



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

Mariana Moreira de Castro

Qualidade de Vida e Solidão em idosos residentes em lar

Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efectuado sob a orientação da
Professora Doutora Isabel Amorim

julho de 2014

*Se meu andar é hesitante
e minhas mãos trêmulas, ampare-me.
Se minha audição não é boa, e tenho de me
esforçar para ouvir o que você
está dizendo, procure entender-me.
Se minha visão é imperfeita
e o meu entendimento escasso,
ajude-me com paciência.
Se minha mão treme e derrubo comida
na mesa ou no chão, por favor,
não se irrite, tentei fazer o que pude.
Se você me encontrar na rua,
não faça de conta que não me viu.
Pare para conversar comigo. Sinto-me só.
Se você, na sua sensibilidade,
me ver triste e só,
simplesmente partilhe comigo um sorriso e seja solidário.
Se lhe contei pela terceira vez a mesma história num
só dia, não me repreenda, simplesmente ouça-me.
Se me comporto como criança, cerque-me de carinho.
Se estou doente e sendo um peso, não me abandone.
Se estou com medo da morte e tento negá-la,
por favor, ajude-me na preparação para o adeus.*

(Autor Desconhecido)

Agradecimentos

Com o aproximar do término desta etapa académica, é fundamental prestar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que a tornaram possível, com o seu apoio, palavras de encorajamento, críticas e sugestões que colaboraram e contribuíram na sua construção deste trabalho.

Em primeiro lugar, aos meus pais e irmão, as pessoas mais importantes da minha vida, que sempre me apoiaram e apoiam com amor incondicional, que me permite olhar para a vida e perceber o seu verdadeiro sentido. Obrigada por me incentivarem a nunca desistir e por acreditarem em mim. Sou-vos infinitamente grata!

Aos meus avós, ao avô Viriato, por ser um grande exemplo, é um grande pilar que me incentiva diariamente a aprender cada vez mais e nunca me deixa desanimar. Obrigada por acreditares em mim e seres uma figura de referência!

À minha avó, que não conseguiu assistir ao término desta etapa na minha vida, mas que certamente estará orgulhosa com esta conquista para eu “ser alguém na vida”. Obrigada por toda a força espiritual! Saudade.

Aos meus amigos, principalmente à Vera, pela ajuda, pelas palavras certas no momento certo, pela paciência que sempre me dispensaram desde o primeiro momento e pela transmissão de confiança e força. Obrigada!

À minha orientadora, a professora Isabel, pelo apoio, motivação e orientações fornecidas, pela confiança e pelo alcance dos ensinamentos que me proporcionou.

À professora Vera Costa por todo o apoio e disponibilidade que demonstrou, sempre com uma palavra de incentivo e paciência.

A todos os docentes que fizeram parte do meu percurso académico, por me terem transmitido os valores e conhecimentos da Gerontologia.

E por último, a todos os que não referi mas que também me apoiaram...

A todos, Muito Obrigada!

RESUMO

Nos últimos anos, assiste-se a um aumento do interesse científico e social acerca da população idosa, sobretudo devido ao envelhecimento populacional que se atingiu, e que se espera que atinja num futuro próximo. A investigação nesta área ganha cada vez mais importância, uma vez que, só conhecendo de forma mais aprofundada a população idosa e as suas necessidades, é que poderá ser possível um apoio mais eficaz, no sentido da promoção da saúde e de um envelhecimento ativo. Face ao exposto, é objetivo deste estudo analisar a relação entre aspetos sociodemográficos e variáveis relacionadas com a institucionalização e a Solidão e a Qualidade de Vida em idosos institucionalizados.

