

JOANA FILIPA MARQUES DA CUNHA

**EFEITO MEDIADOR DA AUTOEFICÁCIA E
QUALIDADE DE VIDA NA RELAÇÃO ENTRE A
PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A SINTOMATOLOGIA
DEPRESSIVA NOS IDOSOS**

Orientadora: Cristina Camilo

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

JOANA FILIPA MARQUES DA CUNHA

**EFEITO MEDIADOR DA AUTOEFICÁCIA E
QUALIDADE DE VIDA NA RELAÇÃO ENTRE A
PARTICIPAÇÃO SOCIAL E A SINTOMATOLOGIA
DEPRESSIVA NOS IDOSOS**

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, no Curso de Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientadora: Professora Doutora Cristina Camilo

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2015

Epígrafe

A Velhice é um simples preconceito aritmético, e todos nós seríamos mais jovens se não tivéssemos o péssimo hábito de contar os anos que vivemos.

Júlio Dantas

Dedicatória

A duas grandes Mulheres, a dois grandes exemplos de força:

À minha mãe e à minha irmã.

Agradecimentos

Tentarei prestar, um especial agradecimento, conscientemente insuficiente, a algumas pessoas fundamentais à realização desta dissertação:

À Professora Manuela Guerreiro pela orientação inicial que incidiu sobre a escolha do tema.

À Professora Cristina Camilo, por toda a orientação e ajuda imprescindíveis, pelo seu altruísmo, pela calma e boa disposição que sempre me transmitiu em todas as suas orientações.

À minha irmã Susana, por todo o seu apoio, generosidade e aceitação. Por todo o amparo que nesta situação e em todas as outras da minha vida sempre me deu e sei que sempre dará.

Ao Paulo, que como colega, amigo e namorado, esteve sempre e incondicionalmente presente... muito mais que presente.

À minha avó Luísa, ciente que sempre rezou por mim, e que nunca deixou de tentar que eu lhe seguisse o exemplo.

À minha avó Gracinda, certa que esteve sempre a olhar por mim, e que garantidamente permanecerá para sempre no meu pensamento.

E, por fim, à Helena, uma mulher extraordinária, à minha mãe, pelas suas capacidades de dedicação, compreensão e condescendência sobrenaturais, e pela sua tenacidade inquebrável.

Muito obrigada a todos vós!

Resumo

O presente estudo teve como objetivo avaliar o efeito mediador das variáveis autoeficácia e qualidade de vida, na relação estabelecida entre a participação social e a sintomatologia depressiva na população idosa. Foi utilizada uma amostra composta por 109 idosos. Cinquenta e seis idosos com participação ativa na comunidade e cinquenta e três idosos não ativos na comunidade. O protocolo de avaliação foi composto por questionário sociodemográfico e as seguintes medidas: *Escala de Autoeficácia Geral – EAG* (adaptação de Moura & Araújo, 2011); *Escala de Depressão Geriátrica – EDG 15* (adaptação de Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003), *Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF* (adaptação de Canavarro *et al.*, 2006). Os resultados do presente estudo evidenciaram que o modelo de estudo no seu todo é de mediação total e corroboraram as hipóteses testadas.

Palavras-chave: Autoeficácia, Depressão, Qualidade de vida, Idosos, Participação Social.

Abstract

This study aimed to evaluate the mediating effect of the variables self-efficacy and quality of life in the relationship established between social participation and depressive symptoms in the elderly. A sample was used consisting of 109 elderly. Fifty-six elderly had active participation in the community and fifty-three seniors were not active in the community. The research protocol consisted on a sociodemographic questionnaire and the following measures: General Self-efficacy Scale - GSE (adaptation from Moura & Araújo, 2011); Geriatric Depression Scale - GDS 15 (adaptation from Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003), Quality of Life scale WHOQOL-BREF (adaptation from Canavarro *et al.*, 2006). The results of this paper showed that the study model at his whole is of total mediation and confirmed the tested hypothesis.

Keywords: Self-efficacy, Depression, Quality of Life, Seniors, Social Participation.

Lista de Abreviaturas e Siglas

AE – Autoeficácia

CES - Conselho Económico e Social

D - Depressão

DGS - Direção Geral de Saúde

EAG - Escala de Autoeficácia Geral

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

PS – Participação Social

QV – Qualidade de vida

SPSS - Statistical Package for Social Sciences

UE – União Europeia

VD – Variável Dependente

VI – Variável Independente

VM – Variável Mediadora

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

WHOQOL- Bref - World Health Organization Quality of Life-Bref

Índice

Introdução	9
Capítulo 1 – Enquadramento teórico	11
1. Envelhecimento Social	12
1.1. Componentes do processo de envelhecimento.....	13
1.2. Envelhecimento ativo	15
2. Autoeficácia	16
2.1. Autoeficácia nos Idosos.....	19
3. Depressão.....	20
3.1. Depressão nos Idosos	22
4. Qualidade de Vida.....	23
4.1. Qualidade de Vida nos Idosos.	24
5. Participação Social	25
5.1. Estudos sobre influência da participação social e as variáveis em estudo...29	
5.1.1. Participação Social e Autoeficácia em Idosos.....	29
5.1.2. Participação Social e Depressão em Idosos.....	30
5.1.3. Participação Social e Qualidade de Vida em Idosos	32
6. Objetivos e hipóteses de investigação.....	33
Capítulo 2 – Método	34
1. Participantes.....	35
2. Medidas.....	36
2.1. Questionário de dados sociodemográficos.....	36
2.2. Escala de autoeficácia geral	37
2.3. Escala de depressão geriátrica	37
2.4. Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF.....	38
3. Procedimento.....	39
Capítulo 3 – Resultados.....	41
1. Apresentação de resultados.....	42
2. Discussão de Resultados.....	46
3. Conclusão.....	48
Referências bibliográficas.....	50

Apêndices	I
Apêndice I - Protocolo de Avaliação.....	II

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Alfa de Cronbach, Média, Desvio Padrão e Correlação das Variáveis.....	42
Tabela 2 - Regressão da Depressão sobre a Participação Social.....	42
Tabela 3 - Relação entre a Depressão e a Participação Social mediada pela Autoeficácia.....	43
Tabela 4 - Relação entre a Depressão e a Participação Social mediada pela Qualidade de Vida.....	44
Tabela 5 - Regressão da Depressão sobre a Participação Social com as duas variáveis mediadoras Autoeficácia e Qualidade de Vida.....	45
Tabela 6 - Teste de <i>Sobel</i> Relação entre a Depressão e a Participação Social com as variáveis mediadoras	46

Introdução

A evolução humana tem comportado transformações expressivas cujos reflexos se observam em diferentes domínios sociais. Um aspeto revelador deste fenómeno traduz-se no aumento significativo da esperança média de vida que, cumulativamente à diminuição da taxa de natalidade, tem conduzido ao envelhecimento das populações nas sociedades ocidentais. Este envelhecimento demográfico conduz a alterações estruturais e organizacionais nos diferentes tecidos sociais que legitimam, por si só, análises cuidadas e consequentes alterações nos modos de intervir.

No panorama português assistem-se a grandes modificações populacionais com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. A evolução demográfica em Portugal caracteriza-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários seniores e uma redução da população jovem. Esta transformação aponta para uma modificação demográfica sem precedentes. A tendência deste envelhecimento traduz-se na redução dos efetivos populacionais jovens, como resultado da baixa da natalidade e, no acréscimo de pessoas idosas, devido ao aumento da esperança de vida (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012).

Estando o aumento do tempo de vida invariavelmente associado a uma conquista biológica, deve ser igualmente encarado como uma conquista social e psicológica.

A ciência psicológica centrada na análise e compreensão do comportamento humano tem aumentado o seu interesse e enfoque na área gerontológica, quer no domínio da intervenção, quer no domínio da investigação, no sentido de desenvolver formas cada vez mais ajustadas de compreensão e apoio aos processos de envelhecimento individual. Importa, neste enquadramento, compreender como se associam diferentes variáveis e que dimensões, características e atributos estão associados aos processos de envelhecimento ativo. Este enquadramento permite potenciar condições ótimas e propícias a um envelhecimento pessoal e social ajustado às macros e micro necessidades.

O aumento da esperança média de vida e a qualidade de vida das pessoas idosas só é possível através da manutenção da autonomia física, psicológica e social, da integração em sociedades seguras e com uma cidadania plena. Neste sentido, enfatiza-se a importância da participação e envolvimento nas várias questões sociais, culturais,

económicas, civis e espirituais, levando a que os indivíduos tenham consciência do seu potencial até ao fim da vida e mantenham a sua qualidade de vida.

A presente investigação terá como principal objetivo avaliar o efeito mediador das variáveis autoeficácia e qualidade de vida, na relação estabelecida entre a participação social e a sintomatologia depressiva na população idosa. Para a materialização destes patamares, esta dissertação encontra-se dividida em três capítulos: 1) Enquadramento Teórico: onde se visa o enquadramento da descrição dos processos de envelhecimento e se apresenta uma breve revisão da literatura das variáveis em estudo como a autoeficácia, a depressão, a qualidade de vida e participação social, o modo como estas se relacionam entre si e com o processo de envelhecimento, assim como a apresentação dos objetivos propostos para o estudo; 2) Método: onde é caracterizada a amostra em estudo, procedimentos e instrumentos utilizados no estudo; 3) Resultados: onde se analisa os resultados obtidos de acordo com o que é pretendido no estudo; a discussão de resultados, onde se discute os resultados obtidos, relacionando também com a revisão de literatura apresentada na fundamentação teórica; e por fim, segue-se a conclusão, onde constam as conclusões do presente estudo, as suas limitações e propostas para investigação futura.

Capítulo 1.

Enquadramento Teórico

1. Envelhecimento Social

O envelhecimento populacional é hoje um fenómeno universal que contribui para uma verdadeira revolução demográfica. Dos factores responsáveis pelo envelhecimento social, salienta-se o declínio das taxas de fecundidade e mortalidade que, em conjunto, levam a uma transformação epidemiológica de larga escala.

De acordo com o *Relatório de Estatísticas Mundiais de Saúde - World Health Statistics 2014 - Indicator compendium* - elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), uma avaliação baseada na análise das médias mundiais de expectativa de vida, revela que, em 2012, a esperança média de vida global das mulheres é de 73 anos e a dos homens 68 anos, uma esperança de vida, em média, 6 anos superior comparativamente ao ano 1990. Constata-se, neste caso, que os países mais pobres têm feito um maior progresso a este nível, com um aumento médio da expectativa de vida de 9 anos, entre 1990 e 2012 – resultado explicado a partir da redução das taxas de mortalidade infantil – contudo, as clivagens de expectativa de vida entre os países mais ricos e os mais pobres continua a ser evidente. Nos países mais ricos, os homens possuem uma expectativa média de vida de 76 anos, uma média 16 anos superior à dos homens que nasçam num país mais pobre (60 anos), e as mulheres possuem uma expectativa média de vida de 82 anos, revelando uma superioridade de média ainda maior, de 19 anos, comparativamente à média das mulheres em países mais pobres (63 anos) (World Health Organization [WHO], 2014).

A União Europeia (UE) passará, nas próximas décadas, de uma situação em que media 4 pessoas em idade ativa, por cada pessoa com 65 ou mais anos, para um rácio de apenas 2 pessoas em idade ativa, para cada pessoa com 65 ou mais anos (Conselho Económico Social [CES], 2013).

No mesmo sentido, no panorama português assistem-se a grandes modificações demográficas com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. A evolução demográfica em Portugal caracteriza-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários seniores e uma redução do peso da população jovem. Esta transformação populacional aponta para uma modificação demográfica sem precedentes. A tendência de envelhecimento demográfico traduz-se na redução dos efetivos populacionais jovens, como resultado da baixa da natalidade e no acréscimo de pessoas idosas, devido ao aumento da esperança de vida (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012). De acordo

com Resultados dos Censos 2011 disponibilizados pelo INE (2012), o índice de longevidade (medida que relaciona a população com 75 ou mais anos com o total da população idosa) era nesse mesmo ano de 48, contra 41 em 2001 e 39 em 1991. O aumento da esperança média de vida reflete bem a forma como este indicador tem vindo a progredir nas últimas décadas. Com efeito, podemos deparar-nos com o recuo da percentagem de jovens de 16% em 2001, para 15% em 2011, e com o aumento da percentagem de idosos de 16% para 19%. Em resultado destas alterações, o índice de envelhecimento (número de idosos por cada 100 jovens) aumentou de 103 para 128 idosos por cada 100 jovens, entre 2001 e 2011. O fenómeno do envelhecimento populacional é mais acentuado nas mulheres, refletindo a sua maior longevidade – 103 e 153 idosos por cada 100 jovens do mesmo sexo, respetivamente para homens e mulheres.

Estima-se que em 2030, a população com mais de 50 anos possa representar metade da população, sendo que atualmente representa 38%, e uma em cada quatro pessoas terá 65 ou mais anos. Desta forma, em 2030 o número de idosos será o dobro dos jovens, até aos 15 anos, e quase o triplo em 2050 (CES, 2013).

Segundo dados obtidos pelo Eurostat (European Union [EU], 2011), Portugal posiciona-se muito próximo da situação observada na globalidade dos países da UE no que respeita aos indicadores de envelhecimento. No entanto, a diferença é considerável quando se observa o número de anos de vida com saúde. Portugal regista valores bastante inferiores sendo, inclusivamente, um dos mais baixos da UE. Com efeito, se em média na EU, em 2009, os homens com 65 anos viviam 48% do seu tempo com saúde, em Portugal a percentagem era de apenas 38%, situação que nas mulheres era de, respetivamente, 40,5% e 26,6%. Estes valores, apesar de insuficientes para avaliar rigorosamente a qualidade de vida dos idosos em Portugal, são todavia elucidativos quanto à sua saúde, ainda antes dos efeitos da crise económica e social dos últimos anos (EU, 2011).

