadados**

**Data de Publicação**

2021

**Resumo**

O envelhecimento da população é acompanhado por mudanças biopsicossociais, e surge a necessidade de compreender sobre o modo com que as pessoas idosas vivem essa fase, e garantir aos idosos qualidade de vida e satisfação pessoal. Apesar da sociedade olhar para o envelhecimento como sinónimo de doença e tristeza, é possível que se chegue a essa fase da vida de forma saudável, e que seja vivida com qualidade e dignidade. A presente investigação teve como principal objetivo compreender e caracteri...

The aging of the population is accompanied by biopsychosocial changes, and there is a need to understand the way in which elderly people live this phase, and to guarantee quality of life and personal satisfaction for the elderly. Although society sees aging as synonymous with illness and sadness, it is possible that this stage of life is reached in a healthy way, and that it is lived with quality and dignity. The main objective of this investigation was to understand and characterize the impact ...

**Palavras Chave**

Envelhecimento - Aspectos psicológicos, Envelhecimento - Aspectos sociais, Qualidade de vida

**Tipo**

masterThesis

**Revisão de Pares**

Não

**Coleções**

[ULL-IPCE] Dissertações

Esta página foi gerada automaticamente em 2024-09-21T10:23:33Z com informação proveniente do Repositório



**UNIVERSIDADE LUSÍADA**  
**INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**  
**Mestrado em Psicologia Clínica**

**O impacto dos fatores psicossociais na  
qualidade de vida do idoso**

**Realizado por:**  
Alberto José Domingos Funda

**Orientado por:**  
Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

**Constituição do Júri:**

Presidente: Prof.<sup>a</sup> Doutora Túlia Rute Maia Cabrita  
Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
Arguente: Prof. Doutor António Martins Fernandes Rebelo

Dissertação aprovada em: 12 de janeiro de 2022

Lisboa

2021



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

# O impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso

Alberto José Domingos Funda

Lisboa

agosto 2021



**U N I V E R S I D A D E L U S Í A D A**

INSTITUTO DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

# O impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso

Alberto José Domingos Funda

Lisboa

agosto 2021

Alberto José Domingos Funda

# O impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos

Lisboa

agosto 2021

## FICHA TÉCNICA

**Autor** Alberto José Domingos Funda  
**Orientadora** Prof.<sup>a</sup> Doutora Tânia Gaspar Sintra dos Santos  
**Título** O impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso  
**Local** Lisboa  
**Ano** 2021

### MEDIATECA DA UNIVERSIDADE LUSÍADA - CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO

FUNDA, Alberto José Domingos, 1986-

O impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso / Alberto José Domingos Funda ; orientado por Tânia Gaspar Sintra dos Santos. - Lisboa : [s.n.], 2021. - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade Lusíada.

I - GASPAR, Tânia, 1977-

#### LCSH

1. Envelhecimento - Aspectos psicológicos
2. Envelhecimento - Aspectos sociais
3. Qualidade de vida
4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Teses
5. Teses - Portugal - Lisboa

1. Aging - Psychological aspects

2. Aging - Social aspects

3. Quality of life

4. Universidade Lusíada. Instituto de Psicologia e Ciências da Educação - Dissertations

5. Dissertations, academic - Portugal - Lisbon

#### LCC

1. BF724.55.A35 F86 2021

Dedico o presente trabalho aos meus avós Alberto Funda e Domingas Fernandes, Joana Luís António, a minha tia Lúcia Aguiar, a minha mãe Maria João, ao casal Pires Ferreira, a Suzana Ferreira, a minha filha Otoniela, a Fernanda Pereira, aos meus irmãos, primos e amigos que tanto me apoiaram neste longo caminho, que estiveram sempre presentes e dedicaram toda a sua vida ao meu crescimento físico, pessoal e académico. Obrigada pelo sacrifício, amor e carinho.

A vós toda a minha gratidão, reconhecimento, amor e orgulho.

## **Agradecimentos**

No decorrer desta jornada, foram várias as pessoas que sempre me acompanharam, apoiaram e que nunca deixaram que eu perdesse o foco.

Em primeiro lugar, queria agradecer à pessoa mais maravilhosa do mundo, que me deu a educação de base e me ensinou a ser homem, apoiou e várias vezes me contrariou, incondicionalmente, em todos os momentos da vida. A minha tia é a pessoa mais batalhadora que conheci. Foram todas as suas palavras positivas, de conforto e carinho que permitiram que eu nunca desistisse daquilo que mais gosto de fazer. Obrigado por todos os esforços e sacrifícios que fizeste e continuas a fazer por mim. Obrigada por todo o teu apoio, por seres mãe e pai ao mesmo tempo e por estares sempre do meu lado.

Em segundo lugar, queria agradecer os meus avós e a minha mãe, especialmente, por me terem apoiado sempre. Obrigado, minha mãe pela preocupação e pelos telefonemas que fizeste para saber se estava bem e como tinha passado, nos dias difíceis na cidade do Porto.

Agradeço também à Suzana Pires Ferreira, por ter sido uma companheira, por ter aturado todo o meu stress e mau feitio durante todos estes anos. Obrigado por todo o amor, carinho e conforto. Foste uma peça fundamental neste meu percurso académico.

Um agradecimento especial ao casal Pires Ferreira, por toda apoio e palavras de coragem que me foram dando em todo o tempo que junto permanecemos. A Fernanda, aos meus irmãos, primos, tios e amigos que sempre deram aquela força apesar da distância que nos separa.

Agradeço também a todos os professores que tive o privilégio de conhecer no Porto, em Lisboa, e tive a oportunidade de aprender durante estes cinco anos. Obrigado, professora Doutora Tânia Gaspar, professor Doutor António Rebelo, professor Doutor Jorge Castro por estes anos, e pela partilha de conhecimentos.

Um agradecimento especial aos senhores José Alberto Alves funda, e o senhor Alexandre Aguiar. Paz em suas almas!



## Resumo

O envelhecimento da população é acompanhado por mudanças biopsicossociais, e surge a necessidade de compreender sobre o modo com que as pessoas idosas vivem essa fase, e garantir aos idosos qualidade de vida e satisfação pessoal. Apesar da sociedade olhar para o envelhecimento como sinónimo de doença e tristeza, é possível que se chegue a essa fase da vida de forma saudável, e que seja vivida com qualidade e dignidade.

A presente investigação teve como principal objetivo compreender e caracterizar o impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso, uma vez que há necessidade de medidas para auxiliar as pessoas mais velhas a se manterem saudáveis e ativas pelo maior tempo possível, numa perspetiva quantitativa. Desta forma, foram inquiridos 150 indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, da freguesia da Ajuda, recorrendo-se ao instrumento, WHOQOL-BREF traduzido e adaptado por Canavarro, et al. (2007) e Vaz Serra, et al. (2006).

De acordo com os resultados obtidos, permitiu compreender que 78,9% dos idosos apresentam alguma doença crónica ou condição de saúde que tenha impacto no dia-a-dia. Foi possível observar que os homens apresentam uma perceção de qualidade de vida ligeiramente superior em relação às mulheres, nomeadamente na Qualidade de Vida - Física (M=3,78; DP=0,51) e Qualidade de Vida - Social (M=3,86; DP=1,00). Por último constatou-se que em relação à influência da solidão na perceção da qualidade de vida dos idosos, a maior parte não se sente sozinho.

**Palavra-chave:** envelhecimento; idosos; comportamento; fatores psicossociais; qualidade de vida.

### **Abstract**

The aging of the population is accompanied by biopsychosocial changes, and there is a need to understand the way in which elderly people live this phase, and to guarantee quality of life and personal satisfaction for the elderly. Although society sees aging as synonymous with illness and sadness, it is possible that this stage of life is reached in a healthy way, and that it is lived with quality and dignity.

The main objective of this investigation was to understand and characterize the impact of psychosocial factors on the quality of life of the elderly, as there is a need for measures to help older people to remain healthy and active for as long as possible, in a quantitative perspective. Thus, 150 individuals aged 65 years or over, from the parish of Ajuda, were surveyed, and to achieve using the instrument, WHOQOL-BREF translated and adapted by Canavarro, et al. (2007) and Vaz Serra, et al. (2006).

According to the results obtained, it was possible to understand that 78.9% of the elderly have some chronic disease or health condition that has an impact on their daily lives. It was observed that men have a slightly higher perception of quality of life than women, namely in Quality of Life - Physical ( $M=3.78$ ;  $SD=0.51$ ) and Quality of Life - Social ( $M=3.86$ ;  $SD=1.00$ ). Finally, it was found that in relation to the influence of loneliness on the perception of the quality of life of the elderly, most do not feel alone.

**Keywords:** aging; seniors; behavior; psychosocial factors; quality of life.

### **Lista de abreviaturas, siglas, acrónimos e símbolos**

- % - Percentagem
- DGS - Direção Geral de Saúde
- DP - Desvio-padrão
- INE - Instituto Nacional de Estatística
- M - Média
  
- OMS - Organização Mundial de Saúde
- QV - Qualidade de Vida
- SPSS - Statistical Package for the Social Sciences
- TCC - Terapia Cognitiva Comportamental
- WHO - World Health Organization
- WHOQOL - The World Health Organization Quality of Life

## Índice

Resumo .....	9
Abstract.....	10
Introdução .....	14
Enquadramento Teórico.....	17
Terapia cognitiva comportamental .....	17
Processo de envelhecimento .....	20
Fatores de risco para a saúde do idoso.....	23
Comportamentos de saúde dos idosos .....	25
Qualidade de vida no processo de envelhecimento .....	27
Envelhecimento Saudável .....	31
Promoção da qualidade de vida do idoso .....	34
Objectivo.....	41
Questões de investigação .....	41
Objetivos específicos .....	41
Método .....	42
Participante .....	42
Instrumento .....	43
Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF).....	44
Procedimento .....	44
Recolha de dados .....	45
Resultados .....	46
Discussão .....	54
Conclusão .....	60
Referencias bibliográficas .....	63
Anexos .....	73

## Índice de tabelas

Tabela 1 .....	46
Tabela 2 .....	46
Tabela 3 .....	47
Tabela 4 .....	47
Tabela 5 .....	48
Tabela 6 .....	48
Tabela 7 .....	49
Tabela 8 .....	49
Tabela 9 .....	50
Tabela 10.....	50
Tabela 11.....	51
Tabela 12.....	52
Tabela 13.....	52

## **Introdução**

O presente estudo insere-se num projeto de investigação mais vasto desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social pelo grupo de investigação “Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania”, centra-se no impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso. Nesse contexto, a expansão da população idosa está ganhando destaque. Porém, é preciso estabelecer parâmetros para identificarmos que, de acordo os dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2015), o número de indivíduos acima de 60 anos está a crescer rapidamente em todo o mundo. Este panorama também é notado em Portugal. O número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões. A população com 65 ou mais anos de idade residente em Portugal poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080, no cenário central de acordo os dados publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, (INE, 2015). Esse processo de envelhecimento traz impactos para diversas áreas da sociedade, dentre elas a área da saúde (Silva, Ogata e Oliveira, 2015) e, neste contexto, a psicologia clínica tem também procurado focar este tema de pesquisa e intervenção que se torna cada vez mais próximo dos diversos campos de atuação do psicólogo. Por este motivo alguns profissionais procuram investigar esta faixa etária e as suas características, no sentido de criar soluções e condições para melhor e mais fácil adaptação a esta nova fase de vida do indivíduo.

De acordo investigações recentes, a procura pela compreensão sobre a caracterização do envelhecimento saudável tem produzido um conjunto de diferentes definições. Dentre essas definições, observam-se conceitos centrados no modelo biomédico, afirmando aspectos físicos, e outras com ênfase em aspetos sociológicos, que

ênfatisam a importância da atividade social, a participação e interação do indivíduo junto da sociedade, e os modelos psicológicos, que destacam a capacidade do indivíduo em se adaptar de acordo os recursos adquiridos (Lempke et al, 2018). Com a aproximação do envelhecimento, surge a necessidade de garantir aos idosos qualidade de vida uma vez que, nem sempre o aumento da expectativa de vida pode ser considerado sinónimo de qualidade de vida, mas procurar sua promoção pode ser um dos objetivos no trabalho com idosos (Correa, Pinheiro & Dantas, 2013). É importante estudar e compreender as necessidades específicas dessa faixa etária e descobrir maneiras de resolver, tendo sempre em vista a contribuição da psicologia e suas respectivas áreas de atuação.

Ao longo deste trabalho, o envelhecimento será estudado com base no modelo cognitivo comportamental, que se centra, no auxílio da promoção do envelhecimento saudável, na reflexão e experimentação sobre seus pensamentos, emoções, comportamentos, estados fisiológicos e situação de vida do dia-a-dia. Além disso o modelo cognitivo comportamental busca também identificar crenças disfuncionais, no intuito de fortalecer o idoso para resolver seus problemas, testando possíveis soluções e ampliando enfrentamento aos desafios no seu contexto de vida.

