



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

O Idoso e a Institucionalização:

O Fenómeno da Solidão

Cristina Paula Andrade Martins da Silva

Orientador de Dissertação:

Prof Doutor António Gonzalez

Coordenador de Seminário de Dissertação:

Prof Doutor António Gonzalez

Tese submetida como requisito parcial para a

obtenção do grau de:

MESTRE EM Psicologia

Especialidade em Clínica

2012

Agradecimentos

Para os que sempre estiveram presentes e me ajudaram a concluir este curso, aos meus pais e ao meu irmão um muito obrigado.

Ào Professor António Gonzalez, meu orientador de dissertação, pelos seus ensinamentos, sugestões. Pela simpatia e disponibilidade com que sempre nos tratou, um muito obrigado.

Aos utentes da Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento, e especialmente a D^a Patrícia, por ter aceite e facilitado a recolha de dados para esta tese.

Aos utentes da SCM, que aceitaram participar no meu estudo. Um muito obrigado pela imensa simpatia e disponibilidade com que me receberam.

Às amigas, muito em especial à Francelina Duarte Sá e á Maria de Lurdes Medley, por todos os desabafos, os momentos de alegria e tristeza, pela imensa partilha e por estarem sempre presentes quando precisei.

A todos os outros amigos que estiveram sempre disponíveis para ajudar, para escutar, para partilhar.

A todas as colegas de curso que tive o prazer de conhecer.

A todos um incansável obrigado.

Resumo

O presente trabalho tem como objectivo analisar em que medida o idoso se acha ou se sente desacompanhado ou só. Pretende-se mais especificamente saber se a institucionalização está associada a uma maior solidão. Procura-se ainda analisar as relações entre estas alterações e a prevalência de apoio familiar ao longo desta mudança significativa na vida do idoso.

Os instrumentos utilizados na recolha de dados foram um questionário Sócio Demográfico e um questionário SELSA-S (Short Version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults), aplicados a uma amostra de sujeitos idosos, com idades superiores a 65 anos, residentes numa instituição há mais de 30 meses, e a uma amostra de sujeitos idosos, com idades superiores a 69 anos, não residentes numa instituição.

Os resultados apontam para maiores níveis de solidão na dimensão Romântica e são os sujeitos solteiros, divorciados e viúvos que sentem mais solidão. Os idosos institucionalizados apresentam maiores níveis de solidão do que os idosos não institucionalizados o que vem de encontro aos resultados esperados. Não existem diferenças significativas entre quem tem um filho, dois filhos e quem tem três ou mais filhos em todas as dimensões. Também não existem diferenças entre quem recebe visitas e quem não recebe visitas, diariamente, semanalmente, quinzenalmente, mensalmente.

Palavras chave: Idosos, Institucionalização, Família, Solidão

Abstract

This study aims at analyzing to what extent institutionalized elderly people consider themselves or feel alone or lonely. It is intended more specifically to assess whether institutionalization by itself increases the feeling of loneliness.

It seeks to further examine the cause-effect relationships between these changes and the prevalence of family support throughout this significant change in the lives of elderly people.

The instruments used for collecting data were a socio-demographic questionnaire and the SELSA-S (Short Version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults) questionnaire, both applied to a sample of people aged over 65 years living in an institution for over 30 months, and a sample of elderly people, aged over 69, non-residents in an institution.

The results indicate higher levels of loneliness in the Romantic dimension are the single individuals, divorcees and widowers who feel more loneliness. The institutionalized elderly have higher levels of loneliness than older non-institutionalized, which corroborates the projected results. There are no meaningful differences in all dimensions between those with one child, two children, and those with three or more children. There are also no differences between those who receive visits and those who does not receive them, daily, weekly, fortnightly or monthly.

Keywords: elderly, institutionalization, family, loneliness

INDÍCE

Agradecimentos.....	II
Resumo em Português.....	III.
Abstract.....	IV
Índice.....	V
Introdução.....	1
Fundamentação Teórica	
Retrospectiva histórica da família.....	2..
Solidão.....	3
Violência contra os idosos.....	6
Institucionalização dos idosos.....	9
Objetivo central.....	13
Hipóteses do estudo.....	13
Método.....	13
Participantes.....	14
Instrumentos	
SELSA-S.....	15
Questionário Sócio Demográfico.....	15
Procedimento.....	16
Resultados.....	17
Discussão.....	21.
Referências.....	23
Anexos.....	25

INTRODUÇÃO

O crescente aumento da população idosa e toda a problemática a ela associada tornam a informação e compreensão sobre esta faixa etária cada vez mais necessária.

São diversos os problemas associados à velhice. Podem verificar-se alterações a nível psicológico associadas às pessoas idosas, as perdas de memória ou maior dificuldade de raciocínio; a nível físico as perdas associadas às características corporais, a lentificação do corpo; os lutos, a solidão e conseqüentemente, a violência daqui derivadas.

Desde a década de 90 do século passado tem-se verificado um crescimento exponencial da população idosa, acompanhado pela diminuição da população mais jovem, chegando em 2006 a população idosa a representar 17,3% da população total, face a 15,5% da população jovem (INE, 2007). Segundo a mesma fonte por volta de 2025 os idosos poderão atingir 20% da população (enquanto os jovens andarão pelos 16%) e em 2050 serão cerca de 30%.

Neste sentido, proponho com este estudo responder a seguinte questão de partida :

Em que medida a institucionalização leva á solidão?

Esta pesquisa inicia-se com um enquadramento teórico onde desenvolvo itens correspondentes ao tema em estudo. A importância deste tema centra-se no crescimento desta faixa etária com situações idênticas de isolamento e violência. Deste modo aprofundarei inicialmente a retrospectiva histórica da família. De seguida focarei alguns dos conceitos encontrados na literatura sobre solidão e perfil do cuidador/idoso.

1. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Retrospectiva Histórica da Família

As relações estabelecidas na família em que se nasce são as mais importantes e representam a base para os comportamentos futuros. Se há apenas algumas décadas atrás os filhos das pessoas idosas tinham uma noção de dever de cuidar dos seus idosos, hoje em dia essa responsabilidade é passada para os cuidadores formais. Que de acordo com Valle e Osório (2002, p. 18) “*falando sobre o papel da família, afirmam que ela é, e continuará sendo, “um laboratório de relações humanas no qual se testam e aprimoram os modelos de convivência que ensejem o melhor aproveitamento dos potenciais humanos para a criação de uma sociedade mais harmónica e promotora de bem-estar colectivo”*”.

