



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**A Qualidade de Vida e a Solidão
em idosos institucionalizados
e na comunidade**

Carla Susana Lucas Correia

Orientador de Dissertação:
Professora Doutora Ana Rosa Oliveira Velez Tapadinhas de Figueiredo

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:
MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Clínica

**Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação de
Professora Doutora Ana Tapadinhas, apresentada no ISPA – Instituto Universitário
para obtenção de grau de Mestre na especialidade
de Psicologia Clínica**

Agradecimentos

Nesta etapa da minha vida que cumpri, não posso deixar de agradecer a algumas pessoas que a tornaram possível e que me acompanharam...

Um especial agradecimento a todos os idosos e instituições que me permitiram desenvolver este projecto e têm tanto para partilhar.

À minha orientadora do ISPA, Professora Doutora Ana Rosa Tapadinhas, pela sua partilha de experiência, conhecimentos e apoio que foram fundamentais para o meu enriquecimento profissional.

Às minhas amigas, sempre presentes Ana Margarida, Cátia, Marisa, Patrícia, Sara e Vânia, que ao longo destes anos completaram a minha vida com a sua amizade e apoio...

Aos meus pais pelo amor, segurança e motivação que me permitiram continuar em frente, mesmo nos momentos mais difíceis...

Ao Manuel pelo carinho, inspiração e humor que me ajudou a prosseguir com os meus objectivos...

Aos meus sobrinhos Rita e Miguel pela alegria contagiante...Muito Obrigada!

Índice

Artigo Empírico

Introdução	1
Método	2
Participantes	2
Material	2
Questionário Sócio-Demográfico	2
Escala de Solidão da UCLA	2
Questionário SF-36	3
Tipo de Estudo	4
Procedimento	4
Resultados	5
Discussão	10
Conclusão	13
Referências	15
Anexos	17

Anexo I – Artigo Teórico.

Anexo II - Consentimento informado para a participação na investigação.

Anexo III – Autorização para a aplicação dos questionários.

Anexo IV – Questionário Sócio-demográfico.

Anexo V – Escala de solidão da UCLA.

Anexo VI – Questionário SF-36.

Anexo VII – Estatística Descritiva

Anexo VIII – Qualidades métricas dos instrumentos.



ISPA

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

A Qualidade de Vida e a Solidão
em idosos institucionalizados
e na comunidade

Carla Susana Lucas Correia

Orientador de Dissertação:

Professora Doutora Ana Rosa Oliveira Velez Tapadinhas de Figueiredo

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Clínica

Resumo

Problema: Observa-se um crescente aumento da população idosa facto que causa inúmeras consequências para os mesmos e para a sociedade. Derivado a esta situação, e também a ser um tema pouco abordado na literatura, torna-se necessário compreender os processos inerentes ao envelhecimento, sendo a QDV e solidão dois conceitos fundamentais. **Objectivo:** Pretende-se comparar a qualidade de vida e os sentimentos de solidão dos idosos portugueses de acordo com o contexto habitacional (comunidade vs instituição). **Método:** Realizou-se um estudo comparativo entre dois grupos de idosos, 51 idosos residem na instituição e 56 na comunidade. Os instrumentos utilizados para recolher os dados foram um Questionário Sócio-Demográfico, a Escala de Solidão da UCLA e o Questionário SF-36. **Resultados:** No que diz respeito aos sentimentos de solidão, os idosos institucionalizados são os que apresentam mais sentimentos de solidão, quando comparados com os da comunidade ($p=0,07$). Em relação à QDV são os idosos institucionalizados que apresentam níveis mais baixos ($p=0,06$). **Conclusão:** Os sentimentos de solidão estão significativamente presentes nesta faixa etária, especialmente nos idosos que residem em instituições, sendo também estes que apresentam níveis inferiores de QDV.

Palavras-chave: *envelhecimento, solidão, qualidade de vida, instituição e comunidade.*

Abstract

Problem: There is an increase in the elderly population which causes numerous consequences for them and for the society. Derived from this situation, and also to be a topic rarely addressed in the literature, it is necessary to understand the processes involved in aging, being loneliness and QoL two fundamental concepts. **Objective:** The aim is to compare the quality of life and feelings of loneliness of the elderly according to the Portuguese context housing (community vs institution). **Methods:** We conducted a comparative study between two groups of seniors, 51 seniors reside in the institution and 56 reside in the community. The instruments used to collect data were a Socio-Demographic Questionnaire, the UCLA Loneliness Scale and the SF-36 Questionnaire. **Results:** With regard to the feelings of loneliness, the institutionalized elderly are those with more feelings of loneliness, when compared with the community ($p=0,07$). Regarding the QoL, the institutionalized elderly have lower levels ($p=0,06$). **Conclusion:** The feelings of loneliness are significantly present in this age group, especially in the elderly who reside in institutions which also have lower levels of QoL.

Keywords: *aging, loneliness, quality of life, community and institution.*

Introdução

Nos próximos anos estima-se que o envelhecimento da população venha a ser um fenómeno mundial de ampla proporção, facto que tem alertado os serviços de saúde, entre os quais a Organização Mundial de Saúde (OMS) para a importância de incrementar medidas preventivas (Oliveira, 2008; Teixeira, 2010).

Esta é uma população que possui uma variabilidade inter-individual superior à das outras faixas etárias (Paúl & Fonseca, 2005) e sobre a qual não existe um conhecimento pormenorizado (Oliveira, 2008). Sabe-se que o processo de envelhecimento implica mudanças ao nível psicológico, social e físico que afectam o bem-estar e a saúde mental dos idosos (Silva, 2009), e como tal tem aumentado o número de investigações que pretendem explorar esta população (Paúl & Fonseca, 2005).

Observa-se um crescente interesse em compreender os processos inerentes ao envelhecimento de modo a responder adequadamente às necessidades dos idosos e poder melhorar as suas condições de vida. Dois dos aspectos relacionados com este processo são a solidão e a qualidade de vida (QDV).

A solidão surge como uma possível consequência deste processo de envelhecimento, tendo-se transformado num problema social nesta faixa etária (Wu et al., 2010). É importante compreender que variáveis contribuem para o aumento dos níveis de solidão incluindo o contexto habitacional dos idosos.

A QDV é um aspecto central quando o tema diz respeito aos idosos uma vez que se apresenta como um indicador de adaptação ao envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005).

Este trabalho tem como objectivo verificar se o contexto habitacional influencia os sentimentos de solidão dos idosos e a sua QDV, e também quais são as variáveis sócio-demográficas que poderão influenciar estes sentimentos.

Um conhecimento mais aprofundado acerca destes temas poderá contribuir para identificar as suas causas e também permitir o desenvolvimento de medidas com vista a prevenir ou diminuir os níveis de solidão e aumentar os níveis de QDV sentidos pelos nossos idosos, podendo assim ajudar a dar uma resposta as necessidades desta população a nível social e de saúde.

Método

Participantes

Participaram no presente estudo 106 sujeitos residentes na zona da grande Lisboa, sendo que 51,9% dos sujeitos residem na comunidade e 48,1% dos sujeitos residem numa instituição (Quadro 11, Anexo VI). E existe um número maior número de participaram do género feminino ($n=76$; 71,7%) do que do género masculino ($n=30$, 28,3%) (Quadro 1, Anexo VI). Os sujeitos da amostra têm idades compreendidas entre os 65 anos e os 96 anos, sendo 6,6% solteiros, 43,4% casados, 0,9% divorciados e 49,1 viúvos (Quadro 12, Anexo VI).

Material

Para a realização deste estudo foram seleccionados e aplicados três questionários, designadamente:

- Questionário Sócio-Demográfico (Anexo A)
- Escala de Solidão da UCLA (Neto, 1989) (Anexo B)
- SF-36 (*Short Form*) (Pais-Ribeiro, 2005) (Anexo C)

Questionário Sócio-demográfico

O Questionário sócio-demográfico foi aplicado com o intuito de alcançar o objectivo deste estudo, de modo a ser possível relacionar o sentimento de solidão e qualidade de vida, com o facto dos indivíduos idosos habitarem numa instituição ou na comunidade, bem como relacionar com aspectos como a idade, sexo, estado civil, situação habitacional e profissional, suporte sócio-familiar, modo como os participantes do estudo qualificam a sua qualidade de vida.

Escala de Solidão da UCLA

A Escala de Solidão da UCLA, aplicada aos participantes do presente estudo, é uma adaptação para a população portuguesa da original escala *Revised UCLA Loneliness Scale*, de Russell, Peplau e Cutrona (1980, cit. por Neto, 1989). Esta escala revela-se relativamente curta e de simples aplicação, extremamente fidedigna e indica ser válida relativamente à avaliação da solidão e à discriminação entre solidão e outros constructos associados. Por ser uma das escalas mais empregues na literatura para a avaliação da solidão e dos sentimentos associados à mesma, foi adaptada para a população portuguesa pelo autor Neto (1989). É uma escala que encara a solidão como um estado psicológico, isto é, indivíduos diferentes podem experienciar sentimentos de solidão, ao longo de diferentes percursos de tempo, em diversas

circunstâncias das suas vidas. E é apreendida de um modo unidimensional, é considerada um fenómeno unitário que muda na intensidade com que é experienciada (op. cit.). Esta escala é adequada para conhecer o nível de solidão da população, não questiona de forma directa os sentimentos de solidão e tem como finalidade avaliar a solidão indirectamente (op. cit.).

Relativamente à constituição da escala adaptada para a população portuguesa esta é composta por dezoito itens, cuja finalidade prende-se com a avaliação da solidão e dos sentimentos associados à mesma. Esta escala informa os participantes que: *“Indique quantas vezes se sente da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações. Coloque um círculo à volta de um número para cada uma delas.”*, é uma escala tipo Likert, com quatro pontos, que variam desde *“Nunca”* - 1, *“Raramente”* - 2, *“Algumas vezes”* - 3 até *“Muitas vezes”* - 4. Os participantes têm de colocar um círculo no número que pensam reflectir melhor os seus sentimentos (op. cit.). A pontuação final é obtida através do somatório dos 18 itens, para isso, a soma dos itens negativos é realizada de acordo com a escala, enquanto a soma dos itens positivos (os que estão assinalado com *) é conseguida mediante a inversão da escala. Neste último caso o *“Nunca”* - 4, *“Raramente”* - 3, *“Algumas vezes”* - 2 e *“Muitas vezes”* - 1. O score final da escala situa-se entre um mínimo de 18 e um máximo de 72 pontos, sendo que quanto mais elevado for o score final, maior é o nível de solidão e quanto mais baixa for a pontuação menor será a solidão, e conseqüente maior satisfação social.

No que diz respeito às qualidades métricas, a escala de solidão da UCLA adaptada para a população portuguesa revelou uma boa consistência interna e uma boa validade, confirmada mediante as correlações entre a solidão e os diversos estados emocionais relacionados com a solidão que os participantes avaliaram (Neto, 1989). O coeficiente de *Alfa de Cronbach* desta escala é de 0,87, o que corresponde a um bom valor.

Questionário SF-36

O SF-36 (*Short Form* de 36 itens), designado por questionário de saúde reduzido, corresponde a um questionário cujo intuito é uma breve avaliação do estado de saúde, podendo ser aplicado em diversas situações (Ribeiro, 2005). Os autores Ware e Gandek (1998, cit. in Ribeiro, 2005), que desenvolveram o questionário (SF-36 *Health Survey*), defendem que este difere dos restantes questionários que têm como objectivo um único grupo de idade, doença ou de tratamento.