Na sequência desse estudo que tem como finalidade contribuir para a melhoria da QV e envelhecimento ativo da população da freguesia da Ajuda (+ de 65 anos), surgiu a necessidade de estudarem três objetivos específicos, que vêm ao encontro daquilo que se pretende com a investigação acima mencionada. Esses três objetivos procuram caracterizar a qualidade de vida segundo: o género, o estado civil, filhos, situação profissional, e a participação em grupos de convívio, a influência dos problemas de saúde na qualidade de vida dos idosos, e a perceção da solidão na qualidade de vida do idoso.

A primeira parte da presente dissertação, diz respeito ao enquadramento teórico, a segunda parte diz respeito a descrição da metodologia, e a terceira parte a apresentação

e discussão de resultados. No enquadramento teórico serão abordados alguns conceitos relacionados com o tema em estudo: processo do envelhecimento; fatores que influenciam nos problemas de saúde dos idosos; comportamentos de saúde dos idosos; qualidade de vida; o papel do psicólogo nos programas de intervenção psicoterapêutico para o envelhecimento saudável. Na metodologia encontra-se a descrição relacionada com o tipo de estudo, a formulação do problema, a recolha e avaliação dos dados, análise e interpretação dos dados, a apresentação dos resultados. Por fim serão apresentadas as conclusões finais, bem como as principais limitações do estudo e sugestões futuras.

## **Enquadramento teórico**

A abordagem teórica que subsidiou este trabalho foi a Terapia Cognitivo-Comportamental, que se baseia em um modelo cognitivo da relação entre cognição, emoção e comportamento. De acordo com a terapia cognitiva comportamental, o funcionamento cognitivo é justificado a medida que as interpretações disfuncionais ou distorcidas da realidade, são elementos comuns no sofrimento psicológico do indivíduo. (Almeida & Moreno, 2014). A prática clínica da terapia cognitivo-comportamental baseia-se em um conjunto de teorias bem desenvolvidas que são aplicadas para formular planos de tratamento e orientar as ações do terapeuta.

De acordo Beck (2013) o processo terapêutico com base a terapia cognitiva comportamental, consiste em procurar ajudar o indivíduo a ter consciência da sua realidade, identificar e modificar os pensamentos disfuncionais. Baseando-se no princípio de que as nossas cognições têm uma influência significativa que permite controlar as nossas emoções e determinados comportamentos, e o modo como agimos pode afetar os nossos pensamento e nossas emoções (Beck, 2013).

A terapia cognitivo-comportamental diz respeito a uma abordagem psicológica de intervenção breve, com o foco principal no tratamento e direcionado para a ação que se tornou uma psicoterapia amplamente usada para as principais perturbações mentais, voltada para a solução de problemas específicos (Moreno & Carvalho, 2014). Enfatiza a participação ativa do paciente, e requer uma aliança terapêutica colaborativa e uma alta motivação para a mudança, com enfoque educacional, e com o objetivo de ensinar um conjunto de habilidades necessárias para o indivíduo enfrentar os seus problemas, atribuindo-lhe a responsabilidade pelo cuidado com a sua saúde (Beach et al., 2010).

De acordo a literatura, a utilização da terapia cognitiva comportamental com pacientes idosos, é importante ter em conta as características que definem a população idosa. Ferreira e Batiston (2016), afirmam que, com a aproximação do envelhecimento, alguns idosos atravessam por várias situações específicas no qual o terapeuta cognitivo comportamental deverá estar informado e adaptado, com situações relacionadas a reforma, isolamento dos familiares, abandono, preconceito social e familiar, patologias crônicas, perda do cônjuge, perda de autonomia física relacionada com a dependência de terceiros e perda da funcionalidade, solidão, mudanças de status, alterações na aparência física, dificuldade em se adaptar as novas tecnologias, tentativas suicidas, pensamentos sobre morte e muitas vezes o processo de institucionalização (Ferreira & Batiston, 2016).

É importante destacar que segundo a literatura, a capacidade de aprender está presente nos idosos e promove o desenvolvimento saudável até idades mais avançadas, auxiliando no equilíbrio entre os declínios decorrentes do envelhecimento e os ganhos que podem surgir, por exemplo, das atividades educativas (Scolarick-Lempke & Barbosa, 2012). Para fazer uso de técnicas como psicoeducação e reestruturação cognitiva, as psicoterapias podem se tornar ferramentas importantes para promover o envelhecimento saudável. Nesse sentido, Beck, (2013) sugere que seus modelos de terapia também podem ser aplicados para ajudar os idosos a aprender sobre seus pontos fortes e qualidades positivas como a resiliência, conhecimento e capacidade de tomada de decisões. Assim como é importante no trabalho com idosos, destacar os aspetos positivos do envelhecimento e da velhice (Padesky & Mooney, 2012).

De acordo estudos de Ophuis e colaboradores (2017) confirmam a existência de dados relacionados a segurança, aceitabilidade, eficácia e efetividade da teoria cognitiva comportamental para vários problemas de saúde, bem como sua relação custo-benefício com resultados positivos no aumento da produtividade e da satisfação com a vida (Ophuis

et al., 2017). No entanto, essa abordagem pode apresentar desvantagem em certas circunstâncias. Como a modalidade abreviada da teoria cognitiva comportamental tem objetivos para mudança visivelmente definidas e, pacientes com sintomas mais difusos, com múltiplas queixas ou comorbidades podem ter condições que interferem no modo como os programas são diretamente direcionados (Moreno & Carvalho, 2014). Alguns aspetos relacionados com esta abordagem apresentam vantagem no tratamento realizado com grupo de indivíduos, e existem evidências de que certos indivíduos podem obter mais benefícios com a terapia de grupo em relação outras abordagens de intervenção, particularmente indivíduos que lidam com estigmas ou com isolamento social, bem como aqueles que procuram desenvolver novas competências de enfrentamento (Freitas & Rech, 2010).

A eficácia da teoria cognitiva comportamental é apontada em estudos recentes sendo mais económica em relação a farmacoterapia. As indicações clínicas recomendam o seu uso como tratamento de primeira linha para uma ampla variedade de distúrbios e problemas de saúde (Nice, 2011). Existem estudos que abordam a eficácia da psicoterapia especificamente em adultos mais velhos, na prevenção de recaídas de transtornos do humor e também pode desempenhar um papel preventivo no desenvolvimento de transtornos do humor em idosos que inicialmente apresentam alguns sintomas. (Hall et al., 2016). O contributo para um envelhecimento saudável é cuidar da saúde mental da população adulta mais velha, pois o tema da saúde mental, embora não seja uma causa de morte importante, representa um grande sofrimento para a população idosa (Lopes, et al., 2016).

## **Processo de envelhecimento**

O processo de envelhecimento tem sido tema de atenção na área da Psicologia, a nível mundial. O índice de envelhecimento em Portugal aumentou para 116,4%, nos últimos 50 anos, segundo os dados da Direção Geral de Saúde (DGS, 2017), apesar de se revelar um fenómeno positivo, também se revela como um problema crucial no século atual (Cabral & Ferreira, 2014). À medida que este índice aumenta, um crescente número de idosos é confrontado com problemas de autonomia e dependerá cada vez mais de terceiros, bem como dos apoios sociais e familiares (Organização Mundial da saúde, 2015)

De acordo Pelegrino (2009), o processo de envelhecimento varia em todos os indivíduos, os sistemas orgânicos envelhecem a ritmos diferentes, e as alterações fisiológicas não comprometem a qualidade de vida se compreendidas como parte do processo de envelhecimento (Pelegrino, 2009). É importante destacar que o envelhecimento faz parte do desenvolvimento humano e caracteriza-se como um processo sequencial, irreversível e único para cada indivíduo (Fries & Pereira, 2011). Este processo apresenta um conjunto de perdas relacionadas a funções fisiológicas e psicológicas como, por exemplo, a memória e a atenção, mas pode existir também um ganho psicológico de experiência e maior autoconhecimento conservado durante o processo de vida (Combinato et.al. 2010). Consiste no resultado da interação dos fatores genéticos, ambientais e nas interações de processos sociais e comportamentais durante o ciclo de vida do indivíduo, e provoca mudanças fisiológicas, psicológicas e sociais (Lima, 2010).

De acordo Dias e colaboradores, (2017) as mudanças do fórum psicológico são muitas nesta fase e, por vezes, difíceis de serem geridas. Geralmente o idoso sente

dificuldade em se adaptar a novas situações, tornando complicado gerir as suas emoções, apresentando alterações na sua personalidade devido essas mudanças derivadas entre o estilo da vida passado e o presente. As mudanças sociais, ocorrem quando as relações sociais se tornam alteradas em função da diminuição da produtividade, do poder económico e físico (Dias et al, 2017).

O envelhecimento diz respeito a um processo que ocorre ao longo de toda a nossa vida, desde o nascimento até à morte (Lima, 2010). Pode ser definido como um processo socio-vital ao longo de todo o curso da vida. O envelhecimento é, em princípio, um fenómeno extraordinário, quer para os indivíduos, quer para as sociedades atuais, sendo prova dos desenvolvimentos realizados em termos de políticas educacional, económicas e sociais. O envelhecimento individual é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, podendo ser definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial da pessoa durante todo o ciclo de vida (World Health Organization, 2015d).

O envelhecimento populacional é um fenómeno que é definido com base na proporção da população total, entre criança, jovens e adultos, e a categorização demográfica de uma população, como jovem ou envelhecida, depende da proporção de pessoas nas faixas etárias mais elevadas. Em Portugal, considera-se pessoa idosa, a pessoa com 65 ou mais anos de idade (Pordata, 2016). O envelhecimento da população pode ser observado como uma história de sucesso para as políticas de saúde pública e para o desenvolvimento socioeconómico, por outro, além de alterar a vida dos indivíduos e as estruturas familiares, também implica no surgimento de doenças crónicas, diminuição das capacidades físicas e mentais, e de papéis sociais (Dias et al, 2017).

De acordo Fonseca (2006), indica a reforma como a principal causa de sentimentos de solidão nos idosos, em particular nos homens com elevada relação entre a reforma e a dependência económica. O mesmo autor acrescenta ainda, que com a passagem a reforma, o idoso pode apresentar um conjunto de fatores de natureza psicossocial que condicionam o modo como as pessoas enfrentam e resolvem os seus problemas diários (Fonseca, 2006). E é inegável que ao processo de envelhecimento individual se associe a um aumento dos riscos da incidência de inúmeras doenças quer pelo próprio processo biológico quer por uma maior exposição a agentes patogénicos de agressões ambientais e traumatismos, havendo entre os mais velhos uma maior incidência e prevalência de doenças crónicas e de incapacidades que resultam numa maior procura dos serviços de saúde maior número de consultas (Lima, 2010). E apesar de acompanhar o envelhecimento, a redução da capacidade funcional não devemos definir o envelhecimento e justificar a exclusão das pessoas idosas da vida social, ou então para instituições de acolhimento desligadas dos processos de participação coletiva (Ferreira, 2011).

Por sua vez, podemos referir que o processo de envelhecimento assiste mudanças no ciclo de vida do indivíduo no que diz respeito ao estado de saúde e à sua participação na sociedade, e há a necessidade de envolver os indivíduos mais velhos em atividades sociais e valorizar cada vez mais o seu papel e o seu contributo na sociedade, procurando um reajustamento social (Cabral et al., 2013).

É também importante e fundamental desconstruir a visão social, conhecer os fatores psicossociais que influencia a qualidade de vida, e procurar promover as suas potencialidades bem como fomentar a participação ativa dos mesmos na comunidade (Pinto & Neri, 2017).

## **Fatores de risco para a saúde do idoso**

De acordo com Hal et al., (2015) o estado de saúde dos idosos abrange a saúde física, mental e social. Factores sociais, físicos, psicológicos, económicos e ambientais são apresentados como variáveis da qualidade de vida, e como influenciadores direto na saúde da população idosa (Han et. al., 2015). De acordo a literatura, é na fase do envelhecimento que ocorrem várias doenças crónicas, declínio cognitivo, causados por perdas pessoais, familiares (Lavretsky & Newhouse, 2012). Por esse motivo, muitas investigações sobre envelhecimento saudável relacionado à saúde mental têm se concentrado mais em identificar os fatores psicológicos e sociais para o envelhecimento saudável ou para o bem-estar psicológico. Muitos estudos referenciam os fatores benéficos ou de risco para a saúde mental, como depressão, autoestima, autoeficácia, solidão e isolamento, todos fatores que influenciam o envelhecimento saudável. Neste contexto, e ainda de acordo os mesmos autores, a avaliação do impacto da doença no funcionamento físico, mental e psicossocial é um elemento essencial para o diagnóstico clínico, e um importante indicador das escolhas terapêuticas (Han et. al., 2015). Embora o envelhecimento seja um processo individual e particular que influencia o estado de saúde dos idosos, há evidências de que o seu estado de saúde esta associado a um conjunto de fatores de riscos de declínio do estado funcional, como a depressão e, aumento do uso de medicamentos, tabagismo, a redução do contacto social, e a solidão. (Silva, Souza & Ganassoli, 2017).