A problemática crucial dos idosos na sociedade actual, é de extrema relevância não só pela percentagem cada vez maior desta faixa etária em comparação com outras, mas também pelo abandono a que se encontram sujeitos.

Fernandes (1997. p.4) complementa esta ideia quando diz que “*A família e as alterações de comportamentos ao nível das relações familiares constituem um dos eixos mais problemáticos da emergência do problema social da velhice”*”

A família, através da história, tem sido reconhecida como espaço privilegiado dos afectos e de segurança, no entanto, a estrutura familiar tem sido alvo de profundas mudanças, acerca de como se constroem as relações humanas e como as pessoas cuidam das suas vidas familiares.

Fatores sociais como a integração das mulheres no mundo profissional, o menor número de filhos, a focalização dos indivíduos no sucesso profissional, o facto de as várias gerações não viverem já sob o mesmo tecto e estarem separadas por grandes barreiras geográficas, entre outros; levou a que deixasse de estar tão disponível o apoio familiar que geralmente era concedido às pessoas idosas. Apesar de existirem muitas famílias que ainda continuam a prestar-lhes apoio emocional e serviços adequados, desenvolvendo com os mesmos interacções personalizadas. Que de acordo com Monk (1988, p.86) “*os filhos e a família respondem admiravelmente às necessidades dos seus membros idoso, apesar das limitações da sua capacidade de ajuda”*”

No entanto a progressiva perda de um papel, familiar e socialmente útil tem vindo a contribuir para o isolamento dos idosos, que tem vindo a iniciar-se cada vez mais cedo com a reforma e a consequente perda das funções ocupacionais. Pillemer e Wolf (1989, p.3) *“parece, então que se evolúira, de um período em que os idosos desempenhavam um papel social e familiarmente útil, para um tempo em que a terceira idade passara a ser desprezada e cada vez mais votada ao isolamento”*.

Assim, de acordo com Guerreiro (2008), “não só os familiares e as instituições sociais têm o dever de apoiar e confortar o idoso, mas também os responsáveis da Nação, para cumprirem o que diz a constituição da Republica Portuguesa quando dedica aos idosos o artigo nº 72 *“1º As pessoas idosas têm o direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social. 2º A política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidades de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade”*. De acordo com este artigo o cidadão tem direito a continuar a ser um ser social, com reconhecimento da sua capacidade e conhecimento informal” (Guerreiro, 2008)

Segundo Oliveira et al (2006), hoje em dia o modelo social que prevalece é o da família nuclear, em que no mesmo lar convivem apenas pais e filhos.

1.2. A SOLIDÃO

O homem é um ser sociável que procura a relação, podendo haver pessoas mais sociáveis do que outras, dependendo das próprias características do individuo. Algumas pessoas em determinados momentos da vida necessitam de estar sozinhos, sem sentir solidão. A solidão pode ser sentida como necessária, desejada e procurada, noutras como um vazio, como falta de algo.

Têm sido encontradas diversas definições de solidão na literatura, sendo comum entre elas o facto de a mesma resultar de dificuldades no âmbito das relações sociais, conduzindo esta a um fenómeno psicológico subjectivo. E por isso não ser sinónimo de isolamento, resultando deste modo um relacionamento de menor âmbito social e familiar.

Segundo Bowlby (1969, cit por Paúl, 1997), *“a solidão é uma condição emocional, inerente à disposição biológica do homem, que faz com que haja uma tendência para manter a proximidade de outros e evitar o isolamento, aumentando a proximidade de outros e evitar o isolamento, aumentando o sentido de segurança e identidade pessoal”*.

Segundo Neto (2000, p.322) a solidão é *“...uma experiência comum e é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos.”* O mesmo autor cita as seguintes definições:

Sullivan (1953) *“A solidão é a experiência excessivamente desagradável e motriz ligada a uma descarga desadequada da necessidade de intimidade interpessoal.”* . .

Lopata (1969), diz que *“a solidão é um sentimento sentido por uma pessoa ...(experienciando) um desejo por uma forma ou um nível de interação diferente do que se experiência no presente”*.

Weiss (1973) define que *“a solidão é causada não por se estar só, mas por se estar sem alguma relação precisa de que se sente a necessidade ou conjunto de relações”*.

Perlman e Peplau (1981) definiram o termo solidão como *“uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é diferente nalgum aspecto importante, quer quantitativa quer qualitativamente.”*

Young (1982), *“... defino solidão como a ausência percebida de relações sociais satisfatórias, acompanhada de sintomas de mal estar psicológico que estão relacionados com a ausência actual ou percebida.”*

Rook (1984) diz que a solidão é *“uma condição estável de mal-estar emocional que surge quando uma pessoa se sente afastada, incompreendida ou rejeitada pelas outras pessoas e/ou lhe foram parceiros sociais apropriados para as actividades desejadas, em particular actividades que lhe propiciam uma fonte de integração social e oportunidades para a intimidade emocional.”*

Weiss (1973) identificou dois tipos diferentes de solidão: a solidão social e a solidão emocional. Na social ocorre quando o sujeito perde a estima de alguém, sentindo-se incompreendido ou rejeitado pelos outros, pois considera que não tem companheiros sociais adequados. Deste modo sente dificuldade na integração social para executar determinadas actividades desejadas. No que respeita ao social e de acordo com Weiss (1973, p. 9), citado por Neto referindo-se a solidão social “ *Deseja-se intensamente ter um lugar dentro de um grupo social, num grupo de pessoas com as quais se possam partilhar interesses e preocupações*” ; em relação a solidão emocional o autor refere-se a esta dimensão como sendo “ *a ausência de relações de apego*”. No que concerne a esta situação a qualidade da rede de apoio social é um instrumento fundamental, uma vez que a solidão é entendida como resultado da falta de relações próximas e duradoras.