Com efeito, o fenómeno do envelhecimento populacional converteu-se numa realidade mundial, que torna indispensável o aumento de investigações e apoios multidisciplinares por parte da comunidade científica e dos órgãos de gestão, na perspetiva de compreender, analisar e apoiar, o processo de envelhecimento e as suas peculiaridades, tanto a nível individual como grupal.

1.1. Componentes do Processo de Envelhecimento

Determinar o início exato da velhice, bem como de outras fases do ciclo de vida, é uma tarefa complexa, uma vez que, pelas suas idiossincrasias, dificilmente são generalizáveis e padronizáveis. Não existe exatidão entre o início e fim de cada fase do desenvolvimento, uma vez que a variabilidade genética e ambiental de cada sujeito, dificulta o estabelecimento desses parâmetros (Schneider & Irigaray, 2008).

Não obstante, em termos de organização social é necessária a demarcação arbitrária do início da velhice, quer seja para efeitos científicos, de organização socioeconómica, governamental e/ou institucional. Neste sentido, uma das definições consensualmente aceites, preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), é baseada na idade cronológica, na qual a definição de idoso implica que esta fase de vida tenha início aos 65 anos nos países desenvolvidos e aos 60 anos nos países em desenvolvimento.

Bee (1997), sustentando esta subjetividade, defende uma classificação baseada na idade funcional, isto é, os sujeitos são avaliados e categorizados como *funcionalmente mais velhos* ou *funcionalmente mais novos*, comparando as formas segundo as quais vivem no seu ambiente físico e social, indivíduos da mesma idade cronológica. Assim, uma pessoa de 90 anos, com boa saúde física e mental e com um bom enquadramento social, pode ser considerada funcionalmente mais jovem do que uma de 65 anos, que não se encontre nas mesmas condições (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Segundo o Ministério da Saúde (Direção Geral de Saúde [DGS], 2004), o envelhecimento humano pode ser definido como sendo o processo de mudanças progressivas que se refletem no declínio das estruturas biológicas, psicológicas e sociais de cada sujeito, revelando sinais fisiológicos, cognitivos e afetivos específicos.

Segundo Schneider e Irigaray (2008), para a definição e caracterização do processo de envelhecimento assume-se determinante a integração das vivências pessoais e das características do contexto sociocultural. Defendem uma categorização dos processos de desenvolvimento e envelhecimento centrada em diferentes aspetos: cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. A *idade cronológica* contabiliza o decorrer do tempo após o nascimento, é a forma mais recorrente e direta de se obter informações sobre um sujeito, no entanto, não é um índice de desenvolvimento

biológico, psicológico ou social mas sim um bom marcador aproximado do processo, que influencia o comportamento ao longo do tempo (Hoyer & Roodin citados por Schneider & Irigaray, 2008); A *idade biológica* remete para o envelhecimento orgânico relativo às modificações corporais e mentais, às capacidades funcionais e vitais de autorregulação e adaptação que ocorrem ao longo do processo de desenvolvimento e caracterizam o processo de envelhecimento (Schneider & Irigaray, 2008). A *idade psicológica*, por sua vez, pode ser definida pelas competências adaptativas dos indivíduos para se adequarem às exigências do meio, através de características como aprendizagem, memória, inteligência, controlo emocional, estratégias de *copping*, entre outras. Estas competências variam em indivíduos com a mesma idade e, mediante essa variação, são considerados como “psicologicamente jovens” ou “psicologicamente velhos”. Por último, a *Idade Social* é composta por um conjunto de diferentes performances de papéis sociais individuais, caracterizados por fatores tão distintos como a indumentária, os hábitos, a linguagem ou eloquência. Segundo esta classificação, os sujeitos podem ser qualificados de mais velhos ou mais novos em função do modo de como se comportam dentro de uma caracterização esperada para a sua faixa etária, desta forma compreende-se que a experiência de envelhecimento varie de acordo com o tempo histórico de cada sociedade. Resumidamente, a idade social é composta por atributos que caracterizam as pessoas de acordo com a cultura, o género, a classe social, o decorrer das gerações e das condições de vida, visto que as desigualdades destas condições provocam desigualdades no processo de envelhecer (Schneider & Irigaray, 2008).

Segundo os mesmos autores, uma pessoa é idosa a partir o momento em que se reforma/aposenta e deixa de ser economicamente ativa, pois a população em geral atribui aos reformados/aposentados os rótulos de improdutivos e inativos. Uma percentagem relevante dos reformados/aposentados experimenta um rompimento abrupto das relações sociais, uma redução salarial considerável e depara-se com a ausência de atividades alternativas fora do ambiente de trabalho (Schneider & Irigaray, 2008). No entanto, outros autores como Derbert (1999), encaram o envelhecimento como parte integrante e natural do desenvolvimento humano, não uma problemática, mas sim uma oportunidade de viver de forma o mais saudável, autónoma e realizadora possível, o maior tempo que consiga alcançar desenvolvendo por isso um conjunto de

mecanismos e comportamentos proactivos no alcance de um envelhecimento mais positivo (Debert citado por Schneider & Irigaray, 2008).

1.2. Envelhecimento Ativo

O enfoque crescente na análise do processo de envelhecimento e nas suas múltiplas implicações - *individual, social, económico, biológico, cultural e espiritual* - tem vindo a ser acompanhado pelo desenvolvimento de múltiplas compreensões e definições sobre o que consiste o envelhecimento ativo.

A conceptualização de envelhecimento ativo surge em 2002 pela OMS, na sequência e continuidade de conceitos como o envelhecimento saudável, ótimo e bem-sucedido. Apresenta uma maior abrangência que estes, na medida em que, para além do critério de saúde, são introduzidos aspetos socioeconómicos, psicológicos e ambientais, integrados num modelo multidimensional que explica os resultados do processo de envelhecimento (WHO, 2002)

A OMS (2005) enfatiza o *empowerment* e a responsabilização das pessoas idosas nos diferentes domínios da sua vida: *Saúde; Segurança e Participação social*. O domínio de *Saúde* engloba não só a presença/ausência de diagnósticos clínicos mas também a representação idoso sobre o seu próprio estado clínico; o domínio da *Segurança* abrange vários indicadores como o planeamento urbano e habitacional - ambiente físico - a preocupação pelo espaço individual - determinantes pessoais - e o clima social de não-violência das sociedades; e o domínio da *Participação social* analisa a relação do idoso com a comunidade em que se está inserido, é aferido pelas relações estabelecidas com distintos grupos sociais dos quais o idoso faz parte. Deste modo o envelhecimento ativo consiste num processo que visa a aumentar a expectativa de vida saudável e qualidade de vida para todas as pessoas à medida que envelhecem (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2005).

Na subjetividade característica inerente ao processo de envelhecimento ativo, operam percursos, ações, responsabilidades, proatividade, padrões comportamentais e valores individuais, que resultam em distinções entre culturas, subculturas e entre géneros (Botelho, 2005; OMS, 2005; Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005). No mesmo sentido, para alguns a idade de reforma pode significar a desvinculação da vida social e, para outros, a oportunidade de uma vida social prazerosa, repleta de atividades

e lazer (Debert citado por Schneider & Irigaray, 2008). Os diferentes atributos que caracterizam as pessoas de acordo com a cultura, o género, a classe social, o decorrer das gerações e das condições de vida, influenciam o processo de envelhecimento visto que as desigualdades destas condições provocam desigualdades no processo de envelhecer (Schneider & Irigaray, 2008).

2. Autoeficácia

A autoeficácia refere-se à crença ou expectativa de que é possível, através do esforço pessoal, realizar com sucesso uma determinada tarefa e alcançar o resultado ambicionado (Bandura, 1997, 2006). Baseia-se na noção de competência pessoal (Bandura, 1997; Bong & Skaalvik, 2003; Schunke Pajares, 2005) que permite a um indivíduo antever a possibilidade de realizar as tarefas com sucesso e perspetivar o alcance de resultados almejados, conduzindo à formulação expectativas sobre a sua realização. Assume-se também como prospetiva pois partindo de um conjunto de experiências pessoais, cada indivíduo assume uma previsão das suas próprias reações, mas representa também a expectativa do indivíduo relativamente a uma tarefa futura (Bong & Skaalvik; Zimmerman & Cleary, 2006). A autoeficácia percebida assume-se como a crença na capacidade individual para organizar e realizar as atividades necessárias para gerar os resultados pretendidos (Bandura, 1997), sendo o mecanismo mais central e mais difundido na mediação entre o indivíduo e o meio-ambiente, pois somente com esse tipo de crença o indivíduo é capaz de se comportar ativamente, com motivação.

Segundo Bandura (1997), todo o indivíduo possui um sistema próprio que lhe permite exercer um determinado domínio sobre o meio ambiente e as suas crenças, influenciando as suas condutas subsequentes. Este auto sistema engloba a *simbolização* (capacidade de simbolizar/representar mentalmente uma ideia), a *experiência vicariante* (capacidade de aprender com os outros), a *antecipação* (capacidade de planificação estratégias alternativas face a problemas), a *autorregulação* (capacidade que o indivíduo tem de regular a própria conduta) e a *autorreflexão* (capacidade de introspeção/autoavaliação). Neste sentido, o autor considera que a partir destas competências o indivíduo pode avaliar e alterar o seu pensamento e conduta, direcionando e redirecionando a sua vida e as suas escolhas.

Bandura (1997), no âmbito da sua reflexão sobre autoeficácia enquanto modelo psicológico, supõe que uma das principais adversidades nos modelos educativos comumente usados, é que estes tentam ensinar às pessoas como devem proceder para manterem uma conduta consensualmente correta. A este propósito, considera que o que realmente importa ensinar são competências de promoção da sua autoeficácia, ou seja, capacidades de autorregulação que lhes permitam exercer controlo sobre elas mesmo e sobre os outros, visando a manutenção de comportamentos saudáveis. A autorregulação pressupõe competências de automonitorização, que possibilitem ao sujeito o reconhecimento de situações nas quais deve conseguir autorregular-se, promovendo condutas saudáveis através de mudanças no comportamento autodirigido.

Azzi e Polydoro (2006), corroborando a ideia de Bandura e opondo-se aos princípios behavioristas que encaram a aprendizagem como sendo o resultado da ação de fatores ambientais e de respostas do indivíduo, defendem que o princípio basilar da Teoria Sociocognitiva é a perspetiva da atividade humana. Todos os indivíduos são dotados de condições para exercer a sua capacidade de agir, que é intencional, antecipatória, reativa e reflexiva.

Na execução de uma atividade, o sucesso e o alcance dos resultados pretendidos depende, em grande medida, das competências dos indivíduos. No entanto, essas competências sofrem influência da avaliação realizada sobre as mesmas (Bandura, 1986). Quando um indivíduo subestima a sua capacidade de ação, inibe-se de realizar tarefas que percebe como demasiado exigentes para si. Contrariamente, quando um indivíduo sobrestima a sua capacidade de desempenho, pode executar tarefas para as quais não tem competências suficientes obtendo deste modo resultados negativos. Uma avaliação realista das suas capacidades torna-se assim crucial para obter sucesso.

De acordo com Bandura (1977; 1997) as crenças de autoeficácia desenvolvem-se e modificam-se através de quatro fontes: *experiência de domínio* (êxito); *experiência vicariante*; *persuasão social* e *excitação emocional*, com níveis diferentes de impacto sobre o indivíduo. As *experiências de êxito* prevêm que à medida que o indivíduo experimenta sucessos consecutivos no desempenho de uma tarefa torna-se confiante. Uma vez estabelecida e aumentada, a autoeficácia numa tarefa específica, esta tende a generalizar-se a tarefas semelhantes. A *experiência vicariante* consiste na observação de desempenhos positivos em tarefas consideradas ameaçadoras sem observação de

consequências adversas o que gera a expectativas positivas face ao confronto com a tarefa. A *persuasão verbal*, prevê que mediante induções verbais positivas, especialmente de pessoas significativas ou percebidas como competentes, o indivíduo desenvolve crenças positivas sendo levando a acreditar que obterá sucesso mesmo perante tarefas nas quais já experimentou fracasso. A *excitação emocional* também influi significativamente nas capacidades do indivíduo, uma vez que, dependendo de como ele se sente diante de uma determinada situação, fará um julgamento de suas competências.

A autoeficácia possibilita, deste modo, uma estimativa da probabilidade de alcance de um determinado objetivo, sem fazer uma referência explícita à comparação com terceiros, ainda que o processo de comparação social influencie a formação da autoeficácia – as experiências vicariantes – esta é, sobretudo, aferida a partir das experiências de realização pessoal, pois remete para aquilo que se crê ser capaz de alcançar com sucesso, independentemente dos outros serem ou não. Neste sentido, influi na forma como as pessoas sentem, pensam e se comportam, sendo um sistema importante para que o indivíduo atinja os objetivos e execute com sucesso as tarefas a que se propôs (Bandura, 1997).

As expectativas de autoeficácia podem influenciar o modo como a pessoa lida com situações novas (Salanova, Grau, & Martínez, 2006), influenciando no seu comportamento, nas suas cognições e nos seus aspetos emocionais, podendo determinar a quantidade de esforço que o indivíduo investe e a duração desse investimento (Bandura, 1997; Ribeiro, 1995). As expectativas de autoeficácia podem, deste modo, afetar a motivação do sujeito em enfrentar as novas situações (Salanova, Grau, & Martínez, 2006).

Diversas investigações (eg. Bandura, 1997; Scholz, Doña, Sud, & Schwarzer, 2002) têm demonstrado que um elevado sentimento de autoeficácia está relacionado com uma melhor saúde geral, uma maior realização pessoal e uma melhor integração social. Sendo que, um elevado sentimento de autoeficácia opera como um facilitador dos processos cognitivos que podem conduzir a um melhor desempenho em diversas situações, incluindo na tomada de decisão, na realização académica e na resolução de problemas. Um baixo valor de autoeficácia está associada a perturbações como a

depressão, ansiedade, baixa autoestima e pensamentos pessimistas (Araújo & Melo, 2011).