O questionário SF-36 é uma técnica elaborada com a intenção de avaliar a percepção de saúde definida pela OMS (Ribeiro, 2005). É indicado para avaliar e orientar a promoção da saúde e da QDV, devido a inúmeros factores, entre os quais, ser o método mais

aplicado para a avaliação do estado de saúde, em grupos saudáveis e em grupos com diversas doenças. Corresponde a uma das técnicas mais investigadas e divulgadas em jornais científicos e um dos mais estudados relativamente às suas características psicométricas. Deste modo, é possível compreender a aceitação deste questionário e da sua validade no âmbito do Estado de Saúde e Qualidade de vida, e o motivo pelo qual é um dos mais utilizados para estimar a percepção do Estado de Saúde (Ribeiro, 2005).

No que diz respeito à constituição do questionário SF-36, este é constituído por oito dimensões, nomeadamente: O Funcionamento Físico (10 itens); o Desempenho Físico(4 itens); a Dor Corporal (2 itens); a Saúde Geral (5 itens); a Vitalidade (4 itens); o Funcionamento Social (2 itens); o Desempenho Emocional (3 itens); a Saúde Mental (5 itens) e a Transcrição de Saúde (1 item) (Ribeiro, 2005). As oito dimensões que completam o questionário associam-se segundo duas componentes, isto é, a Componente Física (Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal e Percepção Geral de Saúde) e a Componente Mental (Vitalidade, Saúde Mental, Funcionamento Social e Desempenho Emocional) (McHorney, Ware & Raczek, 1993, cit. in Ribeiro, 2005).

Relativamente às qualidades métricas, conforme o autor Ribeiro (2007) a validação do questionário SF-36 para a população portuguesa comporta os processos originais, e depara-se com padrões e valores idênticos, quer em relação às versões originais, quer em relação às versões de outras línguas. De acordo com Ferreira (2000, cit. in Soares, 2009) a versão portuguesa do questionário SF-36 apresentou valores de consistência interna e de validade discriminante satisfatórios. No que concerne aos valores de fidelidade, verificou-se que os estimadores que constituem a escala superam os padrões aceitáveis, correspondendo a cada escala uma média do coeficiente de fidelidade igual ou superior a 0,8, excepto a dimensão funcionamento social, que o coeficiente de fidelidade é de 0,76.

Tipo de estudo

Trata-se de um estudo comparativo, entre dois grupos de indivíduos idosos, em que 51 idosos habitam no contexto institucional, e outros 55 idosos habitam na comunidade.

Procedimentos

Foram escolhidos 51 idosos residentes numa instituição e 55 idosos residentes na comunidade, pertencentes à zona da grande Lisboa. A recolha da amostra realizou-se mediante informantes estratégicos do tipo bola de neve, ou seja, indivíduos indicados através de informadores iniciais.

Aos participantes do estudo foi pedido o seu consentimento para o preenchimento do questionário e garantido que as informações recolhidas são absolutamente confidenciais, de modo a que não se sintam de algum modo receosos a responder a algumas questões, bem como a não responderem de acordo com a desejabilidade social. Em relação às instituições foi explicado o objectivo do trabalho, primeiramente aos responsáveis da instituição garantindo que os dados recolhidos seriam utilizados somente para fins académicos e informou-se os responsáveis sobre a média de tempo necessária para o preenchimento do questionário, para que fossem minimizadas as interferências com o modo de funcionamento da instituição. Posteriormente à recolha dos questionários, estes foram analisados estatisticamente.

Resultados

Para testar as questões de investigação formuladas utilizou-se um nível de significância igual ou inferior a 0,05. No entanto, serão devidamente comentadas as diferenças para um nível de significância igual ou inferior a 0,10. Para testar as questões 1 e 2 utilizou-se o *Teste t de Student* para amostras independentes, pois pretendeu-se comparar duas amostras independentes e as variáveis dependentes eram de tipo quantitativo. Os pressupostos deste teste, nomeadamente o pressuposto de normalidade de distribuição e o pressuposto de homogeneidade de variâncias foram analisados com o *Teste Kolmogorov-Smirnov* e *Teste de Levene*. Nas situações em que as amostras tinham dimensão superior a 30 aceitou-se a normalidade de distribuição de acordo com o *Teorema do Limite Central*.

Para testar a questão 3 usou-se o coeficiente de *Correlação de Pearson*. As questões 4 e 5 foram testadas com o *Modelo de Regressão Linear Múltiplo*, sendo os seus pressupostos testados e estando genericamente satisfeitos, designadamente a independência dos resíduos (teste de Durbin-Watson), normalidade dos resíduos (teste de *Kolmogorv-Smirnov*), linearidade da relação entre as variáveis independentes e a variável dependente (análise gráfica), homocedasticidade (análise gráfica) e multicolinearidade (VIF e Tolerance).

A análise estatística foi efectuada com o SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 18.0 para Windows.

A consistência interna do instrumento de investigação utilizado para avaliar os sentimentos de solidão foi avaliado com recurso ao coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*. O valor obtido (0,88, bom) é um bom indicador de consistência interna do instrumento, o que valida o instrumento de investigação utilizado (Quadro 14, anexo VII). A consistência interna do instrumento de investigação para avaliar os níveis de QDV foi avaliada com recurso ao coeficiente de consistência interna *Alfa de Cronbach*. O valor mais

baixo obtido ocorreu na dimensão *Saúde Geral* (0,682, fraco mas aceitável) e o mais alto ocorreu na dimensão *Desempenho Físico* (0,960, excelente), estes valores validam os instrumentos de investigação utilizados (Quadro 15, Anexo VII).

Questão 1: *Será que existem diferenças nos níveis de solidão percebidos consoante o contexto habitacional dos idosos (comunidade; instituição)?*

Quadro 1 – Solidão de acordo com o contexto habitacional

<i>Solidão UCLA</i>	Comunidade				Instituição	
	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
	3,35	0,07	32,21	7,49	40,45	9,59

*coeficiente significativo para um nível $p \leq 0,10$

Conforme o Quadro 1, confirma-se a questão enunciada, os idosos institucionalizados apresentam níveis de solidão significativamente mais elevados, quando comparados com os idosos que residem na comunidade [$t(104)=-4,77, p=0,10$].

Questão 2: *Será que existem diferenças na Qualidade de Vida de acordo com o contexto habitacional dos idosos (comunidade; instituição)?*

Quadro 2 – Qualidade de Vida de acordo com o contexto habitacional

SF-36	<i>F</i>	<i>Sig.</i>	Comunidade		Instituição	
			<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Funcionamento Físico	3,62	0,06**	59,54	28,88	27,15	23,83
Desempenho Físico	1,72	0,19	55,45	46,81	33,33	45,18
Dor Corporal	0,08	0,77	51,05	26,12	40,66	27,58
Saúde Geral	0,02	0,88	47,00	17,26	44,96	16,50
Vitalidade	2,04	0,15	50,45	21,82	37,64	17,58
Funcionamento Social	0,16	0,68	71,59	24,23	44,36	25,03
Desempenho Emocional	9,27	0,00*	66,66	43,50	43,13	49,12
Saúde Mental	0,44	0,50	64,87	21,07	46,90	18,84
Componente Físico	2,66	0,10	53,26	22,16	36,52	18,53
Componente Mental	0,00	0,98	63,39	22,17	43,01	21,83

*coeficiente significativo para um nível $p \leq 0,05$; **coeficiente significativo para um nível $p \leq 0,10$

De acordo com os resultados do Quadro 2 verifica-se que existem diferenças ao nível de algumas dimensões da qualidade de vida, consoante o contexto habitacional. Deste modo os idosos da comunidade apresentam níveis significativamente mais elevados de

funcionamento físico e desempenho emocional, quando comparados com os idosos na instituição.

Questão 3: *Será que existe relação entre os níveis de solidão percebidos pelos idosos e a sua qualidade de vida?*

Quadro 3 – Valores da correlação entre os níveis de solidão e a QDV

	Solidão	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Funcionamento Físico	-,37**	0,00*
Desempenho Físico	-,33**	0,00*
Dor Corporal	-,40**	0,00*
Saúde Geral	-,31**	0,00*
Vitalidade	-,58**	0,00*
Funcionamento Social	-,61**	0,00*
Desempenho Emocional	-,36**	0,00*
Saúde Mental	-,66**	0,00*
Componente Físico	-,49**	0,00*
Componente Mental	-,63**	0,00*

* coeficiente significativo para um nível $p \leq 0,01$

De acordo com o Quadro 3, verifica-se que os níveis de solidão estão negativa e significativamente correlacionadas com todas as dimensões da QDV, deste modo todas as dimensões da QDV, avaliadas pelo instrumento SF-36 são afectadas pelos níveis de solidão dos idosos.

Questão 4: *Será que existe relação entre os níveis de solidão percebidos pelos idosos e as variáveis sócio-demográficas?*

Quadro 4 – Regressão Linear Múltipla das variáveis sócio-demográficas com a variável solidão, em idosos na comunidade

	<i>R</i>	β	<i>t</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	0,27			3,07	0,01
Idade		-0,17	-1,10		0,27
Masculino		0,29	0,13		0,89
Casado		-6,36	-1,89		0,06**
Sozinho		-4,59	-1,35		0,18
Contacto com a família		-1,62	-1,12		0,26
Convívio Social		-3,84	-2,80		0,00*

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,10$

Conforme o Quadro 4, para o contexto habitacional comunidade, as variáveis sócio-demográficas explicam 27,8% da variável solidão, e é estatisticamente significativa [$F(6, 48) = 3,07, p=0,01$]. Os coeficientes de regressão das variáveis convívio social [$\beta = -3,84, p=0,00$] e estado civil (casado) [$\beta = -6,36, p=0,06$] revelaram-se estatisticamente significativos.

Quadro 5 – Regressão Linear Múltipla das variáveis sócio-demográficas com a variável solidão, em idosos na instituição

	R	β	t	F	p
	0,41			6,36	0,00
Idade		-0,25	-1,66		0,10
Masculino		-6,36	-2,39		0,02**
Casado		1,13	0,39		0,69
Contacto com a família		-1,19	-0,86		0,39
Convívio Social		-8,96	-4,81		0,00*

* $p \leq 0,01$; ** $p \leq 0,05$

De acordo com o Quadro 5, para o contexto habitacional instituição, as variáveis sócio-demográficas explicam 41,4% da variável solidão, e é estatisticamente significativa [$F(5, 45) = 6,36, p=0,00$]. Os coeficientes de regressão das variáveis convívio social [$\beta = -8,96, p=0,00$] e género (masculino) [$\beta = -6,36, p=0,02$], revelaram-se estatisticamente significativas.

Questão 5: *Será que existe relação entre os níveis de QDV percebidos pelos idosos e as variáveis sócio-demográficas?*

Quadro 6 – Regressão Linear Múltipla das variáveis sócio-demográficas com a variável qualidade de vida, componente físico, em idosos na comunidade

	R	β	t	F	p
	0,10			0,92	0,48
Idade		0,09	0,17		0,86
Masculino		5,16	0,71		0,47
Casado		11,45	1,03		0,30
Sozinho		8,64	0,77		0,44
Contacto com a família		-2,69	-0,56		0,57
Convívio Social		7,23	1,60		0,11

* $p \leq 0,05$

Segundo o Quadro 6, para o contexto habitacional comunidade, as variáveis sócio-demográficas explicam 10,3% do componente físico da variável qualidade de vida. Assim, o coeficiente de regressão das variáveis não se revelou estatisticamente significativo para a população idosa da comunidade [$F(6, 48) = 0,92, p=0,48$].