Relativamente à solidão e de acordo com Monk (1988, cit por Paúl, 1977) os factores demográficos que estão na base deste constructo como resultado da diminuição simultânea das taxas de fertilidade e de mortalidade são: crescimento da esperança de vida, que de acordo com este autor “*mais pessoas que vivem até mais tarde*”; o aumento de pessoas idosas mais velhas, a partir dos 85 anos, é superior ao das pessoas idosas mais novas, que de acordo com este autor “*maior sobrevivência no grupo de pessoas com mais de 75 anos*”; são as mulheres que em média ficam viúvas, e sentem mais solidão, o que vai ao encontro do que o autor diz que “*as mulheres viverem mais tempo do que os homens*”, como último factor, o facto de o idoso perder os amigos de longa data, com quem estavam habituados a conviverem no seu dia-a-dia ficam sós, que de acordo com o autor “*mais idosos vivendo sozinhos*”

Associado à terceira idade, segundo a literatura, surge o fenómeno da solidão. Ao deixar a vida activa, o idoso sente cada vez mais que tem menor valor. Uma forma de o idoso não se sentir em solidão é sentir-se útil à sociedade e á família. Que de acordo com Neto (1998, p. 522) e Barros (1999, pag.329, cit por Melo 2003) “*As pessoas idosas podem continuar a ser activas e a contribuir para a qualidade de vida de si próprias e de outras pessoas*”; “ *o idoso a braços com a solidão sente que ninguém o escuta ou ama e por isso desvaloriza-se a si mesmo e baixa a sua auto-estima (“não valho nada”)*”, respectivamente.

1.3. VIOLÊNCIA CONTRA OS IDOSOS

A crença social de que o idoso é um estorvo e que não tem mais utilidade dentro da sociedade é um dos factores que contribui para a violência familiar e para os sentimentos de desvalia e desamparo dos próprios idosos agredidos.

O fenómeno da violência liga-se segundo Dias (1988) a quatro factores, “*ao acentuado envelhecimento da população*”; “*à inclusão desta forma de violência no espectro geral da violência doméstica*”; “*à existência de um sentimento ambivalente em relação a terceira idade, o que significa que, a par de uma preocupação social com os idosos e o seu bem-estar, existe, nas sociedades actuais, um sentimento negativo relativamente a esta fase da vida, ou seja, os idosos são, cada vez mais, encarados como um peso*” e um último factor liga-se “*ao crescimento da preocupação social com os idosos, enquanto potenciais vítimas de crime*”

Segundo Dias (1988) a investigação científica sobre a violência praticada na família contra os idosos surge a partir de 1977. O reconhecimento da violência contra os idosos veio colocar em causa o mito da família enquanto lugar privilegiado dos afectos. Que segundo Monk (1988), citado por Paúl (1997 pag. 86) este mito ainda prevalece “*os filhos e a família respondem admiravelmente às necessidades dos seus membros idosos*”

O prolongamento da vida dos idosos, acompanhado muitas vezes por uma diminuição das suas faculdades físicas e psíquicas, a sua exclusão precoce da vida activa, associada, entre outros factores, a um sentimento negativo e de desvalorização dos indivíduos que se encontram nesta categoria social, torna os idosos particularmente vulneráveis a diversos tipos de violência. Que de acordo com Arsego, (2001), citado por Bulla (2010, p. 162) “*A crença social de que o idoso é um estorvo e que não tem mais utilidade dentro da sociedade é um dos factores que contribui para a violência familiar e para os sentimentos de desvalia e desamparo dos próprios idosos agredidos*”.

Pillemer (1989, cit por Dias, 1988) considera os seguintes tipos de maus-tratos aos idosos:

Abuso físico, o cuidador nega a assistência física ao idoso, que o autor refere como “*a prática de injúria ou coerção física*”, ou seja, nega-se a dar apoio nas suas práticas higiénicas, de alimentação e protecção;

Abuso psicológico, o cuidador nega-se a dar apoio psicológico e emocional ao idoso, que o autor refere como “ *prática de angústia e sofrimento mental como através de insultos, ameaças, infantilização, humilhação, isolamento*”, o que significa maus tratos sociais;

Abuso material, o cuidador apropria-se inadequadamente dos recursos financeiros e das propriedades do idoso, bem como da sua privação dos materiais necessários à satisfação das suas necessidades básicas, que o autor supra citado refere como “ *exploração imprópria do idoso e do uso ilegal dos seus fundos e recursos*”, significa que está extorquir bens e recursos do idoso;

Negligência activa, havendo da parte do cuidador consciência da sua recusa em cuidar do idoso, segundo o autor “ *(através da negação ou fracasso intencional no cumprimento das acções necessárias ao bem-estar da pessoa idosa provocando-lhe stress emocional ou físico)*”, o que significa uma negligência consciente mas descuidada;

Negligência passiva, não havendo por parte do cuidador consciência do seu desleixo e descuido no trato a que são expostos os idosos, o que significa uma negligência inconsciente, não se apercebendo do seu erro.

Com base nos tipos de maus-tratos McCarthy (1991) identificou três perfis dos idosos que são vítimas de violência e dos seus agressores.

Os idosos, que sofrem de violência física e psicológica, com alguma autonomia, o autor refere que “ *os agressores Têm geralmente uma história de alcoolismo e/ou de doença mental, vivem com a vitima e dependem dela financeiramente*”;

Os idosos, vítimas de negligência, que sofrem de incapacidade mental e física, o autor refere que “ *Estes representam, para as pessoas que cuidam deles, uma fonte de grande desgaste e stress*”;

Os idosos que são vítimas de abuso material ou financeiro, com o não envolvimento numa rede social de amigos, colega ou vizinhos, de acordo com o autor “*os seus agressores têm problemas financeiros e, por vezes, uma história de abuso de drogas e de álcool*”

Pillemer (1989) identificou cinco perspectivas teóricas que permitem alguma previsibilidade acerca da ocorrência de maus-tratos sobre os idosos. São a das dinâmicas intraindividuais, a da transmissão intergeracional do comportamento violento, a das relações de troca e dependência entre o idoso e o agressor, a do stress externo e a do isolamento social.

Na perspectiva teórica das dinâmicas intraindividuais (Dias, 2004, p. 55) salienta haver uma relação directa, entre as características psicopatológicas o consumo de bebidas alcoólicas por parte do agressor com a violência praticada contra os idosos. De acordo com Dias (2004, p. 55) na sua abordagem constatou que “ *as pessoas que praticam maus-tratos sobre os idosos possuem certas características psicopatológicas ou têm problemas aditivos*”.