2.1. Autoeficácia nos Idosos

Diversos estudos analisam a forma de como a competência de autoeficácia pode ter implicações no envelhecimento positivo dos idosos.

Tung, Cooke e Moyle (2013), num estudo desenvolvido com idosos, evidenciam a partir dos resultados da sua investigação, que a autoeficácia e o género têm uma relação direta sobre o estado funcional dos sujeitos em estudo, e que, em programas de reabilitação, o investimento na melhoria das crenças de autoeficácia, pode facilitar participação e a adesão ao mesmo, revelando que a autoeficácia é importante na formação de crenças pessoais sobre capacidade de realizar atividades funcionais, fator que acreditam ser de manutenção da qualidade de vida do indivíduo.

Jopp e Rott (2006), citados por Fontes e Azzi (2012), investigaram os efeitos de recursos básicos como cognição, saúde, rede social, extroversão e crenças de autoeficácia e otimismo em relação à felicidade e ao bem-estar (idosos centenários de 99 a 110 anos, maioria mulheres, 50% institucionalizados, saúde e cognição fortemente debilitadas). Os resultados indicaram que os idosos se sentiam felizes, apesar das limitações físicas e cognitivas impostas pelo envelhecimento e os recursos básicos parecem não ter efeitos diretos sobre o bem-estar. Já as crenças de autoeficácia e o otimismo contribuem para atenuar o impacto das perdas, atuando como recursos protetores do envelhecimento e, assim sendo, como promotores de resiliência.

3. Depressão

A depressão clínica é uma patologia do humor com elevada prevalência, sendo responsável por morbilidade importante e custos sociais crescentes. Calcula-se que em 2020 os episódios de depressão major constituirão, em todo o mundo, a segunda causa de anos de vida com saúde subaproveitados (OMS, 2002).

As taxas de incidência e prevalência da depressão variam de país para país devido às múltiplas culturas e métodos de avaliação da depressão. Contudo, de acordo

com a OMS (2007) a depressão é uma das principais causas de incapacidade, afetando 121 milhões de pessoas a nível mundial. Em relação à prevalência na população, observa-se que o género feminino apresenta maior risco, comparativamente ao masculino, principalmente na Europa e Estados Unidos da América. Constatando-se que as taxas de depressão no género masculino aumentam com a idade e, no género feminino, as taxas de prevalência e incidência de depressão oscilam com a idade, sendo que as taxas mais elevadas são observadas na faixa etária dos 35 aos 45 anos.

Em Portugal, e de acordo com 3º censo psiquiátrico realizado em 2001, a depressão era a segunda patologia psiquiátrica mais frequentemente diagnosticada com uma percentagem de 14.9% num total 2525 indivíduos (Bento, Carreira & Heitor, 2001).

A depressão é uma perturbação multidimensional, correspondendo a categorias nosológicas artificiais e clinicamente úteis pode evoluir através episódios heterogéneos com surtos imprevisíveis e recorrentes, de gravidade variável (Gusmão, 2005).

Pertence ao grupo das Perturbações do Humor, surgindo tanto nas perturbações depressivas unipolares, como nas perturbações bipolares e do espectro bipolar. Entre as perturbações depressivas mais usuais observam-se o episódio depressivo, simples ou recorrente – depressão unipolar ou depressão major –, a distímia ou perturbação depressiva persistente, bem como outras perturbações depressivas multiformes - subliminar ou minor - por não preencherem os critérios para inclusão no episódio depressivo major ou distímia quanto à sua duração, dos sintomas e incapacidades por eles geradas (Gusmão, 2005).

Segundo o DSM-5 (American Psychiatric Association [APA], 2014), os critérios de diagnóstico de depressão major requerem a presença de cinco ou mais sintomas de um conjunto de nove, presentes durante quase todos os dias durante pelo menos duas semanas consecutivas. Impõe que pelo menos um dos sintomas seja o humor depressivo ou a anedonia total ou parcial. Os restantes três ou quatro sintomas podem não estar presentes diariamente mas devem ser persistentes e apresentam-se entre os sete sintomas que se seguem: o ganho ou a perda de peso, a insónia ou hipersónia, a agitação ou lentificação psicomotora, a fadiga ou perda de energia, os sentimentos de desvalor ou de culpa excessiva ou inapropriada, a capacidade diminuída para pensar ou concentrar-se ou indecisão, e os pensamentos recorrentes de morte ou suicídio.

Os sintomas de depressão major, ainda segundo a DSM-5 (APA, 2014), devem causar um sofrimento clinicamente significativo ou incapacidades sociais, ocupacionais ou em outras áreas importantes do funcionamento. Concomitantemente os sintomas não devem ser provocados por efeito fisiológico direto de substâncias e não podem ser secundários a uma doença médica somática.

Esta classificação prevê a possibilidade de recorrência dos episódios sendo necessário um período de remissão mínimo de dois meses entre dois episódios independentes consecutivos para estabelecer o diagnóstico de perturbação depressiva recorrente que carece igualmente de exclusão de episódios maníacos e hipomaníacos. Existem duas síndromas que podem caracterizar os episódios depressivos major: a síndrome somática e a síndrome atípica: a) *síndrome somática* ou biológica ou endógena, envolve a existência de um conjunto de pelo menos quatro sintomas agregados (em oito) entre a anedonia ou perda marcada do interesse ou prazer em atividades anteriormente sentidas como gratificantes, a ausência de reação emocional a acontecimentos ou atividades, normalmente geradoras de uma resposta emocional, a insônia terminal com despertar precoce de pelo menos duas horas, antes da hora habitual, o agravamento matinal do humor depressivo com melhora vespertina, a lentificação ou agitação psicomotora marcada e objetivável, a anorexia marcada, a perda de peso marcada (5% ou mais do peso corporal no mês anterior) e a perda marcada de libido, esta síndrome e constitui-se um marcador de gravidade acrescida. b) *Síndrome atípica*, integra no DSM-5 (APA, 2014) dois sintomas entre quatro: hiperfagia, hipersônia, inibição motora e sensibilidade à rejeição interpessoal. A atipia pode ocorrer igualmente no contexto de distímia e de patologia do espectro bipolar.

O episódio depressivo, ou depressão major, é o subtipo mais grave e o mais típico das perturbações depressivas ocorrendo também nas perturbações bipolares. Usualmente, quando em contexto clínico há referência ao termo ‘depressão’, reporta-se ao quadro de depressão major (Gusmão, 2005).

3.1. Depressão nos Idosos

A depressão é a perturbação mental mais prevalente na vida tardia. A WHO (2004) sustenta que a depressão major em indivíduos com mais de 65 anos tem uma prevalência de 2 a 4%. Por seu turno, aquando a abordagem da depressão é em redes de

cuidados continuados este número ascende aos 15%, e em casos de internamento hospitalar agudo a prevalência sobe para os 40% (WHO, 2004).

O diagnóstico da depressão geriátrica torna-se mais difícil do que o diagnóstico da depressão que incide em indivíduos mais novos, sendo a depressão geriátrica muitas vezes sub-diagnosticada ou mesmo negligenciada. As dificuldades no diagnóstico encontram ainda a sua génese na sobreposição de sintomas por doença física e por depressão, os sintomas inerentes à depressão confundem-se frequentemente com os sintomas característicos da perturbação depressiva. Ocorrem frequentemente na presença de condições médicas gerais ou doenças neurológicas, cujas manifestações são similares aos sintomas depressivos, tais como, falta de energia, fadiga, cansaço ou diminuição da libido. Os idosos ainda toldam o diagnóstico quando não evidenciam sintomas como humor deprimido ou tristeza e enfatizam irritabilidade, ansiedade, dificuldades cognitivas e sintomas somáticos (Lima, Silva & Ramos, 2009; Wattis & Curran, 2008).

A recorrência do quadro clínico de depressão entre os idosos aparece frequentemente associado ao quadro de perdas continuadas como a diminuição do apoio sociofamiliar, a perda do *status* ocupacional e económico, o declínio físico continuado, a maior frequência de doenças físicas e incapacidade crescente.

Considera-se que a depressão é influenciada por fatores internos da função física, estado psicológico e por fatores externos como o meio socio-ambiental e estilo de vida (Jorm, 1995, citado por Demura & Sato, 2003), sendo que os idosos são especialmente afetados por fatores externos quando comparados com os grupos etários mais jovens (Masuchi & Kishi, 2001, citado por Demura & Sato, 2003).

4. Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida pode ser definida quanto ao bem-estar, satisfação, felicidade e posição na vida (Gullberg, Frisman, & Ek, 2010). O conceito de qualidade de vida permitiu incorporar nas medidas tradicionais de saúde outros aspetos considerados relevantes, que vão para além da mera ausência de doença, e que afetam a vida diária do indivíduo e, conseqüentemente, o seu sentimento subjetivo de satisfação com a vida (Muldoon, Barger, Flory & Manuck, 1998).

Após controvérsia em volta deste tema, e depois de ultrapassado o dogma biomédico que a envolvia, a OMS definiu qualidade de vida como a percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL Group, 1994).

Trata-se de uma definição que resultante de um consenso gerado a partir de uma investigação internacional por parte da OMS, refletindo uma visão transcultural e multidimensional). A investigação da OMS, forneceu uma contribuição teórica e metodológica através de um projeto multicêntrico, cuja construção se deu em quatro etapas: (a) clarificação do conceito de qualidade de vida por especialistas oriundos de diferentes culturas; (b) estudo qualitativo, em 15 cidades de 14 países, com grupos focais formados por pacientes com perturbações diversas, profissionais de saúde e pessoas da população em geral, para explorar as representações e o significado do termo em diferentes culturas; (c) desenvolvimento dos testes de campo para análise fatorial e de confiabilidade, validade de constructo e validade discriminante (WHOQOL Group, 1995, 1998).

A natureza multidimensional do constructo foi validada, de modo empírico, a partir da emergência de quatro grandes dimensões ou fatores: (a) *física* – percepção do indivíduo sobre sua condição física; (b) *psicológica* – percepção do indivíduo sobre sua condição afetiva e cognitiva; (c) do *relacionamento social* – percepção do indivíduo sobre os relacionamentos sociais e os papéis sociais adotados na vida; (d) do *ambiente* – percepção do indivíduo sobre aspetos diversos relacionados ao ambiente onde vive. Além dessas dimensões, verifica-se a existência de um fator global de qualidade de vida percebida (WHOQOL Group, 1998).

4.1. Qualidade de vida nos idosos

O aumento global da esperança média de vida, não constitui uma certeza inabalável da manutenção da qualidade de vida dos indivíduos durante os últimos anos de vida. Assim, a par das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos reportam para uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância da promoção da qualidade de vida no aumento da expectativa de vida geral (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005).

Uma boa saúde física e mental emerge como uma condição base associada à qualidade de vida (Laranjeira, 2007), contudo, segundo investigações de Fosenca e Paúl (2008) e Irigaray e Trentini (2009), os dados deixam aberta a possibilidade de tal condição não ser suficiente nem propriamente necessária para que os indivíduos de todas as idades – e os idosos em particular – possam experimentar uma vida que experienciam como de qualidade, fundamentando resumidamente essa avaliação, em fatores de ordem subjetiva, relativos à competência na gestão do viver e ao sentido que atribuem à essa mesma vida (Fonseca & Paúl. 2008). O conceito de qualidade de vida na velhice é composto por critérios tanto subjetivos quanto objetivos, sendo influenciado pelos valores do próprio indivíduo e da sociedade em que vive. Os resultados corroboram estudos anteriores, demonstrando uma associação entre qualidade de vida e ter alegria na vida, amor, amizade, ter saúde, independência, atividades intelectuais, bom relacionamento com a família, boas condições financeiras, realizar atividades físicas, de lazer e enriquecimento pessoal, dieta equilibrada e conviver com a natureza. A ideia de que qualidade de vida é um construto multidimensional fica uma vez mais evidente (Irigaray & Trentini, 2009).

As investigações que se focam na qualidade de vida e saúde do idoso revestem-se de particular importância, uma vez que contribuem para propiciar uma melhor qualidade de vida na velhice, tanto em termos científicos como sociais, ao facultarem a produção de alternativas de intervenção e a implementação de propostas de intervenção, tanto em programas geriátricos quanto em políticas sociais gerais, no intuito de promover o bem-estar dos que envelhecem (Paúl, Fonseca, Martín & Amado, 2005, p. 75-95). Segundo Castellón e Pino (citados por Pereira, Cotta, Franceschini, Ribeiro, Sampaio, Priore & Cecon, 2006) que observaram o efeito do género na qualidade de vida, esta revela-se melhor nos homens do que nas mulheres idosas, talvez porque o envelhecimento seja percebido pela mulher como mais negativo. Pereira (2010), numa investigação sobre a perceção da qualidade de vida por parte do idoso revelou que os idosos que apresentavam uma perceção positiva acerca da sua qualidade de vida, mencionavam que isto se devia ao facto de terem boa qualidade ao nível do domínio psicológico boa saúde física, independência, e boas relações sociais. Araújo, Pais-Ribeiro, Oliveira e Pinto (2007) defendem que a qualidade de vida dos idosos depende dos recursos económicos necessários para fazer face às suas necessidades, autonomia

para efetuar as suas atividades diárias, terem relações familiares ou sociais e capacidade para efetuar atividades recreativas com frequência. Ponce, Lezaeta e Lorca (2011) numa investigação no Chile sobre preditores da qualidade de vida em idosos, constataram que os melhores preditores eram a prática de atividades físicas, autoeficácia, boa qualidade das relações sociais e desempenho de atividades significantes. Desta forma é conjecturável que se possa equacionar e assumir que a participação social pode contribuir significativamente para o desenvolvimento de competências psicológicas fulcrais a um envelhecimento psicológico saudável.