Para alcançar o objetivo proposto, delineou-se um estudo descritivo-correlacional, visto que se procura encontrar as relações existentes entre as variáveis em estudo, sendo a avaliação destas variáveis feita num único momento. Na vertente avaliativa, este estudo realizar-se-á recorrendo a uma amostra independente constituída por 47 idosos residentes em lar cuja inclusão no estudo obedeceu a dois critérios de inclusão: a) idade igual ou superior a 65 anos; b) sem patologia mental grave e; c) que aceite participar no estudo. A amostra é recolhida em dois lares de idosos do Concelho de Viana do Castelo. Para a recolha de dados elaborou-se um protocolo constituído por: questionário sobre dados sociodemográficos e variáveis relacionadas com a institucionalização; Escala de Qualidade de Vida (OMS) WHOQOL-Bref (Serra *et al.*, 2006) e a Escala da Solidão da UCLA (Neto, 1989). A análise de dados desenvolver-se-á com base em estatística descritiva e comparativa com o suporte do SPSS, de acordo com a tradição no domínio. O grupo de idosos estudados é constituído maioritariamente por mulheres, viúvas ou solteiras, com idades compreendidas entre os 72 e 96 anos, com frequência do ensino básico, reformadas.

Podemos concluir que a Solidão e a Qualidade de Vida estão negativa e fortemente correlacionadas. No que diz respeito aos fatores sociodemográficos, apenas nas visitas em lar, frequências de saídas, relações no lar e períodos de saída é que se encontram diferenças significativas entre grupos.

Palavras-chave: envelhecimento, Qualidade de Vida, Solidão, institucionalização

ABSTRACT

In recent years, we are witnessing an increased scientific and social interest on the elderly population, mainly due to population aging has been reached, and that is expected to achieve in the near future. Research in this area has gained increasing importance, since only knowing further in the elderly population and their needs, that it may be possible to more effective support towards the promotion of health and active aging. Given the above, the aim of this study was to investigate the relationship between sociodemographic aspects and variables related to institutionalization and Loneliness and the quality of life in institutionalized elderly.

To achieve the proposed objective, outlined a descriptive correlational study, since it tries to find the relationship between the study variables and the evaluation of these variables taken in a single moment. In evaluative aspect, this study will be conducted using an independent sample of 47 elderly residents in nursing homes whose inclusion in the study followed two inclusion criteria: a) age ≥ 65 years; b) without serious mental pathology; c) who accept to participate in the study. The sample is collected in two nursing homes in the municipality of Viana do Castelo. To collect data elaborated a protocol consisting of: questionnaire on sociodemographic data and variables related to institutionalization; Scale of Quality of Life (WHO) WHOQOL-Bref (Serra et al., 2006) and the UCLA Loneliness Scale (Neto, 1989). Data analysis will be developed, based on descriptive and comparative statistics with SPSS support, according to the tradition in the field. The elderly group studied is mostly made up of women, widows or unmarried, aged between 72 and 96 years with frequency of basic education, reformed. We can conclude that the solitude and Quality of Life are negative and strongly correlated. With regard to demographic factors, only hits on the home frequency outputs relations in the home and in the output periods are significant differences between groups.

Keywords: Aging, Quality of Life, Loneliness, institutionalization

February 2014

Índice Geral

Introdução.....	17
I ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL:	19
1.1 O desafio do envelhecimento.....	21
1.3 Qualidade de Vida no idoso.....	39
1.4 Solidão e o envelhecimento	50
1.5 Solidão e Qualidade de Vida	60
Problemática em estudo	64
II METODOLOGIA.....	67
2.1 Método.....	69
2.2 Amostra	70
2.2 Instrumentos de recolha de dados	71
2.3 Procedimentos	75
2.4 Procedimentos de análise de dados	76
III APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	79
3.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes	81
3.2 Qualidade de Vida dos participantes.....	90
3.3 Solidão dos participantes	91
3.4 Relação entre as variáveis sociodemográficas, a Qualidade de Vida e a Solidão	92
3.5 Relação entre Solidão e Qualidade de Vida.....	104
IV DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	105
CONCLUSÕES/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA GERONTOLÓGICA	121
BIBLIOGRAFIA.....	125