No que concerne a perspectiva da transmissão intergeracional do comportamento violento destaca-se que a agressividade decorre ou tem por base o meio familiar. Este facto revela que a violência é adquirida em parte por um processo de aprendizagem. Que de acordo com Dias (2004, p. 55) “ *A transmissão intergeracional dos comportamentos violentos insiste no argumento da teoria da aprendizagem social: uma criança educada num contexto familiar violento tornar-se-á num adulto violento*”.

Quanto às relações de troca, a violência manifesta-se essencialmente quando se verifica uma relação de dependência entre os membros, e um deles revela comportamentos violentos. Dias (2004, p. 55) na sua abordagem constatou que “ *A mutua dependência do idoso face aos cuidados elementares que lhe são prestados por alguns membros da família, e destas pessoas em relação às prestações económicas do idoso, pode criar situações de tensão e expor os idosos a um risco acrescido de serem vítimas de violência*”.

Quanto as relações de dependência verifica-se por vezes serem bilaterais, pois de acordo com Dias (2004, p.56) “*o fenómeno é a de considerar que existe um desequilíbrio de dependência em ambas as direcções*”.

Quanto ao stress constata-se que não existe de acordo com os estudos elaborados uma relação directa pelo menos a nível dos factores de desemprego e económico, Dias (2004, p. 56). No entanto Finkelhor&Pillemer (1988) no artigo

“Violência contra as mulheres e os idosos” complementa esta teoria quando afirma “*Até à data nenhuma pesquisa sistemática pôs em evidência esta relação*”.

Quanto ao isolamento social este é fruto na sua maioria de comportamentos violentos e abusos por parte dos familiares. Segundo dias (2006, p.56) “*A existência de uma forte rede de apoio familiar e comunitário é considerada como um meio de reduzir e evitar tais comportamentos*”.

2. INSTITUCIONALIZAÇÃO DOS IDOSOS

Os idosos aparecem cada vez mais isolados e enfraquecidos a nível social. E a institucionalização para além de uma opção tem sido a alternativa para quem tenta fugir da solidão. Mas um Lar não é a alternativa para quem deseja um fim de vida com qualidade. No lar uma das dificuldades é o ter que partilhar um espaço que deveria ser só seu e que sente ser invadido por quem não conhece.

Este tem sido um tema muito focado pela literatura científica porque se tornou, em particular nos idosos, uma realidade muito frequente, que destoa daquela que era vivida há algumas décadas.

O recurso a institucionalização possibilita ao idoso alcançar o suporte que a família não consegue garantir. Contudo não é apenas a impossibilidade da família tomar conta do idoso que leva a que este recorra à institucionalização, a inexistência de família é outro dos factores determinantes.

Apesar de não serem geralmente bem vistas pelos idosos, as instituições orientadas para os cuidados formais, revela serem a melhor forma de prestar o melhor acompanhamento ao idoso, pelo fato de passarem a ter prestadores de cuidados médicos e auxiliares, sempre disponíveis, “*tem uma função social indiscutível, por vezes vital, na organização e no funcionamento da sociedade*” (Vieira, 2003, p.23).

Pode-se diferenciar entre cuidados formais e informais, sendo os cuidados formais aqueles que são disponibilizados por organizações lucrativas, não lucrativas e públicas, como por exemplo, centros de convívio, centros de dia, lares ou apoio ao domicílio, com competências técnicas e/ou clínicas, que atuem ao nível dos cuidados de saúde, sociais, como também ao nível dos cuidados da higiene e alimentação; enquanto

que os cuidados informais são os que são disponibilizados pelas famílias e pessoas próximas, como sejam amigos ou vizinhos que podem ser remunerados, tal como tem acontecido nos programas do Governo para estimular a manutenção das pessoas idosas na casa dos familiares ou até em casa de famílias adoptivas.

É por isso relevante considerar o impacto da institucionalização nas pessoas idosas, assim como fomentar o conhecimento de melhores práticas que promovam uma melhor qualidade de vida desta população.

O risco é de que: *“Num estágio de decadência, os idosos enfrentam uma sociedade diferente, famílias diferentes, perdas significativas no seu prestígio sócio/profissional e cultural e, quantas vezes desenraizamento de sua casa e do seu lar. Tudo isto conduz a um estado de solidão”* (Jaques, 2004, p. 35). Conclui-se que existe toda uma conjuntura de factores que potenciam a solidão nas pessoas idosas.

O envelhecimento não é apenas uma realidade portuguesa, a nível europeu é relevante referir que são diversos os modelos de políticas de cuidados.

Em Portugal e na Grécia podemos verificar que a política tem cuidados deficitários, baseando-se muito nos cuidados familiares, apesar de terem havido alguns desenvolvimentos nos últimos anos, especialmente na criação de articulações entre a saúde e o aspecto social e a integração dos cuidados continuados, tanto ao nível preventivo, como de reabilitação e mais recentemente ao nível paliativo, tendo sido criada uma Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados em 2006 (CaRvalho, 2006).

O primeiro modelo será o modelo de protecção social liberal e é comum na Inglaterra e Irlanda, onde os cuidados são integrados e com cariz comunitário, não incluindo apenas pessoas idosas e não sendo tutelados pelo Estado central, mas antes pelos municípios, sendo realizados acordos com o sector privado. Os cuidados disponibilizados atuam a nível da prevenção, reabilitação e cuidados paliativos, e focando-se na manutenção da independência, não considerando o meio familiar como responsável pelas pessoas idosas. Outro modelo é alargado e universalista, considerando os cuidados como encargo do Estado, através das suas divisões regionais, promovendo vários níveis de cuidados, integrados e focados na manutenção da autonomia.

Em países como a Holanda e o Luxemburgo as políticas de cuidados centram-se em seguros sociais públicos e privados, com cuidados disponibilizados ou ao nível social ou ao nível da saúde, com articulação apenas quando necessário, sendo os municípios responsáveis pela articulação.

O modelo de protecção social conservador engloba dois métodos de organização da política de cuidados: os semi-alargados do sistema público, orientados para a diminuição da solidão, isolamentos e exclusão e os cuidados baseados no seguro social, em que o Estado só interfere quando todos os outros caminhos fracassaram, sendo a família considerada legalmente responsável, tendo para tal direitos como pagamento dos cuidados prestados e dias de férias.