5. Participação Social

A participação social engloba um conjunto de atividades que remetem para a vida associativa e/ou sociocomunitária, designadamente a participação na vida familiar, nos clubes, instituições de ensino, associações desportivas, culturais e espirituais (WHO, 2007), podendo também incluir o envolvimento em causas e iniciativas, obras filantrópicas, trabalho voluntário ou em movimentos comunitários. O sentido amplo do termo a *participação social* assinala a adesão dos indivíduos na organização da sociedade estando relacionado com a influência e a participação dos idosos nos espaços e nas organizações da sociedade em geral e da sua comunidade em particular (Richard, Gauvin, Gosselin, & Laforest, 2009).

A participação social dos idosos beneficia não apenas os indivíduos, mas também as suas comunidades e a sociedade em geral. O envolvimento em atividades sociais e produtivas está associado diversos resultados positivos: à solidariedade entre gerações; à redução da individualização de estilos de vida na terceira idade; ao valor acrescentado da produção no trabalho formal e informal; e à redução da procura dos serviços de saúde, devido à independência preservada (OMS, 2002; Ouwehand, Ridder & Bensing, 2008).

O funcionamento ou participação social contínua é um domínio comumente proposto do envelhecimento bem-sucedido (Bowling, & Stafford, 2007). O bem-estar e a participação social têm uma influência mútua, a participação social promove a integração e o bem-estar físico-psicológico. Por sua vez, o bem-estar do idoso aumenta a probabilidade de preservar a participação social nesta fase do ciclo de vida (Ouwehand, Ridder, & Bensing, 2008).

Níveis mais elevados de participação social estão associados ao maior número de recursos e os contatos sociais que promovam uma maior manutenção de apoio emocional (Pollak, Knesebeck, Siegrist 2004). Ouwehand, Ridder e Bensing (2007) defendem que manter interações sociais positivas aumenta a gama de recursos que podem ser utilizados em situações de crise. Numa perspetiva funcional, as relações sociais permitem aos idosos obter recursos materiais e simbólicos, através do apoio e suporte emocional e social, seja a partir de uma escuta ativa, seja no suporte material e instrumental na resolução de problemas práticos e/ou realização das atividades de vida diária; e na obtenção de informação, que ajuda idosos a entender o mundo e a adaptarem-se às mudanças na sociedade (Barrón, 1996).

Contrariamente o apoio social inadequado está associado a um aumento da mortalidade, sofrimento psíquico e diminuição do estado geral de saúde e bem-estar (OMS, 2002).

A participação social dos idosos tem uma influência positiva na saúde e bem-estar (Phillips, 1967).

A participação social é particularmente benéfica aos idosos quando analisamos uma gama de indicadores de saúde, incluindo a saúde física (OMS, 2002; Richard, Gauvin, Gosselin & Laforest, 2009; Bowling, Stafford, 2007; Rubio, Lazaro, & Sanchez-Sanchez, 2009) e o funcionamento cognitivo (OMS, 2002; Hughes, & Ganguli, 2009) e sobrevivência (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010). O envolvimento das pessoas idosas em atividades físicas e sociais ajuda a preservar as suas capacidades físicas e cognitivas e pode atrasar o início da dependência associada ao envelhecimento (Holt-Lunstad, Smith, & Layton, 2010).

As perdas associadas aos processos de envelhecimento podem ser compensadas por ganhos como a sabedoria, o conhecimento e a experiência de vida. Segundo a OMS (2005) num envelhecimento normal, o declínio cognitivo é provocado pelo sedentarismo e quedas de práticas anteriormente usuais, doenças (como a depressão), fatores comportamentais de risco (como o consumo de álcool e substâncias), fatores psicológicos (como a falta de motivação, de confiança e baixas expectativas) e fatores sociais (como solidão e isolamento) mais do que o envelhecimento por si só (OMS, 2005).

No mesmo sentido, um melhor estado de saúde e condição funcional estão também associados a níveis mais elevados de participação social (Richard, Gauvin, Gosselin, & Laforest, 2009; Bowling & Stafford, 2007), uma vez que um bom estado físico e um adequado funcionamento mental permitem que os idosos continuem a participar na sociedade através do envolvimento em atividades de lazer e/ou atividades físicas.

Diferentes investigações encontraram associações entre a saúde cognitiva em idosos com diferentes facetas da atividade social, incluindo uma rede social maior, mais apoio emocional e superior nível de envolvimento e integração social. Foram verificadas fortes evidências epidemiológicas e fisiológicas que revelaram que o isolamento social, em particular, é um fator de risco tão importante para doenças crónicas (físicas e psicológicas) como os fatores de risco de estilos de vida não saudáveis (Holmes & Joseph 2011). De acordo com estas investigações e anteriores, o impedimento do isolamento social e a manutenção e promoção de vários tipos de atividades sociais podem fornecer proteção contra diferentes tipos de patologias (Lowenthal, 1964). Indivíduos com adequadas relações sociais maior probabilidade de sobrevivência em comparação com aqueles com relações sociais pobres ou insuficientes (Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010; Holmes & Joseph 2011).

Contudo, existem diferentes fatores que condicionam o tipo e o nível de participação social dos idosos, tais como os aspetos socioeconómicos - nível de educação, classe social e satisfação com a habitação - a saúde e os recursos sociais (Bowling & Stafford, 2007; Bukov & Lampert, 2002; Pollak & Knesebeck, 2004). Não obstante, as restrições pessoais associados com o envelhecimento e os determinantes relacionados com o ambiente social e físico podem promover ou dificultar a participação social das pessoas idosas. (Bowling & Stafford, 2007; Leyden, 2003; Pollak & Knesebeck, 2004; Wilkie, Peat, Thomas & Croft, 2007).

Gilmour (2012) examinou a relação entre a participação social frequente e a autopercepção de saúde, a solidão e a insatisfação com a vida, numa amostra de 16.369 pessoas com 65 anos ou mais. O investigador verificou o papel mediador da participação social bem como existência de obstáculos externos ao exercício da mesma. Os resultados sugeriram que quanto mais atividades sociais frequentes, maior é a associação entre a participação social e a saúde positiva autopercecionada, solidão e

insatisfação com a vida. As associações entre as variáveis foram significativas porém os dados sofreram a moderação de dimensões de apoio social individual. O desejo de estar mais envolvido em atividades sociais foi relatado por 21% dos homens idosos e 27% das mulheres idosas. Gilmour (2012) concluiu que a idade avançada é um período de transição, no qual as pessoas experimentam mudanças significativas não só apenas na saúde física, mas também nos papéis sociais (por exemplo: aposentadoria ou emancipação dos filhos) sendo que estes podem influenciar as oportunidades de participação social. Os resultados desta análise destacaram a importância da frequência participação social para a manutenção da qualidade da vida.

Lee, Jang, Lee, Cho, e Park (2008) desenvolveram uma investigação com o objetivo de analisar a associação entre a participação social e a autopercepção de saúde e as diferenças entre sexos e grupos etários, com base numa análise transversal dos dados da Pesquisa de Estatísticas Sociais da Coreia do Sul datada de 2003 numa amostra de 59.202 sujeitos com mais de 25 anos. Para ambos os sexos, a autoavaliação de boa saúde foi fortemente associada aos níveis de participação social em todas as faixas etárias. Verificaram que a influência da participação social aumentou à medida que a idade avançou. Especialmente entre as mulheres idosas, aquelas que tinham participado em mais de duas atividades sociais tiveram mais do dobro dos índices de autoavaliação da boa saúde, relativamente aquelas que não participaram em nenhuma atividade. Verificaram ainda, que a participação social diminui significativamente com a idade contudo, a influência da participação social no estado de saúde aumenta com a idade. Desta forma, este estudo revelou que o efeito participação social, apesar de diferir em relação à idade e ao sexo, é um recurso psicológico individual importante para a saúde em todas as pessoas e idades.

5.1. Estudos que relacionam a Participação Social e as variáveis em estudo

Diferentes estudos epidemiológicos sugerem que atividades sociais podem ser particularmente importantes para os adultos mais velhos. Os possíveis benefícios para a saúde incluem redução do risco de mortalidade, incapacidade e depressão, melhor saúde cognitiva, melhores índices de autopercepção de saúde e comportamentos relacionados à saúde. Assim, a participação social foi integrada nos quadros de pesquisa e políticas de envelhecimento. O envolvimento social em atividades significativas e permite a

manutenção da continuidade de relações, sendo um componente fundamental do envelhecimento bem-sucedido (Gilmour, 2012).

5.1.1. Participação Social e Autoeficácia em Idosos

Perkins, Multhaup, Perkins e Barton (2008), exploraram a teoria da autoeficácia de Bandura em adultos mais velhos numa amostra de sujeitos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 63 e os 92 anos, em Espanha (n=53) e Estados Unidos (n=55) efetuando a análise da participação em atividades sociais e físicas através de um estudo transcultural. Os resultados indicam que a autoeficácia prediz significativamente a atividade social e física, tanto na Espanha e nos Estados Unidos. Os autores deste estudo reforçaram a compreensão de que a autoeficácia motiva a participação em atividades sociais.

Imuta, Yasumura, Abe e Fukao (2001), examinaram a prevalência e as características psicossociais de idosos fragilizados no Japão. Os dados foram recolhidos a partir de um n=2.310 pessoas não-institucionalizadas com 65 anos ou mais, por correio ou entrevista pessoal. Os resultados sugeriram que existe uma forte associação entre as características psicossociais dos idosos e a sua fragilidade, observando especificamente que idosos fragilizados apresentam níveis mais baixos de autoeficácia e de saúde percebida do que idosos independentes. Neste estudo verificou-se associação significativa dos fatores psicossociais com a fragilidade entre os residentes na comunidade idosos. Com base nos resultados do estudo, fica demonstrado que ao controlar as variáveis físicas, as variáveis psicossociais podem influenciar fortemente o estado frágil em idosos.

Seeman e Chen (2002), num estudo longitudinal, testaram a hipótese do estilo de vida (participação em atividades de integração social regulares), fatores sociodemográficos e fatores psicológicos (crenças de autoeficácia e *stress* psicológico) terem influência no risco de declínio funcional ao longo do tempo em grupos de idosos com doenças crónicas (hipertensão, diabetes, doenças cardiovasculares, câncer e fraturas). De acordo com os resultados obtidos, os fatores psicossociais mostraram associações independentes e significantes nos padrões de mudança no funcionamento físico e psicológico entre idosos com condições crónicas. Quando comparados com

idosos sem condições crónicas, os sujeitos que exibiram menores níveis de autoeficácia, maiores em *stress* psicológico, e pior funcionamento físico.

No mesmo sentido, Kono, Kai, Sakato e Rubenstein (2004), desenvolveram um estudo prospetivo, os dados foram recolhidos em 112 idosos frágeis, de nacionalidade japoneses, que viviam em residência própria ou com suas famílias. Foram avaliados os estados funcionais e psicossociais no início do estudo e foi feito um acompanhamento das atividades da vida diária, capacidade funcional, depressão, autoeficácia para atividades diárias, autoeficácia para a promoção da saúde e de apoio social, tendo sido estes fatores comparados entre os três grupos definidos pela regularidade de sair de casa e ter atividades fora de casa: 1) mais de 4 vezes por semana; 2) 1-3 vezes por semana e 3) menos de uma vez por semana. Assim, identificaram a frequência de sair e se ocupar com atividades fora de casa, como um preditor de mudanças funcionais e psicossociais entre idosos fragilizados, verificando que os idosos mais socialmente ativos e que saíam de suas casas mais frequentemente, eram menos incapacitados e menos depressivos do que aqueles que saíam com menos frequência. Foi constatada ainda uma melhoria no grupo de idosos que saía com mais frequência, no que respeitante às suas crenças de autoeficácia, tanto para atividades diárias, quanto para as atividades de promoção da saúde.

5.1.2. Participação Social e Depressão em Idosos

Tong, Lai, Zeng e Xu (2011), desenvolveram um estudo que examinou os efeitos da exclusão social sobre os sintomas depressivos em idosos de nacionalidade chinesa que vivem sozinhos, a partir de uma amostra aleatória simples de 228 pessoas de 60 anos ou mais. Os sintomas depressivos foram medidos pela versão chinesa da Escala de Depressão Geriátrica 15 itens. A exclusão social foi representada por adequação de renda, relações sociais, a participação cívica, e condição de moradia. Ao contrário do que estudos anteriores sobre a depressão nos idosos na China, este estudo obteve resultados que indicam que as variáveis de exclusão social são mais importantes do que outro tipo de fatores sociodemográficos. O nível intrapessoal de se sentir solitário, e o papel de adultos mais velhos na economia do país, não devem ser subestimados. Os resultados deste estudo ilustram os efeitos das variáveis de exclusão social nos sintomas

depressivos. As Relações sociais menos positivas correlacionaram-se negativamente com mais sintomas depressivos entre os idosos e a participação regular ativa é um preditor de melhores relações sociais.

Jang, Haley, Small e Motimer (2002), avaliaram o potencial dos fatores psicológicos (perceção de domínio - conceito integrante da autoeficácia) e dos fatores sociais (rede social, suporte social e satisfação com os mesmos) em alterar a associação entre a incapacidade e a depressão em idosos residentes na comunidade. Os efeitos diretos da moderação de domínio e recursos sociais foram empiricamente testados utilizando uma amostra de 406 idosos residentes na comunidade sem qualquer patologia do foro neurológico (72,3 idade média). Os resultados indicaram que alto senso de domínio, elevado nível de mestria e maior satisfação com o suporte amenizam o impacto da incapacidade na depressão, isto é, há menor hipótese de experimentar sintomas depressivos na presença de incapacidades.

Li e Ferraro (2005), verificaram que os adultos mais velhos têm benefícios psicológicos se realizarem atividades de voluntariado sustentado e formal. A depressão demonstrou uma associação de proporcionalidade inversa com o aumento subsequente no voluntariado formal, sugerindo o voluntariado como meio de compensação.