Kueh et al., (2016) refere que os estilos de vida menos saudáveis e as influências ambientais negativas destacam o aumento da prevalência das doenças crónicas e a redução das capacidades físicas e mentais dos idosos, o que limita a sua autonomia,

independência e participação social. Os mesmos autores acrescentam ainda que, estas doenças tem maior impacto nos idosos, nos países de baixa e média renda, em relação aos países de alta renda, apesar que os idosos costumam apresentar vários desses problemas de saúde na mesma (Kueh et al., 2016). É importante a detecção precoce e o controle adequado das doenças crônicas, declínio físico e mental dos idosos para uma melhor intervenção e manutenção da capacidade funcional (Kim,2013).

De acordo Silva (2011), a saúde torna-se um dos aspetos mais importantes na vida do individuo, nomeadamente nos idosos e é uma das variáveis determinantes a nível da satisfação da vida (Silva, 2011). No que diz respeito à saúde mental da pessoa idosa, a aquisição de um envelhecimento saudável encontra vários desafios, principalmente em função de riscos como, por exemplo, o sofrimento psíquico causado pelo quadro das perturbações do humor, que são apresentadas como um dos maiores problemas de saúde mais comuns nos idosos, sendo responsáveis pela perda de autonomia e pelo agravamento dos quadros patológicos persistentes (Yun-Chang, et. al., 2012).

A solidão e depressão são problemáticas diferentes, e é normal que se associe a depressão à solidão. A depressão é um dos problemas de saúde mais frequente e está associada a um maior risco de incapacidades, aumento da utilização dos serviços de saúde, à negligência no autocuidado, à abstinência na adesão aos processos de intervenção terapêuticas e a um maior risco de suicídio (Gerritsen et al., 2011).

Freitas (2011), considera a solidão como subjetiva, estando relacionada com a qualidade da interação social que cada idoso mantém e não com a quantidade dos contatos que foram estabelecidos anteriormente e atualmente. Logo, é normal que a depressão apareça quando o idoso se sente sozinho, ou seja, quando não existe grande suporte social, podem juntamente aumentar a solidão e levar à depressão (Freitas 2011).

Fornecer um conjunto de informação sobre os principais fatores que prejudicam o bem-estar e a qualidade de vida na população mais adulta, pode estimular e desenvolver um acompanhamento mais eficaz a nível das intervenções com esta população, permitindo desta forma oferecer melhores condições para o processo de envelhecimento dos indivíduos, contribuindo para que os mesmos, possuam boas condições a nível da qualidade de vida (Kim,2013).

Dentre os fatores que influenciam nos problemas de saúde para o envelhecimento saudável estão os comportamentos de saúde.

### **Comportamentos de saúde dos idosos**

De acordo Paúl et al., (2012) referem que a saúde é um dos aspetos cruciais no processo do envelhecimento, e os comportamentos de saúde podem ser compreendidos como um conjunto de hábitos saudáveis que incluem a prática de exercícios físicos, alimentação saudável, o consumo moderado de bebidas alcoólicas, e atividades sociais que gerem satisfação e motivação com a vida diariamente (Paúl, Ribeiro & Teixeira, 2012). Na mesma perspetiva são também definidos como qualquer comportamento em que o indivíduo se envolve voluntariamente ou que possa ser induzido com a intenção de aliviar o impacto de potenciais riscos e perigos a saúde em seu contexto ou ambiente na qual esta inserido (Mansfield & Kivity, 2011).

Os comportamentos considerados modificáveis e promotores da própria saúde são essenciais na avaliação dos níveis de bem-estar, longevidade e qualidade de vida dos adultos mais velhos (Cramm et al., 2014). O grande número de pessoas idosas nas sociedades atuais tem incentivado e gerado oportunidades de investigação para uma

compreensão mais alargada da atuação dos fatores comportamentais e do investimento na saúde ao longo da vida, na determinação de trajetórias saudáveis ou patológicas de envelhecimento dos mesmos (Hiraga et al., 2017). Esses comportamentos podem ajudar os idosos a retardar o aparecimento de problemas relacionados a saúde associada ao envelhecimento, manter, se não melhorar as suas habilidades funcionais e até melhorar a sua qualidade de vida (Cramm et al., 2014). A maior parte dos estudos recentes demonstram que doenças e deficiências podem ser evitadas à medida que os indivíduos envelhecem e comportamentos saudáveis, como atividade físicas e desportivas, culturais, não fumar, nutrição de qualidade, estão entre os mais estudados para prevenir e controlar diversas doenças nos idosos e promover a qualidade de vida, apresentam grande impacto no envelhecimento saudável (Pruchno & Wilson-Genderson, 2012).

De acordo Petronilho (2012), descreve que para compreender os fatores que influenciam os comportamentos de saúde da pessoa idosa tendo em vista a sua adesão ao procedimento terapêutico, encontra-se subjacente uma contribuição para a compreensão mais integrada das razões que motivam ou comprometem a adesão a um determinado plano terapêutico e a decorrente satisfação com a sua situação de saúde, em consequência da responsabilização pelo seu autocuidado (Petronilho, 2012).

Ferreira, et al., (2013) acrescentam que o modelo biopsicossocial é um amplo conceito que descreve e reconhece a realidade de que os fatores biológicos, fatores psicológicos e fatores sociais contribuem de forma significativa para o desenvolvimento de uma determinada característica em um comportamento (Ferreira, Chinelato, Castro, & Ferreira, 2013). Enquanto outros investigadores descrevem os comportamentos de saúde associados aos fatores sociodemográficos, e de forma isolada, sem compreender como os comportamentos cooperam entre si, em prol de um estilo de vida saudável ou até mesmo patológico (Pruchno & Wilson-Genderson, 2012).

No contexto atual, o destaque principal sobre os comportamentos de saúde na pessoa idosa é aplicado em fatores psicológicos, porque investigações mais recentes descrevem que os idosos tendem a dar prioridade aos objetivos emocionais e experiências psicológicas à medida que envelhecem, o que torna potenciais alvos de intervenção, mesmo para aqueles idosos que estão experimentando declínios relacionados aos fatores biológicos e sociais (Geib & Consalter, 2012). E de acordo os mesmos autores, acrescentam que é importante conhecer o contexto e as suas características, os aspetos no geral que influenciam os comportamentos de saúde dos idosos, pois os mesmos podem constituir importante subsídio para a criação de determinados programas de intervenção que promovam a qualidade de vida dos idosos. (Geib & Consalter, 2012).

### **Qualidade de vida no processo de envelhecimento**

O termo qualidade de vida diz respeito a um dos conceitos mais modernos no campo da psicologia e cada vez mais utilizado em outros ramos das ciências sociais. É um conceito que convida a reflexão sobre o que implica uma vida agradável e quais os princípios para experimentar uma determinada qualidade de vida (Vitorino et al., 2013)

De acordo Moudjahid e Abdarrazak (2019), os profissionais da psicologia descrevem a qualidade de vida como estudar todas as condições que impediria o individuo de passar pelas perturbações mentais e comportamentais (Moudjahid & Abdarrazak, 2019). Com base na exposição, podemos considerar a qualidade de vida como o processo de integração dos aspetos fisiológicos e psicológicos para formar o mais forte indicador de atenção ao nível de conforto, estabilidade, segurança, tranquilidade e bem-estar desenvolvido em diferentes áreas da vida do individuo. Podemos descrever a qualidade de vida como a interação entre as condições de vida, os valores pessoais e a satisfação pessoal com a vida, assim como a perceção que o individuo tem sobre seu estado de vida

no contexto de sua cultura e comunidade e as preocupações com a saúde mental e crenças pessoais associadas (Mashiri, 2014).

Conforme mencionado pela Organização Mundial da saúde (OMS), ela descreve a qualidade de vida como a percepção de um indivíduo sobre a sua própria situação de vida no contexto da cultura, os padrões de valores em que vive e a extensão ou incompatibilidade deste com seus objetivos, expectativas e interesses pela saúde mental, independência e relações pessoais e sociais. (Lopez & Snyder, 2013). A definição de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (2012), é então centrada na percepção do indivíduo relativa à sua posição de vida, envolvendo um contexto cultural e de sistemas de valores, analisando também os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações. Ou seja, uma visão complexa da pessoa, incorporando a saúde mental, o estado de saúde físico, grau de independência, relações interpessoais, crenças e a sua relação com as principais características do ambiente. A qualidade de vida deixou assim de estar apenas relacionado com o bem-estar e a saúde do indivíduo. Os fatores económicos, o percurso desenvolvido pelo indivíduo, passaram também a estar presentes no próprio conceito e definição de qualidade de vida (Pereira, Teixeira & Santos, 2012).

A qualidade de vida é, claramente, a ênfase principal do envelhecimento saudável (Cabral et al., 2013). Nesse sentido, a qualidade de vida reflete a percepção que cada idoso tem de si, com base a satisfação ou rejeição das suas necessidades relacionadas com a saúde física e mental, económicas, sociais e a auto-realização. As diferentes abordagens reconhecem a importância de implementar medidas de saúde em uma perspectiva multidimensional. Isso significa que ao analisar-mos a qualidade de vida, fatores como as várias condições sociais, culturais e psicológicas que existem dentro dos diferentes grupos de estudo devem ser considerados. Llobet et al. (2011) reforçam que o conceito de qualidade de vida tem evoluído e que inicialmente, os aspetos objetivos da vida eram

os que mais ganhavam ênfase, atualmente, os aspectos subjetivos são considerados essenciais e cada vez mais importante (Llobet et al., 2011). Uma das abordagens que expressa um conhecimento abrangente e complexo referente a qualidade de vida é a da Organização Mundial da Saúde (OMS), como referenciamos nos parágrafos anteriores, esta organização descreve a qualidade de vida como compreensão que o sujeito tem da sua posição na vida dentro da sua comunidade e contexto cultural, em relação aos seus objetivos, preocupações e expectativas de vida (OMS, 2012). É importante também acrescentar que as redes sociais constituem um elemento fundamental para a compreensão da qualidade de vida.

A qualidade de vida no envelhecimento é considerada um processo desafiante e complexo. De acordo com Llobet et al. (2011) mencionam que definir a qualidade de vida na velhice não é uma tarefa fácil, pois afirmam que tanto o processo de envelhecimento como a qualidade de vida se encontram dependentes do tempo (Llobet et al. 2011). Para Moudjahid & Abdarrazak (2019), o conceito de qualidade de vida no envelhecimento está associado com a presença de condições sociais e ambientais que permitam os idosos realizar comportamentos de adaptação com o meio, com base na percepção que os mesmos têm sobre o si (Moudjahid & Abdarrazak 2019). Nos idosos a qualidade de vida é considerada um constructo multidimensional, subjetivo e orientado para a importância na vida do indivíduo, sendo que os aspectos mais significativos da avaliação da qualidade de vida para o idoso são a autonomia, autossuficiência, tomada de decisão, ausência de dor e sofrimento, a preservação das habilidades sensoriais, a manutenção de um sistema de apoio social, estabilidade financeira, sentido de utilidade para com os outros e um certo grau de felicidade (Soósová, 2016).

É importante salientar que o ser idoso, faz parte do desenvolvimento humano. Essa fase não é um momento de solidão, tristeza ou de doenças. Mesmo com as mudanças no corpo há necessidade de o idoso compreender e aceitar o envelhecimento como processo natural e que é possível realizar ações que ajudam a conservar a saúde e a qualidade de vida. Nos idosos, a qualidade de vida é afetada por muitas situações exigentes e fatores associados à idade avançada, que são desde as mudanças no estado de saúde até o enfrentamento de novas restrições na vida e a identificação de novos papéis, oportunidades e suporte social disponível (Soósová, 2016).

Segundo investigações recentes de Llobet *et al.* (2011) relacionadas com a qualidade de vida, apontaram que os idosos consideram importantes um conjunto de fatores relacionados com: a saúde, autonomia, fatores psicológicos relacionados com a solidão e personalidade, ambiente adequado como a habitação, ambiente social, serviços, fatores sociais, autoestima e dignidade, limitação económica. Os mesmos autores acrescentam ainda que a perceção das pessoas idosas acerca da sua qualidade de vida não é necessariamente negativa e muitas revelam-se em pessoas felizes e satisfeitas com a sua vida atual, apesar de serem pessoas idosas (Llobet *et al.*, 2011). Zaide, (2014), salienta três componentes fundamentais no conceito de qualidade de vida referente a pessoas idosa que são bem-estar financeiro, a saúde, o suporte e integração sociais, acrescentando que cada um destes componentes pode ser afetado por circunstâncias que surgem no percurso de vida, nomeadamente, o processo de reforma, a perda de um emprego, a perda de um dos conjugues, o divórcio, problemas de saúde, a perda ou separação de uma pessoa próxima (Zaide, 2014).