Quadro 7 – Regressão Linear Múltipla das variáveis sócio-demográficas com a variável qualidade de vida, componente mental, em idosos na comunidade

	R	β	t	F	p
	0,17			1,66	0,15
Idade		0,33	0,65		0,52
Masculino		10,23	1,47		0,14
Casado		20,18	1,89		0,06
Sozinho		19,92	1,85		0,07
Contacto com a família		0,83	0,18		0,85
Convívio Social		4,66	1,07		0,28

* $p \leq 0,05$

Conforme o Quadro 7, para o contexto habitacional comunidade, as variáveis sócio-demográficas explicam 17,2% do componente mental da variável qualidade de vida. Assim, o coeficiente de regressão das variáveis não se revelou estatisticamente significativo para a população idosa da comunidade [$F(6, 48) = 1,66, p=0,15$].

Quadro 8 – Regressão Linear Múltipla das variáveis sócio-demográficas com a variável qualidade de vida, componente físico, em idosos na instituição

	R	β	t	F	p
	0,32			4,40	0,00
Idade		-0,64	-2,00		0,05*
Masculino		6,82	1,23		0,22
Casado		-10,52	-1,75		0,08**
Contacto com a família		-4,41	-1,54		0,12
Convívio Social		10,60	2,75		0,00*

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,10$

De acordo com o Quadro 8, para o contexto habitacional instituição, as variáveis sócio-demográficas explicam 32,9% do componente físico da variável qualidade de vida, e é estatisticamente significativa [$F(5, 45) = 4,40, p=0,00$]. Os coeficientes de regressão das variáveis convívio social [$\beta = 10,60, p=0,00$], estado civil (casado) [$\beta = -10,52, p=0,08$] e idade [$\beta = -0,64, p=0,05$] revelaram-se estatisticamente significativos.

Quadro 9 – Regressão Linear Múltipla das variáveis sócio-demográficas com a variável qualidade de vida, componente mental, em idosos na instituição

	<i>R</i>	β	<i>t</i>	<i>F</i>	<i>p</i>
	0,17			1,95	0,10
Idade		-0,38	-0,92		0,36
Masculino		4,54	0,63		0,53
Casado		6,23	0,79		0,42
Contacto com a família		3,74	1,00		0,31
Convívio Social		13,68	2,72		0,00

* $p \leq 0,05$

Conforme o Quadro 9, para o contexto habitacional instituição, as variáveis sócio-demográficas explicam 17,8% do componente mental da variável qualidade de vida. Assim o coeficiente de regressão das variáveis não se revelou estatisticamente significativo [$F(5, 45) = 1,95, p=0,10$].

Discussão

Conforme os resultados da presente investigação verificou-se que perante uma amostra da população idosa residente em instituições e na comunidade, os níveis de solidão que cada grupo vivencia são estatisticamente significativos. Neste estudo, constatou-se que os níveis de solidão percebidos pelos idosos variam consoante o contexto habitacional, sendo os idosos que residem na instituição os que apresentam níveis de solidão superiores aos idosos residentes na comunidade.

Estes resultados vão no sentido dos que são encontrados na literatura, uma vez que os sentimentos de solidão variam de forma significativa consoante o contexto habitacional, sendo os idosos que residem em instituições que apresentam mais sentimentos de solidão (Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg & Pitkälä, 2005; Barroso & Tapadinhas, 2006).

Uma explicação para estes resultados prende-se com o facto de muitos dos idosos institucionalizados sofrerem, mesmo antes da sua institucionalização, um grau elevado de isolamento e a falta de uma rede de interações sociais que promove mais sentimentos de solidão (Martins, 2006). Apesar da institucionalização permitir a pertença a um grupo homogéneo, e assim facilite a integração nesse contexto (Martins, 2006), a variabilidade inter-individual é superior às restantes faixas etárias, facto que pode dificultar a integração (Paúl & Fonseca, 2005).

No que concerne à QDV sentida pelos idosos, também esta apresenta valores estatisticamente significativos em relação ao contexto habitacional. Os idosos que vivem na

comunidade apresentam uma melhor QDV quando comparados com os idosos que vivem na instituição, especialmente ao nível das dimensões *Funcionamento Físico* e *Desempenho Emocional*.

Os resultados estão em consonância com os encontrados na literatura, que também verifica que são os idosos que vivem na comunidade que apresentam valores superiores de QDV. Estes resultados podem estar relacionados com o facto dos idosos que estão na comunidade terem mais possibilidades de realizar as suas actividades diárias, enquanto os idosos institucionalizados estão mais limitados a este nível (Ferreira, 2009). Muitos dos idosos são institucionalizados devido a terem alguma deterioração, reduzida autonomia física ou incapacidade (Martins, 2006), o que é promotor de uma pior QDV. A própria entrada dos idosos numa instituição pode levar a défices na autonomia, nas relações sociais e actividades (Fernandes, 2000). O facto dos idosos institucionalizados apresentarem níveis mais elevados de solidão e mais baixos de QDV, pode estar relacionado com o processo de desenraizamento das suas casas, e a sua integração num novo meio, condições que contribuem para o aumento da sua incapacidade física e mental (Martins, 2006).

Porém, a QDV e solidão são influenciadas também por outros factores para além do contexto habitacional. Neste sentido, pretendeu-se saber se a solidão exercia alguma influência na QDV da população em estudo. De acordo com os dados encontrados, verificou-se que todas as dimensões da QDV estão negativa e significativamente correlacionadas com os níveis de solidão percebidos pelos idosos. Assim, quanto maiores os níveis de solidão dos idosos, mais baixa é a sua QDV.

As dimensões da QDV que mais correlação negativa têm com os níveis de solidão é a dimensão de *Saúde Mental* e *Funcionamento Social*, deste modo quanto maior os níveis de solidão, menores são os níveis destas duas dimensões. A *Saúde Geral* é a dimensão que apresenta menos correlação com os níveis de solidão. A *Componente Mental* apresenta uma elevada correlação negativa com a solidão, sendo que quanto mais elevada é a *Componente Mental*, menores são os níveis de solidão.

Na amostra do presente estudo verificou-se que a solidão é influenciada por algumas variáveis sócio-demográficas, quer no contexto de instituição quer na comunidade.

No que concerne aos idosos residentes na comunidade, constatou-se que a variável convívio social apresenta uma relação estatisticamente negativa com os níveis de solidão percebidos, isto significa que quanto mais elevado é o convívio social mais baixos são os níveis de solidão. O estado civil casado, também revelou ter uma relação estatisticamente negativa com os níveis de solidão. Assim, os idosos da comunidade que são casados, quando

comparados com os não casados (viúvos, solteiros e divorciados) indicam níveis de solidão significativamente mais baixos.

Os resultados deste estudo vão de encontro aos encontrados na literatura, uma vez que os idosos casados são referidos como os que apresentam menos sentimentos de solidão (Sequeira & Silas, 2003; Barroso & Tapadinhas, 2006; Teixeira, 2010). O facto da grande maioria dos idosos serem viúvos influencia estes resultados pois, a viuvez é associada à solidão, visto que promove sentimentos de desamparo, conduzindo os idosos a prescindir da participação social tão importante para diminuir os níveis de solidão (Pául & Fonseca, 2005). Também os idosos que têm uma relação de intimidade reagem mais facilmente às mudanças e consequências do processo de envelhecimento (Murphy, 1982). Assim, ter um companheiro com quem se partilhe os aspectos do quotidiano parece determinante para que os idosos da comunidade não sintam elevados níveis de solidão.

Em relação aos idosos que residem numa instituição, observou-se que existem algumas variáveis sócio-demográficas que têm relação com os níveis de solidão sentidos, entre as quais destaca-se a variável convívio social, sendo que quanto mais elevado é o convívio social mais baixos são os níveis de solidão. A variável género apresenta também uma relação com os níveis de solidão. Neste caso, os homens institucionalizados, quando comparados com as mulheres institucionalizadas, revelam níveis de solidão significativamente mais baixos.

O facto de o género ser uma variável que influencia os níveis de solidão pode dever-se às mulheres terem uma esperança média de vida superior à dos homens o que tem repercussões ao nível dos sentimentos de solidão (Bergdahl, Allard, Alex, Lindman & Gustafson, 2007).

Os resultados encontrados para a amostra deste estudo estão em consonância com os da literatura, uma vez que é referido que o convívio social de um modo activo representa um indício de um menor nível de solidão (Teixeira, 2010), e que influencia todo o bem-estar psicológico e a saúde (Sequeira & Silva, 2002). Visto que as mudanças ocorridas nesta fase de vida diminuem o estabelecimento de relações sociais, esta situação acarreta inevitavelmente um aumento nos sentimentos de solidão (Wu et al., 2010). Deste modo, estes resultados poderão indicar que o processo de envelhecimento pode ser mais fácil de gerir quando os idosos têm por perto as pessoas que a nível afectivo são significativas para si. Outra situação que poderá justificar estes resultados está relacionada com o facto de muitos dos idosos institucionalizados serem abandonados pelos seus familiares e/ou amigos ou a sensação de perda dos afectos dos mesmos (Barroso & Tapadinhas, 2006).

De igual modo a QDV pode ser influenciada pelas variáveis sócio-demográficas. Na população idosa da comunidade para o *Componente Físico* e para o *Componente Mental* não parecem existir relações estatisticamente significativas entre estas e as variáveis sócio-demográficas idade, género, estado civil, agregado familiar, contacto com a família e convívio social.

No que concerne aos idosos institucionalizados, foram encontradas relações estatisticamente significativas com algumas variáveis sócio-demográficas. Em relação ao *Componente Físico* verificou-se que a variável convívio social tem uma relação estatisticamente significativa, assim quanto mais elevado é o convívio social mais elevados são os níveis do *Componente Físico*. Estes resultados estão de acordo com os encontrados na literatura, pois é referido que a participação social de um modo activo representa um indicador de uma melhor QDV (Teixeira, 2010). Assim, ter um espaço e alguém com quem partilhar as suas ideias promove o bem-estar dos idosos (op. cit.).

A variável estado civil também se revelou estatisticamente significativa, sendo que os casados, comparados com os não casados, revelam níveis de *Componente Físico* significativamente mais elevados. A idade surgiu como outra variável com relação negativa e estatisticamente significativa com o *Componente Físico*, deste modo quanto maior a idade menor será o *Componente Físico*. Estes resultados podem estar relacionados com o aumento da idade poder promover a dependência física, e deste modo diminuir a QDV dos idosos (Butler & Ciarrochi, 2007).

Nos indivíduos institucionalizados, verificou-se que as variáveis sócio-demográficas idade, género, estado civil, contacto com a família e convívio social, não têm uma relação estatisticamente significativa com o *Componente Mental* da QDV.

Conclusão

É possível afirmar, para a população deste estudo, que a variável contexto habitacional exerce bastante influência na vida dos idosos, sendo de particular importância para a compreensão desta faixa etária, uma vez que influencia significativamente a sua QDV, que é uma característica de ajustamento ao envelhecimento. Também esta variável influência de modo muito significativo os sentimentos de solidão percebidos pelos idosos.