Wilson e Musick (2003) conferiram que o trabalho voluntário melhora o acesso aos recursos sociais e psicológicos, que são conhecidos para combater estados de espírito negativos, como a depressão e a ansiedade. Análise de três levantamentos de dados (1986, 1989, 1994) revelou que o voluntariado, uma vertente da participação social, induz níveis de depressão mais baixos para aqueles com mais de 65 anos. Alguns dos efeitos do voluntariado na depressão entre os idosos é atribuída à integração social que incentiva.

Thoits e Hewitt (2001) examinaram as relações entre o trabalho voluntário na comunidade e seis aspetos do bem-estar pessoal (n=2681): a depressão e outros cinco fatores como felicidade, satisfação com a vida, autoestima, senso de controlo sobre a vida e a saúde física. Os resultados demonstram que o trabalho voluntário de aumenta os seis aspetos do bem-estar avaliados e, por outro lado, e que as pessoas que têm um maior bem-estar investem mais horas de serviço voluntário. O facto da integração social

mediar a relação bem-estar com a prática de voluntariado reforça a também a conclusão de que as atividades de voluntariado são produtos de bem-estar pessoal.

Sugihara et al. (2008) examinaram também o papel da participação social na minimização do sofrimento psíquico numa amostra representativa de adultos japoneses com idades entre 55 e 64 anos. Os resultados confirmaram que o trabalho voluntário é significativamente associado com menos sintomas depressivos em ambos os géneros.

5.1.3. Participação Social e Qualidade de Vida em Idosos

Uma investigação longitudinal, numa amostra representativa entre idosos no Chile, com um n=5613 pessoas com mais de 60 anos, residentes em casa própria, visou a análise da qualidade de vida e incidiu sobre os efeitos de oito fatores potencialmente importantes (qualidade das relações familiares, suporte social, conflitos, autoeficácia, nutrição, atividade física, sair de casa e atividades significativas de enriquecimento pessoal como: leitura) em três principais dimensões da qualidade de vida (capacidade funcional, condições materiais, em geral satisfação com a vida). Os modelos de regressão confirmam que o principal fator preditivo da capacidade funcional satisfatória é a prática de atividades físicas, enquanto que, para satisfação geral com a vida, os principais fatores preditivos são autoeficácia, boa qualidade de sociais relações, bem como a realização de atividades significativas, como a leitura e sair. O nível de escolaridade foi uma variável que atravessou todos esses preditores, num contexto de verificação de grandes desigualdades de oportunidades sociais na América Latina (Ponce, Lezaeta & Lorca, 2011).

Levasseur, Desrosiers e Tribble (2008), com o objetivo de examinar se a qualidade de vida, a participação social (nível e satisfação) e qualidade percebida do ambiente em que se inserem (no que respeita a facilitadores ou obstáculos do ambiente físico ou social) os idosos residentes na comunidade, diferem de acordo com o nível de atividade. Através de uma investigação transversal foi utilizada uma amostra de conveniência de 156 idosos (M de idade=73,7; 76,9% de mulheres) com boas funções cognitivas, recrutados de acordo com três níveis de limitações de atividade (nenhum, ligeira a moderada e moderada a grave). Os resultados indicaram que a Qualidade de vida e a satisfação com a participação social foram maiores no nível de elevada

atividade ($p < 0,001$). Este estudo sugeriu que o nível de participação social dos adultos mais velhos e os obstáculos no seu ambiente físico diferem também de acordo com o nível de atividade. Por fim, o estudo sugere a importância de olhar para além de medidas de atividade para ajudar idosos com limitações de atividade a viverem integrados na comunidade.

6. Objetivos e hipóteses

A presente investigação tem como principal objetivo, avaliar o efeito mediador das variáveis autoeficácia e qualidade de vida, na relação estabelecida entre a participação social e a sintomatologia depressiva na população idosa.

Com base nos estudos e literatura referida ao longo do enquadramento teórico, foram formuladas as seguintes hipóteses: Hipótese 1 (H1) – Considerando os índices de sintomatologia depressiva da população idosa, é esperado que maiores níveis de Participação Social se relacionem com menores níveis de Depressão; Hipótese 2a (H2a) – A relação entre a Participação Social e a Depressão é mediada pelo sentimento de Autoeficácia; Hipótese 2b (H2b) – A relação entre a Participação Social e a Depressão é igualmente mediada pela perceção de Qualidade de Vida; Hipótese 3 (H3) – Mediante as hipóteses 2a e 2b, a relação da Participação Social é mediada por duas variáveis mediadoras: Autoeficácia e Qualidade de Vida.

Capítulo 2.

Método

1. Participantes

Na presente investigação foi utilizada uma amostra de conveniência, constituída por 109 idosos (com idade igual ou superior a 65 anos), com níveis e formas variadas de participação social.

A caracterização sociodemográfica da amostra do é composta por 52 indivíduos (48%) do sexo masculino e 57 indivíduos (52%) do sexo feminino, com uma média de idades de 73.46 (DP = 6.25), sendo que o sujeito mais novo tem 65 anos e o mais velho 94. No que diz respeito à sua nacionalidade, os 109 sujeitos (100%) são portugueses. Quanto ao estado civil, 12 indivíduos (11%) são solteiros, 65 (59.6%) são casados, 1 (.9%) vive em união de facto, 9 (8.3%) são divorciados e 22 indivíduos (20.2%) são viúvos. Quanto à questão de possuírem filhos, 88 dos sujeitos (80.7%) têm filhos e 21 (19.3%) não têm filhos. Relativamente a com quem vivem, 31 indivíduos (28.4%) vivem sozinhos, 62 (56.9%) vivem com o cônjuge e 16 (14.7%) com outros familiares. No que se refere à religião dos participantes, 91 sujeitos (83.5%) afirmaram ter uma religião, em oposição a 18 (16.5%). No que concerne ao meio onde habitam, 21 participantes (19.3%) moram em meio rural, e 88 (80.7%) em meio urbano. No que respeita ao nível de escolaridade, 56 pessoas (51.4%) possuem o 1º ciclo, 19 (17.4%) o 2º ciclo, 9 (8.3%) o 3º ciclo, 10 (9.2%) obtiveram o ensino secundário, 3 (2.8%) o nível IV de escolaridade e, por fim, 12 (11%) possuem o ensino superior. Quanto à situação profissional, 4 indivíduos (3.7%) indicaram ainda se encontrarem profissionalmente ativos, ao invés de 105 (96.3%) que referiram estar reformados/aposentados. Para a categorização das profissões, foi usada a Classificação Portuguesa das Profissões (Conselho Superior de Estatística [CSE], 2010) e, desta forma, as profissões dos participantes foram distribuídas da seguinte forma: 1) Especialistas de Atividades Intelectuais e Científicas, 12 indivíduos (11%); 2) Técnicos e Profissões de Nível Intermédio, 10 (9.2%); 3) Pessoal Administrativo, 20 (18.3%); 4) Trabalhadores dos Serviços Pessoais de Proteção e Segurança e Vendedores, 13 (11.9%); 5) Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, da Pesca e da Floresta, 7 (6.4%); 6) Trabalhadores Qualificados da Indústria, Construção e Artífices 14 (12.8%); 7) Operadores de Instalações e Máquinas, 8 (7.3%) e, por ultimo, 8) Trabalhadores Não Qualificados, 25 (22.9%). Quanto à análise da participação social, foi questionada se eram ativos ou não, e se sim onde exerciam essa mesma participação, podendo estes

identificarem-se com mais que uma opção. Desta forma, 56 (51.4%) participantes afirmaram ser ativos na comunidade contra 53 (48.6%) que declaram não exercer qualquer atividade de carácter regular. Quanto à frequência de uma Universidade Sénior, 31 sujeitos (28.4%) responderam que sim; quanto à prática de Voluntariado, 20 participantes (18.3%) confirmaram; no que respeita à frequência de uma Atividade de Enriquecimento Pessoal/Lazer, 27 (24.8%) afirmaram essa frequência e quanto a um papel determinante e regular no apoio à família, 16 (14.7%) responderam que desempenhavam esse papel. Por fim, quanto à regularidade da participação na comunidade, 38 participantes (34.9%) possuem uma participação de carácter diário, 11 (10.1%) semanal, 3 (2.8%) quinzenal e 4 (3.7%) mensal.

Como critérios de inclusão na amostra, foi definido que os sujeitos deveriam ter idade igual ou superior a 65 anos, ausência de doenças do foro neurológico e/ou psiquiátrico, ausência de invalidez física/motora que de alguma forma condicione a participação ativa na comunidade, e o domínio da leitura e da escrita da língua portuguesa.

2. Medidas

2.1. Questionário de Dados Sociodemográficos

Com o objetivo de recolher informação sobre as variáveis sociodemográficas que caracterizam os sujeitos, foi elaborado um questionário sociodemográfico. Este é constituído por 15 questões que pretendem obter informação acerca da idade, sexo, nacionalidade, estado civil, se possui ou não filhos, com quem coabita, se possui crença religiosa e em que meio vive.

Pretende ainda obter informações relacionadas com o historial clínico dos participantes, de modo a averiguar os critérios de inclusão do presente estudo, questionando acerca da existência patologias do foro neurológico e/ou psiquiátrico e invalidez física/motora. Questiona sobre o grau escolaridade obtido, informação sobre a situação profissional (profissionalmente ativo ou reformado/aposentado) e profissão exercida. Recolhe ainda informação sobre a participação social ativa ou não ativa na comunidade e caso participe ativamente, o tipo de atividade que desenvolve (frequência de universidade sénior; trabalho voluntário; frequência de atividades de enriquecimento

pessoal; apoio familiar determinante e frequente) e averigua a regularidade dessa mesma atividade (diária; semanal; quinzenal e mensal).

2.2. Escala de Autoeficácia Geral (GSE)

Para a avaliação da autoeficácia utilizou-se a *General Self-Efficacy Scale* (GSE) desenvolvida por Schwarzer e Jerusalem em 1995 e adaptada para a população portuguesa por Araújo e Moura (2011), tendo sido esta a adaptação utilizada neste estudo. A GSE é um instrumento de autorrelato, podendo também ser aplicada pelo técnico, que avalia o sentimento geral de competência pessoal para lidar eficazmente com uma variedade de situações stressantes e adversidades. É uma escala unidimensional constituída por 10 itens de avaliação do constructo global de autoeficácia. A GSE tem um formato de resposta do tipo Likert de 4 pontos (1- De modo nenhum é verdade; 2- Dificilmente é verdade; 3- Moderadamente verdade; e 4- Exatamente verdade), e a sua pontuação total oscila entre 10 e os 40, variando a pontuação de cada item entre 1 e 4 pontos. Os 10 itens encontram-se formulados no sentido positivo pelo que, valores elevados na escala GSE indicam a presença de uma elevada autoeficácia geral. A adaptação portuguesa evidenciou adequadas propriedades psicométricas. Na versão portuguesa os resultados da análise fatorial confirmatória e consistência interna apoiam a natureza unidimensional da escala e uma equivalência da estrutura fatorial à escala original. A consistência interna calculada através do alfa de Cronbach (α), obteve um valor de .87. A análise dos coeficientes de correlação item-total corrigida (r_{i-t}) demonstra que os 10 itens se encontram significativamente correlacionados com o fator único da GSE, observando-se coeficientes entre .486 (item 2) e .682 (item 5). Por seu lado, quando se analisa a correlação inter-item (os 10 itens encontram-se significativamente correlacionados com uma correlação média de .406. O tempo médio de aplicação é 5 minutos.

2.3. Escala de Depressão Geriátrica (GDS)

Para a avaliação dos sintomas depressivos/depressão utilizou-se a *Geriatric Depression Scale* (GDS-30) desenvolvida por Yesavage e seus colaboradores (1983), adaptada para a população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003) e validada por Pocinho e colaboradores (2009) que tem como objetivo avaliar a existência

de depressão geriátrica, sendo uma escala exclusiva para administração na população idosa. As questões colocadas pretendem aferir sentimentos e situações referentes à última semana do idoso. Tem várias modalidades de administração podendo ser autoadministrada, ou administrada pelo entrevistador. A escala é composta por 30 itens. O formato de resposta é dicotómico de Sim e Não. A pontuação total oscila entre 0 e 30 pontos, variando a pontuação de cada item entre 0 e 1. Nos itens 2, 3, 4, 6, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 20, 22, 23, 24, 25, 26, e 28 é atribuído 1 ponto às respostas Sim, sendo que nos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 é atribuído um ponto às respostas Não. No presente estudo, usámos o ponto de corte 11, em conformidade com os resultados da validação portuguesa, sendo que de 0 a 10 não existem sintomas depressivos e de 11 a 30 existem sintomas depressivos. No estudo de validação psicométrica da GDS para a população Portuguesa (Pocinho et al., 2009) as análises de temporal (alfa de Cronbach (α) (27 itens) = 0,995) e consistência interna (0,91), confiabilidade entre avaliadores (Kappa = 0,87), e as validades concorrente (0,83) e fatorial (3 fatores) demonstram que GDS é confiável como um instrumento de avaliação de sintomatologia depressiva geriátrica. Esta conclusão foi ainda validada pela análise da função discriminante e o teste de valor diagnóstico, que apresentaram uma sensibilidade de 100%, uma especificidade de 83%, um valor preditivo positivo de 93% e um valor preditivo negativo de 100%. O tempo médio de aplicação desta escala é de 15 minutos.

2.4. Escala World Health Organization Quality of Life-Bref (WHOQOL-Bref)

Para a avaliação da qualidade de vida utilizou-se a escala *World Health Organization Quality of Life – Bref*, validada e aferida para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (2006). Esta escala é uma versão reduzida da escala original WHOQOL-100, e avalia a forma como o sujeito percebe de uma maneira geral a sua qualidade de vida e saúde bem como a sua qualidade de vida em certos domínios específicos. Possui duas modalidades de administração podendo ser autoadministrada, ou administrada pelo entrevistador.