De acordo Andrade e Martins (2011) a família constitui uma das principais estruturas do sistema do idoso, apesar das dificuldades vivenciadas na atualidade, e sendo que a estrutura familiar na sua vida é fundamental, tendo implicações no seu bem-estar e

na qualidade de vida (Andrade & Martins 2011). A qualidade de vida no idoso depende também do suporte social, onde a educação para a pessoa idosa parece ser uma ferramenta importante na promoção da qualidade de vida, permitindo à pessoa idosa uma adaptação e um ajustamento as características dessa etapa de vida (Antunes, 2017).

Dessa forma, é importante analisar as investigações sobre envelhecimento e qualidade de vida, com o objetivo de verificar como o assunto tem sido estudado nas diferentes áreas de conhecimento, uma vez que o tema é abordado por diversas áreas das ciências sociais e Humanas. Como refere Faria (2018), que o indivíduo tem a capacidade de se auto atualizarem, em que a compreensão e a consciência do seu próprio processo de envelhecimento permitem uma abertura a novos desafios e a estarem mais dispostos a delinear novos rumos e a vivenciarem novas experiências.

### **Envelhecimento saudável**

O conceito de envelhecimento saudável tem como objetivo desenvolver, promover e procurar a manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar durante a fase do envelhecimento (OMS, 2015). É importante salientar que o envelhecimento constitui uma vantagem a nível do desenvolvimento socioeconómico e de saúde pública que, em simultâneo, produz grande desafio de adaptação da sociedade e de novas políticas (World Health Organization, 2015b). De acordo com Tavares et al. (2017) ressalta que as políticas públicas enfatizam o sentido positivo do envelhecimento e a contribuição da pessoa idosa, afirmando que os idosos saudáveis são um recurso para suas famílias, sua comunidade e economia. A percepção de um envelhecimento negativo como por exemplo a falta de saúde, mobilidade reduzida, comprometimento cognitivo é comum na maioria das pessoas idosas (Warmoth et al., 2016). É importante salientar que

o impacto do envelhecimento populacional nas sociedades atuais vai depender, em parte, das políticas implementadas pelos governos, se vão de acordo as respostas a esta nova realidade (Bloom et al., 2015).

Segundo a OMS, (2015) refere que o envelhecimento saudável diz respeito ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional do indivíduo que permite o bem-estar durante a fase de envelhecimento. (World Health Organization, 2015). E está relacionado com à ideia de que o indivíduo preserva o seu potencial de desenvolvimento durante todo o curso da vida, havendo um equilíbrio entre suas limitações e potencialidades, as quais podem ser otimizadas por meio de intervenções, assim como à aquisição de novas aprendizagens, o que tem sido destacada por diversos estudos como uma atividade que auxilia no bom funcionamento físico, psicológico e social na fase do envelhecimento (Scoralick-Lempke & Barbosa, 2012). Deste modo, a compreensão do envelhecimento saudável, segundo a definição da OMS, é inclusivo e relevante para todas as pessoas idosas, até os idosos que convivem com a experiência de doenças crónicas, pois salienta a possibilidade de construção de habilidades que permitem vivenciar o envelhecimento da melhor forma possível. Canhestro e Bastos, (2016), acrescentam, que a longevidade autónoma e sem doenças, a funcionalidade em múltiplas tarefas, a preocupação com saúde física, social, e mental estão na base das estratégias promotoras de saúde ligadas ao envelhecimento saudável (Canhestro & Bastos, 2016). Este papel é atribuído aos indivíduos na decisão e na manutenção do seu estado de saúde, derivado do facto do autocuidado ser o modo dominante de cuidar da saúde na nossa sociedade. A promoção da saúde ao nível individual melhora a tomada de decisão individual e as práticas de saúde (Pender et al., 2011).

A possibilidade de envelhecer de modos saudável e manter à saúde e a autonomia é conforme com os princípios da promoção da saúde cujo conceito, definido pela OMS

(2015), que contempla todos componentes da vida valorizado pelo o indivíduo, e vem evidenciando a necessidade de uma reorganização, manutenção dos cuidados de saúde no sentido de possibilitar aos idosos e comunidades a oportunidade de conhecer e controlar os fatores que afetam e determinam a sua saúde realizando escolhas mais saudáveis, (World Health Organization, 2015).

O novo quadro europeu de referência e de estratégias e políticas de saúde da OMS – *Health 2020* – propõe quatro áreas prioritárias de intervenção:

1) Investir na saúde através de uma abordagem ao longo do ciclo de vida, focada na capacitação dos cidadãos; 2) Enfrentar as doenças crônicas como um dos grandes desafios colocado às políticas de saúde; 3) Promover o desenvolvimento de sistemas de saúde centrados nas pessoas, com um papel preponderante ao nível da saúde pública com capacidade de resposta ao nível da prevenção e situações emergentes; 4) Criar comunidades resilientes e ambientes protetores da saúde;

De um modo geral, considera-se que o envelhecimento da população produz problemas, dificuldades e necessidades (como por exemplo cuidados de saúde, necessidades económicas e sociais) a vários níveis, que representam problemas recorrentes para os quais os recursos disponíveis se tornam insuficientes e inadequados. Segundo a Direção Geral da Saúde (2015), salienta que as condições e estilos de vida saudável desde o princípio da vida são o melhor investimento para a realização do potencial de saúde, prevenção das doenças crónicas não transmissíveis e maximização das capacidades intrínsecas individuais, com vistas a promover a funcionalidade, a independência e a autonomia dos idosos. A promoção de hábitos saudáveis de alimentação e atividade física, a prevenção e controlo do tabagismo e a redução do consumo abusivo de álcool, assim como a ação multisectorial sobre os fatores sociais,

económicos e ambientais que influenciam a saúde nas várias fases do ciclo de vida constituem medidas essenciais. (DGS, 2015). De acordo com a literatura há evidências, enfatizando que iniciativas de promoção do envelhecimento saudável mostraram melhorar a qualidade de vida dos idosos, estimulando sua participação, interação, inclusão e fortalecimento na realização das tarefas diárias (Araújo et al., 2011). Promover a saúde numa perspetiva de autonomia e capacitação ao longo do processo de envelhecimento é reconhecido como um objetivo fundamental não só para os idosos, mas também para todos intervenientes e promotores (Barrios & Fernandes 2014).

### **Promoção da qualidade de vida do idoso**

Os programas de intervenção psicológicas consistem em práticas direcionadas à prevenção da exposição das pessoas a fatores que condicionam e determinam os problemas, promovendo comportamentos mais adequados, que melhoram a sua saúde e qualidade de vida. (Braga, et al. 2011). Esta prática de promoção da saúde no envelhecimento tem como objetivo, melhorar a qualidade de vida do idoso, estimulando a participação, a interação, a integração dos mesmo na comunidade (Araújo et al., 2011). Estudos recentes referem que o comportamento dos idosos, pode influenciar significativamente este processo. Nesse sentido, os programas de intervenção, com objetivo de promover comportamentos adequados face ao contexto em que os idosos estão inseridos, tem demonstrado impacto positivo, tanto na saúde física, quanto na saúde mental (Durgante, 2019). Ferreira et al., (2012) comprovam que as mudanças na organização da rede social, desempenham uma função de desenvolver o bem-estar psicológico no idoso.

Nos idosos a promoção da saúde emocional, mental e de relações sociais é tão importante quanto a promoção de saúde física, pois ajuda a prolongar sua independência

e autonomia, retardando incapacidades, doenças crônicas e melhorando a qualidade de vida (Braga, et al. 2011). Os mesmos autores consideram essencial, incentivar e promover atividades de lazer por estas proporcionarem a redução de isolamento e aumentarem a inserção do idoso no meio social, refletindo na ampliação da autoestima e da condição de saúde, promovendo o envelhecimento saudável.

Ribeiro, et al., (2016), refere que o psicólogo tem um papel crucial e importante para reforçar os recursos do próprio idoso para a preservação da saúde mental, estimular a sua participação em atividades educacionais e sociais, incentivar a criação de novos interesses e apoiar a participação dos mesmos em atividades que estimulem a criatividade, e a participação comunitária, nos programas de intervenção desenvolvidos pelos profissionais (Ribeiro, et al., 2016). As atividades desenvolvidas contribuem significativamente para a realização de objetivos pessoais e a atribuição de um sentido pessoal a esta nova fase das suas vidas (Correa et al., 2012).

Nesse entendimento quanto aos serviços prestados pela psicologia à população idosa, a Associação Americana de Psicologia (APA, 2014) orienta para que os psicólogos adequem as suas intervenções voltadas ao idoso, destacando a necessidade de os profissionais familiarizarem com os aspetos biológicos, e de saúde na velhice, o desenvolvimento do adulto e do idoso, as mudanças cognitivas, os problemas de vida diário, a natureza e a prevalência da psicopatologias associados ao processo de envelhecimento (Riberio, et al., 2016). Assim, o psicólogo tem o papel de receber a demanda do idoso de forma aberta, procurando compreender de forma holística em todos as circunstâncias da vida do sujeito, para que seja possível evitar as consequências adversas da velhice (Rebelo, et al., 2013).

As intervenções psicológicas incluem intervenções ou atividades voltadas a fim de desenvolver processos cognitivos, emocionais e comportamentais positivos. Segundo

a Ordem dos Psicólogos Portugueses, salienta que os psicólogos podem contribuir de para responder adequadamente aos desafios que o envelhecimento da população coloca. Uma vez que os mesmos (psicólogos) são profissionais capacitados para desempenhar um conjunto de diverso de papeis em diferentes contextos de vida dos idosos (privados, hospitalar e comunitários). Por um lado, pode contribuir para um envelhecimento saudável, rentabilizar o potencial desta fase da vida e promover um estilo de vida ativo, saudável e em que haja envolvimento com a comunidade e que permitia manter e melhorar a qualidade de vida. (OPP, 2015)

Afonso (2010) sugere a utilização de oficinas quando o trabalho busca ir além da ampliação do conhecimento do idoso e de sua família acerca de um problema ou doença e seu tratamento, para promover o fortalecimento dos recursos pessoais e sociais, a capacidade de encarar, e para a promoção do protagonismo social, da participação e do apoio (Afonso, 2010). Areosa, Araújo, Cardoso e Moreira (2012) defendem a importância de o idoso ter um grupo de referência, no qual possam compartilhar alegrias, tristezas, conhecimentos, de modos a proporcionar o suporte emocional. Rebelo e Neri (2013) acrescentam no mesmo entendimento que os grupos direcionados para idosos são espaços que utilizam o dialogo aberto e a comunicação como a base de suas atividades e apresentam inúmeros benefícios relacionados com a participação neste tipo de proposta de intervenção como a partilha de experiências e dificuldades, aprendizagens, estímulo das capacidades cognitivas, apoio emocional, preocupações, dúvidas e medos e a emergência de soluções criativas para determinados problemas enfrentados no dia-à-dia (Rabelo & Neri, 2013).

Marques (2017) afirma que os relacionamentos sociais levam à integração social e naturalmente fornecem um sentimento de pertença, tornando o idoso, mais adaptado à

realidade do processo de envelhecimento, gerando um conjunto de comportamentos positivos, para o envelhecimento saudável.

As intervenções psicossociais em grupos são uma ferramenta importante para o cuidado à população idosa e mostram-se capazes de auxiliar no enfrentamento dos desafios do envelhecimento e na descoberta de suas potencialidades, pois estas atividades constituem-se em estratégias de promoção da saúde (Rabelo & Neri, 2013).

Os programas de intervenção psicológica, geralmente têm como foco principal a saúde comportamental, o funcionamento cognitivo, os estilos de enfrentamento, a solidão, a prevenção de patologias e o envolvimento social do idoso na promoção do envelhecimento saudável e na qualidade de vida (Caprara et al., 2013). Assim a estrutura de um programa de intervenção, enfatiza aos idosos a empregarem seus recursos internos e externos ou desenvolverem sua capacidade em termos de compreensão, desenvolvimento e mudança, fornecendo várias estratégias que poderiam promover a conscientização e o acesso a recursos contextuais pessoais e sociais para os idosos, incluindo o conhecimento dos aspectos do envelhecimento, estilo de vida saudável, exercícios de comunicação, expressão emoção, resolução de problemas, enfrentamento, encontrar significado na vida, solidão, afeto, controle e envelhecimento. Caprara et al. al., e Kono et al. (2013), enfatizaram que estes programas de intervenção apresentam benefícios para a saúde, identificando a maior independência funcional, participação social, qualidade de vida, maior conhecimento e consciência sobre os estilos de vida e o seu impacto na saúde, menos consultas medicas e hospitalizações.