Na população deste estudo, a variável convívio social é a que exerce mais influência nos níveis de solidão percebidos pelos idosos, independentemente do contexto do qual façam parte. Assim, os idosos que têm relações sociais mais activas, e que podem partilhar

vários aspectos da sua vida, têm conseqüentemente menores níveis de solidão. Também a QDV é influenciada pelo convívio social mas apenas no contexto institucional. Assim, o convívio social exerce uma influência bastante significativa na vida destes idosos, sendo a variável que mais contribui para uma melhor QDV no *Componente Físico*. Deste modo, as relações sociais, o facto de ter um espaço e alguém com quem falar são um factor de extrema importância para um envelhecimento saudável.

Este estudo apresenta algumas limitações, como o facto de ser um estudo quantitativo e não ter a vertente qualitativa que podia fornecer informações mais completas e deste modo um melhor conhecimento sobre a população idosa. Outra situação que se apresenta como uma limitação desta amostra está relacionada com ter sido recolhida de acordo com os critérios de conveniência e não de modo aleatório, não sendo os resultados passíveis de serem generalizados para a população idosa.

Apesar do crescente aumento populacional e de investigação nesta população, ainda não existem muitos estudos, quer em contexto internacional quer em contexto nacional, acabando por dificultar a comparação dos resultados.

Os resultados desta investigação não são possíveis de serem generalizados para a população idosa mas podem representar como uma informação importante para trabalhos no âmbito da solidão e da QDV, e a possibilidade de formular novas questões de investigação. Sugere-se que em trabalhos futuros utilize-se uma abordagem quantitativa e qualitativa, de modo a aprofundar determinados aspectos, bem como a realização de escalas para esta população em específico, uma vez que as que existem são muito reduzidas para a complexidade de mudanças a que esta população é alvo.

Em suma, considera-se que foi alcançado o objectivo subjacente a todo estudo, permitindo um melhor conhecimento desta população, da sua QDV e da solidão. Os dados obtidos nesta investigação poderão abrir caminho a futuras investigações, podendo enriquecer esta temática e ajudar na elaboração de programas direccionados para esta população.

Referências:

- Barroso, V. & Tapadinhas, A. (2006). “Órfãos Geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados”. Consultado em 29 de Outubro de 2011 através de <http://www.iscet.pt>
- Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B. & Gustafson, Y. (2007). Gender differences in depression among very old. *International Psychogeriatrics*, 23, 756-763. Consultado em 20 de Novembro de 2011 de <http://apps.webofknowledge.com>
- Butler, J. & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Qual life Res*, 16, 607-615. Consultado em 20 de Novembro de 2011 de <http://web.ebscohost.com>
- Fernandes, J. (2000). *Qualidade de vida e auto-eficácia em idosos institucionalizados*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Dissertação de Mestrado). Consultado em 19 de Outubro de 2011 de <http://repositorio.ispa.pt>
- Ferreira, A. (2009). “A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador”. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa (Dissertação de Mestrado). Consultado em 19 de Novembro de 2011 através de <http://repositorio.ul.pt>
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32. Consultado em 16 de Dezembro de 2011 de <http://www.ipv.pt/>
- Murphy, E. (1982). *Social origins of depression in old age*. *British Journal of Psychiatry*, 141, 135-142. Consultado em 20 de Dezembro de 2011 de <http://web.ebscohost.com>
- Neto, F. (1989). “Avaliação da Solidão”. *Psicologia Clínica*, 2, 65 – 79. Consultado em 29 de Outubro de 2011 através de <http://www.iscet.pt>
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic-Psicologia.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ribeiro, J. (2005). “O importante é a saúde: estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde – SF-36”. Lisboa: Fundação Merck Sharp & Dohme.
- Routasalo, P., Savikko, N., Tilvis, R., Strandberg, T. & Pitkala, K. (2005). Social Contacts and their relationship to loneliness among aged people – a population-based study. *Gerontology*, 52, 181-187. Consultado em 20 de Dezembro de 2011 de <http://web.ebscohost.com>
- Sequeira, A. & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-506.
- Silva, S. (2009). *Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos*. Porto: Universidade Fernando Pessoa (Dissertação de Mestrado). Consultado em 16 de Dezembro de 2011 de <http://bdigital.ufp.pt>

- Teixeira, L. (2010). Solidão, depressão e Qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia (Dissertação de Mestrado). Consultado em 16 de Novembro de 2011 de <http://repositorio.ul.pt>
- Wu, Z., Sun, L., Sun, Y., Zhang, X., Tao, F., & Cui, G., (2010). Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. *Aging & Mental Health*, 14, 108-112. Consultado em 16 de Dezembro de 2011 de <http://web.ebscohost.com>

Anexos

Anexo I – Artigo Teórico



LSPA
INSTITUTO UNIVERSITÁRIO
CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA

**A Qualidade de Vida e a Solidão
em idosos institucionalizados
e na comunidade**

Carla Susana Lucas Correia

Orientador de Dissertação:

Professora Doutora Ana Rosa Oliveira Velez Tapadinhas de Figueiredo

Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA
Especialidade em Clínica

Resumo

Nos próximos anos estima-se que o envelhecimento da população venha a ser um fenómeno mundial de ampla proporção, produzindo diversas consequências na sociedade. Perante este panorama emerge a preocupação de como melhorar as condições de vida dos idosos e oferecer-lhes apoio a nível social, psicológico e físico.

Dois conceitos que estão frequentemente associados e a serem objecto de investigação nesta população são a qualidade de vida (QDV) e a solidão. A investigação destes dois aspectos poderá ajudar a compreender o que os caracteriza e como podem ser realizadas medidas para promover um processo de envelhecimento menos solitário e associado a uma melhor QDV.

Palavras-chave: *Envelhecimento, aumento populacional, solidão, qualidade de vida, institucionalização.*

Abstract

In the coming years, the population's aging is estimated to be a global phenomenon of large proportions, producing various consequences in society. Around this panorama arises the concern of how to improve the living conditions of the elderly and offer them support whether it be social, psychological or physical. Two concepts that are often associated and being investigated in this population are quality of life (QoL) and loneliness. The investigation of these two aspects can help you understand what features them and what measures can be carried out to promote an aging process with less loneliness and associated with better QoL.

Keywords: *Aging, populationincrease, loneliness, qualityoflife, institutionalization.*

Introdução

Nos próximos anos estima-se que o envelhecimento da população venha a ser um fenómeno mundial de ampla proporção, facto que tem alertado a Organização Mundial de Saúde (OMS) para a importância de incrementar medidas preventivas (Oliveira, 2008; Teixeira, 2010).

O crescimento populacional acarreta variadas consequências e alerta para as necessidades dos idosos ao nível do apoio social e médico. Acrescentando a esta situação, deparamo-nos com uma sociedade em que os recursos financeiros estão seriamente comprometidos e em que ocorre uma revolução no seio das famílias tradicionais, traduzindo-se na indisponibilidade de assegurar os cuidados aos seus familiares idosos (Oliveira, 2008). Perante este panorama emerge a preocupação de como melhorar as condições de vida dos idosos. Assim, o processo de envelhecimento tem adquirido uma crescente importância no âmbito da investigação (Paúl & Fonseca, 2005), salientando-se a pertinência de promover uma melhor qualidade de vida (QDV), através da manutenção dos idosos na sociedade de um modo activo (Oliveira, 2008).

O envelhecimento caracteriza-se por ser um processo complexo e que origina diversas mudanças, podendo estas prejudicar o bem-estar dos idosos (Teixeira, 2010). Dois dos aspectos que estão frequentemente associados às mudanças que ocorrem ao longo do envelhecimento são a solidão e a QDV. A solidão por se ter vindo a transformar num problema social, particularmente nesta faixa etária (Wu, Sun, Sun, Zhang, Tao & Cui, 2010), por sua vez, a QDV, é fundamental para a compreensão dos idosos, pois é considerada um sinal de adaptação ao envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005).

Ao longo do presente artigo teórico apresenta-se uma revisão da literatura que assenta sobre o processo de envelhecimento e com os seus aspectos (por exemplo, principais motivos que promovem a institucionalização e as suas consequências), os conceitos de solidão e QDV, e de que forma estes podem ser influenciados por determinados aspectos sócio-demográficos e pelo facto da população idosa residir em dois contextos diferentes (comunidade e instituição). O estudo destes dois conceitos poderá permitir compreender quais os factores que os influenciam, identificar as suas causas, e poder ajudar na prevenção ou diminuição dos níveis de solidão e QDV sentidos por esta população.

Revisão da Literatura

O aumento da população idosa

Se recuar-se há uns anos atrás, a OMS tinha como principal foco o aumento da esperança média de vida (Oliveira, 2008), no entanto nos dias de hoje o problema mudou. O constante desenvolvimento da medicina, especialmente a parte preventiva e o progressivo melhoramento das condições de vida possibilitam que haja um gradual envelhecimento da população (Paúl & Fonseca, 2005). Prevê-se que o envelhecimento da população venha a ser um fenómeno mundial de ampla proporção, estando Portugal também incluído nestas previsões, pois segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) estima-se que nos próximos 50 anos verificar-se-á um aumento significativo da população com 65 anos ou mais (INE, 2009). Os últimos dados revelam que em Portugal, a população idosa constitui aproximadamente 19% da população total, existindo um aumento do número de população idosa de cerca de 19%, na última década (INE, 2011).

Com o progressivo aumento da população idosa verifica-se um crescente interesse pela saúde física e psicossocial dos mesmos (Kim, Byeon, Kim, Endo, Akahoshi&Ogasawara, 2009). Sendo o actual objectivo da OMS a promoção de uma melhor QDV, o que implica manter os idosos activos, preenchendo o seu sentido de vida (Oliveira, 2008).

Diversas causas são responsáveis para o envelhecimento da população, nomeadamente o decréscimo acentuado da natalidade (derivado em parte aos métodos anticonceptivos e a condições sócio-psíquicas relativas à natalidade), decréscimo da taxa de mortalidade, aumentando a esperança média de vida (consequência dos avanços da medicina, principalmente da parte preventiva) (Oliveira, 2008). O envelhecimento demográfico com que o mundo se depara desenvolverá diversas consequências na nossa sociedade. A *nível social*, verificar-se-á o convívio entre as várias gerações, uma maior percentagem de mulheres (pois têm uma esperança média de vida superior à dos homens), aumento do número de idosos que vivem nas instituições (op. cit.). A *nível de saúde* observar-se-á uma maior pressão nos serviços de saúde, maior recorrência à medicação e a recursos hospitalares e aumento de perturbações mentais. Também terá repercussões ao *nível económico*, existindo maior número de reformados e menos receitas para o estado e mais lares de terceira idade. Existindo de igual forma, consequências políticas, culturais, e na ciência teórica e aplicada (op. cit.).

Envelhecimento

Conforme a OMS, o indivíduo idoso é caracterizado cronologicamente como tendo uma idade igual ou superior a 65 anos. Contudo, segundo Oliveira (2008) esta idade pode

variando consoante o país em questão, visto que nos países em desenvolvimento a média de vida é mais baixa, e nos países desenvolvidos poderá ser por volta dos 70 a 75 anos, pois a média e esperança de vida é superior.

Ao longo dos anos têm sido empregues diferentes modos de caracterizar esta fase de vida, pois o conceito de envelhecimento e a atitude face à população idosa têm vindo a sofrer alterações, retratando a cultura e o nível de relações sociais da época, mas também o conhecimento que se tem desenvolvido acerca deste processo (Paúl & Fonseca, 2005).