Índice de tabelas

Tabela 1 - Estrutura etária da população, 2001 e 2011	13
Tabela 2 – Resultados de estudos selecionados no âmbito da Qualidade de Vida.....	46
Tabela 3 - Resultados de estudos selecionados no âmbito da Solidão	58
Tabela 4 - Resultados de estudos selecionados no âmbito da Qualidade de Vida e da Solidão	62
Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica dos participantes	82
Tabela 6 - Institucionalização em Lar	83
Tabela 7 - Periodicidade das visitas no Lar	84
Tabela 8 - Distribuição dos participantes em função das Saídas do Lar	85
Tabela 9 - Relações no Lar	87
Tabela 10 - Períodos fora do Lar	88
Tabela 11 - Distribuição dos participantes em função do estado de saúde mental atual e acompanhamento em consulta externa	89
Tabela 12 - Estatísticas descritivas obtidas na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref	90
Tabela 13 - Estatísticas descritivas obtidas na Solidão	91
Tabela 14 - Teste de distribuição da amostra	92
Tabela 15 - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL_BREF e Solidão em função do género	93
Tabela 16 - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL_BREF e Solidão em função do grupo etário	94
Tabela 17 - Matriz de correlações de Pearson entre a idade e as subescalas do WHQOQL-Bref e Solidão	94

Tabela 18 - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL_BREF e Solidão em função do estado civil	95
Tabela 19 - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL_BREF e Solidão em função da escolaridade	96
Tabela 20 - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL_BREF e Solidão em função o tempo institucionalizado em Lar	97
Tabela 21 - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL_BREF e Solidão em função das visitas que recebem no Lar.....	98
Tabela 22 - Teste <i>Post-Hoc</i> para reconhecimento dos grupos que diferem	98
Tabela 23 - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL_BREF e Solidão em função da frequência das saídas	99
Tabela 24 - Teste <i>Post-Hoc</i> para reconhecimento dos grupos que diferem	100
Tabela 25 - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL_BREF e Solidão em função da caracterização das relações.....	101
Tabela 26 - Teste <i>Post-Hoc</i> para reconhecimento dos grupos que diferem	102
Tabela 27 - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL_BREF e Solidão em função dos períodos que passar fora do Lar	104
Tabela 28 - Matriz de correlações de Pearson	104

Índice de ilustrações

Ilustração 1- Pirâmide etária comparativa da população residente, 2001 e 2011	23
--	----

INTRODUÇÃO

Introdução

Nos últimos anos, com o aumento da longevidade, assiste-se a um aumento do interesse científico e social em relação à população idosa, existindo atualmente uma grande diversidade de quadros conceptuais, abordagens metodológicas e resultados de investigação.

O envelhecimento humano pode ser entendido como um processo individual resultante de alterações biológicas, psicológicas, sociais, ou outras, provocadas pela idade, que atingem o ser humano modificando o seu relacionamento com a própria vida e com o mundo, alterando a sua relação com o tempo (Teixeira, 2006). Este processo possui três componentes: a biológica, que remete para as capacidades/ competências físicas do indivíduo; a psicológica definida pela autorregulação do indivíduo para tomar decisões e opções; e ainda, pela social, que consiste nos papéis sociais desempenhados na sociedade, conceito associado ao entendimento de terceira idade (Schroots & Birren, 1980; como citado em Paúl, 1997), sendo que o acelerar do envelhecimento social decorre da fragilidade do idoso, da perda do poder económico e da perda de autoridade.

De acordo com Fontaine (2000), o envelhecimento, pode definir-se como um processo de involução, com um conjunto de processos que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento. Os efeitos do envelhecimento não são homogéneos, visto que as pessoas idosas são muito diferentes.

Contudo é aceite globalmente que as alterações observadas a nível físico, psicológico e social afetam o bem-estar dos idosos e só compreendendo os processos inerentes ao envelhecimento é possível organizar respostas adequadas às necessidades dos idosos para uma melhor qualidade de vida.