É importante salientar também que, qualquer intervenção psicológica deve promover qualidade de vida e bem-estar dos indivíduos e dos outros membros envolvidos na comunidade e para que o processo de apoio resulte, é necessária a existência de uma relação terapêutica que por vezes é o foco da intervenção (Leal et al., 2012). A relação

terapêutica representa um papel muito importante para o trabalho do psicólogo clínico, pois permite a compreensão de todos os aspetos relacionados com o idoso.

No contexto comunitário e da saúde, o psicólogo ao longo da sua intervenção quando trabalham com idosos, são encorajados a estar informados sobre as mudanças biológicas, psicológicas, culturais e sociais associados ao envelhecimento normal que acompanham o envelhecimento (OPP, 2020). O psicólogo geralmente em contexto comunitário trabalha com clientes, familiares e cuidadores de várias idades e outros membros da comunidade (APA, 2014). Neste sentido, o aconselhamento psicológico tem como principal objetivo o crescimento do indivíduo, promover o bem-estar psicológico e a autonomia pessoal no confronto com as dificuldades e os problemas, com base na relação de ajuda que é estabelecida entre o psicólogo e os membros da comunidade, onde cada membro explora suas preocupações pessoais ampliando a capacidade de tornar consciência das possibilidades de escolhas (Comin, 2014).

Durante o processo de intervenção em contexto comunitário e da saúde, o profissional de psicologia também tem como apoio base a psicoterapia de apoio, que é caracterizada como sendo uma modalidade de tratamento na qual o psicólogo mantém um relacionamento terapêutico e uma aliança de trabalho baseados na realidade, no esclarecimento e auxílio na solução dos problemas, bem como elevar a autoestima do indivíduo e fortalecer as capacidades interpessoal no contexto familiar, profissional, relacional com os membros da comunidade, a fim de possibilitar o bem-estar biopsicossocial (Cordioli et al., 2008). A psicoterapia de apoio emprega uma variedade de estratégias discursivas e técnicas específicas que podem ser agrupadas de acordo com modelos teóricos vastos de singularidade que variam em termos de complexidade e amplitude, pois exige por parte do psicólogo clínico no seu processo interventivo, uma

cuidadosa avaliação clínica, que envolve a coleta da história de vida, identificação dos sintomas, os fatores precipitantes, os aspectos da personalidade e uma compreensão profunda do indivíduo (Schmidt, 2012). Alguns modelos relacionados às psicoterapias de apoio se limitam a descrições de comportamento e aprendizagem, enquanto outros adicionam descrições estruturais mais elaboradas de personalidade e processos mentais, e alguns estendem-se às visões de mundo do indivíduo na comunidade (Cordioli et al., 2008). Os programas terapêuticos, variam de curtas sessões visando problemas moderados, e de longas sessões a série de problemas e acontecimentos supostamente intermináveis de descoberta pessoal, que afetam significativamente o indivíduo e comprometem a realização das suas atividades diárias. De salientar que no âmbito da intervenção, e independentemente do modelo teórico de psicoterapia adotado, o papel do psicólogo é planejar o tratamento com o objetivo de alterar a queixa ou o problema que leva o idoso a procura de ajuda (Pols, 2018).

Apesar das vantagens óbvias, uma das questões a serem consideradas pelo psicólogo clínico é saber o que a psicoterapia individual pode oferecer ao idoso e qual modalidade de grupo ou qual corrente é mais adequada para cada tipo de situação. Nesse sentido, por sua abordagem pragmática, a terapia cognitivo-comportamental tem sido uma das mais utilizadas e empiricamente validadas (Palacio, 2016).

Uribe et al., (2010) salienta que a proposta inicial de um modelo de intervenção psicológica para idosos, tendo em conta o crescimento desta população, surgiu da necessidade de os compreender e intervir efetivamente, e de gerar planos de ação que contribuam para a melhoria da sua qualidade de vida, a partir de um olhar abrangente sobre as necessidades da população idosa, sua cultura, condições sociodemográficas e as pesquisas realizadas. (Uribe, Orbegozo & Linde, 2010). Os mesmos autores referem ainda que soma-se a isso a preocupação de muitos investigadores em implementar

programas de intervenção que envolvam não apenas os idosos, mas também o seu contexto. Portanto, a concepção de programas de intervenção deve considerar não só os fatores relacionados com os idosos, mas também as fontes de apoio e as próprias necessidades da população, destacando que a sua qualidade de vida pode beneficiar da intervenção em redes de apoio, ou seja, desde o meio social, familiares, profissionais encarregados de cuidar dos idosos, instituições, freguesias, voluntários, entre outros (Richard, et al., 2012)

## **Objetivo**

### **Questão de investigação**

Este estudo surge da necessidade de compreender e caracterizar o impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso.

Desta forma, o objetivo central deste estudo é compreender e caracterizar o impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso.

Pretende-se também compreender a interligação entre as variáveis acima mencionadas enquanto agentes influentes da qualidade de vida do idoso, à luz das teorias de existentes na literatura.

### **Objetivos específicos**

Para o presente estudo definiram-se os seguintes objetivos específicos:

1. Compreender e caracterizar a qualidade de vida segundo: o género, o estado civil, filhos, situação profissional, e a participação em grupos de convívio;
2. Compreender e caracterizar se os problemas de saúde influenciam a qualidade de vida dos idosos;
3. Compreender e caraterizar a perceção da solidão e a qualidade de vida;

## **Metodologia**

O presente estudo insere-se num projeto de investigação mais vasto desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social pelo grupo de investigação “Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania” coordenado pela Professora Doutora Tânia Gaspar”.

### **Participantes**

Neste estudo, a amostra é constituída por cento e setenta e cinco (175) indivíduos maiores de 65 anos, do sexo masculino e feminino, residente atualmente em Lisboa, na freguesia da Ajuda, tendo os seguintes critérios de inclusão: a) apresentar disponibilidade para colaborar; b) independência do ponto de vista psicológico (condições cognitivas que não impossibilitem responder de forma consciente e autónoma os instrumentos aplicados); c) ser maior de 65 anos.

Considerando o objetivo proposto, optou-se por um tratamento quantitativo. O estudo é composto por uma amostra por conveniência e não aleatória.

Por outro lado, os critérios de exclusão a ter em conta foram os seguintes: a) recusa de participação no estudo b) sintomas de dificuldades cognitivas (como a atenção e/ou memória, por exemplo, que impossibilitaram responder de forma autónoma aos instrumentos).

Foram inquiridos 175 indivíduos, com recurso a um questionário em papel, resultando assim numa amostra total (n=175). No entanto, em algumas variáveis, o total

de respostas varia do total da amostra, sendo que nem todos os participantes responderam à totalidade do questionário.

Quanto ao género, constatou-se que 71,4% feminino (n=125) e 28,0% correspondentes ao género masculinos (n=49). Observando-se desta forma um desequilíbrio entre o número de participantes do género feminino e do género masculino, sendo que os géneros femininos apresentam um maior número de resposta.

No que se refere à caracterização da situação profissional, pode observar-se que, sendo que o idoso em atividade profissional ativa encontra com valores (9,3%), reformados (83,1%), reformados com atividade profissional ativa (2,9%), e idosos em trabalhos domésticos (4,7%).

Os dados foram recolhidos maioritariamente na zona de casalinho da ajuda, Rio Seco.

## **Instrumentos**

Neste estudo foi utilizado apenas um instrumento, de análise quantitativa WHOQOL-BREF traduzida e adaptada por Canavarro, et al. (2007) e Vaz Serra, et al. (2006). O investigador, numa colheita de dados, deve ter a noção de que o instrumento selecionado irá responder às suas expectativas, de modo a atingir os objetivos da investigação inicialmente propostos. Aplicou-se um questionário Sociodemográfico de forma a recolher informação sociodemográfica sobre os participantes do estudo. O questionário possibilitou recolher informação relativa por exemplo, a identidade de género, ao estado civil, à situação profissional, à relação familiar (se tem filhos), à participação em grupo de convívio, ao estado de saúde.

## **Qualidade de Vida (WHOQOL-BREF)**

O nome do instrumento é WHOQOL-BREF (World Health Organization Quality of Life – Bref), os autores e a versão original são do Grupo WHOQOL, 1994 (Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde) e neste estudo foi utilizada a versão portuguesa (Canavarro, et al., 2007). É uma medida genérica, multidimensional e multicultural para avaliar a qualidade de vida subjetiva. É composto por 26 itens e inclui quatro domínios de qualidade de vida: Físico “Tem energia suficiente para a sua vida diária?”, Psicológico “Até que ponto está satisfeito(a) consigo”, Social “Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?” e Ambiental “Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?”. Cada um desses domínios consiste em facetas de qualidade de vida. Esta medida, também, permite o cálculo de um indicador global da qualidade de vida. Os itens são avaliados numa escala do tipo Likert de 5 pontos: 1 - muito má / muito insatisfeito / nada / nunca a 5 - muito mau/muito insatisfeito/ completamente /sempre.

De acordo com o estudo psicométrico do WHOQOL-Bref para Portugal de Serra et al. (2006), este instrumento apresenta bons índices de consistência interna, medida pelo alfa de Cronbach, apresenta valores aceitáveis, seja analisando os quatro domínios 0,87 no domínio Físico, 0,84 no domínio Psicológico, 0,64 no domínio das Relações Sociais e 0,78 no domínio do Ambiente.

## **Procedimento**

A recolha de dados foi realizada com recurso a um questionário (Anexo A), elaborado em parceria com outros investigadores, no âmbito do projeto de investigação

mais vasto desenvolvido no Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social pelo grupo de investigação “Qualidade de vida, intervenção psicossocial e cidadania” coordenado pela Professora Doutora Tânia Gaspar” com o objetivo de compreender e caracterizar o impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso, da população da freguesia da Ajuda (+ de 65 anos), através de um projeto que pretende criar consistência e sinergia para a proteção/manutenção da saúde, numa lógica de trabalho participativo e orientado para as necessidades do público-alvo, de forma a fazer face aos problemas identificados no diagnóstico social de Lisboa, sendo para este estudo específico utilizados apenas os dados sociodemográficos, o instrumento WHOQoL-26. Os dados deste estudo foram recolhidos por todos os elementos do projeto.

Importante salvaguardar que em ambos os questionários, foram explicados os objetivos do estudo, salientando-se a participação voluntária e a possibilidade de recusa em participar, assegurando o carácter de confidencialidade dos dados, não existindo respostas erradas ou certas. A aplicação do instrumento teve um tempo determinado.

Após o processo de recolha de dados, foi necessário proceder-se à numeração e organização de todos os questionários, atribuindo-lhes um código igual. No que toca aos procedimentos estatísticos, na análise de dados, utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24 para o IOS, de modo a organizar e a sistematizar a informação. Utilizou-se estatística descritiva (e.g., cálculos de frequências, médias e desvios padrão), análises de variância a um fator (ANOVA).

Tendo em consideração os objetivos e a questão de investigação proposta, serão apresentados os resultados obtidos no estudo.

## Resultados

Tendo em consideração os objetivos e a questão de investigação proposta, serão apresentados os resultados obtidos no estudo. Em primeiro lugar, apresentam-se as análises para o estudo e descrição das variáveis. Em segundo lugar, analisa-se a confiabilidade das escalas utilizadas, seguindo-se a análise de frequência e percentagem das dimensões em estudo. Em terceiro lugar serão apresentados os resultados obtidos tendo em conta o ponto de vista dos idosos a cada variável em estudo identificada separadamente.

Tabela 1 - *Identidade de Género dos Participantes*

<b>Identidade de Género</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Feminino	125	71,8
Masculino	49	28,2
<b>Total</b>	<b>174</b>	<b>100,0</b>

De acordo com a tabela 1, verificou-se que 71.8% (n=125) dos participantes identificam-se com o género feminino, e 28.2% (n=49) com o género masculino.

Tabela 2 – *Estado Civil dos Participantes*

<b>Estado Civil</b>	<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Solteiro(a)	12	6,9
União de Facto	3	1,7
Casado(a)	63	36,0
Separado(a)	4	2,3
Divorciado(a)	11	6,3
Viúvo(a)	82	46,9
<b>Total</b>	<b>175</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 2 observa-se que 6,9% (n=12) dos idosos em termos de estado civil são solteiros, 1,0%(n=3) dos idosos encontram-se em União de Factos, 36,0% (n=63) são

Casados, 2,3% (n=4) encontram-se separados, e 6,3% (n=11) observa-se que se encontram divorciados. Neste sentido é possível constatar que cerca de 46,9% (n=82) dos idosos que responderam à questão, num total de 175 participantes, encontra-se em termos de estado civil como Viúvos.

Tabela 3 – *Tem filhos?*

<b>Filhos</b>		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Válido	Sim	154	88,0
	Não	21	12,0
<b>Total</b>		<b>175</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 3, pode observar-se que num total de 175 indivíduos que participaram neste estudo 88,0% (n=154) tem filhos, e 12,0% (n=21) não tem filhos.