Porém, no âmbito científico, ao longo das últimas décadas o envelhecimento tem sido determinado de modo diferente. É definido como um processo que atinge o indivíduo de um modo bio-psico-social devido ao avançar da sua idade (Oliveira, 2008), e que engloba diversos aspectos, como a parte genética, o estilo de vida, a educação e o meio envolvente de cada indivíduo, sendo por este motivo uma experiência subjectiva (Fernandes, 2007). Ao realizar uma investigação com a população idosa é indispensável considerar que: *“a variabilidade inter-individual dos idosos é superior à verificada noutros grupos etários. Com o passar dos anos e o acumular de experiências, os indivíduos acentuam as suas diferenças de partida, sublinhando competências ou incapacidades que a sua base genética em interacção com o meio, permite expressar”* (Paúl & Fonseca, 2005, p.26).

Não existe um conhecimento pormenorizado acerca do funcionamento do processo complexo que é o envelhecimento, porém sabe-se que é um processo contínuo, universal e diferencial, visto que é um processo inerente a todos e no entanto, específico de cada indivíduo (Oliveira, 2008). Assim, o processo de envelhecimento segue um desenvolvimento diferente, pois alguns idosos vivenciam-no manifestando padrões comuns e outros atingem um grau de funcionamento físico, psicológico e social elevado (Sequeira & Silva 2002).

Segundo Silva (2009) são vários os factores intrínsecos e extrínsecos ao sujeito idoso que exercem influência no processo de envelhecimento, sendo que no decorrer deste processo o idoso se depara com alterações *ao nível físico, psíquico e social*, podendo cada uma afectar a sua saúde mental. Estas transformações podem relacionar-se com particularidades genéticas de cada indivíduo, mas essencialmente com a forma de vida de cada um (Zimmerman, 2000).

Desta forma, as mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento são percebidas de modo diferente pelos indivíduos, podendo verificar-se uma integração ajustada, saudável ou patológica (Robert, 1995). O envelhecimento bem-sucedido corresponde à capacidade de adaptação que permite responder adequadamente aos acontecimentos ocorridos, englobando a dimensão emocional, cognitiva e comportamental (Santos, 2008). Neste sentido, é fulcral o desenvolvimento de estratégias para facilitar a

adaptação da pessoa idosa às situações com que se depara e assim enfrentar a nova fase de vida com sucesso (Santos, 2008). Para que ocorra numa atmosfera activa é importante que estes vivenciem uma vida saudável, participem em actividades específicas para a sua faixa etária e sintam satisfação com a vida no geral (Oliveira, 2008).

Os autores Wu et al., (2010) consideram a população da terceira idade uma população vulnerável, que vivencia problemas que estão associados com a sua idade, em que ocorre uma deterioração dos órgãos, ficando o idoso mais susceptível a desenvolver problemas de saúde (Silva, 2009).

As mudanças que surgem a *nível psicológico*, às quais os idosos poderão ter dificuldades em se adaptar, originam sentimentos de ansiedade, dúvidas e medos associados à velhice (Oliveira, 2008). O envelhecimento é composto por factores psicológicos que englobam duas componentes: os papéis profissionais desempenhados e as interacções sociais existentes nesta fase de vida (Santos, 2008). Deste modo, as mudanças ocorridas na vida dos idosos ao longo do processo de envelhecimento são mudanças sociais (e.g. reforma), mudanças económicas, mudanças pessoais e a nível familiar (e.g. viuvez) e mudanças na saúde (op. cit.). Estas situações fazem com que os idosos se confrontem com a diminuição das suas capacidades e a privação de determinadas situações (Santos, 2008).

A extinção da actividade laboral é uma das situações mais relevantes, conduzindo os idosos a uma determinada inactividade (Teixeira, 2010), à perda dos papéis sociais e conseqüentemente, à diminuição dos contactos sociais e dos recursos económicos (Figueiredo, 2007). Assim, os idosos deparam-se com a necessidade de reorganizar o seu quotidiano e reformular os seus objectivos, rotinas e valores (op. cit.). Estes acontecimentos colocam o idoso numa situação psico-afectiva vulnerável e de maior fragilidade (Santos, 2008).

O envelhecimento é considerado, psicologicamente, como um processo que pode promover a depressão e susceptibilidade às doenças (Fontaine, 2000). A capacidade de adaptação às mudanças suscitadas nesta fase de vida é determinada pela hereditariedade e pela história de vida individual, sendo os idosos mais optimistas e saudáveis os que possuem uma melhor capacidade de adaptação às mudanças ocorridas (Zimmerman, 2000). Sendo descritas, em situações de desadaptação a existência de somatizações que podem conduzir a dificuldades a nível físico (Fontaine, 2000).

Contudo, apesar destes acontecimentos e mudanças acarretarem riscos, também promovem o desenvolvimento psicológico dos idosos (Rebelo, 2007), exigindo da sua parte, uma capacidade adaptativa de modo a manter os níveis da QDV (Teixeira, 2010).

O envelhecimento a *nível social* reporta-se ao papel do indivíduo em relação aos elementos da sua sociedade, bem como ao seu estatuto e hábitos (Fontaine, 2000). Neste processo, o idoso encara as crenças associadas ao envelhecimento (medo do desconhecido, da solidão e da morte) que provêm de concepções erróneas resultantes dos preconceitos enraizados na sociedade (Berger, 1995). Todas as consequências psicossociais, derivadas do estado físico e cognitivo, influenciam o estado emocional do idoso (Papalia & Olds, 1995), assim como as mudanças que ocorrem no processo de envelhecimento (Robert, 1994).

A relação produzida com outros indivíduos é promotora da aquisição de hábitos saudáveis e da sensação de controlo pessoal, que terá consequências no bem-estar psicológico (Ramos, 2002). Têm sido inúmeros os autores que constataam a relevância das relações sociais e a sua influência positiva no bem-estar psicológico e saúde percebida, o decréscimo do isolamento social, da solidão e o aumento da satisfação com a vida (Sequeira & Silva, 2002; Paúl, 2005;). Com todas as perdas a pessoa idosa tem um núcleo de relações mais reduzido, que poderá tornar-se mais complexo caso não possua aptidões para formar novos relacionamentos, conduzindo a sentimentos de solidão e isolamento (Robert, 1994).

Contexto Habitacional

De acordo com a autora Martins (2006) o local de habitação ocupa um objecto prioritário no estudo das condições sociais dos indivíduos idosos, isto porque, o ambiente em que os idosos residem está associado ao seu sentimento de bem-estar psicológico, sendo bastante pertinente o seu estudo (Paúl, 2005). A casa tem um valor simbólico na construção da identidade social dos mesmos, tornando-se fundamental nesta fase, visto que os idosos enfrentam um decréscimo das suas capacidades de adaptação, tornando-se mais sensíveis ao contexto em que estão inseridos (Martins, 2006).

O processo de adaptação ao novo contexto habitacional implica que se desenvolva um processo de integração, ligação e identidade, durante um período relativamente longo, para que seja considerado pelos idosos como o seu “Lar” (op. cit.).

Outro aspecto referente à institucionalização prende-se com o facto de representar para o idoso a última fase da sua vida e a rotura com o modo de vida quotidiano, apresentando-se como uma situação irreversível. Muitas vezes, esta situação é sentida para os idosos como o abandono, a exclusão e a morte (op. cit.).

A Solidão nos Idosos

Diferentes culturas e diferentes faixas etárias experienciam sentimentos de solidão (Monteiro & Neto, 2006). Com as mudanças que ocorrem o estabelecimento de relações sociais decresce, podendo potencializar os sentimentos de solidão. Com o crescente aumento da população idosa um dos aspectos mais referenciados na literatura é a solidão vivenciada por esta população. Esta transformou-se num problema social, particularmente nos idosos, observando-se a existência de elevados níveis de solidão (Wu et al., 2010).

A solidão é um fenómeno pouco definido e subjectivo, podendo ser influenciado por situações pessoais e sociais diversas, dependendo do modo como cada indivíduo reage perante as mesmas. Assim, o significado do termo solidão é demasiado amplo e subjectivo, o que explica as várias teorias que pretendem clarificar as suas causas e manifestações (Teixeira, 2010). Conforme Peplau (1985), a solidão é uma experiência humana comum e corresponde ao sentimento de insuficiência ao nível de uma relação social. Diversos autores ao longo das últimas décadas têm dado o seu contributo para a compreensão deste fenómeno social, entre eles destacam-se Freud, Sullivan, Reichmann, Rogers e Weiss (Peplau, 1985). As últimas investigações tomaram rumos divergentes, muitas das quais desenvolveram e validaram instrumentos para aceder aos sentimentos associados à solidão, como forma de examinar as características pessoais e comportamentos sociais das pessoas com solidão, assim como, investigar a relação existente entre solidão e bem-estar pessoal (op. cit.). Conforme os autores Peplau e Perman (1982) existem três características comuns referentes à definição de solidão, designadamente: a ideia de que a solidão é uma experiência subjectiva, podendo não estar relacionada com o isolamento; para o indivíduo esta experiência subjectiva é desagradável a nível psicológico; é consequência de um modo de relação deficiente.

Existem diferentes tipos de solidão: crónica, emocional e social. A solidão poderá derivar da falta de um companheiro ou da família (solidão emocional) ou devido a um diminuído envolvimento social e relações de amizade com base na partilha de interesses (solidão social) (Vlaming, Haveman-Nies, Veer&Groot, 2010). Se as causas da solidão forem desvendadas e compreendidas, será possível caracterizar os factores que predis põem as pessoas vulneráveis à solidão, permitindo antecipar estas situações (Peplau, 1985).

Nas investigações acerca da solidão nos idosos constata-se uma associação significativa com determinados aspectos sócio-demográficos. Alguns autores verificaram que o sentimento de solidão está correlacionado com a idade, visto que os idosos com idades entre os 60 e 74 anos manifestam níveis mais baixos de solidão, comparativamente aos idosos com 75 anos ou mais (Veer-Tazelaaret al., 2008; Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki,

2010). Esta situação deve-se ao falecimento dos conjugues, acontecimento bastante frequente e ao surgimento da depressão por volta dos 75 anos de idade (Luanaigh & Lawlor, 2008).

No que concerne ao género, os autores apontam para o facto de se observar maiores níveis de solidão nas mulheres idosas. Esta situação deve-se, em primeira instância, às mulheres terem uma esperança média de vida superior à dos homens, vivendo a maioria sozinhas por vezes com incapacidades (Bergdahl, Allard, Alex, Lindman & Gustafson, 2007), o que tem repercussões ao nível dos sentimentos de solidão (Beal, 2006). A personalidade surge também como um factor que poderá explicar as diferenças encontradas na percepção da solidão entre género (Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki, 2010). Os homens julgam que a solidão surge devido à instabilidade social e ao contacto insuficiente com os seus amigos e família, por sua vez as mulheres associam a solidão a factores operacionais, como a capacidades de viver de modo independente e cumprirem as suas necessidades diárias (Bergdahl, Allard, Alex, Lindman & Gustafson, 2007).

O estado civil dos idosos tem sido um dos aspectos que surge nas investigações com uma relação significativa com os sentimentos de solidão. Os indivíduos que têm uma relação de intimidade, de um modo geral conseguem lidar mais facilmente com as consequências que o envelhecimento envolve (Murphy, 1982). Deste modo, o fenómeno de solidão, aparenta ser essencialmente causado mais pela perda de uma relação conjugal, do que pela sua ausência (Teixeira, 2010). Os estudos efectuados verificam que os sentimentos de solidão estão mais presentes nos idosos que são viúvos, divorciados ou solteiros, sendo os idosos casados que apresentam menos estes sentimentos (Sequeira & Silva, 2002; Barroso & Tapadinhas, 2006; Glaser, Tomassini, Racioppi & Stuchbury, 2006; Teixeira, 2010).