O formato de resposta é tipo escala de *Likert* de 5 pontos, podendo variar entre diferentes opções de respostas consoante cada grupo de perguntas (1- Muito Má/Muito Insatisfeito/Nada/Nunca; 2- Pouco/Má/Insatisfeito/Poucas Vezes; 3- Nem Muito Nem

Pouco/Moderadamente/Nem Boa Nem Má/Nem Satisfeito Nem Insatisfeito/Algumas Vezes; 4- Boa/Satisfeito/Muito/Bastante/Frequentemente; 5- Muito Boa/Muito Satisfeito/Muitíssimo).

Este questionário é constituído por 26 itens. 24 itens agrupados em quatro domínios: 1) *Domínio Físico*, constituído por sete itens (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18); 2) *Domínio Psicológico*, constituído por seis itens (5, 6, 7, 11, 19, 26); 3) *Domínio Relações Sociais*, constituído por três itens (20, 21, 22); 4) *Domínio Ambiente*, constituído por oito itens (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25). E 2 itens gerais sobre qualidade de vida e a percepção geral da saúde.

Na globalidade os itens dos diferentes domínios estão organizados no sentido positivo, pontuações mais elevadas representam uma melhor qualidade de vida, à exceção de 3 itens inversos designadamente 3, 4 e 26. O resultado para cada domínio é obtido pela média desse domínio, multiplicando por 100 de forma a podermos comparar os resultados com os do instrumento WHOQOL-100 cujos valores oscilam entre (0 e 100).

No que respeita às qualidades psicométricas, mais propriamente à consistência interna, o instrumento apresenta um alfa de *Cronbach* (α), para domínio Físico de .82, para o domínio Psicológico de .75, para o domínio Relações Sociais de .66 e para o domínio Ambiente de .80 (WHO, 1998). WHOQOL Group (1998b).

3. Procedimento

O pedido de autorização para recolha de dados foi efetuado em instituições que promovem a participação ativa dos idosos na comunidade, mais concretamente frequentadores da Universidade Sénior da Ajuda e do Centro de reformados/voluntários de Torres Vedras e, paralelamente, o contacto estabelecido para recolha da amostra do grupo de idosos não ativos na comunidade foi realizados de duas formas: individualizada e a partir de uma solicitação efetuada a professores e funcionários de uma escola que tivessem pais/sogros inativos, que se disponibilizassem a participar nesta investigação, para que estes pudessem servir de ponte no estabelecimento deste mesmo contacto. Após a obtenção das respetivas autorizações foi consumada a aplicação do protocolo de avaliação aos idosos ativos e não ativos na comunidade de forma o mais equitativa possível em termos de distribuição de sexo e dos dois grupos

comparativos. A aplicação do protocolo foi antecedida do consentimento informado realizado por escrito e através de por uma breve apresentação oral (nos casos de recolha presencial) ao idoso sobre o estudo a ser realizado, o seu objetivo e as características da recolha de informação (anónima e confidencial, com inexistência de respostas certas ou erradas e que, a qualquer momento, poderia desistir do preenchimento dos questionários).

A recolha da amostra decorreu entre os meses de Maio e Agosto de 2014 tendo cada protocolo demorado em média cerca de 25 minutos a ser preenchido.

Os dados foram introduzidos numa base de dados informatizada e tratados estatisticamente através do programa *PASW- Statistics 18*.

O presente estudo tem carácter transversal, tendo como principal objetivo, avaliar o efeito mediador das variáveis autoeficácia e qualidade de vida, na relação estabelecida entre a participação social e a sintomatologia depressiva na população idosa.

Capítulo 3

Resultados

1. Apresentação de Resultados

Com o objetivo de testar as hipóteses colocadas, começou por descrever-se as variáveis em estudo, analisando a sua consistência interna e as suas relações (Tabela 1).

Tabela 1 – Alfa de Cronbach, Média, Desvio Padrão e Correlação das Variáveis

	α de Cronbach	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>r</i> de pearson			
				Autoeficácia	Qualidade de Vida	Depressão	Participação Social
Autoeficácia	.94	28.75	6.31	----			
Qualidade de Vida	.94	13.98	2.60	.32**	----		
Depressão	.91	11.27	7.29	-.63**	-.59**	----	
Participação Social	---	20.75	28.81	.51**	.32**	-.44**	----

Os níveis de consistência interna de todas as variáveis são bons, de salientar que não se calcula alfa de cronbach da Participação Social porque é um índice que se obtém através da frequência de diversas atividades e não uma escala única. A GSE, escala utilizada para avaliação da Autoeficácia, possui uma pontuação que pode variar entre 10 e 40, possuindo uma média de 28.75. A GDS, escala utilizada para medição da sintomatologia depressiva, possui uma pontuação que pode variar de 0 e 30, neste caso a média obtida dos valores de Depressão foi de 11.27.

No mesmo seguimento, mas de forma a entender mais pormenorizadamente o tipo de relações entre as quatro variáveis em estudo, foram efetuadas num total de oito regressões lineares, com a pretensão de testar diferentes modelos explicativos que corroborassem as hipóteses 1, hipótese 2a, hipótese 2b e hipótese 3.

Para testar a hipótese 1, onde, considerando os índices de sintomatologia depressiva da população idosa, é esperado que maiores níveis de Participação Social (PS) se relacionem com menores níveis de Depressão (D), foi realizada a regressão da depressão sobre a participação social (Tabela 2). É de considerar que esta regressão constitui uma condição de base para o teste das hipóteses de mediação (H2a, H2b e H3).

Tabela 2 - Regressão da Depressão sobre a Participação Social

	Participação Social
Depressão	$\beta = -.444; p = .000$
<i>F</i>	$F(1,107) = 26.30$
r^2	.197

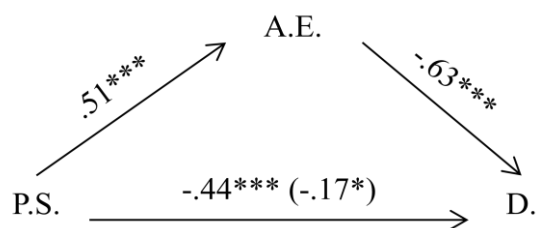
Verifica-se que a participação social explica significativamente 19.7% da variância da depressão. Esta relação é negativa, o que significa que maior participação social se associa a menores índices de depressão. O facto desta regressão ser significativa permite testar as hipóteses de mediação.

Para testar a hipótese 2a, i.e., que a relação entre a depressão e a participação social é mediada pela autoeficácia, foram conduzidas quatro análises de regressão (tabela 3, figura 1).

Tabela 3 – Relação entre a Depressão e a Participação Social mediada pela Autoeficácia

	Depressão	Autoeficácia	Depressão	Depressão
Participação Social	$\beta = -.44;$ $p = .000$	$\beta = .51;$ $p = .000$	-----	$\beta = -.17;$ $p = .048$
Autoeficácia	-----	-----	$\beta = -.63;$ $p = .000$	$\beta = -.54;$ $p = .000$
<i>F</i>	$F(1,107) =$ 26.30	$F(1,107) =$ 36.77	$F(1,107) =$ 68.42	$F(2,106) =$ 37.16
r^2	.20	.26	.39	.41

Figura 1 – Modelo explicativo da relação da Participação Social, com a variável moderadora Autoeficácia



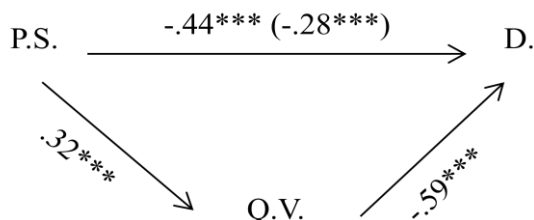
Considerando as condições de base para a realização da análise de mediação verifica-se que através da regressão de D sobre a PS que esta é significativa e negativa. O que significa que maiores níveis de PS implicam menores índices de D. Da mesma forma as relações diretas entre a PS e a Autoeficácia (AE), e a AE e a D são significativas, sendo que a primeira relação é positiva, ou seja maiores níveis de PS estão associados a maiores níveis de AE, e a segunda relação é negativa, ou seja, maiores índices de AE implicam menores índices de D. Importa acrescentar que as relações diretas entre as variáveis são todas significativas, cumprindo-se assim o fator base para a análise da mediação no seu todo. A análise do modelo como um todo indica a existência de uma mediação parcial, uma vez que a relação entre PS e D se torna menos intensa e menos significativa quando introduzimos em conjunto a PS e a AE como variáveis preditoras.

Para testar a hipótese 2b, i.e., que a relação entre a depressão e a participação social é mediada pela qualidade de vida, foram conduzidas quatro análises de regressão (tabela 4; figura 2).

Tabela 4 - Relação entre a Depressão e a Participação Social mediada pela Qualidade de Vida

	Depressão	Qualidade de Vida	Depressão	Depressão
Participação Social	$\beta = -.44;$ $p = .000$	$\beta = .32;$ $p = .001$	-----	$\beta = -.28;$ $p = .000$
Qualidade de Vida	-----	-----	$\beta = -.59;$ $p = .000$	$\beta = -.50;$ $p = .000$
<i>F</i>	$F(1,107) =$ 26.30	$F(1,107) =$ 12.39	$F(1,107) =$ 56.77	$F(2,106) =$ 38.21
r^2	.20	.10	.35	.42

Figura 2 – modelo explicativo da relação da Participação Social, com a variável moderadora Qualidade de Vida



Da mesma forma as relações diretas entre a PS e a Qualidade de Vida (QV), e a QV e a D são significativas, sendo que a primeira relação é positiva, ou seja, maiores níveis de PS estão associados a maiores níveis de QV, e a segunda relação é negativa, ou seja, maiores índices de QV implicam menores índices de D. De forma semelhante, as relações diretas entre as variáveis são todas significativas, cumprindo-se assim o fator base para a análise da mediação no seu todo. A análise deste modelo como um todo indica a existência de uma mediação parcial, uma vez que a relação entre PS e D se torna menos intensa quando introduzimos em conjunto PS e QV como variáveis predictoras. Contudo, verifica-se que comparando a AE e a QV como variáveis mediadoras, a AE é mais significativa pois a relação entre a PS e a D perde mais força quando introduzida a variável mediadora AE do que quando se introduz a QV.

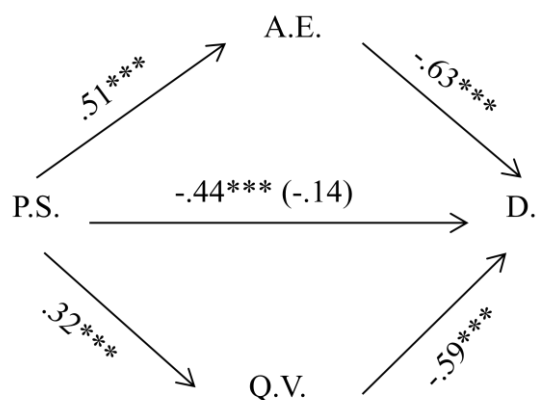
Por fim, para testar a hipótese 3, i.e., que a relação da Participação Social e a Depressão é mediada por duas variáveis mediadoras, a Autoeficácia e a Qualidade de Vida foi conduzida uma regressão da depressão sobre a participação social com a inclusão das duas variáveis mediadoras em estudo (Tabela 5; figura 3):

Tabela 5 - Regressão da Depressão sobre a Participação Social com as duas variáveis mediadoras Autoeficácia e Qualidade de Vida

	Participação Social
Depressão	$\beta = -.14.; p = .081$
<i>F</i>	$F(3,105) = 35.68$
r^2	.51

Desta forma, o impacto da Participação Social (PS) sobre a Depressão (D), com a inclusão das duas variáveis mediadoras continua a ter um sentido negativo, ou seja, elevados valores de PS induzem reduzidos níveis de D, mas a sua relação direta deixa de ser significativa ($p=081$). Importa salientar que este modelo, da relação da PS com a D, mediada pela AE e QV explica uma percentagem de 51% da variância da D. Verificando-se, assim, que modelo no seu todo é de mediação total, pois quando se incluem as duas variáveis mediadoras (Autoeficácia e Qualidade de Vida), o preditor inicial (Participação Social) deixa de ter uma relação significativa com a variável critério (Depressão).

Figura 3 – modelo explicativo da relação da Participação Social, com as variáveis moderadoras Autoeficácia e Qualidade de Vida



De um modo geral, uma mediação pode ocorrer, quando um conjunto de critérios é preenchido como os que foram descritos acima: 1) a variável independente (neste caso a Participação Social) afeta significativamente a(s) mediadora(s) (Autoeficácia e Qualidade de Vida); 2) quando a variável independente afeta significativamente a variável dependente na ausência da(s) mediadora(s); 3) quando a mediadora(s) tem um efeito significativo sobre a única variável dependente; e por último, 4) quando o efeito da variável independente na variável dependente diminui após a adição da(s) mediadora(s) no modelo. Contudo para confirmar este julgamento informal, e testar este efeito, efetuou-se um teste *Sobel*, num simulador disponível *online*¹, e confirmaram-se os seguintes parâmetros de mediação:

¹ <http://quantpsy.org/sobel/sobel.htm>, acedido em Dezembro de 2014

Tabela 6 – Teste de *Sobel*: Relação entre a Depressão e a Participação Social com as variáveis mediadoras

	Test statistics	Std. error	P value
Autoeficácia	-4.95	.02	.000
Qualidade de Vida	-3.17	.02	.001

Os resultados para ambos os casos confirmam que a relação entre a participação social e a depressão decresce significativamente quando são introduzidas as variáveis mediadoras.