No modelo de protecção social dos países mediterrâneos, há também dois padrões de políticas de cuidados: em Itália e Espanha disponibilizam-se cuidados limitados do sistema de segurança social, organizados pelo Estado com pensões, subsídios e investimentos em serviços prestados pelos municípios, incentivando especialmente os cuidados de saúde, mas atuando apenas em casos em que os idosos não têm familiares que os possam ter a cargo (Carvalho, 2006).

As IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social) surgiram em 1976 e até hoje são as instituições que mais disponibilizam serviços orientados para a população idosa, tutelada pelo Estado, disponíveis para todos.

Os serviços disponibilizados podem ser vários, nomeadamente centros de convívio, que fomentam a participação em actividades de convívio, com o foco na prevenção do isolamento e na manutenção das relações sociais; os centros de dia, que disponibilizam essencialmente serviços associados à alimentação, higiene e outros cuidados básicos, durante o dia, dando a possibilidade da pessoa idosa ficar na sua própria casa ou com a família, mesmo que esta não possa cuidar do idoso durante o dia; os serviços de apoio ao domicílio, que prestam cuidados no domicílio associados com necessidades básicas e actividades do quotidiano, mas também apoio psicológico e de saúde geral, permitindo que as pessoas idosas com dificuldades possam continuar a viver sozinhas ou com a família que não tem possibilidade de cuidar delas a tempo inteiro; os centros de acolhimento temporário de pessoas idosas são essencialmente institucionalizações com carácter temporário pretendendo-se a reabilitação e retorno à casa própria ou de familiares e os lares de terceira idade, com um aspeto mais

permanente, prestando uma variedade de serviços, podendo ser definidos como: “*estabelecimento em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes*” (Carvalho, 2006) (despacho normativo nº 12/98 de 25 de Fevereiro).

Apesar de a institucionalização ser geralmente rejeitada e temida pela maioria dos idosos, a verdade é que muitas vezes promove uma maior segurança (Pimentel, 2001), principalmente se considerarmos que em grande parte das situações, a institucionalização é resultado de perdas na autonomia, causadas por patologias físicas ou por perder o cônjuge, ou quaisquer outras situações (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004) como condições habitacionais degradadas, de isolamento e grandes falhas ao nível do apoio social (Pimentel, 2001).

Devemos também considerar que apesar de a institucionalização ser geralmente considerada negativa, há famílias que não têm mesmo capacidades para lidar e cuidar das pessoas idosas, seja a nível financeiro ou emocional. No entanto, pode acontecer que as famílias mantenham o contato regular com as pessoas idosas, lhes telefonem ou as visitem; mas o que se verifica frequentemente é um abandono e exclusão do meio familiar, o que potencia fortemente a solidão nas pessoas idosas.

Estudo Empírico

Objetivo central

O objectivo central deste estudo consiste na tentativa de aceder compreensivamente ao impacto da institucionalização na vida do idoso e tentar perceber de que forma a existência de uma relação familiar no mundo exterior, ajuda o idoso a sentir-se menos em solidão.

Questões do Estudo

- Perceber de que forma os participantes cujo estado civil é “casado” tem menores níveis de solidão romântica do que os sujeitos com outro estado civil
- Perceber se os sujeitos que estão institucionalizados têm maiores níveis de solidão familiar
- Perceber se os participantes com maior número de filhos terão menores níveis de solidão familiar
- Perceber se os idosos com maior frequência de visitas sentem menor solidão que os idosos com menor frequência de visitas

Método

Este estudo é composto por metodologia quantitativa.

Quantitativa porque é um estudo constituído por um Questionário Sócio-Demográfico e uma escala SELSA-S (DiTommaso, Brannen e Best 2004).

O questionário Sócio-Demográfico permitiu-nos obter mais informação sobre a população em estudo, nomeadamente o género sexual, idade, estado civil, número de filhos, habilitações literárias, profissão, data de início da institucionalização.

Participantes

A recolha de dados foi feita na Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento.

Neste estudo participaram quarenta sujeitos, com idades compreendidas entre os 63 e os 92 anos, com uma média de idade de 77,35 anos (DP 6,67), sendo 34 do sexo feminino (85,0%) e 6 do sexo masculino (15,0%), dos quais 15 são casados (37,5%), 3 são divorciados (7,5%), 1 vive em união de fato (2,5%) e 21 são viúvos (52,5).

No que respeita as habilitações literárias, os participantes variam entre “até 1º ciclo” e “ensino superior”, 13 têm “até 1º ciclo” (32,5%) e 19 têm o 1º ciclo (47,5%).

No que respeita à profissão, 12 (30,0%) participantes foram domésticas e 6 (15%) foram costureiras.

No que respeita a doenças crónicas, 24 (60%) participantes são doentes crónicos e 16 (40%) não são; dos 24 que possuem uma doença crónica, 4 (10%) têm cancro, 4 (10%) têm problemas de coração e 3 (7,5%) sofrem de diabetes e hipertensão, um dos participantes que têm doença crónica, mas não sabe qual.

No que respeita à institucionalização 20 (50%) dos participantes estão institucionalizados e 20 (50%) vivem em casa própria.

10 (25%) dos 20 idosos estão institucionalizados a 3 anos e 5 (12,5%) a menos de um ano.

37 (92,5%) sujeitos têm filhos e apenas 3 (7,5%) não têm filhos. Dos 92,5% que têm filhos 15 (37,5) tem 1 filho, 13 (32,5%) têm 2 filhos e os restantes têm mais de 2 filhos.

No que respeita às visitas, 34 (85,0%) recebem visitas e 6 (15%) não recebem visitas. Dos 34 participantes 22 (55%) recebem visita da família.

10 (25%) recebem diariamente, 13 (32%) dos participantes referiu receber visitas semanalmente e os restantes apenas recebem quinzenalmente ou mensalmente.

Instrumento

A escala SELSA-S (Short Version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults) de Ditommaso, Brannen e Best (2004) é constituída por 15 itens.

Esta escala é constituída por três sub-escalas, a romântica, a sub-escala de relações com a família e a de relações com os amigos, cada uma composta por 5 itens. As opções de resposta variam entre 1 “totalmente em desacordo” e 7 “totalmente de acordo”, havendo uma opção de resposta neutra “indiferente”. Quanto mais alta for a pontuação obtida na escala, maior será a solidão da pessoa inquirida.