A viuvez é relacionada frequentemente à solidão devido a envolver a perda de uma relação bastante peculiar. Este acontecimento poderá originar sentimentos de desamparo e solidão, levando por vezes os idosos a prescindirem de toda a participação social (Paúl & Fonseca, 2005). Os idosos viúvos e divorciados manifestam mais sentimentos de solidão, problemas emocionais, recurso a cuidados médicos, perda de actividades e relações sociais, dependência financeira, sentimentos de depressão e suspensão de relacionamentos com outros membros da sua família (Glaser, Tomassini, Racioppi & Stuchbury, 2006).

Outro aspecto que pode influenciar os sentimentos de solidão experienciados pelos idosos é a constituição do seu agregado familiar. Constata-se que a prevalência da solidão em indivíduos idosos cresce devido a estes viverem sozinhos (Svikko, Tilvis, Strandberg & Pitkala, 2005), pois alguns dados apontam que os idosos que moram sozinhos manifestam sentimentos de solidão superiores, comparativamente aos que moram acompanhados (Barroso

& Tapadinhas, 2006). O contacto estabelecido com a família também influencia a atitude demonstrada para com o processo de envelhecimento, sendo os idosos que estabelecem um contacto mais regular que demonstram uma atitude mais positiva face ao seu envelhecimento (Sequeira & Silva, 2002). Revela-se a importância que a família pode exercer nos sentimentos de solidão e na sua determinação, pois os idosos que possuem uma preocupação familiar apresentam sentimentos de solidão menores (Barroso & Tapadinhas, 2006).

A participação social é outro aspecto que surge associado à solidão. Num estudo composto por idosos que viviam na comunidade observou-se que a participação social de forma activa apresenta-se como um indício de um nível menor de solidão (Teixeira, 2010). De igual forma, no estudo de Barroso e Tapadinhas (2006), os idosos que apresentavam um menor sentimento de solidão eram os que tinham uma percepção de maior preocupação e de maior contacto com os amigos. Esta situação deve-se aos amigos representarem uma espécie de cúmplices geracionais, visto que partilham um determinado código de valores, dificuldades e receios, facto que nem sempre é partilhado pelos seus familiares, proporcionando ainda um sentimento de independência face à sua família (op. cit.). Num estudo realizado na cultura japonesa foi verificado também que são os idosos institucionalizados que não desenvolvem muitas relações de amizade que apresentam níveis de solidão superiores (Kim et al., 2009). Em suma, o suporte, adaptação e afectos familiares estão estatisticamente associados à solidão, sendo que o suporte social e uma boa função familiar podem diminuir os níveis de solidão sentidos pelos idosos (Wu et al., 2010).

Em relação ao contexto habitacional onde os idosos estão inseridos observa-se que os sentimentos de solidão vivenciados variam de forma significativa consoante habitam numa instituição ou na comunidade. Alguns estudos verificam que os idosos que vivem em instituições apresentam mais sentimentos de solidão, comparativamente aos que vivem na comunidade (Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg & Pitkälä, 2005; Barroso & Tapadinhas, 2006). Deste modo, as situações características do envelhecimento aparentam ser mais fáceis de suportar quando os idosos mantêm próximos de si pessoas significativas a nível afectivo. Muitos dos idosos institucionalizados são por vezes abandonados pelas suas famílias e/ou amigos, o que trará consequências nos níveis de solidão sentidos (op. cit.). Também o autor Botelho (2001, cit. in Barroso & Tapadinhas, 2006) defende que o sentimento de perda de familiares ou a perda dos seus afectos potencia o aumento dos níveis de solidão.

A Qualidade de Vida nos Idosos

O progressivo aumento populacional desencadeia a importância de incrementar e adaptar os serviços de saúde e apoios sociais, respondendo às necessidades surgidas nesta população a estes níveis (Ferreira, 2009). Derivada a esta situação a QDV surge como um elemento fundamental para a determinação da adequabilidade, impacto e necessidade que os serviços de saúde e apoios sociais exercem na vida dos idosos (Ferreira, 2009). A QDV tem tido particular interesse no campo da investigação devido ao aumento da população idosa, mas também por ser considerada um sinal de adaptação ao envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005). Um conhecimento mais completo acerca das capacidades que são menos e mais prejudicadas na terceira idade e de que forma é possível desenvolver a QDV, pode tornar-se bastante vantajoso (James & Wink, 2006).

A QDV é associada ao sentimento de bem-estar pessoal, psicológico e social e corresponde a uma opinião subjectiva, visto abranger a opinião dos indivíduos acerca da satisfação com a sua vida. É importante salientar que a QDV é um conceito variável de indivíduo e dependente de diversos aspectos, como o contexto social, as experiências de vida, as características individuais (Teixeira, 2010), autonomia nas actividades diárias, frequência das relações familiares e sociais, meios financeiros, redes sociais e bem-estar a nível social, físico, emocional e cognitivo (Paúl & Fonseca, 2005; Santos, 2008).

As investigações desenvolvidas nesta área constataam uma associação significativa entre a QDV dos idosos e determinados aspectos sócio-demográficos. O aspecto género verifica-se que são as mulheres idosas que definem a sua saúde como pior (Pimenta et al., 2008). Alguns autores defendem que a influência do género na QDV está relacionado com o facto da população feminina ter uma maior esperança de vida relativamente à população masculina (Kirchergast & Haslinger, 2008). Porém, outros autores afirmam derivar dos hábitos culturais e sócio-económicos (Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki, 2010), visto que as idosas viúvas apresentam uma menor actividade social, baixos recursos económicos e muitos problemas de saúde (Chiu, Moore, Hsu, Huang, Liu & Chuang, 2008).

Os níveis de QDV variam consoante a idade da população idosa, existindo dados contraditórios. Enquanto alguns estudos verificaram que quanto mais idade tem o indivíduo, menor será a sua QDV (Motel-Klingebiel, Kondratowitz, & Tesch-Romer, 2004) e que idosos com idades entre os 60 e 74 anos manifestam níveis mais elevados de QDV comparativamente aos idosos com 75 anos ou mais (Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki, 2010). Uma justificação para estes resultados deve-se às consequências do aumento da idade que promovem a dependência e diminuem a QDV (Butler & Ciarrochi,

2007). Contudo, o autor Pimenta et al. (2008) observou que são os idosos com idade mais avançada que possuem uma melhor QDV.

No que concerne ao estado civil tem sido verificado na literatura algumas associações com a QDV. Existem evidências de que são os idosos casados ou em união de facto que apresentam melhores índices de saúde e que manifestam melhor QDV, comparativamente aos restantes estados civis, como os idosos separados/divorciados ou viúvos (Teixeira, 2010; Pimenta et al., 2008; Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki, 2010).

Também as redes de suporte social estão associadas à QDV na sua totalidade e também nos seus vários domínios, como as variáveis sócio-demográficas, físicas e de contexto (Paúl & Fonseca, 2005). Estudos realizados com idosos da população portuguesa a residir na comunidade verificaram que a participação social de forma activa e uma actividade regular, apresenta-se como um indício de uma melhor QDV (Pimenta et al., 2008; Teixeira, 2010). Observou-se ainda que os idosos que mantêm relações frequentes e satisfatórias com os seus familiares e amigos têm uma melhor QDV, nomeadamente nos domínios psicológico e ambiente (op. cit.). Deste modo, os níveis de QDV serão maiores quanto mais os idosos interagirem socialmente, comprovando-se a importância de ter um espaço e alguém com quem falar, de modo a favorecer o bem-estar psicológico e social dos mesmos (op. cit.).

Em relação ao contexto habitacional onde os idosos estão inseridos a QDV vivenciada pelos mesmos varia de forma significativa consoante habitam numa instituição ou na comunidade. Contudo, constatam-se divergências neste aspecto, alguns resultados apontam que os idosos institucionalizados apresentaram uma melhor QDV comparativamente aos idosos não institucionalizados (Ferreira, 2009). Neste estudo, foram os idosos não institucionalizados que demonstraram maiores condicionantes na sua vida social, causados pela sua saúde física ou pelos seus problemas emocionais e consequências na sua vida social e emocional (op. cit.). Outros autores concluíram que os idosos que vivem na comunidade apresentam mais possibilidades de realizarem actividades diárias, e que por sua vez os idosos institucionalizados vêem a sua participação nestas actividades mais limitada (op. cit.). Porém, o autor Ferreira (2009) encontrou resultados diferentes dos anteriores no seu estudo, pois não verificou diferenças na variável institucionalização ao nível da percepção da QDV, defendendo que na amostra deste estudo a institucionalização do idoso não influencia a sua QDV.

Conclusão

O crescente aumento da população idosa e as diversas consequências do desfasamento demográfico revelam a importância de compreender os processos inerentes ao envelhecimento e ao desenvolvimento de meios que facilitem este processo. O envelhecimento acarreta para os idosos variadas mudanças, perdas e privações que afectam inevitavelmente a sua QDV e que lhes exige uma capacidade de adaptação às mesmas, de modo a terem uma vida saudável (Teixeira, 2010).

A solidão surge como uma possível consequência, tendo-se transformado num problema social, particularmente na população idosa (Wu et al., 2010). Os estudos que se debruçam sobre o tema da solidão poderão contribuir para identificar as suas causas e ainda permitir a implementação de medidas com vista a prevenir ou diminuir os seus níveis.

De um modo geral, mediante a revisão da literatura verifica-se que a solidão nesta população tem uma associação significativa com vários aspectos sócio-demográficos. Constatou-se que os sentimentos de solidão são superiores nos idosos do sexo feminino, viúvos ou divorciados e que a relação com a família e um bom suporte social podem exercer influência nos sentimentos de solidão, pois os idosos que possuem uma boa função familiar apresentam sentimentos de solidão menores (Sequeira & Silva, 2002; Paúl & Fonseca, 2005; Barroso & Tapadinhas, 2006; Teixeira, 2010). No que concerne ao contexto habitacional dos idosos, os sentimentos de solidão vivenciados variam de forma significativa consoante habitam numa instituição ou na comunidade. Alguns estudos verificam que os idosos que vivem em instituições apresentam mais sentimentos de solidão, comparativamente aos idosos que vivem na comunidade.

Também a QDV tem assumido particular interesse no campo da investigação, sendo um conceito imprescindível na compreensão da adaptação dos idosos ao envelhecimento. Através da revisão da literatura, conclui-se que a QDV dos idosos é influenciada por determinados aspectos. Por exemplo, os idosos casados ou em união facto, os que têm uma vida social mais activa e que mantêm relações frequentes e satisfatórias com os seus familiares e amigos apresentam melhores índices de saúde e manifestam melhor QDV (Fernandes, 2000; Paúl & Fonseca, 2005; Teixeira, 2010). Deste modo, o estabelecimento de relações sociais e de um espaço de convívio favorece o bem-estar psicológico e social dos idosos. Em suma, a solidão e a QDV são aspectos pertinentes de investigar de forma a compreender o que os caracteriza e como podem ser realizadas medidas para promover um processo de envelhecimento menos solitário e associado a uma melhor QDV, assim como programas preventivos que permitam maior segurança aos idosos.