Dois dos aspetos que frequentemente surgem associados às mudanças que ocorrem ao longo do envelhecimento são a Qualidade de Vida e a Solidão.

Comummente faz-se uma associação direta entre a velhice e a Solidão, uma vez que se considera “normal” a presença deste sentimento por parte do idoso. Embora vários autores tenham tentado definir o conceito Solidão, não há uma definição que seja universalmente adotada pelos especialistas (Neto, 2000.) Contudo, Peplau e Perman

(1982, como citado em Neto, 2000) nas definições atribuídas à Solidão, salientam que há determinantes comuns que são partilhados por outras definições: (a) a Solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; (b) esta experiência subjetiva é psicologicamente incômoda para a pessoa; (3) a Solidão resulta de um modo de relacionamento deficiente.

Torna-se fundamental promover um envelhecimento aliado ao conceito de bem-estar e de Qualidade de Vida, assumindo o conceito de Qualidade de Vida um particular interesse no campo da investigação. Muitos estudos têm evidenciado a compreensão de toda a subjetividade do conceito de Qualidade de Vida, tendo a OMS proposto que “ é a percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (Paúl & Fonseca, 2005, p. 77). O envelhecimento e a Qualidade de Vida são conceitos complexos quando associados, na medida em que dependem de variados fatores, e com crescente envelhecimento da população têm sido foco de atenção da investigação (Paúl & Fonseca, 2005).

Neste sentido, a investigação nesta área é de todo pertinente, uma vez que, este âmbito está a ganhar cada vez mais importância e só conhecendo de forma mais aprofundada a população idosa e as suas necessidades, é que poderá ser possível um apoio mais eficaz, no sentido da promoção da saúde e de um envelhecimento ativo.

O presente trabalho encontra-se dividido em quatro partes fundamentais: O primeiro capítulo pretende enquadrar teoricamente o problema de investigação através de uma revisão da literatura nos domínios mais relevantes para seu equacionamento, abordando-se o envelhecimento, a Qualidade de Vida e a Solidão.

O segundo capítulo visa a apresentação do estudo empírico fazendo o seu enquadramento metodológico de acordo com as questões orientadoras, de onde surgem os objetivos do estudo de investigação.

Finalmente, no capítulo três e quatro, serão consideradas a apresentação e discussão dos resultados do estudo e principais conclusões, assim como uma reflexão crítica acerca dos procedimentos metodológicos adotados e os resultados obtidos, com as respetivas implicações práticas.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO E CONCEPTUAL: ENVELHECIMENTO E QUALIDADE DE VIDA

*“Há uma idade na vida
em que os anos passam demasiado depressa
e os dias são uma eternidade”
Virginia Wolf*

Diante da realidade inquestionável das transformações demográficas iniciadas no último século e que nos fazem observar uma população cada vez mais envelhecida, evidencia-se a importância de garantir aos idosos não só uma sobrevida maior, mas também uma boa Qualidade de Vida, importando pois desenvolver meios para melhor atender às dificuldades do crescente grupo de idosos.

Numa perspetiva multidimensional do desenvolvimento, o envelhecimento ocorre numa dimensão biológica, psicológica e social, parecendo fundamental a obtenção de dados de caracterização da Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos, do ponto de vista dos próprios, considerando todos os aspetos do envelhecimento para que assim se possam dinamizar medidas adequadas, para resposta às necessidades dessa população que permitam o alcançar de um envelhecimento bem-sucedido.

Ao longo deste capítulo, procurar-se-á salientar a perspetiva multidimensional e compreensiva do envelhecimento, sublinhando a importância da consideração da Qualidade de Vida das pessoas idosas e os fatores que contribuem para tal.