2. Discussão de Resultados

Confirmaram-se assim as hipóteses iniciais deste estudo, verificando-se que a Participação Social tem impacto sobre os índices de Depressão, como referenciaram estudos referidos anteriormente. Por exemplo, Li e Ferraro (2005) demonstraram uma associação de proporcionalidade inversa entre a depressão e o voluntariado, sugerindo o voluntariado como meio de compensação. No mesmo sentido, Wilson e Musick (2003) referiram que o trabalho voluntário melhora o acesso aos recursos sociais e psicológicos, que combatem estados de espírito negativos, como a depressão e a ansiedade. As suas análises de três levantamentos de dados realizados por estes autores (1986, 1989, 1994) revelaram que o voluntariado induz níveis de depressão mais baixos para aqueles com mais de 65 anos, atribuíveis à integração social que esta incentiva. Sugihara e colaboradores (2008) examinaram também o papel da participação social na minimização do sofrimento psíquico numa amostra representativa de adultos japoneses com idades entre 55 e 64 anos. Os resultados apontaram para que o trabalho voluntário seja significativamente associado com menores sintomas depressivos em ambos os géneros. De forma semelhante, comprovamos também neste estudo que a menores índices de sintomatologia depressiva da população idosa se associam maiores níveis de Participação Social.

Apesar de não se terem encontrados estudos que repliquem as hipóteses de mediação, foram diversas as investigações encontradas, e já referidas, que afirmem as diferentes relações entre as variáveis em estudo, tais como por exemplo: Perkins, Multhaup, Perkins e Barton (2008), que exploraram a teoria da autoeficácia de Bandura,

numa amostra de sujeitos de ambos os sexos com idades compreendidas entre os 63 e os 92 anos, em Espanha ($n=53$) e Estados Unidos ($n=55$) efetuando uma análise da participação em atividades sociais e físicas, indicaram que a autoeficácia prediz significativamente a atividade social e física, tanto em Espanha e nos Estados Unidos. Os autores deste estudo reforçaram a compreensão de que a autoeficácia motiva a participação em atividades sociais; Outros autores como Ponce, Lezaeta & Lorca (2011), efetuaram uma investigação longitudinal, numa amostra representativa entre idosos no Chile, com um $n=5613$ pessoas com mais de 60 anos, que visou a análise da qualidade de vida e incidiu sobre os efeitos de oito fatores potencialmente importantes (qualidade das relações familiares, suporte social, conflitos, autoeficácia, nutrição, atividade física, sair de casa e atividades significativas de enriquecimento pessoal como: leitura) em três principais dimensões da qualidade de vida (capacidade funcional, condições materiais e satisfação geral com a vida). Os modelos de regressão confirmam que o principal fator preditivo para a qualidade de vida (mais especificamente para a satisfação geral com a vida), os principais fatores preditivos são autoeficácia e boa qualidade de sociais relações.

Assim sendo, a partir da revisão teórica efetuada, levantou-se a hipótese que a relação entre a Participação Social e a Depressão não fosse uma relação direta mas sim mediada através de duas variáveis psicológicas: Autoeficácia e Qualidade de Vida. Assim, testámos as hipóteses H2a, H2b e H3. A hipótese 2a, onde se esperava que relação entre a depressão e a participação social fosse mediada pela autoeficácia, concretizou-se. Isto significa que as atividades desenvolvidas pela população idosa no âmbito da sua participação social, permitem reduzir os níveis de depressão se tiverem determinadas características, entre elas a promoção de certas competências psicológicas, como sentimento de Autoeficácia. O mesmo se verificou para a hipótese 2b, onde se esperava que relação entre a depressão e a participação social fosse mediada pela qualidade de vida. Uma participação social que promova uma maior perceção da qualidade de vida de cada idoso, irá exercer maior influência na queda dos seus níveis de sintomatologia depressiva. Contudo, esta mediação apesar de significativa, não apresentou valores tão fortes como a mediação efetuada por via da autoeficácia. Conclui-se assim que a relação positiva entre a Participação Social e a Depressão faz-se mais diretamente por via da Autoeficácia, uma vez que a Participação Social terá maior

benefício no impacto sobre a sintomatologia depressiva, em atividades que por sua vez elevem os sentimentos de Autoeficácia comparativamente à variável Qualidade de Vida. Apesar de meramente especulativo, este fator que pode ser explicado pelo facto do conceito de Qualidade de Vida ser mais abrangente e envolver um conjunto de condições sociais que podem não estar diretamente implicadas na Participação Social de cada indivíduo.

Conseguimos da mesma forma comprovar a hipótese 3, i.e. que a relação da Participação Social e a Depressão é mediada por duas variáveis mediadoras, a Autoeficácia e a Qualidade de Vida o modelo no seu todo é de mediação total, pois quando se incluíram as duas variáveis mediadoras (Autoeficácia e Qualidade de Vida), o preditor inicial (Participação Social) deixou de ter uma relação significativa com a variável critério (Depressão).

3. Conclusão

O envelhecimento populacional é hoje um fenómeno universal que contribui para uma verdadeira revolução demográfica. Este fenómeno torna importante um acentuado acréscimo de investigações que revelem formas claras de amenizar alguns processos mais penosos do envelhecimento normal.

A grande maioria da população em idade ativa anseia pela reforma, contudo, a redução drástica de um ritmo de atividades diárias, tanto físicas, como psicológicas, como sociais, contribui para a degeneração efetiva de um conjunto de competências essenciais a um envelhecimento bem-sucedido. O funcionamento ou participação social contínua é um domínio comumente proposto do envelhecimento bem-sucedido (Bowling, & Stafford, 2007). A participação social dos idosos beneficia não apenas os indivíduos, mas também as suas comunidades e a sociedade em geral. O seu envolvimento em atividades sociais e produtivas está associado diversos resultados positivos: à solidariedade entre gerações; à redução da individualização de estilos de vida na terceira idade; ao valor acrescentado da produção no trabalho formal e informal; e à redução da procura dos serviços de saúde, devido à independência preservada (OMS, 2002; Ouwehand, Ridder & Bensing, 2008). Segundo a OMS (2004), a depressão é a perturbação mental mais prevalente na população idosa. O presente estudo veio confirmar que a participação social tem impacto sobre os índices de

depressão, exercendo uma boa influência, sendo que quanto maior forem os índices de participação social menores os índices de depressão nos idosos.

Contudo, a presente investigação inseriu duas novas variáveis a esta relação. Colocou-se em questão que esta relação não fosse tão simples e direta, e que ocorresse por via de duas componentes psicológicas, o sentimento de autoeficácia e a auto avaliação da qualidade de vida. Confirmando-se as supostas mediações e enaltecendo-se a mediação por via da autoeficácia. A autoeficácia percebida assume-se como a crença na capacidade individual para organizar e realizar as atividades necessárias para gerar os resultados pretendidos (Bandura, 1997), sendo o mecanismo mais central e mais difundido na mediação entre o indivíduo e o meio-ambiente, pois somente com esse tipo de crença o indivíduo é capaz de se comportar ativamente, com motivação. Desta forma, concretizou-se que, uma via garantida para diminuir os níveis de sintomatologia depressiva na população idosa através da participação social, é precisamente com atividades que, mais que ocupar, promovam, favoreçam e façam com que os indivíduos encontrem e reforcem o seu senso de autoeficácia. Assim sendo, este estudo poderá ser particularmente interessante, a par da população em geral, para idosos que por exemplo se encontrem institucionalizados, ou em centros de dia. Idosos estes que possuem regra geral elevados níveis de sintomatologia depressiva, e que estão permanentemente em contacto com atividades que lhes permitem uma elevada participação social. Uma das limitações, foi o facto de não terem sido encontrados estudos que abordassem especificamente as hipóteses de mediação. Foram revistos estudos que relacionam todas as variáveis em estudo, mas que se baseiam em relações diretas. Importa salientar que a amostra deste estudo foi de conveniência ($n = 109$), desta forma, e visto que os resultados do modelo que aqui tentamos inserir foram bastante positivos, seria interessante a replicação em estudos futuros do mesmo modelo numa amostra representativa da população portuguesa para a capacidade de generalização da amostra poder ser elevada e representativa da realidade nacional.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Araújo, L. & Melo, S. (2011). Relacione-se com os outros. In O. Ribeiro & C. Paúl (Coord.), *Manual de Envelhecimento Activo* (pp. 141-167). Lisboa: Lidel.
- Araújo, M. & Moura, O. (2011). Estrutura factorial da General Self-Efficacy Scale (Escala de Auto-Eficácia Geral) numa amostra de professores portugueses. *Laboratório de Psicologia*, 9(1), 95-105.
- Araújo, F., Pais Ribeiro, J., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25 (2), 59-66.
- Azzi, R.G., & Polydoro, S. (2006). Autoeficácia proposta por Albert Bandura. In: Azzi, R. G.; Polydoro, S. (Org.). *Autoeficácia em diferentes contextos* (pp. 9-23). Campinas: Alinea.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215
- Bandura, A. (1986). Fearful expektations and avoidant actions as coeffects of perceived self-inefficacy. *American Psychologist*, 41, 1389-1391.
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: The exercise of control. New Work: Freeman.
- Bandura, A. (2006). Guide for constructing self-efficacy scales. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.). Self-efficacy beliefs of adolescents. Greenwich, CT: *Information Age Publishing*, 5, 307-337.
- Barron, T. (1996). Technical trainers take on multimedia. *Technical & Skills Training*, 4(7), 18-14.
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bento, A., Carreira, M. & Heitor, M. J. (2001). *Censo psiquiátrico de 2001. Síntese dos resultados preliminares*. Lisboa: Ministério da Saúde Direção Geral de Saúde.
- Bong, M., & Skaalvik, E. M. (2003). Academic self-concept and self-efficacy: How different are they really? *Educational Psychology Review*, 15 (1), 1-40.

- Botelho, Amália (2005). A Funcionalidade dos Idosos. In C. Paúl & A. Fonseca (Coord.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 111-135). Lisboa: Climepsi.
- Bowling A, Stafford M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in older age? Findings from a british survey of ageing. *Soc Sci Med.* 64, 2533–2549.
- Bukov, A.; Mass, I. & Lampert, T. (2002). Social participation in very old age: cross-sectional and longitudinal findings from BASE. Berlin Aging Study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*, 57(6), 510-7.
- Canavarro, M. C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M. R., Quintais, L., Quartilho, M. J., et al. (2006a). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 15-23.
- Conselho Económico e Social [CES]. (2013). *Parecer de Iniciativa Sobre as Consequências Económicas, Sociais e Organizacionais Decorrentes do Envelhecimento da População*. Lisboa: Conselho Económico e Social.
- Conselho Superior de Estatística [CSE]. 2010. *Classificação Portuguesa das Profissões*. Lisboa: Conselho Superior de Estatística.
- Demura, S., & Sato, S. (2003). Relationships between depression, lifestyle and quality of life in the community dwelling elderly: a comparison between gender and age groups. *J Physiol Anthropol Appl Human Sci*, 22(3), 159-166.
- Direção Geral de Saúde [DGS]. 2004. *Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas*. Lisboa: Ministério da Saúde Direção Geral de Saúde.
- European Union [EU]. (2011). *Eurostat Statistical books. Active ageing and solidarity between generations*. (2012 ed.). Luxembourg: European Union.
- Fonseca, A. & Paúl, C. (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics & Gerontologia*, 2, (1) 32-37.

- Fontes, A., P. & Azzi, R. G. (2012). Crenças de autoeficácia e resiliência: apontamentos da literatura sociocognitiva. *Estudos de psicologia*, 29(1), 105-114.
- Gilmour, H. (2012). Social Participation and the Health and Well-being of Canadian Seniors - Statistics Canada. *Health Reports*, 23(4).
- Gullberg, M. T., Frisman, G. H., & Ek, A-C. (2010). Reference values for the quality of life index in the general Swedish population 18-80 years of age. *Quality of Life Research*, 19, 751-760.
- Gusmão, R. D. M. (2005). Depressão: detecção, diagnóstico e tratamento. Estudo de prevalência e despiste das perturbações depressivas nos Cuidados de Saúde Primários. Dissertação de Doutoramento em Medicina na especialidade de Psiquiatria e Saúde Mental apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Nova, orientada por José Miguel Caldas de Almeida, Lisboa.
- Holmes, W. & Joseph, J. (2011) Social participation and healthy ageing: a neglected, significant protective factor for chronic non communicable conditions. *Globalization and Health*, 7(43), 2-9.
- Hughes, T. F., & Ganguli, M. (2009). Modifiable risk factors for late-life cognitive impairment and dementia. *Current Psychiatry*, 5(2), 73-92.
- Imuta, H., Yasumura, S., Abe, H. & Fukao, A. (2001). Prevalence and psychosocial characteristics of the frail elderly in Japan: A community-based study. *Aging: Clinical and Experimental Research*, 13(6), 443-453.
- Instituto Nacional de Estatística [INE]. (2012). *Censos 2011 Resultados Definitivos – Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística
- Irigaray, C. & Trentini, M. (2009). Qualidade de vida em idosos: a importância da dimensão subjetiva. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 297-304
- Jang, Y., Haley, W. E., Small, B. J. & Motimer, J. (2002). The role of mastery and social resources in the associations between disability and depression in later life. *The Gerontologist*, 42(6), 807-813.

- Kono, A., Kai, I., Sakato, C. & Rubenstein, L. Z. (2004). Frequency of going outdoors: A predictor of functional and psychosocial change among ambulatory frail elders living at home. *Gerontological Society of America*, 59(3), 275-280.
- Laranjeira, C. (2007). Do vulnerável ser ao resiliente envelhecer: Revisão de Literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 327-332.
- Lee, H. Y., Jang, S. N., Lee, S., Cho, S. I., Park, E. O. (2008). The relationship between social participation and self-rated health by sex and age: a cross-sectional survey. *Int J Nurs Stud*, 45(7), 1042-1054.
- Levasseur, M., Desrosiers, J. e Tribble, D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity? *Health Qual Life Outcomes*, 6(30).
- Leyden K. M. (2003). Social capital and the built environment: the importance of walkable neighborhoods. *American Journal of Public Health*; 93, 1546-1551.
- Li, Y., Ferraro, K. F. (2005). Volunteering and depression in later life: Social benefit or selection processes? *J Health Soc Behav*, 46, 68-84.
- Lima, M., Silva, R. & Ramos, L. (2009). Fatores associados à sintomatologia depressiva numa coorte urbana de idosos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 58(1), 1-7.
- Lowenthal M. F. (1964). Social Isolation and Mental Illness in Old Age. *American Sociological Review*, 1(29), 54-70.
- Lunstad, H., Smith, T. & Layton, B. (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *Public Library of Science Medicine*, 7(7).
- Muldoon, M. F., Barger, S. D., Flory, J. D., & Manuck, S. B. (1998). What are quality of lifemeasurements measuring? *British Medical Journal*, 316, 542-545.
- Organização Mundial de Saúde. [OMS]. (2005). *Envelhecimento Ativo uma Política de Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. [OMS]. (2002). *Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: Nova Conceção, Nova Esperança*. Lisboa: Ministério da Saúde, Direcção-Geral da Saúde.