Foram avaliadas as qualidades psicométricas (Anexo B) desta escala e obteve-se relativamente a consistência interna um alpha de cronbach de 0,756 depois de invertidos os itens: 1, 4, 7,13 e retirados os itens 10 e 15. Depois desta inversão quanto mais alta for a pontuação obtida na escala, menor será a solidão do sujeito.

Para avaliar a validade da escala foi realizada uma análise por componentes principais seguida de rotação varimax com os 13 itens da escala. A semelhança dos resultados obtidos na versão inglesa original, os valores próprios e a percentagem de variância sugeriram 3 fatores distintos que explicam 65,8% da variância total. O primeiro fator agrupa itens que representam a solidão familiar (itens 1, 4, 8,11,12), o segundo fator agrupa itens que reflectem a solidão romântica (itens 3,6,14), e o terceiro fator representa a solidão social/ relação com os amigos (itens 2,5,7,9,13).

Relativamente a sensibilidade da escala foi feito um teste de ajustamento para verificar se a distribuição é normal nas três dimensões. Todas apresentam distribuição normal ($p>0.05$).

O questionário socio demográfico foi constituído por 13 questões de forma a obter uma maior informação sobre a população em estudo, nomeadamente, Idade, Sexo, Estado Civil, Qual a Profissão que exerceu, Habilitações Literárias, tem alguma Doença Crónica, Qual/Quais, Data da Institucionalização, Tem filhos, se Sim, quantos filhos, Recebe Visitas habitualmente, Quem é que normalmente o visita e com que frequência.

Foi feito um levantamento das questões mais pertinentes para o estudo em causa e sempre orientadas para a população em questão. Dessa forma as questões foram elaboradas de forma a serem simples e diretas, sendo algumas delas de escolha múltipla.

Dada a idade dos participantes e a dificuldade que manifestaram em ler as questões e escrever as respostas, o questionário foi preenchido pelo próprio testador.

Procedimento

O primeiro passo consistiu na pesquisa dos instrumentos mais adequados para estudar a solidão na população idosa institucionalizada. De seguida foi pedida autorização para utilizar os instrumentos, tendo os autores portugueses que aferiram estes instrumentos respondido positivamente. Após um pedido formal enviado por carta à Instituição da SCM do Entroncamento, a selecção do grupo de participantes foi feita com a ajuda da animadora cultural, tendo sido esta a indicar os utentes do lar que estariam aptos a participar no estudo, uma vez que existiam utentes com algumas problemáticas neurológicas como a doença de Alzheimer, que os impossibilitava de participar no estudo. Tendo a recolha dos dados sido feita individualmente com cada utente e sem interrupções. Antes da aplicação dos instrumentos foi lido e assinado, pelos utentes que eram alfabetizados, o consentimento informado (ver anexo). Para os utentes analfabetos foi pedido o consentimento verbal.

A aplicação dos instrumentos teve uma duração média de 20 minutos. No final, foi sempre agradecida a cooperação e colaboração dos participantes.

Após a recolha de dados procedeu-se a análise estatística dos mesmos, tendo para o efeito sido utilizado o programa estatístico SPSS versão 19.

RESULTADOS

Inicialmente foi feita uma análise descritiva (Anexo C) dos dados com o objectivo de resumir os principais resultados referentes a cada uma das três dimensões. A tabela 1 resume os resultados obtidos.

Tabela 1 – Médias (M) e Desvios-padrão (DP) dos resultados obtidos nas três dimensões

Dimensões	N	M	DP
Família		5.87	1.26
Romântica	40	3.28	2.19
Amigos		5.12	1.28

Tendo em conta que quanto mais elevados são os valores menor solidão é sentida por parte dos participantes é possível concluir através da análise da tabela 1 que os níveis de solidão são mais elevados quando se trata do segundo fator ou seja existe uma maior solidão romântica.

Com o objectivo de verificar se existem diferenças significativas nos três tipos de solidão entre “casados” e “não casados” (viúvos, solteiros e divorciados) foi realizado o teste paramétrico t-student quando o pressuposto de homogeneidade de variâncias foi verificado ($p > 0.05$) ou foi realizado o teste não paramétrico de Mann-Whitney quando o mesmo pressuposto não foi verificado ($p < 0.05$ (Anexo D).

Através do t-student podemos concluir que não existem diferenças significativas entre os dois grupos relativamente à Solidão familiar [$t(38) = -0.848$; $p = 0.402$] e à Solidão Social/Amigos [$t(38) = -1.771$; $p = 0.085$].

Através do Mann-Whitney percebemos que existem diferenças significativas entre casados e não casados relativamente à Solidão Romântica [$U=96.5$; $p=0.005$]. Através da tabela 2 percebemos que os níveis de Solidão são superiores nos sujeitos não casados (relembro que quanto mais baixos os valores maior a solidão).

Tabela 2 – Comparação dos resultados das 3 dimensões por “estado civil”

Dimensões	Estado civil	N	M	DP	p
Família	Casados	18	5.68	1.42	.402
	Não casados	22	6.02	1.12	
Romântica	Casados	18	4.48	2.28	.005
	Não casados	22	2.30	1.56	
Amigos	Casados	18	4.73	1.50	.085
	Não casados	22	5.44	1.00	

Com o objectivo de verificar se existem diferenças significativas nos três tipos de solidão entre quem está institucionalizado e quem não está foi realizado o teste paramétrico t-student quando o pressuposto de homogeneidade de variâncias foi verificado ($p>0.05$) (Anexo E).

Tabela 3 – Comparação dos resultados das 3 dimensões entre quem está e quem não está institucionalizado

Dimensões	Institucionalizado	N	M	DP	p
Família	Sim	20	5.45	1.44	.035
	Não	20	6.28	.90	
Romântica	Sim	20	2.87	2.19	.233
	Não	20	3.70	2.16	
Amigos	Sim	20	4.77	1.19	.084
	Não	20	5.47	1.30	

Através do teste podemos concluir que apenas existem diferenças significativas entre os dois grupos relativamente à Solidão familiar [$t(38)=-2.184$; $p=0.035$]. Através da tabela 3 percebemos que os níveis de Solidão são superiores nos sujeitos institucionalizados (relembro que quanto mais baixos os valores maior a solidão).