1.1 O desafio do envelhecimento

A população idosa aumentou nos últimos anos perspetivando-se que vai continuar a aumentar nos próximos. Este fenómeno apresenta-se como um desafio para a sociedade em geral e, em particular, para os profissionais da área.

Atualmente, a nível Mundial, vivenciamos um processo acentuado do envelhecimento populacional. Fontaine (2000) garante que é um fenómeno que ocorreu em todos os países após a Segunda Guerra Mundial, na medida em que é um fenómeno

real e recente que surge como um marco relevante na nossa sociedade (Faria & Marinho, 2003).

O envelhecimento da população evidencia-se como resultado, numa primeira análise, do desenvolvimento económico, médico e do apoio social. Neste sentido, há uma relação direta entre o envelhecimento populacional e os países desenvolvidos (CCE, 2006). De acordo com a OMS (2005), entre 1970 e 2025, espera-se que o número de pessoas mais velhas cresça 223 % (cerca de 694 milhões); em 2025, prevê-se que existam cerca de 1,2 bilhões de indivíduos com mais de 60 anos; e até 2050, 2 bilhões, das quais, 80 % nos países em desenvolvimento.

Constitui-se como fundamental salientar que para além do aumento da esperança média de vida, a diminuição das taxas da natalidade são considerados os principais fatores para explicar o dinâmico processo da transição demográfica pela qual grande parte dos países está a passar, fenómenos estes possíveis devido à melhoria significativa das condições de vida, de educação, e de saúde (Marciel, 2008).

O envelhecimento demográfico resultante do aumento da população com mais de 65 anos de idade é então uma realidade, afirmando a OMS (2005, p. 50) *“que o crescimento global e rápido da população de idosos é um dos maiores desafios que o mundo terá de enfrentar no próximo século”*.

Os dados do INE (2012) apontam para que 20% da população dos países desenvolvidos terá 65 anos de idade no ano de 2020, e uma pessoa em cada sete terá mais de 60 anos. Acrescenta-se ainda que, nestes países, o crescente número de idosos é agravado pelo prolongamento da esperança de vida, ou seja, para além de ter aumentado de modo substancial o número de indivíduos, crescerá também o número de idosos na 4ª idade, engrossando a faixa etária dos que estão acima dos 80 anos.

De acordo com os dados do INE, em 1990, a expectativa de vida, ao nascimento, era de 79 anos para as mulheres e 72,1 anos, para os homens. No entanto, em 2040, estima-se que a expectativa de vida será de 82,8 anos para as mulheres e 75,9 anos para os homens. Eid, Kairalla & Campora (2012), destacam que os indivíduos do sexo feminino vivem mais anos, logo sofrem mais as consequências do envelhecimento carregando um número maior de características de fragilidade tornando-se por isso mais dependentes.

No caso concreto de Portugal, entre 1960 e 2001, o envelhecimento demográfico traduziu-se numa redução de aproximadamente 36 por cento da população jovem (0-14 anos) e um crescimento de 140 por cento da população idosa (65 anos ou mais). Entre 2000 e 2009 a esperança média de vida à nascença aumentou 2,9 anos relativamente ao sexo masculino e 2,1 anos no que diz respeito ao sexo feminino, situando-se em 76,3 e 82,4 anos respetivamente (INE, 2002), estando a esperança média de vida em Portugal com valores acima, em comparação com a União Europeia

As estatísticas apontam, que para além de sermos uma população envelhecida, a evolução do envelhecimento da população entre 2001 e 2011, foi de 3 pontos percentuais, aproximadamente (INE, 2012) (Ilustração 1)