- Ouwehand, C.; Ridder, D. & Bensing, J. (2007). A review of successful ageing models: Proposing proactive coping as an import additional strategy. *Clinical Psychology Review*, 27, 873-884.
- Ouwehand, C.; Ridder, D. & Bensing, J. (2008). Individual differences in the use of proactive coping strategies by middle-aged and older adults. *Personality and Individual Differences*, 45, 28-33.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Paúl, C.; Fonseca, A.; Martín, I; Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses, In C. Paúl e A. M. Fonseca (coord), *Envelhecer em Portugal* (p. 75-95). Lisboa: Climepsi.
- Pereira, A. C. (2010). Perceção do idoso sobre o seu nível de qualidade de vida. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 3(2), 27-34.
- Pereira, R. J., Cotta, R., Franceschini, S., Ribeiro, R., Sampaio, R., Priore, S. et al. (2006). Contribuição dos domínios físico, social, psicológico e ambiental para a qualidade de vida global de idosos. *Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul*, 1(28), 27-38.
- Perkins, J. M., Multhaup, K. S., Perkins, H. W., & Barton, C. (2008). Self-efficacy and participation in physical and social activity among older adults in Spain and the United States. *Gerontologist*, 48(1), 51-8.
- Phillips, D. (1967) Mental Health Status, Social Participation, and Happiness. *Journal of Health and Social Behavior*, 4(8), 285-291.
- Pollack, E., Knesebeck O., Siegris J. (2004). Housing and health in Germany. *J Epidemiol Community Health*, 58, 216–222.

- Ponce, M., Lezaeta, C., Lorca, M. (2011). Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 4(3), 121-139.
- Ponce, M., Lezaeta, C., Lorca, M. (2011). Predictors of Quality of Life in Old Age: A Multivariate Study in Chile. *Journal of Population Ageing*, 4(3), 121-139.
- Poucinho, M. T. S., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T. & Yesavage J. A. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders, *Clinical Gerontologist*, 32(2), 223-236.
- Ribeiro, J. (1995). Adaptação de uma escala de avaliação de autoeficácia geral. In L. Almeida & I. Ribeiro (Eds.), *Avaliação psicológica: Formas e contextos* (pp. 163-176). Braga: APPORT.
- Richard L, Gauvin L, Gosselin C, Laforest S. (2009) Staying connected: neighbourhood correlates of social participation among older adults living in an urban environment in montreal, quebec. *Health Int.* 24, 46–57.
- Rubio, E.; Lazaro, A. & Sanchez-Sanchez, A. (2009). Social participation and independence in activities of daily living: a cross sectional study. *BMC Geriatrics*, 10, 9-26.
- Salanova, M., Grau, R. M., & Martínez, I. M. (2006). Job demands and coping behaviour: The moderating role of professional self-efficacy. *Psychology in Spain*, 10(1), 1-7.
- Schneider, R. H. & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25 (4), 585-593.
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct. Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18(3), 242-251.
- Schunk, D. H., & Pajares, F. (2005). Competence perceptions and academic functioning. In A. J. Elliot & C. S. Dweck (Eds), *Handbook of competence and motivation* (pp. 85-104). New York: Guilford Publications.
- Seeman, T. & Chen, X. (2002). Risk and protective factors for physical functioning in older adults with and without chronic conditions: Mac Arthur Studies of Successful Aging. *Journal of Gerontology*, 57(3), 135-144.

- Sugihara, Y., Sugisawa, H., Shibata, H. & Harada, K. (2008). Productive roles, gender, and depressive symptoms: evidence from a national longitudinal study of late-middle-aged Japanese. *J Gerontol B Psychol Sci Socci*, 63(4), 227-234.
- The WHOQOL Group (1998b). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 12, 1569-1585.
- The WHOQOL Group. (1998a). Development of the World Health Organization WHOQOL-B: quality of life assessment. *Psychological Medicine*, 28, 551-558.
- Thoits, P. A., Hewitt, L. N. (2001). Volunteer Work and well-being. *J Health Soc Behav*, 42, 115-131.
- Tong, H. M., Lai, D. L., Zeng, Q. & Xu, W. Y. (2011). Effects of Social Exclusion on Depressive Symptoms: Elderly Chinese Living Alone in Shanghai, China. *J Cross Cult Gerontol*, 26, 349–364.
- Tung Y. C., Cooke M. & Moyle W. (2013). A theoretical model of efficacy beliefs, functional status and quality of life for older people during rehabilitation: testing causal relationships. *Journal of Advanced Nursing* 69(9), 2008–2019.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., et al. (2006b). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica* 27(1), 31-40.
- Vecchia, R. D., Ruiz, T., Bocchi, S. M., & Corrente, J. E. (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 8(3), 246-252.
- Wattis, J., & Curran, S. (2008). *Guia Prático da Terceira Idade*. Lisboa: Climepsi Editores
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.

- WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Development and General Psychometric Properties. *Social Science & Medicine*, 46(12), 1569-1585.
- Wilkie, R.; Peat, G.; Thomas, E. & Croft, P. (2007). Factors associated with participation restriction in community-dwelling adults aged 50 years and over. *Qual Life Res* 16, 1147–1156.
- Wilson, J., Musick, M. A. (2003). Volunteering and depression: The role of psychological and social resources in different age groups. *Soc Sci Med*, 56, 259-269.
- World Health Organization [WHO]. (1998). *WHOQOL User Manual*. Geneva: Division Of Mental Health And Prevention Of Substance Abuse, World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2002). *Active Ageing: a policy framework*. Department of Health Promotion. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization [WHO]. (2014). *World Health Statistics 2014 - Indicator compendium*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. [WHO]. (2010). *Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde*. Geneva: World Health Organization
- World Health Organization. [WHO]. (2004). *Prevention Mental Disorders: Effective Interventions and Policy Options*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. [WHO]. (2007). *Women, ageing and health: A framework for action*. Geneva: World Health Organization.
- Zimmerman, B. J., & Cleary, T. J. (2006). Adolescents development of personal agency. In F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (pp. 45-69). Greenwich, CT: Inform. Age Publ

APÊNDICES

Apêndice I – Protocolo de Avaliação

CONSENTIMENTO INFORMADO

Esta investigação, de carácter académico, integrada no 2º ciclo do Mestrado de *Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias*, tem como objetivo investigar de que modo a participação social do idoso na sua comunidade contribui para um melhor estado global do sujeito avaliando, deste modo, o efeito mediador da Autoeficácia e Qualidade de Vida na relação entre a Participação Social e a Sintomatologia Depressiva nos Idosos.

Desta forma, é solicitado que responda a todas as questões que lhe vão ser apresentadas nos questionários deste protocolo de avaliação. É-lhe garantido que todos os dados obtidos são anónimos e confidenciais, tendo como única finalidade o tratamento estatístico dos mesmos. Não escreva, portanto, o seu nome nem identificação pessoal em nenhuma parte do protocolo.

Não existem respostas certas ou erradas e é livre de participar, bem como de desistir a qualquer altura.

A sua participação contribui para a investigação científica em Psicologia,
Muito obrigada pela disponibilidade e vontade em colaborar!

A discente,

(Joana Marques da Cunha)

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

ID _____

A. DADOS BIOGRÁFICOS

1. **Data de Nascimento:** __ / __ / __ **Idade:** _____

2. **Sexo:** Feminino ☐ Masculino ☐

3. **Nacionalidade:** Portuguesa ☐ Outra ☐ _____

4. **Estado Civil:** Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de facto ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

5. **Tem filhos?** Sim ☐ Não ☐

6. **Com quem vive?** Sozinho(a) ☐ Cônjuge ☐ Familiares ☐ Lar residencial ☐ Outro ☐

7. **Possui alguma crença religiosa?** Sim ☐ Não ☐

8. **Em que meio vive?** Rural ☐ Urbano ☐

B. HISTORIAL CLÍNICO

9. **Possui ou já sofreu alguma doença neurológica e/ou psiquiátrica** (Ex: AVC; Parkinson; Alzheimer; Depressão; Perturbação de Stress Pós-Traumático; etc.)?

Sim ☐ Não ☐ Qual/Quais? _____

10. **Possui algum tipo de invalidez física/motora?** Sim ☐ Não ☐ Qual? _____

C. ESCOLARIDADE

11. **Que nível de escolaridade obteve?**

1º, 2º, 3º ou 4º ano (antiga instrução primária) ☐

5º ou 6º ano (antigo ciclo preparatório) ☐

7º, 8º ou 9º ano (antigo 3º, 4º e 5º liceal) ☐

10º, 11º ou 12º ano (antigo 6º e 7º liceal/ano propedêutico) ☐

Ensino pós-secundário (Cursos de especialização tecnológica, nível IV) ☐

Ensino Superior ☐

D. VIDA PROFISSIONAL (assinale a opção que se enquadra com a sua situação)

12. Estou profissionalmente ativo(a) ☐ Estou Aposentado(a)/reformado(a) ☐

13. Qual é ou era a sua profissão? _____

E. PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE

(assinale a opção que se enquadra com a sua situação)

14. Qual o grau de participação que tem na comunidade?

Não possuo nenhuma ocupação de carácter regular ☐ (se escolher esta opção passe para a
folha seguinte)

Frequento uma Universidade Sénior ☐

Faço voluntariado ☐

Frequento uma atividade de enriquecimento pessoal ☐ Qual? _____

Desempenho um papel determinante e regular no apoio à família ☐

Qual? (ex. Tomo conta dos meus netos/bisnetos) _____

15. Se possui uma ocupação, indique a regularidade da mesma:

Diária ☐ Semanal ☐ Quinzenal ☐ Mensal ☐ Outra: _____

GSE

(Adaptação de Araújo & Moura, 2011)

Tendo em consideração as quatro alternativas de resposta, responda a cada afirmação assinalando com uma cruz (X) a resposta que melhor exprime a forma como lida com as situações.

- 1 - De modo nenhum é verdade; 2 - Dificilmente é verdade;**
3 - Moderadamente verdade; 4 - Exatamente verdade.

1. Consigo resolver sempre os problemas difíceis se for persistente.	1	2	3	4
2. Se alguém se opuser, consigo encontrar os meios e as formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Para mim é fácil agarrar-me às minhas intenções e atingir os meus objetivos.	1	2	3	4
4. Estou confiante que poderia lidar eficientemente com acontecimentos inesperados.	1	2	3	4
5. Graças aos meus recursos, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4
6. Consigo resolver a maioria dos problemas se investir o esforço necessário.	1	2	3	4
7. Perante dificuldades consigo manter a calma porque confio nas minhas capacidades.	1	2	3	4
8. Quando confrontado(a) com um problema, consigo geralmente encontrar várias soluções.	1	2	3	4
9. Se estiver com problemas, consigo geralmente pensar numa solução.	1	2	3	4
10. Consigo geralmente lidar com tudo aquilo que me surge pelo caminho.	1	2	3	4

GDS

(Adaptação de Barreto, Leuschner, Santos & Sobral, 2003)

Tendo em consideração as opções de resposta (**Sim ou Não**), responda a cada afirmação assinalando com uma cruz (X) a resposta que melhor se adequa à sua situação, **consoante se tem sentido na última semana.**

1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	Sim	Não
2. Desistiu de muitas das suas atividades ou interesses?	Sim	Não
3. Sente que a sua vida é vazia?	Sim	Não
4. Sente-se frequentemente aborrecido(a)?	Sim	Não
5. Tem esperança no futuro?	Sim	Não
6. Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?	Sim	Não
7. Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?	Sim	Não
8. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	Sim	Não
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim	Não
10. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	Sim	Não
11. Fica muitas vezes inquieto(a)?	Sim	Não
12. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	Sim	Não
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	Sim	Não
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?	Sim	Não
15. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	Sim	Não
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	Sim	Não
17. Sente-se inútil?	Sim	Não
18. Preocupa-se muito com o passado?	Sim	Não
19. Acha a sua vida interessante?	Sim	Não
20. É difícil começar novas actividades?	Sim	Não
21. Sente-se cheio(a) de energia?	Sim	Não
22. Sente que para si não há esperança?	Sim	Não
23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor que o(a) senhor(a)?	Sim	Não
24. Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?	Sim	Não
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	Sim	Não
26. Tem dificuldade em concentrar-se?	Sim	Não
27. Gosta de se levantar de manhã?	Sim	Não

28. Prefere evitar encontrar-se com muitas pessoas?	Sim	Não
29. Tem facilidade em decidir as coisas?	Sim	Não
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	Sim	Não

WHOQOL-BREF

(Adaptação de Canavarro & Vaz Serra, 2004)

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1.	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2.	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

		Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
3.	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4.	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5

5.	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6.	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7.	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8.	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9.	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas **duas últimas semanas**.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10.	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11.	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12.	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
13.	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14.	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5
15.	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspetos da sua vida nas **duas últimas semanas**.

	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
--	--------------------	--------------	------------------------------------	------------	------------------

16.	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17.	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18.	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19.	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20.	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21.	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida íntima/sexual?	1	2	3	4	5
22.	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23.	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24.	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25.	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas **duas últimas semanas**.

		Nunca	Poucas Vezes	Algumas Vezes	Frequentemente	Sempre
26.	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

FIM! Obrigada pela sua colaboração!