Referências:

- Barroso, V. & Tapadinhas, A. (2006). “Órfãos Geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados”. Consultado em 29 de Outubro de 2011 através de <http://www.iscet.pt>
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 795–813. Consultado em 29 de Outubro de 2011 em <http://web.ebscohost.com>
- Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B. & Gustafson, Y. (2007). Gender differences in depression among very old. *International Psychogeriatrics*, 23, 756-763. Consultado em 20 de Novembro de 2011 de <http://apps.webofknowledge.com>
- Berger, L. (1995). *Pessoas idosas*. Lisboa: Lusodidacta.
- Butler, J. & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Qual life Res*, 16, 607-615. Consultado em 20 de Novembro de 2011 de <http://web.ebscohost.com>
- Chiu, Y., Moore, R., Hsu, C., Huang, C., Liu, W. & Chuang, H. (2008). Factors influencing women’s quality of life in the later half of life. *Climacteric*, 11, 201-211. Consultado em 20 de Novembro de 2011 de <http://web.ebscohost.com>
- Fernandes, J. (2000). *Qualidade de vida e auto-eficácia em idosos institucionalizados*. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada (Dissertação de Mestrado). Consultado em 19 de Outubro de 2011 de <http://repositorio.ispa.pt>
- Fernandes, H. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança*. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação (Dissertação de Mestrado). Consulta em 25 de Outubro de 2011 em <http://bibliotecadigital.ipb.pt>
- Ferreira, A. (2009). *A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação de Lisboa (Dissertação de Mestrado). Consultado em 19 de Novembro de 2011 através de <http://repositorio.ul.pt>
- Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Aspectos psicológicos – Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Glaser, K., Tomassini, C., Racioppi, F. & Stuchbury, R. (2006). Marital disruptions and loss of support in later life: longitudinal study of the United Kingdom. *European Journal of Ageing*, 3, 207-216. Consultado em 20 de Novembro de 2011 de <http://web.ebscohost.com>
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos*. Consultado em 5 de Março de 2012 de <http://www.ine.pt>
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções de População Residente em Portugal 2008 – 2060: Relatório anual 2009*. Consultado em 20 de Novembro de 2011 de <http://www.ine.pt>

- James, J. B. & Wink, P. (2006). The third age: a Rationale for research. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 26, 19-32. Springer Publishing Company. Consultado em 15 de Novembro de 2011 de <http://pt.scribd.com>
- Kirchengast, S. & Haslinger, B. (2008). Gender differences in health-related quality of life among healthy aged and old-aged Austrians: cross-sectional analysis. *GenderMed*, 5, 270-278. Consultado em 15 de Novembro de 2011 de <http://ac.els-cdn.com>
- Kim, O., Byeon, Y., Kim, J., Endo, E., Akahoshi, M. & Ogasawara, H., (2009). Loneliness, depression and health status of the institutionalized elderly in Korea and Japan. *Asian Nursing Research*, 3, Número 2. Consultado em 16 de Dezembro de 2011 de <http://ac.els-cdn.com>
- Luanaigh, C. & Lawlor, B. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213–1221. Consultado em 19 de Novembro de 2011 em <http://web.ebscohost.com>
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32. Consultado em 16 de Dezembro de 2011 de <http://www.ipv.pt/>
- Monteiro, H. & Neto, F. (2006). A solidão em pessoas idosas: Universidade da Terceira Idade. *Psicologia, Educação e Cultura*, 10, 1.
- Motel-Klingebiel, A., Kondratowitz, H., Tesch-Romer, C. (2004). Social inequality in the later life: cross-national comparison of quality of life. *Eur J Ageing*, 1, 6-14.
- Murphy, E. (1982). *Social origins of depression in old age*. *British Journal of Psychiatry*, 141, 135-142. Consultado em 20 de Dezembro de 2011 de <http://web.ebscohost.com>
- Neto, F. (1989). “Avaliação da Solidão”. *Psicologia Clínica*, 2, 65 – 79. Consultado em 29 de Outubro de 2011 através de <http://www.iscet.pt>
- Oliveira, J. H. B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic-Psicologia.
- Papalia, D. & Olds, S. (1995). *Human development*. New York: McGraw-hill.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15. Consultado em 10 de Dezembro de 2011 de <http://ler.letras.up.pt>
- Peplau, L. A. & Perlman, D. (1982). Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy. (pp.1-20). New York: John Wiley and Sons, Inter science.
- Pimenta, F., Pedrosa, A., Simil, F., Torres, H., Amaral, C., Rezende, C., Coelho, T., & Rezende, N. (2008). Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54, 55-60. Consultado em 19 de Outubro de 2011 de <http://www.scielo.br>
- Ramos, M. (2002). Apoio Social e Saúde entre idosos. *Sociologias*, 7. Consultado a 15 de Novembro de 2011 em <http://www.scielo.br>

- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), pp. 543-557. Consulta em 20 de Dezembro de 2011 de <http://www.scielo.oces.mctes.pt>
- Robert, L. (1995). *O envelhecimento: factos e teorias*. Lisboa: Instituto Piaget
- Routasalo, P., Savikko, N., Tilvis, R., Strandberg, T. & Pitkala, K. (2005). Social Contacts and their relationship to loneliness among aged people – a population-based study. *Gerontology*, 52, 181-187. Consultado em 20 de Dezembro de 2011 de <http://web.ebscohost.com>
- Santos, A. (2008). Qualidade de vida e solidão na terceira idade. Porto: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa (Monografia de Licenciatura). Consultado em 16 de Dezembro de 2011 de <http://ufpbdigital.ufp.pt>
- Sequeira, A. & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-506.
- Silva, S. (2009). Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos. Porto: Universidade Fernando Pessoa (Dissertação de Mestrado). Consultado em 16 de Dezembro de 2011 de <http://bdigital.ufp.pt>
- Teixeira, L. (2010). Solidão, depressão e Qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia (Dissertação de Mestrado). Consultado em 16 de Novembro de 2011 de <http://repositorio.ul.pt>
- Thomopoulou, I., Thomopoulou, D. & Koutsouki, D. (2010). The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of Exercise*, 6. Consulta do em 20 de Dezembro de 2011 de <http://www.biologyofexercise.com>
- Vlaming, R., Haveman-Nies, A., Veer, P. & Groot, L. (2010). Evaluation design for a complex intervention program targeting loneliness in non-institutionalized elderly Dutch people. *BMC Public Health*, 10, 552. Consultado em 16 de Dezembro de 2011 de <http://web.ebscohost.com>
- Van't Veer-Tazelaar, P., van Marwijk, H., Jansen, A., Rijmen, F., Kostense, P., van Oppen, P., van Hout, H., Stalman, W & Beekman, A. (2008). Depression in old age (75+), the PIKO study. *Journal of Affective Disorder*, 106, 295-299. Consultado em 20 de Dezembro de 2011 de <http://ac.els-cdn.com>
- Wu, Z., Sun, L., Sun, Y., Zhang, X., Tao, F., & Cui, G., (2010). Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in Anhui rural area, China. *Aging & Mental Health*, 14, 108-112. Consultado em 16 de Dezembro de 2011 de <http://web.ebscohost.com>
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice. Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre. Artmed: Editora.

Anexo II



Consentimento Informado para a participação na Investigação

Ex.mo(a) Sr.,

Pretendo solicitar a sua autorização para a participação na investigação relacionada com a Solidão e a Qualidade de Vida (QDV).

O presente estudo prende-se com uma investigação para a Dissertação do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, do Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, tendo como finalidade a avaliação da Solidão e QDV em participantes institucionalizados e não institucionalizados.

Para que participe nesta investigação, é necessário que preencha três breves questionários, com questões relativas ao tema em análise, que posteriormente serão cotados e analisados estatisticamente de forma anónima.

Não existirá qualquer tipo de inconveniência caso aceite ou não participar nesta investigação. Toda a informação que fornecer é estritamente confidencial e anónima, sendo que as únicas pessoas que têm acesso à mesma são os responsáveis pela investigação.

Por favor, assinale com uma cruz no quadro que corresponder à sua vontade.

Autorizo a participação neste estudo

Não autorizo a participação neste estudo

Agradeço a disponibilidade.

A investigadora:

Carla Lucas Correia

Anexo III



Ex.mo(s) Senhor(es):

Assunto: Pedido de autorização para a realização de um estudo académico

Ex.mo(s) Senhor(s):

Carla Lucas Correia, aluna do Instituto Superior de Psicologia Aplicada – Instituto Universitário, do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, sobe a orientação da Prof.^a Doutora Ana Rosa Tapadinhas, solicita o pedido de autorização para realizar, nas vossas instalações, um estudo sobre a Solidão e Qualidade de Vida na população idosa.

Este estudo, está integrado na Tese de Mestrado, e não tem como objectivo avaliar o funcionamento da instituição. Os dados recolhidos através dos questionários são confidenciais e, em momento algum os participantes poderão ser identificados.

Para que possa efetuar esta investigação, é necessária a recolha de informações relativamente à população idosa que se encontra numa instituição, e posteriormente, realizar uma análise estatística dos dados.

Este estudo implica alguma disponibilidade por parte da população idosa para o preenchimento dos questionários. Contudo, pretende-se que a abordagem aos idosos decorra nos tempos de lazer de modo a não causar qualquer interferência nas actividades diárias dos mesmos, assim como no funcionamento interno da instituição.

Agradeço a colaboração na selecção dos utentes da instituição que possam/aceitem participar neste estudo.

O protocolo é composto por três partes, um questionário com alguns dados Sócio-Demográficos, um questionário sobre a vivência da Solidão na população idosa, e por fim, um questionário sobre a Qualidade de Vida.

Um dos possíveis benefícios deste estudo é poder contribuir para a melhor compreensão do processo de envelhecimento.

Todos os utentes terão acesso ao consentimento informado, onde será explicado o objectivo do estudo, e onde poderão ter a oportunidade de decidir acerca da sua participação neste estudo.

Agradeço a atenção disponibilizada, sem outro assunto de momento, subscrevo-me atenciosamente,

Carla Lucas Correia

Anexo IV

Responda por favor a todas as questões, não deixando nenhuma em branco, colocando uma cruz no quadrado que corresponde à sua escolha.