Pirâmide etária comparativa da população residente, 2001 e 2011

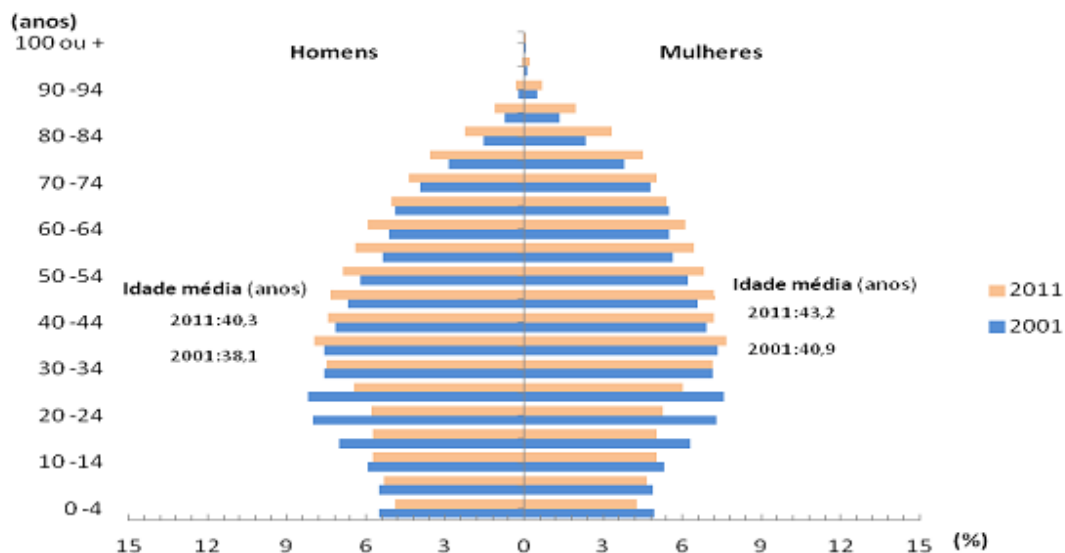


Ilustração 1 - Pirâmide etária comparativa da população residente, 2001 e 2011 (INE, 2012)

De acordo com os Censos de 2011, (INE, 2012), a população idosa já supera a população jovem, dado que o número de indivíduos com 65 e mais anos tem vindo a aumentar, devido a fatores como: alteração do padrão de mortalidade, decréscimo da

taxa de natalidade, melhoria dos cuidados de saúde, das condições de vida, o desenvolvimento da tecnologia e a capacidade de controlo das doenças.

No nosso país, tem-se verificado mais do que uma duplicação da população, sendo este acontecimento notório, não só pela base da pirâmide etária com diminuição da população jovem (0-14 anos), mas também pelo topo com aumento da população idosa (65 e mais anos) (INE, 2012). Quadro 1

Estrutura etária da população, 2001 e 2011

Portugal	2001		2011	
	Nº	%	Nº	%
Estrutura Etária				
0-14 anos	1 656 602	16,0	1 572 329	14,9
15-24 anos	1 479 587	14,3	1 147 315	10,9
25-64 anos	5 526 435	53,4	5 832 470	55,2
65 ou mais anos	1 693 493	16,4	2 010 064	19,0

Tabela 1 - Estrutura etária da população, 2001 e 2011 (INE 2012)

O fenómeno do envelhecimento demográfico implica mudanças nas estruturas etárias das populações e também profundas mudanças nas suas estruturas sociais, levando a que o problema do envelhecimento passasse de uma dimensão meramente pessoal para uma dimensão social, levantando preocupações de ordem psicológica, social e económica, designadamente uma crescente preocupação com a Qualidade de Vida dos idosos.

A par desta evolução, surge então uma nova área científica dedicada ao estudo do envelhecimento humano e das pessoas mais velhas, a Gerontologia. Corresponde a uma visão integrada do envelhecimento que agrega contributos de várias áreas científicas, como a Biologia, a Psicologia e a Sociologia, para citar apenas algumas, mas que se constitui num novo campo de saber, ao criar abordagens e modelos explicativos sobre o ser humano e o seu curso de vida (Paúl & Ribeiro, 2012). A Gerontologia é o estudo científico do envelhecimento do ser humano e tem o encargo de ser a origem do qual brotam as suas ramificações, nomeadamente, a Gerontologia Social, a Gerontologia Biomédica e a Geriatria. Assim, a Gerontologia Social, como termo utilizado pela primeira

vez em 1954, pode ser entendida como uma especialidade de Gerontologia, dado que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento e na velhice, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimiza-lo (Paúl & Fonseca, 2005). Baseia-se em conhecimentos biopsicossociais e a sua característica central é a multidisciplinariedade.