Tabela 4 – *Situação Profissional*

<b>Situação Profissional</b>		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Válido	Atividade profissional ativa	16	9,3
	Reformado(a)	143	83,1
	Reformado(a) com atividade profissional ativa	5	2,9
	Trabalho Doméstico	8	4,7
<b>Total</b>		<b>172</b>	<b>100,0</b>

Face aos dados obtidos acerca da situação profissional, pode observar-se que existe uma discrepância, sendo que mais da metade dos participantes são reformados 83,1%(n=143). Cerca dos idosos em atividade profissional ativa encontra com valores 9,3%(n=16), reformados com atividade profissional ativa 2,9% (n=5), e idosos em trabalhos domésticos 4,7%(n=8).

Tabela 5 – *Doença crônica ou condição de saúde com impacto no dia-a-dia*

<b>Doença crônica ou condição de saúde que tenha impacto no dia-a-dia?</b>		Frequência	%
Válido	Não	37	21,1
	Sim	138	78,9
	Total	175	100,0

Com os dados obtidos na tabela 5, é possível observar-se que num total de 175 idosos que responderam a este item 78,9% (n=138) sendo à maior parte dos idosos apresentam alguma doença crônica ou condição de saúde que tem impacto no seu dia-a-dia, e apenas 21,1% (n=37) encontra-se sem nenhuma doença ou condição de saúde.

Tabela 6 – *Frequência de sentimentos negativos*

<b>Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?</b>		Frequência	%
Válido	Nunca	25	15,6
	Poucas vezes	38	23,8
	Algumas vezes	55	34,4
	Frequentemente	35	21,9
	Sempre	7	4,0
<b>Total</b>		160	100,0

Os resultados obtidos na tabela 6, permite observar que 15,6% (n=25) dos idosos nunca com frequência têm sentimentos negativos relacionados com a tristeza, desespero, ansiedade ou depressão, 23,8% (n=38) poucas vezes com frequência tem sentimentos negativos, 34,4% (n=55) algumas vezes, 21,9% (n=35) frequentemente tem sentimentos negativos e 4,0% (n=7) confirmam que sempre com frequência tem sentimentos negativos. Sendo possível constatar conforme os dados apresentados na tabela que cerca

dos 160 dos idosos que responderam à questão, num total de 175 participantes, apenas 8,6% (n=15) ficaram responderam.

Tabela 7 – *Apoio ao domicílio*

<b>Tem apoio domiciliário?</b>		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Válido	Sim	11	6,9
	Não	148	93,1
<b>Total</b>		<b>159</b>	<b>100,0</b>

Na tabela 7, observa-se que existem diferenças estatisticamente significativas sendo que apenas 6,90% (n=11) dos idosos tem apoio ao domicílio e 93,1% (n=148) não beneficia de apoio ao domicílio.

Tabela 8 – *Participação em grupo de convívio*

<b>Participa em grupos de convívio?</b>		<b>Frequência</b>	<b>%</b>
Válido	Sim	46	28,6
	Não	115	71,4
<b>Total</b>		<b>175</b>	<b>100,0</b>

Os resultados obtidos na tabela 8, indicam que num total de 175 indivíduos 26,30% (n=46) participam em grupos de convívios, e 65,70% (n=115) não participam em qualquer grupo de convívio a nível da comunidade. Sendo que 8,0% (n=14) não responderam a este item.

Tabela 9 - *Distribuição das dimensões da escala WHOQOL*

<b>WHOQOL</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>
Qualidade de vida – Física	3,68	,89
Qualidade de vida – Psicológica	3,67	,66
Qualidade de vida – Social	3,75	,68
Qualidade de vida – Ambiente	3,58	,50

Na análise da tabela 9 pode-se constatar que na dimensão Física, a média de respostas dos inquiridos encontra-se nos 3,68, sendo a hipótese de resposta mínima de 1 e a máxima de 5. Por outro lado, na dimensão Psicológica verifica-se uma média de respostas de 3,67. A dimensão Social apresenta uma média de resposta de 3,75. Por fim, a dimensão Ambiente apresenta uma média de 3,58. A dimensão que apresenta a média mais elevada é a dimensão Social, que mesmo não se aproximando do limite máximo de resposta, indica valores positivos no que diz respeito a qualidade de vida a nível social, pois quando maior for o valor desta dimensão, menor será a sensação de isolamento por parte do idoso e desta forma um maior sentido de pertença na sociedade.

Tabela 10 – *Diferença entre feminino e masculino*

<b>Dimensão</b>	<b>Feminino</b>		<b>Masculino</b>		<b>F</b>	<b>p</b>
	<b>M</b>	<b>DP</b>	<b>M</b>	<b>DP</b>		
<b>WHOQOL</b>						
Qualidade de vida-Física	3,63	,95	3,78	,51	1,00	,31
Qualidade de vida-Psicológica	3,65	,67	3,72	,65	,36	,54
Qualidade de vida-Social	3,72	,51	3,86	1,00	1,35	,24
Qualidade de vida-Ambiente	3,60	,49	3,59	,52	,00	,95

Nota: \*p <0,05

Os resultados obtidos na tabela 10, permite observar que não existem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos de femininos e masculinos nas variáveis da escala WHOQOL. Verifica-se que os homens apresentam uma percepção de qualidade de vida ligeiramente superior em relação as mulheres, nomeadamente na Qualidade de Vida - Física (M=3,78; DP=0,51) e Qualidade de Vida - Social (M=3,86; DP=1,00).

Tabela 11 – Análise da relação *entre as variáveis da qualidade de vida em função dos filhos*

Dimensão	Tem filhos		Não tem filhos		F	p
	M	DP	M	DP		
<b>WHOQOL</b>						
Qualidade de vida-Física	3,70	,84	3,35	,89	2,65	,10
Qualidade de vida-Psicológica	3,71	,62	3,40	,82	4,05	,04
Qualidade de vida-Social	3,76	,70	3,74	,42	,01	,89
Qualidade de vida -Ambiente	3,61	,51	3,55	,60	,19	,10

Nota: \*p <0,05

De acordo com os resultados obtidos na tabela 11, podemos observar que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ), entre os grupos nas variáveis da escala WHOQOL, na dimensão Qualidade de Vida Psicológica.

Tabela 12 – Análise da relação *entre as dimensões da qualidade de vida em função da participação dos idosos nos grupos de convívio*

Dimensão	Participa		Não Participa		F	p
	M	DP	M	DP		
<b>WHOQOL</b>						
Qualidade de vida-Física	3,70	,67	3,65	,97	5,45	,02
Qualidade de vida-Psicológica	3,74	,67	3,64	,66	1,19	,27
Qualidade de vida-Social	3,73	,56	3,76	,71	,22	,63
Qualidade de vida-Ambiente	3,86	,60	3,47	,46	5,66	,53

Nota: \*p <0,05

Os resultados obtidos na tabela 12, permite-nos observar que existem diferenças estatisticamente significativas ( $p < .05$ ), entre os grupos na variável da escala WHOQOL, na dimensão *Qualidade de Vida Física*.

Tabela 13 – Análise da relação *entre as dimensões da qualidade de vida em função da solidão*

Dimensão	Se sente sozinho		Não se sente sozinho		F	p
	M	DP	M	DP		
<b>WHOQOL</b>						
Qualidade de vida-Física	3,30	,78	3,91	,88	,37	,00
Qualidade de vida-Psicológica	3,44	,71	3,85	,57	3,00	,00
Qualidade de vida-Social	3,61	,64	3,85	,69	4,00	,04
Qualidade de vida -Ambiente	3,45	,57	3,67	,47	5,05	,01

Nota: \*p <0,05

Com base os resultados obtidos na tabela 13, verifica-se que existem diferenças estatística significativos em todas dimensões da qualidade de vida. Sendo que os idosos

que não se sentem sozinho em relação a solidão demonstram uma maior media nomeadamente na Qualidade de Vida - Física ( $M=3,91$ ;  $DP=0,88$ ), quando comparados aos idosos que se sentem sozinhos. A dimensão psicológica e a dimensão social apresentam uma média de resposta de 3,85, e por fim a dimensão ambiente apresenta uma média 3,67.

## **Discussão**

Tendo em consideração os resultados apresentados, verifica-se que foi possível cumprir o objetivo geral estabelecido inicialmente para o presente estudo. Deste modo, salienta-se que se procedeu à compreensão e à caracterização sobre o impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso. Inicialmente foram aprofundadas algumas questões relacionadas com o processo de envelhecimento, os fatores que influencia nos problemas de saúde dos idosos, os comportamentos de saúde, a qualidade de vida do idoso, envelhecimento saudável, e por fim uma abordagem sobre um programa de intervenção em psicológica na promoção da qualidade de vida do idoso.

De acordo Durgante (2019), os programas de intervenção, com objetivo de promover comportamentos adequados face ao contexto em que os idosos estão inseridos, tem apresentado impacto positivo no que diz respeito a saúde física e saúde mental (Durgante, 2019). As intervenções psicológicas consistem em práticas direcionadas à prevenção da exposição das pessoas a fatores que condicionam e determinam os problemas de saúde no idoso, promovendo comportamentos mais adequados, que melhoram a sua saúde e qualidade de vida (Braga, et al. 2011).

Desta forma, pretendemos contribuir para compreensão dos inúmeros fatores psicossociais que podem influenciar na qualidade de vida do idoso.

No que diz respeito ao primeiro ponto da discussão refere-se a influencia do género na perceção da qualidade de vida. Verificou-se que 71.4% sendo a maior parte dos idosos se identificam com o género feminino, 28.0% com género masculino e 0.6% com outras identidades de género não conformes. Não sendo possível constatar de acordo a literatura, uma vez que não existem estudos suficiente que permite afirmar quais os

fatores decisivos. No entanto a OMS defende que o género depende de uma variedade de determinantes que envolvem indivíduos, famílias e sociedade. E que a forma como a sociedade observa o processo de envelhecimento, bem como a pessoa idosa, é influenciando de acordo os seus valores culturais e tradicionais. Observa-se também que nesta fase há uma maior incidência de perdas pessoais, familiares (Lavretsky & Newhouse, 2012).

Outro ponto da discussão relaciona-se com influência do estado civil na perceção da qualidade de vida. Na amostra em estudo, a maioria dos participantes eram viúvos (46,90 %), tendo-se verificado uma diferenciação no sentido de estes apresentarem qualidade de vida satisfatória relativamente aos que não têm companheiro (casados, união de factos, solteiros e divorciados). Contudo, não se verificou uma diferença estatisticamente significativa. Andrade e Martins (2011) corroboram este resultado ao afirmarem que a situação conjugal não tem influência na qualidade de vida dos idosos.

A passagem a reforma, o idoso pode apresentar um conjunto de fatores de natureza psicossocial que condicionam o modo como as pessoas enfrentam e resolvem os seus problemas do dia-a-dia (Fonseca, 2006). A literatura reforça que, o indivíduo tem a capacidade de se auto atualizarem, e que a compreensão e a consciência do seu próprio processo de envelhecimento permitem uma abertura a novos desafios e a estarem mais dispostos a delinear novos rumos e a vivenciarem novas experiências (Faria 2018), e apesar do processo de envelhecimento ser acompanhado com a redução da capacidade funcional, não devemos definir o envelhecimento e justificar a exclusão das pessoas idosas da vida social, ou então para instituições de acolhimento isoladas dos processos de participação coletiva (Ferreira, 2011). Apesar de existir uma discrepância acerca da situação profissional, sendo que mais da metade dos participantes são reformados 81,7%,

cerca de 9,1% dos idosos encontram-se em atividade profissional ativa, 2,9% reformados com atividade profissional ativa, e 4,6% dos idosos em trabalhos domésticos, indo ao encontro das evidências encontradas na literatura.

Por outro lado, ao nível dos problemas de saúde foi possível analisar que maior parte dos idosos inquiridos apresentam alguma doença crônica ou condição de saúde com impacto no dia-a-dia, o que se verifica na literatura, pois segundo Dias et al, (2017), refere que o processo de envelhecimento implica no surgimento de doenças crônicas, declínio das capacidades físicas e mentais, e de papéis sociais que são caracterizações próprias do processo de envelhecimento. Porém Kueh et al., (2016), reforça que os estilos de vida menos saudáveis e as influências ambientais negativas destacam o aumento da prevalência das doenças crônicas e a redução das capacidades físicas e mentais dos idosos, o que limita a sua autonomia, independência e participação social. Os resultados obtidos, permitiram analisar que não existem diferenças significativas em termos de pensamentos negativos frequentes relacionados com a tristeza, desespero, ansiedade ou depressão. O que corrobora com os estudos de Freitas (2011), onde descreve que os sentimentos nos idosos são subjetivos, estando relacionada com a qualidade da interação social que cada idoso mantém e com os estilos de vida (Freitas 2011).