1. **Idade:** _____ anos

2. **Sexo:** 1. Masculino 2. Feminino

3. **Localidade:** 1. Aldeia 2. Vila 3. Cidade

4. **Estado Civil:**

1. Solteiro(a) 4. Separado(a)
2. Casado(a) 5. Viúvo(a)
3. Divorciado(a) 6. Outro(especifique): _____

5. **Grau de instrução/escolaridade:**

1. 1º Ciclo 4. Secundário
2. 2º Ciclo 5. Ensino Superior
3. 3º Ciclo

6. **Constituição do agregado familiar (com quem vive):**

1. Sozinho
2. Acompanhado Com quem? _____

7. **Situação Habitacional:**

1. Casa própria 4. Casa de Amigos
2. Casa de familiares 5. Outro (especifique): _____
3. Instituição/Lar

8. **Se vive numa Instituição/Lar, há quanto tempo está:**

1. Menos de 6 meses 2. Mais de 12 meses

9. **Situação Profissional:**

1. Activo(a) 3. Reformado Motivo: _____
2. Sem emprego _____

10. **Considera-se, de um modo geral, uma pessoa saudável ou doente?**

1. Saudável 2. Doente

11. **Tem algum problema de saúde?**

1. Sim 2. Não

Se **Sim**, actualmente toma alguma medicação? 1. Sim 2. Não

12. No último ano quantas vezes esteve doente? _____

13. No último ano quantas vezes consultou o médico? _____

14. Na última semana, como classificaria a sua **saúde**:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Péssima | 5. <input type="checkbox"/> Boa |
| 2. <input type="checkbox"/> Muito Má | 6. <input type="checkbox"/> Muito Boa |
| 3. <input type="checkbox"/> Má | 7. <input type="checkbox"/> Óptima |
| 4. <input type="checkbox"/> Satisfatória | |

15. Como classificaria a sua **Qualidade de vida** ao longo da última semana:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 1. <input type="checkbox"/> Péssima | 5. <input type="checkbox"/> Boa |
| 2. <input type="checkbox"/> Muito Má | 6. <input type="checkbox"/> Muito Boa |
| 3. <input type="checkbox"/> Má | 7. <input type="checkbox"/> Óptima |
| 4. <input type="checkbox"/> Satisfatória | |

16. Como define o contacto com a sua **família**:

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Sem contacto | 3. <input type="checkbox"/> Frequente |
| 2. <input type="checkbox"/> Pouco frequente | 4. <input type="checkbox"/> Muito frequente |

17. Como define o seu **convívio social**?

- | | |
|--|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Sem convívio | 3. <input type="checkbox"/> Convívio moderado |
| 2. <input type="checkbox"/> Pouco convívio | 4. <input type="checkbox"/> Muito convívio |

18. Como define a sua **actividade diária**?

- | | |
|---|---|
| 1. <input type="checkbox"/> Inactivo(a) | 3. <input type="checkbox"/> Moderadamente activo(a) |
| 2. <input type="checkbox"/> Pouco activo(a) | 4. <input type="checkbox"/> Muito activo(a) |

19. Que tipo de **actividades sociais** desenvolve?

- | | |
|--|--|
| 1. <input type="checkbox"/> Centro de dia | 4. <input type="checkbox"/> Sem actividades sociais |
| 2. <input type="checkbox"/> Convívio na Paróquia | 5. <input type="checkbox"/> Outro (especifique): _____ |
| 3. <input type="checkbox"/> Convívio na Junta de Freguesia | |

Anexo V
Escala de Solidão

Instruções: Indique quantas vezes se sente da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações. Coloque um círculo à volta de um número para cada uma delas.

	Nunca	Rara- mente	Algumas Vezes	Muitas Vezes
1. Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.	1	2	3	4
2. Sinto falta de camaradagem	1	2	3	4
3. Não há ninguém a quem possa recorrer.	1	2	3	4
4. Sinto que faço parte de um grupo de amigos.	1	2	3	4
5. Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4
6. Já não sinto mais intimidade com ninguém.	1	2	3	4
7. Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4
8. Sou uma pessoa voltada para fora.	1	2	3	4
9. Há pessoas a quem me sinto chegado.	1	2	3	4
10. Sinto-me excluído.	1	2	3	4
11. Ninguém me conhece realmente bem.	1	2	3	4
12. Sinto-me isolado dos outros.	1	2	3	4
13. Consigo encontrar camaradagem quando quero.	1	2	3	4
14. Há pessoas que me compreendem realmente.	1	2	3	4
15. Sou infeliz por ser tão retraído.	1	2	3	4
16. As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo.	1	2	3	4
17. Há pessoas com quem consigo falar.	1	2	3	4
18. Há pessoas a quem posso recorrer.	1	2	3	4

Anexo VI

Questionário de Estado de Saúde

Acerca destas perguntas

As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais. Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível.

Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

A informação que nos fornecer nunca será usada de modo a poder ser identificado/a.

A MINHA SAÚDE

Para as perguntas 1 e 2 por favor coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, como diria que a sua saúde é:

- Ótima.....1
- Muito boa.....2
- Boa.....3
- Razoável.....4
- Fraca.....5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve, o seu estado geral actual:

- Muito melhor.....1
- Com algumas melhoras.....2
- Aproximadamente igual.....3
- Um pouco pior.....4
- Muito pior.....5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto?

(Por favor assinale com um círculo um número em cada linha)

	SIM, MUITO LIMITADISSIMA	SIM, UM POUCO LIMITADISSIMA	NÃO, NADA LIMITADISSIMA
A. <u>Actividades violentas</u> , tais como correr, levantar pesos, participar em desportos violentos	1	2	3
B. <u>Actividades moderadas</u> , tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
C. Levantar ou carregar as compras da mercearia.....	1	2	3
D. Subir <u>vários</u> lanços de escada.....	1	2	3
E. Subir <u>um</u> lanço de escada.....	1	2	3
F. Inclinar-se, ajoelhar-se ou abaixar-se.....	1	2	3
G. Andar <u>mais de 1 Km</u>	1	2	3
H. Andar <u>vários</u> quarteirões.....	1	2	3
I. Andar <u>um</u> quarteirão.....	1	2	3
J. Tomar banho ou vestir-me sozinho.....	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve no seu trabalho ou actividades diárias algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde física?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)

	SIM	NÃO
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.....	1	2
B. Fez menos do que queria.....	1	2
C. Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades.....	1	2
D. Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço).....	1	2

5. Durante as últimas quatro semanas, teve com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?

(Por favor em cada linha ponha um círculo à volta do número 1 se a sua resposta for sim, ou à volta do número 2 se a sua resposta for não)

	SIM	NÃO
A. Diminuiu o tempo gasto a trabalhar, ou noutras actividades.....	1	2
B. Fez menos do que queria.....	1	2
C. Não executou o seu trabalho ou outras actividades <u>tão cuidadosamente</u> como era costume.....	1	2

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8 por favor ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas 4 semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram com o seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?

Absolutamente nada.....	1
Pouco.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Imenso.....	5

7. Durante as últimas 4 semanas teve dores?

Nenhumas.....	1
Muito fracas.....	2
Ligeiras.....	3
Moderadas.....	4
Fortes.....	5
Muito Fortes.....	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?

Absolutamente nada.....	1
Um pouco.....	2
Moderadamente.....	3
Bastante.....	4
Imenso.....	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.

Para cada pergunta, coloque por favor um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.

Certifique-se que coloca um círculo em cada linha.

Quanto tempo nas últimas quatro semanas	SEMPRE	A MAIOR PARTE DO TEMPO	BASTANTE TEMPO	ALGUM TEMPO	POUCO TEMPO	NUNCA
A. Se sentiu cheio/a de vitalidade?.....	1	2	3	4	5	6
B. Se sentiu muito nervoso/a?.....	1	2	3	4	5	6
C. Se sentiu tão deprimido/a, que nada o/a animava?.....	1	2	3	4	5	6
D. Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?.....	1	2	3	4	5	6
E. Se sentiu com muita energia?.....	1	2	3	4	5	6
F. Se sentiu triste e em baixo?.....	1	2	3	4	5	6
G. Se sentiu estafado/a?.....	1	2	3	4	5	6
H. Se sentiu feliz?.....	1	2	3	4	5	6
I. Se sentiu cansado/a?.....	1	2	3	4	5	6

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

- Sempre1
 A maior parte do tempo.....2
 Algum tempo.....3
 Pouco tempo.....4
 Nunca.....5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações.

(Por favor assinale um número em cada linha)

	TOTALM. VERDADE	VERDADE	NÃO SE	FALSO	TOTALM. FALSO
A. Parece que adoço mais facilmente do que os outros.....	1	2	3	4	5
B. Sou tão saudável como qualquer outra pessoa.....	1	2	3	4	5
C. Estou convencido/a que a minha saúde vai piorar.....	1	2	3	4	5
D. A minha saúde é ótima.....	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

Anexo VII

Relativamente ao género, foi encontrada a seguinte distribuição dos participantes, de acordo com o Quadro 10:

Quadro 10–Distribuição dos participantes em relação ao género

Género	Frequência	Percentagem
Masculino	30	28,3%
Feminino	76	71,7%

Conforme se observa, houve um maior número de participaram do género feminino ($n=76$) do que do género masculino ($n=30$). Estes dados estão de acordo com os da literatura, visto que existem mais elementos do género feminino na população idosa.

No que concerne ao contexto habitacional dos idosos, os participantes distribuem-se de acordo com o Quadro 11:

Quadro 11 – Distribuição dos participantes em relação ao Contexto Habitacional

Contexto Habitacional	Frequência	Percentagem
Comunidade	55	51,9%
Instituição	51	48,1%

Nesta investigação com 106 idosos, 51,9% pertencem à comunidade ($n=55$) e 48,1% dos idosos pertencem à instituição ($n=51$).

No que diz respeito ao Estado Civil dos participantes, este distribui-se de acordo com o apresentado no Quadro 12:

Quadro 12 – Distribuição dos participantes em relação ao Estado Civil ($N=106$)

Estado Civil	Frequência	Porcentagem
Solteiro(a)	7	6,6%
Casado(a)	48	43,4%
Divorciado(a)	1	0,9%
Viúvo(a)	52	49,1%

De acordo com o Quadro 12 apresentado anteriormente, constata-se que a maior percentagem de participantes são viúvos ($n=52$; 49,1%) ou casados ($n=48$; 43,4%).

Quanto ao nível de escolaridade, o mínimo de anos de escolaridade corresponde ao 1º Ciclo (variando de 1 ano a 4 anos) e o máximo de Ensino Superior. Foram encontrados os dados do Quadro 4 referentes à distribuição dos participantes de acordo com o nível de escolaridade.

Quadro 13 – Distribuição dos participantes em relação ao Nível de Escolaridade ($N=106$)

Nível de Escolaridade	Frequência	Porcentagem
1º Ciclo	77	72,6%
2º Ciclo	2	1,9%
3º Ciclo	10	9,4%
Secundário	9	8,5%
Ensino Superior	8	7,5%

De acordo com o Quadro 13, apresentado anteriormente, verifica-se que o maior número de participantes encontrava-se nos níveis de escolaridade 1º Ciclo (72,6%).

Anexo VIII

Qualidades Métricas

Para o cálculo da fidedignidade recorreu-se ao Alfa de Cronbach. No Quadro 5 pode-se observar o valor do Alfa de Cronbach encontrado para a escala de solidão UCLA.

Quadro 14 – Valor do Alfa de Cronbach para a Escala de Solidão UCLA (N=106)

	Coefficiente de Alfa de Cronbach	Nº de itens
Escala de Solidão UCLA	,88	18

Quadro 15 – Valor do Alfa de Cronbach para a Escala de Qualidade de Vida SF-36 (N=106)

SF-36	Coefficiente de Alfa de Cronbach	Nº de itens
Funcionamento físico	0,93	10
Desempenho físico	0,96	4
Dor corporal	0,81	2
Saúde geral	0,68	5
Vitalidade	0,81	4
Funcionamento social	0,73	2
Desempenho emocional	0,94	3
Saúde Mental	0,86	5

Quadro 16 – Média e Desvio Padrão das notas brutas para as dimensões e componentes do SF-36

SF-36	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Funcionamento Físico	18,79	6,21
Desempenho Físico	5,79	1,88
Dor Corporal	6,60	2,72
Saúde Geral	14,20	3,37
Vitalidade	12,85	4,16
Funcionamento Social	6,67	2,24
Desempenho Emocional	4,66	1,42
Saúde Mental	19,05	5,47
Componente Físico	45,39	10,49
Componente Mental	43,25	11,20

Quadro 17 - Média e Desvio Padrão das notas transformadas para as dimensões e componentes do SF-36

SF-36	<i>Média</i>	<i>DP</i>
Funcionamento Físico	43,96	31,05
Desempenho Físico	44,81	47,14
Dor Corporal	46,05	27,21
Saúde Geral	46,01	16,85
Vitalidade	44,29	20,82
Funcionamento Social	58,49	28,05
Desempenho Emocional	55,34	47,56
Saúde Mental	56,22	21,88
Componente Físico	45,21	22,06
Componente Mental	53,58	24,17