Silverstein (2010, como citado em Paúl & Ribeiro, 2012) salienta que em ciências, as fronteiras são limites transitórios, constantemente expandidos pelas novas descobertas e a emergência de novas perspectivas, sendo esse o objetivo que ele traça claramente para os artigos de revisão das fronteiras, em tópicos específicos da Gerontologia Social. Achenbaum (2010, como citado em Paúl & Ribeiro, 2012), refere que enquanto se mapeiam as capacidades e as necessidades das pessoas idosas nas populações que estão a envelhecer, tem que se decidir como alimentar os potenciais de vida tardia, para atualizar as prioridades da sociedade.

Destaca-se assim que, por um lado, a Gerontologia estuda não só o processo de envelhecimento, mas, igualmente, as diferenças da idade ou aquelas condições concretas que requerem especial atenção. De outro lado, a Gerontologia Social é interventiva, pois trata de melhorar as condições de vida das pessoas adultas, e podendo-se também fazer desde distintos contextos: públicos e privados (Paúl & Ribeiro, 2012),

Neste sentido, o Gerontólogo Social deve ter conhecimentos biopsicossociais da velhice e do envelhecimento, ampliando estes últimos na medida em que sejam necessários para compreender o fenómeno do envelhecimento e da velhice, quer numa perspectiva social, quer para aplicar estes conhecimentos em benefício das pessoas de idade, para as quais é necessário considerar outros âmbitos (Tibbitts, 1960, como citado em Fernandez-Ballesteros, 2004).

1.2 O processo de envelhecimento

Durante décadas, o envelhecimento não esteve no foco das preocupações ou até mesmo da investigação, na medida em que, a velhice era apenas considerada como uma fase no ciclo de vida em que ocorria declínio e perda de capacidades, não pertencendo ao desenvolvimento pessoal. Depois da 2ª Guerra Mundial, e relacionado com o aumento da esperança média de vida e consequente envelhecimento dos indivíduos, houve um maior interesse pelo estudo do envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005), assim como o aparecimento das novas áreas científicas.

Ao longo das décadas, a noção de envelhecimento e as atitudes para com os idosos têm vindo a alterar-se, quer relativamente aos conhecimentos sobre a fisiologia e anatomia do ser humano, quer ao nível da cultura e das relações sociais (Paúl & Fonseca, 2005).

O envelhecimento implica o reconhecimento de diversos desafios aos quais se torna necessário dar resposta. A idade cronológica reflete apenas uma das faces do fenómeno uma vez que em termos de envelhecimento poderemos ter múltiplas *idades* se considerarmos as alterações de ordem biológica, social e/ou psicológica, traduzindo esta realidade a complexidade do desenvolvimento humano

Parece importante debruçarmo-nos sobre o processo de envelhecimento. O envelhecimento pode definir-se como um processo de mudança gradual nas estruturas: a) social – no que refere aos papéis sociais, sendo fortemente influenciada pela cultura local; b) biológica – a senescência (processo de envelhecimento orgânico, é o período em que o declínio físico e mental são lentos e graduais); c) psicológica – comportamento em relação à mudança do meio, incluindo, memória, capacidades intelectuais e motivações (Paúl, 2005; Squire, 2005).