Com o objectivo de verificar se existem diferenças significativas nos três tipos de solidão entre quem tem 1 filho, quem tem 2 filhos e quem tem 3 ou mais filhos foi realizado o teste paramétrico ANOVA one-way quando o pressuposto de homogeneidade de variâncias foi verificado ($p>0.05$) e o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis quando o mesmo pressuposto não se verificou ($p<0.05$) (Anexo F).

Tabela 4 – Comparação dos resultados das 3 dimensões por número de filhos

Dimensões	Nº filhos	N	M	DP	p
Família	1	15	5.91	.80	.354
	2	13	6.28	.81	
	≥3	9	5.31	1.98	
Romântica	1	15	3.75	2.42	.721
	2	13	3.36	2.21	
	≥3	9	3.00	1.96	
Amigos	1	15	5.17	1.32	.852
	2	13	5.22	1.48	
	≥3	9	4.91	.99	

Os testes permitem-nos concluir que não existem diferenças significativas entre os três grupos em todas as dimensões da solidão.

Tendo como objectivo verificar se existem diferenças significativas nas três dimensões de solidão entre quem tem visitas diariamente, quem tem visitas semanalmente e quem tem visitas quinzenalmente/mensalmente foi realizada uma ANOVA one-way quando o pressuposto de homogeneidade de variâncias foi verificado ($p>0.05$) (Anexo G).

Tabela 5 – Comparação dos resultados das 3 dimensões por frequência de visitas

Dimensões	Frequência	N	M	DP	p
Família	Diariamente	10	6.48	.67	.162
	Semanalmente	13	5.64	1.26	
	Quinzenalmente/Mensalmente	11	5.80	1.05	
Romântica	Diariamente	10	3.90	2.40	.557
	Semanalmente	13	3.74	2.29	
	Quinzenalmente/Mensalmente	11	2.91	2.16	
Amigos	Diariamente	10	5.38	1.58	.282
	Semanalmente	13	5.37	1.01	
	Quinzenalmente/Mensalmente	11	4.60	1.33	

O teste permite-nos concluir que não existem diferenças significativas entre os três grupos em todas as dimensões da solidão.

DISCUSSÃO

Tal como seria de esperar os casados têm menores níveis de solidão romântica do que os que estão só e os idosos solteiros e divorciados apresentam mais sentimentos de solidão. O estado civil sugere que a pessoa partilha, ou não, a sua vida com um companheiro, pois como nos refere Murphy, (1982, cit por Tapadinha 2006), as pessoas que mantêm intimidade com um “confidente” serão, em regra, capazes de suportar melhor as privações a que estão sujeitas, durante o envelhecimento.

O fato de se viver sozinho aumenta a prevalência de solidão na população idosa, que segundo Paúl (1997,p.87) “a viuvez é muitas vezes associada a sentimentos de solidão, precisamente pela perda de uma relação íntima muito particular. Os viúvos são do tipo isolados involuntários que têm que enfrentar um penoso período de adaptação a um novo estado”.

Neto (1992) citado por Neto (2006, p.185) salienta que as “ *pessoas que não estão casados sofrem mais da solidão que as casadas* “.Botelho (2001, citado por Tapadinhas, 2006) afirma que a perda de familiares ou do seu afeto proporciona maiores níveis de solidão.

Em alguns estudos constata-se que quando se dividia o grupo das pessoas não casadas, a solidão era maior nas pessoas viúvas e divorciadas que nas solteiras, o que se pode constatar que a perda da relação conjugal pode ser a causa da solidão.

Quando procuramos avaliar os sentimentos de solidão experienciados pelos idosos institucionalizados em relação com os idosos não institucionalizados constata-se que os valores encontrados permitem inferir que os sentimentos de solidão variam significativamente em função do contexto habitacional do idoso. Tal como seria de esperar quem está institucionalizado tem maiores níveis de solidão familiar. No estudo de Barroso (2006) os sentimentos de solidão estão fortemente presentes nos idosos, principalmente naqueles que vivem institucionalizados em lares de assistência á terceira idade.

Contra o que seria de esperar não há diferenças entre quem recebe visitas diariamente, semanalmente, quinzenalmente e mensalmente e não recebe visitas. Pois de acordo com Barroso (2006) tanto a percepção de preocupação por parte dos amigos, como o próprio contato com eles, através de visitas influenciam substancialmente os sentimentos de solidão dos idosos. Quem tem menos contato e percepção de preocupação por parte dos amigos e familiares, apresentam mais sentimentos de solidão.

Em relação a quem tem mais ou menos filhos não existem igualmente diferenças, pois de acordo com Dugan (1990) cit por Paúl (1997) “*o facto de se ter ou não filhos, netos, ou vizinhos, não tinha efeitos significativos na solidão*”.

Este trabalho empírico apresenta algumas limitações de ordem metodológica, pelo reduzido número de participantes no estudo, fato que se traduz na pouca representatividade da amostra e assim impossibilita a extrapolação e generalização dos resultados, seria importante que estudos futuros nesta área sejam desenvolvidos com amostras de maior dimensão, garantindo a existência duma amostra com igual número de participantes de cada género para assim ser possível averiguar se existem diferenças de género quanto à solidão.

Considera-se fundamental que em estudos futuros para além de sabermos a opinião dos idosos, inquirir também os familiares.

Seria também importante uma revisão da escala SELSA-S, dado o baixo índice de escolaridade dos participantes, verificou-se algumas dificuldades de compreensão da escala, pelo que se sugere retirar os 2 itens (10 e 15) no futuro.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

Barroso, V. L. & Tapadinhas, A. R: (2006). *Orfãos Geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento-Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados* (online) Retirado de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>.

Bulla L. C. & Areosa V. C. (2010). *O envelhecimento humano e as novas configurações familiares: o idoso como provedor*. Lisboa: Edições Colibri.

Carvalho, M. (2006). Orientações da Política de Cuidados às Pessoas Idosas e Dependentes. Modelo de Cuidados em Portugal e nalguns países Europeus. I Congresso Internacional de Gerontologia: Viver para sempre. Odivelas: CIDAE.

Dias, I. (2004). Violência contra as mulheres e os idosos. *Psychologica*, 36, 33-61.

Fernandes, A. A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.