Foi possível analisar que existem diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao apoio ao domicílio sendo que num total de 100% dos inquiridos apenas 6,30% dos idosos beneficiam de tal intervenção, que apresenta um indicador para a criação de um programa de intervenção que permite a promoção de estilos de vida para o envelhecimento saudável e a qualidade de vida, pois de acordo os estudos de Antunes (2017), é importante no processo de retardamento de doenças, sendo que o processo de intervenção permite a alteração dos estilos e hábitos de vida, e diminuem-se os fatores de risco relacionado ao processo de envelhecimento.

Ao nível dos filhos, o estudo confirmou que os idosos com filhos descrevem melhor a sua qualidade de vida. Na realidade a família constitui uma das principais estruturas do sistema do idoso, apesar das dificuldades vivenciadas na atualidade, sendo que a estrutura familiar na sua vida é fundamental, tendo implicações no seu bem-estar e na qualidade de vida, nomeadamente a nível dos afetos, educação e das relações sociais (Andrade & Martins 2011). Vários estudos concluem que a família está intimamente relacionada com a qualidade de vida.

Ao nível da participação em grupos de convívio, verificou-se que num total de 175 indivíduos inquiridos apenas 26,30% participam em grupos de convívios, e 65,70% não participam em qualquer grupo de convívio a nível da comunidade, permitindo observar que os idosos que participam em grupos de convívio, avaliam melhor a qualidade de vida a nível da dimensão ambiente, psicológica, e social. Contudo, se verificou uma diferença estatisticamente significativa. Estes resultados estão em consonância com os estudos de Marques (2017) que afirma que os relacionamentos sociais levam a integração social e fornecem ao idoso um sentimento de pertença, tornando-o mais ajustado ao processo de envelhecimento e na promoção da qualidade de vida. Os resultados também corroboram com a investigação levada a cabo por Paúl, Ribeiro e Teixeira, (2012), na qual referem que a saúde é um dos aspetos cruciais no processo do envelhecimento, e os comportamentos de saúde podem ser entendidos como o conjunto de hábitos saudáveis e positivos que incluem atividades sociais que geram prazer, satisfação e motivação com a vida diária. Assim como qualquer comportamento em que o indivíduo se envolve voluntariamente ou que possa ser induzido com a intenção de aliviar o impacto de potenciais riscos e perigos a saúde em seu contexto ou ambiente na qual está inserido (Mansfield & Kivity, 2011).

Respetivamente a percepção da qualidade de vida, verificou-se que os idosos apresentam uma maior percepção da sua qualidade de vida, ao nível da dimensão social, e avaliam a sua qualidade de vida como não sendo nem boa, e nem má, o que vai ao encontro do que refere Oliveira, Rabelo, e Queroz (2012) que salientam a qualidade de vida é descrita como a interação entre as condições de vida, os valores pessoais e a satisfação pessoal com a vida, assim como a percepção que o individuo tem sobre seu estado de vida na sua comunidade, e as preocupações com a saúde mental e crenças pessoais associadas a participação em atividades culturais, sociais, laborais, expressivas e físicas que demonstra o impacto positivo na saúde e bem-estar do idoso (Cabral, 2013), o que vai de acordo com os resultados obtidos sobre a avaliação da qualidade de vida. Por sua vez, quando mais baixos forem os valores nas restantes dimensões, maior será o impacto negativo na vida do idoso, necessitando assim da existência de um programa de intervenção para a promoção da qualidade de vida.

Sabe-se que a solidão é uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de um individuo, encontram-se enfraquecida. O último ponto da discussão relaciona-se com a influência da solidão na percepção da qualidade de vida dos idosos, cabe dizer que a maior parte dos idosos inquiridos não se sente sozinho e em relação a percepção da solidão demonstram uma maior media nomeadamente na Qualidade de Vida - Física, Qualidade de Vida - Psicológica, Qualidade de Vida - Social, e Qualidade de Vida - Ambiente, quando comparados aos idosos que se sentem sozinhos. Os resultados obtidos vão ao encontro a Freitas (2011), considera a solidão como subjetiva, estando relacionada com a qualidade da interação social que cada idoso mantém e não com a quantidade dos contatos que foram estabelecidos anteriormente e atualmente. Embora o envelhecimento seja um processo individual e particular que influencia o estado de saúde dos idosos, há evidências de que o seu estado de saúde esta

associado a um conjunto de fatores de riscos de declínio do estado funcional, como a redução do contacto social, e a solidão. (Silva, Souza & Ganassoli, 2017).

## Conclusão

Num quadro de envelhecimento demográfico em Portugal, a população está a envelhecer e as previsões apontam para uma tendência mais acentuada no futuro, acarretando várias consequências a nível da saúde, económico e social, o que, importa preparar as pessoas para que envelheçam de um modo saudável e com qualidade de vida. É neste contexto de envelhecimento populacional que surge este trabalho sobre o impacto dos fatores psicossociais na qualidade de vida do idoso. Perante este quadro, as questões relacionadas ao envelhecimento alcançaram um maior interesse e preocupação.

Primeiramente, e de acordo com os objetivos específicos propostos, foi possível recolher informações acerca do género e a situação profissional dos idosos. Através da realização do presente estudo de investigação, como já foi mencionado anteriormente, foi também possível compreender e caracterizar determinados fatores que se encontram relacionados com o processo de envelhecimento. Relativamente aos fatores sociodemográficos, no que diz respeito à variável género, verificou-se que os sujeitos do género feminino apresentam resultados mais elevados, em comparação com os indivíduos do género masculino, são predominantemente viúvos, a maioria são reformados, e 88,0% dos idosos inquiridos têm filhos.

Os principais fatores identificados no presente estudo psicossociais mantêm-se como principais agentes influenciadores da qualidade de vida do idoso, e acarretam repercussões positivas e negativas. Foi possível constatar que a nível da saúde, há evidências significativas no que diz respeito aos problemas de saúde, foi possível compreender e caracterizar que maior parte dos idosos apresentam alguma doença crónica ou outra condição de saúde que tenha impacto no seu dia-a-dia. Verificou-se, porém, uma discrepância entre as os sentimentos negativos relacionados com a tristeza,

desespero, ansiedade e depressão, que os idosos responderam terem estes tipos de sentimentos algumas vezes.

No que diz respeito a participação social, foi possível observar com base os dados obtidos que maior parte dos idosos não participa em grupos de convívio, em nem tem apoio ao domicílio demonstrando evidencia sobre a necessidade e a importância do programa de intervenção psicológica, para a promoção da qualidade de vida e participação ativa dos idosos na comunidade.

A qualidade de vida é para todos um assunto muito subjetivo e individualizado, sendo que aquilo que para alguns idosos significa qualidade de vida, para outros não é necessariamente a mesma coisa. Pois quanto a avaliação feita sobre a qualidade de vida foi possível compreender que os homens apresentam uma percepção de qualidade de vida ligeiramente superior em relação as mulheres, e avaliam a dimensão física como sendo positiva. Apesar de se ter verificado que nem sempre envelhecer é sinónimo de problema a nível de solidão, comprova-se com os resultados obtidos que apesar de 46,9% de idosos ser viúvo, maior parte dos idosos não se sentem sozinhos.

No âmbito do presente estudo de investigação, foram encontradas diversas limitações. A este nível, salienta-se o tamanho da amostra, sendo que o facto de esta ser diminuta (n=175) coloca entraves à representatividade e à generalização dos resultados. Assim, pode constatar-se que não foi possível relacionar determinadas variáveis devido ao facto de o número de participantes ser muito reduzido. Para além da limitação anteriormente referida, salienta-se também o facto de a amostra ser assimétrica relativamente ao género dos participantes. Assim, verifica-se que, no presente estudo, o número de sujeitos do género feminino é consideravelmente superior ao número de indivíduos do género masculino, o que pode ter contribuído para um certo enviesamento

dos resultados em questão. Neste sentido, seria útil, em estudos futuros, a existência de uma amostra mais proporcional em relação ao género dos participantes.

Em estudos futuros seria importante incluir as variáveis; religião, ter netos, com o objetivo de estudar a identidade e a relação dos netos na vida dos idosos e perceber qual o papel destas variáveis no processo de envelhecimento.

Seria ainda interessante em estudos futuros, aplicar um método de investigação que permitisse aprofundar a problemática em estudo, nomeadamente entrevista e alguns importantes pormenores que permitem compreender e caracterizar, a qualidade de vida e os estilos de vida adotados em idosos com netos e sem netos, podendo recorrer a uma metodologia qualitativa, a par do estudo quantitativo já realizado. Este estudo permitirá aprofundar quais os fatores que os idosos consideram ter uma maior influência na qualidade de vida, e permitirá também colaborar para um olhar mais atento dos profissionais de psicologia clínica, as necessidades desta população em interação com a psicogerontologia. Além disso, o presente trabalho pode promover reflexões sobre o papel do psicólogo clínico na promoção do envelhecimento saudável.

### Referências bibliográficas

- Afonso, L. (2010). Pesquisa qualitativa sobre metodologia de trabalho social com famílias no âmbito do PAIF. Serviço de consultoria no âmbito do programa PNUD BRS/04/046. Brasília, DF.
- Allen, J. (2008). Older people and wellbeing. Retrieved March 2, 2015, from [http://www.ippr.org/files/images/media/files/publication/2011/05/older\\_people\\_and\\_wellbeing\\_1651.pdf?noredirect=1](http://www.ippr.org/files/images/media/files/publication/2011/05/older_people_and_wellbeing_1651.pdf?noredirect=1).
- Almeida, E. R., & Moreno, A. L. (2014). Terapia cognitivo-comportamental breve para transtorno de ansiedade social: Estudo de caso. *Perspectivas em Psicologia*, 18 (2), 51-75.
- Andrade, A. & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millennium*, (40), 185-199.
- Araújo, L. F., Coelho, C. G., Mendonça, E. T., Vaz, A. V., Siqueira-Batista, R., & Cotta, R. M. (2011) Evidencias da contribuição dos programas de assistência ao idoso na promoção do envelhecimento saudável no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 30(1), 80-86. doi: 10.1590/S1020-49892011000700012.
- Areosa, S. V. C., Araújo, C. K., Cardoso, C. M. C., & Moreira, E. P. (2012). Envelhecimento: relações pessoais e familiares. *Barbarói*, (36), 120-132.
- Bannink, F. P. (2012). *Practicing Positive CBT: from reducing distress to building success*. New York: Black-Wiley.
- 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), 188-196.
- Beach SR, Schulz R, Castle NG, Rosen J. (2010). Financial exploitation and psychological mistreatment among older adults: Differences between African Americans and non-African Americans in a population-based survey. *Gerontologist*, (50), 744–57.

- Beck, A., Rush, A., Shaw, B., & Emery, G. (1997). Uma visão geral. In A. Beck, *Terapia cognitiva da depressão* (pp. 3-26). Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. (1997). *Terapia cognitiva: Teoria e prática*. Porto Alegre: Artmed.
- Beck, J. S. (2013). Introdução à Terapia Cognitivo-comportamental [Introduction to Cognitive Behavioral Therapy]. In J. S. Beck (Ed.), *Terapia Cognitivo-Comportamental: teoria e prática* [Cognitive-Behavioral Therapy: Theory and Practice] (2 ed) (pp. 21-36). Porto Alegre, RS: Artmed.
- Braga, A., Hureau, D., & Papachristos, A. (2011). An ex post facto evaluation framework for place-based police interventions. Unpublished manuscript.
- Brenda R Whitehead, B. R., (2017) Health behaviors in older adults: Considering age, affect, and attitudes. *Journal of Health Psychology*, 22(13) 1652–1657.
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Alcântara da Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). Envelhecimento e participação social. In Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Alcântara da Silva, P., Jerónimo, P., & Marques, T. (Eds.), *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. (pp. 147-236). Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M.J., Carona, C. (2007). Instrumento de avaliação da qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol. III, pp. 77-100). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canhestro, A. S., & Basto, M. L., (2016). Envelhecer com Saúde: Promoção de Estilos de Vida Saudáveis no Baixo Alentejo. *Pensar Enfermagem* (1),28-51.
- Caprara, M., Molina, M. A., Schettini, R., Santacreu, M., Orosa, T., Mendoza-Nunez, V. M., Rojas, M., & Fernande-Ballesteros, R. (2013). Active aging promotion: Results from the Vital Aging program. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. Retrieved March 2, 2015 from <http://dx.doi.org/10.1155/2013/817813>

- Chand S., (2016). How to adapt cognitive-behavioral therapy for adults. *Current Psychiatry*,3(12), 10-15.
- Combinato, D. S. (2010). Grupos de Conversa: saúde da pessoa idosa na estratégia saúde da família. *Psicologia Social Florianópolis*, 22 (3) 558-568.
- Cordioli, A. V. (2008). *Psicoterapias abordagens atuais* (3a ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Correa, J. C., Ferreira, M. E., Ferreira, V. N., & Banhato, E. F. (2012). Percepção de idosos sobre o papel do psicólogo em instituições de longa permanência. *Revista brasileira de geriatria e gerontologia*,15(1),127-136.  
<http://dx.doi.org/10.1590/S1809-98232012000100014>.
- Correia, D.G. Borba Pinheiro, C. J., Dantas, E.H.M. (2013). Qualidade de vida no envelhecimento humano. *Praxia*, 1 (1).
- Cramm, J.M., Adams, S.A., Walters, B.H., Tsiarchristas, A., Bal, R., Huijsman, R., Maureen, P.M.H., Molken, R. V., & Nieboer, A.P., (2014). The Role of Disease management programs in the health behavior of chronically ill patients. *Patient education and counseling*, (95) 137-142.
- Dias, E. G., Souza, B. R. S., Silva, F. E.; Jesus, M., & Alves, J. C. S. (2017). Estilo de vida de idosos usuários de uma unidade básica de saúde. *Arquivos de Ciência da Saúde* 20 (2), 105-111.
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Plano Nacional de Saúde: revisão e extensão a 2020*. Lisboa.
- Direção Geral de Saúde (2017). *Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025*. Lisboa: DGS.
- Faria, M. C. (2018). Florescimento, bem-estar e envelhecimento saudável. Actas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Anais... in: promover e inovar em psicologia da saúde. Lisboa: ISPA-Instituto Universitário.