Freire T. & Ferreira M. J. (2010). Bem-Estar, Qualidade da Experiência Subjetiva e Solidão: Relações com o Envelhecimento Humano. *Revista de Psicologia Educação e Cultura*, 14, 41-58.

Guerreiro, S. (2008). Idosos: Necessidades de Aconselhamento em Diferentes Contextos. Dissertação de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade do Algarve.

Jaques, M. E. (2004). Ser Idoso: Abordagem psicossomática no contexto institucional e Familiar. *Sinais Vitais*, 55, p. 34-37

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

Neto F. & Fernandes H. (2009). Adaptação Portuguesa da Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S). *Revista de Psicologia Educação e Cultura*, 13, 7-31.

Neto F. & Melo L. (2003). Aspectos Psicossociais dos Idosos em Meio Rural: Solidão, Satisfação com a Vida e Locus de Controlo. *Revista de Psicologia Educação e Cultura*, 7, 107-121.

Neto F. & Monteiro H. (2006). A solidão em Pessoas Idosas: Universidades da Terceira Idade. *Revista de Psicologia Educação e Cultura*, 10, 183-208.

Oliveira, C.; Souza, C.; Freitas, T.; Ribeiro, C. (2006) Idosos e Família: asilo ou casa. Retirado em 2 de Agosto de 2012 de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/AO281.pdf>.

Paúl M.C. (1997). Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente. Coimbra: Livraria Almedina.

Pimentel, L. (2001). O lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajetórias. Coimbra, Quarteto.

Slepoj, V. (2000). As Relações de Família. Lisboa: Editorial Presença.

Sousa, L. F. D. & Cerqueira, M. (2004). Envelhecer em Família. Porto: Âmbar.

Vieira, E. B. (2003). *Instituições geriátricas: avanço ou retrocesso* (1ª ed.). Rio de Janeiro: Revinter.

ANEXOS

Questionário de Dados Sócio-Demográficos

1. Idade _____

2. Sexo F M

3. Estado Civil

Casado/a Solteiro /a Divorciado/a União de Facto Viúvo/a

4. Qual a profissão que exerceu? _____

5. Habilitações Literárias

Até 1º ciclo 1º ciclo 2º ciclo Ensino Secundário Ensino Superior

6. Tem alguma Doença Crónica? Sim Não

6.1. Qual/Quais? _____

7. Data de Início da Institucionalização ____/ ____/ ____

QUESTÕES

1. Tem filhos? Sim Não

1.1. Se sim, quantos? 1 2 3 4 Mais

2. Recebe visitas habitualmente? _____

2.1) Quem é que normalmente o visita? _____

2.2) Com que frequência? Diariamente Semanalmente Quinzenalmente

Mensalmente

Anexo 1: Escala de Solidão Social e Emocional (SELSA-S)

	Totalmente em desacordo	Muito desacordo	Pouco desacordo	Indiferente	Pouco de acordo	Muito de acordo	Totalmente de acordo
1. Sinto-me só quando estou com a minha família.	1	2	3	4	5	6	7
2. Sinto que faço parte de um grupo de amigos.	1	2	3	4	5	6	7
3. Tenho um/ a parceiro/a com quem partilho os meus pensamentos e sentimentos mais íntimos.	1	2	3	4	5	6	7
4. Não há ninguém na minha família com quem eu possa contar para me apoiar e encorajar, mas gostaria de ter.	1	2	3	4	5	6	7
5. Os meus amigos compreendem os meus motivos e razões.	1	2	3	4	5	6	7
6. Eu tenho um/a parceiro/a romântico/a ou matrimonial que me dá apoio e encorajamento que necessito.	1	2	3	4	5	6	7
7. Eu não tenho amigos que partilhem os meus pontos de vista, mas gostaria de ter.	1	2	3	4	5	6	7
8. Sinto-me próximo da minha família.	1	2	3	4	5	6	7
9. Posso contar com a ajuda dos meus amigos.	1	2	3	4	5	6	7
10. Quem me dera ter uma relação romântica mais satisfatória.	1	2	3	4	5	6	7
11. Sinto-me parte da minha família.	1	2	3	4	5	6	7
12. A minha família realmente preocupa-se comigo.	1	2	3	4	5	6	7
13. Não tenho nenhum amigo que me compreenda, mas gostaria de ter.	1	2	3	4	5	6	7
14. Eu tenho um/a parceiro/a romântico/a para cuja felicidade eu contribuo.	1	2	3	4	5	6	7
15. Tenho necessidade de uma relação romântica íntima.	1	2	3	4	5	6	7

Enrico Ditommaso, 2004, versão portuguesa de Félix Neto, 2009

CARTA DIRIGIDA À INSTITUIÇÃO E MODELO DE AUTORIZAÇÃO

Exmo. Sr.^a

Directora da Instituição

Santa Casa da Misericórdia do Entroncamento

Dr^a Patricia

No âmbito da Investigação a realizar para a elaboração da Tese de Mestrado em Psicologia Clínica no Instituto Superior de Psicologia Aplicada, vem por este meio, solicitar a vossa excelência que autorize a realização de um trabalho de investigação na v/ Instituição, pela aluna Cristina Silva, durante o ano lectivo vigente.

Mais se informa que o referido trabalho consiste num trabalho de investigação sobre a solidão como uma forma de violência.

Caso pretenda autorizar a realização do referido trabalho, pedimos-lhe que assine a folha em anexo.

Assinatura: _____

Com os melhores cumprimentos

Cristina Silva

Entroncamento, 02 de outubro de 2012

CARTA DIRIGIDA AOS PARTICIPANTES NO ESTUDO

Exmo(a). Sr.(a)

No âmbito da Investigação a realizar para a elaboração da Tese de Mestrado em Psicologia Clínica no ISPA - Instituto Universitário, sob o Tema – A solidão como uma forma de violência, vimos por este meio, solicitar o seu consentimento para participar no citado estudo. Os dados obtidos serão tratados em conjunto sendo assegurado o anonimato e a confidencialidade.

O objectivo deste estudo é aumentar o conhecimento sobre esta temática de forma a contribuir para melhorar compreender a vivência de solidão na população idosa.

Caso consinta participar nesta investigação por favor assine no espaço destinado ao efeito.

Assinatura: _____

Lisboa, ____ de _____ de 2012