- Ferreira, H.G., Batiston, S. S. T., (2016). *Terapia cognitiva comportamental para idosos com depressão*. In E. R. Freitas, A.J.G. Barbosa & C.B. Neufeld. (coord) *Terapia cognitiva comportamental com idosos*. Novo Hamburgo: Sinopsys.
- Ferreira, O. G. L., Maciel, S. C., Costa, S. M. G., Silva, A. O., & Moreira, M. A. S. P. (2012). Envelhecimento ativo e sua relação com a independência funcional. *Texto Contexto Enfermagem*, 21 (3), 513-8.
- Ferreira, P. (2011). Envelhecimento Activo e Relações Intergeracionais: Grupo de Trabalho 10: Gerações e Contemporaneidade. XV Congresso Brasileiro de Sociologia, Curitiba. Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Lisboa. 26 a 29 de Julho de 2011.
- Ferreira, V. N., Chinelato, R. S. C., Castro, M. R., & Ferreira, M. E. C. (2013). Menopausa: marco biopsicossocial do envelhecimento feminino. *Psicologia & Sociedade*, 25(2), 410-419.
- Fonseca, A. M. (2006). Uma abordagem psicológica da passagem à reforma: Desenvolvimento, envelhecimento, transição e adaptação. Tese de Doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto, Porto.
- Freitas, P. B., & Carvalho, R. G. N. (2014). Terapia cognitiva comportamental no tratamento do transtorno depressivo: uma abordagem em grupo. *Barbarol*, (32), 98-113.
- Freitas, P. C. (2011). *Solidão em idosos: percepção em função da rede social II ciclo de gerontologia social aplicada*. Universidade Católica de Portuguesa-Centro Regional de Braga. Faculdade de Ciências Sociais.
- Fries, A. T., & Pereira, D. C. (2011). Teoria do envelhecimento. *Revista Contexto e saúde*, 10 (20), 507-514.
- Gaspar, T. *Qualidade de Vida no Processo de Reforma e Envelhecimento Ativo*. Edições Lusíada, no prelo, 2015.
- Geib, L., Consalter, T. (2012). Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17 (1), 123-133.

- Gerritsen, D., Smalbrugge, M., Teerenstra, S., Leontjevas, R., Adang, E.M., Vernooij-Dassen, M. J. F. J., Derksen, E., & Koopmans, R.T.C. M. (2011). Act in case of depression: The evaluation of a care program to improve the detection and treatment of depression in nursing homes: Study protocol. *BMC Psychiatry*, *11*, 91.
- Hall, J., Kellett, S., Berrios, R., Bains, M.K., Scott, S. (2016). Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Generalized Anxiety Disorder in Older Adults: Systematic Review, Meta-Analysis, and Meta-Regression. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. *24*(11), 1063-1073.
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A.T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, *36*(5), 427-440. DOI: <http://dx.doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hoifodt RS, Strom C, Kolstrup N, (2011). Effectiveness of cognitive behavioural therapy in primary health care: A review. *Fam Pract*, *(28)*, 489–504.
- Jayasekara, R., Procter, N., Harrison, J., Skelton, K., Hampel, S., Draper, R., Deuter, K. (2014). Cognitive behavioural therapy for older adults with depression: a review. *Journal of Mental Health*. *(1)*, 1-4.
- Kaplan, G., Seeman, T., Cohen, R., Knudsen, L., & Guralnik, J. (1987). Mortality among the elderly in the Alameda County Study: behavioral and demographic risk factors. *American Journal of Public Health*, *(77)*, 307-312.
- Kim HK. (2013). Factors affecting successful aging among male elderly in Korea. *J Converg Inform Technol*, *8* (14), 341–50.
- Kim, H. K., Lee, Y., Gu, J., Hee, O., Han, J., (2015) Psychosocial factors for influencing healthy aging in adults in Korea. *Health and Quality of Life Outcomes*. *13-31*.
- Klersiaris, C. F., Papathanasiou, I. V., Tsaras, K., Androulakis, E., Kourkouta, L., Fradelos, E., Zyga, E. (2019). Factors affecting the health status of elderly people receiving home care. *Archive of Hellenic Medicine*, *36* (2), 237-244.

- Kueh, Y., Morris, T., & Ismail, A. (2016). The effect of diabetes knowledge and attitudes on self-management and quality of life among people with type 2 diabetes. *Psychology, Health & Medicine*, 22 (2), 138-144.
- Lavretsky, H., & Newhouse, P. A. (September de 2012). Stress, Inflammation and Aging. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 9 (20), 729-733.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s) e Estado da arte*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lima, M. P. (2010). *Envelhecimento(s)*. Coimbra: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lopes, M. J., Araújo, J. L., & Nascimento, E. G. C. (2016). O envelhecimento e a qualidade de vida: a influência das experiências individuais. *Revista Kairós Gerontologia*, 19 (2), 181-199.
- Mansfield J. C., Kivity, Y., (2011) The relationships among health behaviors in older persons. *Journal of Aging and Health*, 23 (5), 822-842.
- Marques, I. L. (2017). *Atitudes face ao envelhecimento e percepção da qualidade de vida em indivíduos adultos mais velhos*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Portugal.
- McParland, J. L. & Flowers, P. (2012). Nine lessons and recommendations from the conduct of focus group research in chronic pain samples. *British Journal of Health Psychology*, 17, 492- 504. doi:10.1111/j.2044-8287.2011.02050.x
- Moreno, A.L., & Carvalho, R. G. N., (2014) Terapia cognitiva comportamental breve para sintomas de ansiedade e depressão. *Revista Brasileira de Terapia Cognitiva*, 10 (2), 70-75.
- Morgan, D. L. (1996). Focus group. *Annual Review Sociology*, 22, 129-152.
- Morgan, D. L. (1997). *Focus group as qualitative research* (2 ed.). Thousand Oaks, California: Sage.
- Morgan, D. L. (1998). *Planning focus group*. Thousand Oaks, California: Sage.

- Morgan, D. L. (2010). Reconsidering the role of interaction in analyzing and reporting focus groups. *Qualitative Health Research, 20* (5), 718-722.
- Moudjahid, A., Abdarrazak, B., (2019). Psychology of Quality of Life and Its Relation to Psychology. *International Journal of Inspiration & Resilience Economy, 3* (2), 58-63.
- Neufeld, C. B. (2011). Intervenções em grupos na abordagem cognitivo-comportamental. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a* (2ed), 737-750. Porto Alegre: Artmed.
- Oliveira, L. S., Rabelo, D. F., & Queroz, N. C. (2012). Estilo de vida, senso de controle e qualidade de vida: um estudo com população idosa de Patos e Minas-MG. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, (12)*, 416-430.
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2015). *O papel dos psicólogos no envelhecimento*. Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde (2015). *Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*.
- Padesky, C. A., & Mooney, K. A. (2012). Strengths-based Cognitive Behavioural Therapy: a four-step model to build resilience. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 19*, 283–290. doi: 10.1002/cpp.1795.
- Palacio, A.F.C., (2016) Psicoterapia grupal para adultos mayores con depresión y ansiedad. *Psicogeriatría, 6* (2), 51-59.
- Paúl, C., Ribeiro, O., & Teixeira, L. (2012). Active ageing: an empirical approach to the WHO model. *Current Gerontology and Geriatrics Research, 1-10*.
- Pender, N., Murdaugh, C., & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. (6th Edition). New Jersey: Pearsons Education, Inc.
- Petronilho, F. A. S. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. 1a edição. Coimbra. Formasau. ISBN 978-989- 8269-17-1.

- Pinto, J., & Neri, A. (2017). Trajetórias da participação social na velhice: Uma revisão sistemática. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 20 (2), 260-273.
- Pols, H. (2018). Towards trans-cultural histories of psychotherapies. *European Journal of Psychotherapy & Counselling*, 20, 88-103.
- Pordata. (2016). Retrato de Portugal. Edição 2016. Lisboa.
- Pruchno R., Wilson-Genderson M., Rose M., & Cartwright F. (2010). Successful aging: Early influences and contemporary characteristics. *The Gerontologist*, 50(6): 821-833.
- Pruchno R., Wilson-Genderson, M. (2012). Adherence to clusters of health behaviors and successful aging. *Journal of Aging and Health*, 24, (8), 1279-1297.
- Pruchno, R., Wilson-genderson, M. (2012) Adherence to clusters of health behaviors and successful aging. *Journal of Aging and Health*, 24 (8), 1279-1297.
- Rabelo, D.F. & Neri, A.L. (2013). Intervenções psicossociais com grupos de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, 16 (6), 43-63.
- Richard, L., Gauvin, L., Ducharme, F., Leblanc, M.E. & Trudel, M. (2012). Integrating the Ecological Approach in Disease Prevention and Health Promotion Programs for Older Adults: An Exercise in Navigating the Headwinds. *Journal of Applied Gerontology*, 31, 101-125. doi: 10.1177/0733464810382526.
- Sagoe, D. (2012). Precincts and prospects in the use of focus groups in social and behavioural science research. *The Qualitative Report*, 17 (29), 1-16.
- Sassa, A. H., Borghi, A. C., Matos, P. C., Decesaro, M. D., & Marcon, S. S. (2011). Quality of life of elders with Alzheimer's disease and of their caregivers. *Gaucha Enfermagem*, 751-8.
- Scolarick-Lempke, N. N., & Barbosa, A. J. G. (2012). Educação e envelhecimento: contribuições da perspectiva Life-Span. *Estudos de Psicologia*, (29), 647-655.

- Silva, I. S., Veloso, A.S., Keating, J.B., (2014). Focus Group: Considerações teóricas e metodológicas, *Revista Lusófona de Educação*, 26, 175-190.
- Silva, J.A.C., Souza, L.E.A., Ganassoli, C. (2017). Qualidade de vida na terceira idade: Prevalência de fatores intervenientes. *Revista Sociedade Brasileira de Clínica Medica*, 15 (3), 146-149.
- Silva, M.C., Ogata, M.N., Oliveira, D.C. (2015). O estado de arte das produções científicas nacionais das representações sociais do envelhecimento na perspectiva da saúde. *Revista Kairós Gerontologia*, 18, (19,) 49-63.
- Soósová, M. S., (2016) Determinants of quality of life in the elderly. *Central European Journal of Nursing and Midwifery*, 7 (3), 484–493.
- Swindell W., Ensrud K., Cawthon P., Cauley J., Cummings S., & Miller R. (2010). *Indicators of 'Healthy Aging' in older women (65-69 years of age). A data-mining approach based on prediction of long-term survival*. *BMC Geriatrics*, 10 (55): 1-24.
- Uribe, A.F.R., Orbegozo, L.J.V., Linde, J.M.M. (2010) Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología desde el caribe* 25, 246-258.
- Vitorino, L.M, Paskulin , L.M.G, & Vianna, L.A.C. (2013). Qualidade de vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* (2), 3-11.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78(2), 200.
- Whitley, E. et al. (2014). The role of health behaviours across the life course in the socio-economic patterning of all-cause mortality: The West of Scotland 27-prospective cohort study. *Annals of Behavioral Medicine, Knoxville*. 47 (2),148-157.
- World Health Organization (WHO). (2015). *World report on ageing and health*. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811\\_eng.pdf?sequence=](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186463/9789240694811_eng.pdf?sequence=).

World Health Organization [WHO]. (2015b). *Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO.

Yun-Chang, W., Lin, F. G., Yu, C. P., Tzeng, Y. M., Liang, C. K., Chang, Y. W., Chou, C. C., Chien, W. C., & Kao, S. (2012). Depression as a predictor of falls amongst institutionalized elders. *Aging and Mental Health, 16*(6), 763-770.

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

Zamora, H., Edith, Z. (2005). La psicoterapia em la vezes. *Revista Intercontinental de Psicologia y education, 7* (2), 79-100.

## **Anexos**