Estes três elementos não ocorrem obrigatoriamente em simultâneo, nem de forma isolada, dado que, se influenciam mutuamente (Squire, 2005). Assim sendo, contraria a falsa ideia de que o envelhecimento é igual à idade cronológica medida pelo calendário, uma vez que é um processo diferencial. Ou seja, idade cronológica não é

certamente um marcador exato das mudanças que ocorrem com o envelhecimento. Alguns autores, como anteriormente referido, afirmam que ao invés de idade cronológica preferem considerar que um indivíduo pode corresponder a idades diferentes, de natureza psicológica, social e biológica (Birren & Cunningham, 1985, como citado em Fonseca, 2006).

Existem, atualmente, muitas teorias relativas ao fenómeno do envelhecimento, evidenciando a função e os mecanismos responsáveis pelo processo (Patricio, Hoshino & Ribeiro, 2009).

Numa perspetiva de cariz biológico, Yates (1993, como citado em Fonseca, 2006) caracterizou o envelhecimento como um processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente condicionado sob o ponto de vista ambiental, deixando para trás resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, de acidentes e de situações diversas de instabilidade dinâmica que, por fim, resultam na morte.

Relacionado com a perspetiva biológica, Birren & Cunningham, (1985, como citado em Fonseca, 2006), sugerem que o envelhecimento pode ser compreendido a partir de duas subdivisões: a) o envelhecimento primário ou normal, que não implica a ocorrência de doença e atinge todos os humanos pós-reprodutivos, pois é uma característica genética típica da espécie; b) envelhecimento secundário ou patológico, aquele em que há doença e em que esta se torna a causa da morte. Embora tenham causas distintas, quer o envelhecimento primário, quer o secundário interagem fortemente. O stress ambiental e as patologias podem acelerar o processo de envelhecimento e consequentemente aumentar a vulnerabilidade do indivíduo (Spirduso, 2005). Deverá também ser considerado um envelhecimento terciário ou terminal, que se caracteriza com perdas físicas e cognitivas acentuadas, provocadas não só pelo acumular de efeitos do envelhecimento, mas também por doenças dependentes da idade.

Com o passar dos anos, há evolução nos conceitos, desde uma perspetiva que encara envelhecimento e o desenvolvimento como duas fases diferentes e sequenciais, para uma outra conceção, que considera estes dois fenómenos interligados (Fonseca, 2006).

Desenvolvida a partir dos anos 80, a teoria do ciclo de vida, de Baltes & Smith (2004, como citado em Neri, 2006) encara o desenvolvimento como um processo contínuo, multidimensional e multidirecional de mudanças instrumentados por fatores de natureza genético-biológicas e socioculturais, de carácter normativo e não normativo, notado por ganhos e perdas concorrentes e por interação entre o indivíduo e a cultura.

Se alguns investigadores do ciclo de vida centralizaram a sua investigação na procura de processos para estudar mudanças relacionadas com a idade na plasticidade e conceptualizações que possibilitem a definição de sucesso ou de eficácia do desenvolvimento humano, Baltes (1997), define desenvolvimento bem-sucedido como a maximização relativa de ganhos e a minimização de perdas com o aumento da idade, mais mudanças previstas envolvem perdas ao invés de ganhos, embora continuem a existir algumas expectativas de ganhos na velhice, como o aumento da dignidade e da sabedoria. E com esta relação entre ganhos e perdas, há uma mudança na proporção esperada de experiências de sucesso e fracasso. Trata-se de um modelo transacional, dinâmico, contextualista e pluralista, uma vez que leva em consideração várias dimensões, níveis, e temporalidades do desenvolvimento.

É precisamente neste sentido que Baltes & Baltes afirmam (1990, como citado em Fernández-Ballesteros, 2009) que a regulação do processo de envelhecimento depende das circunstâncias sócio - históricas e pessoais do indivíduo. No modelo SOC desenvolvido por Baltes são considerados três mecanismos: seleção, otimização e compensação que podem funcionar como formas de enfrentar os problemas ou estratégias de gestão de vida, como funções protetoras e, conseqüentemente determinantes do envelhecimento ativo.

O modelo SOC consiste numa estrutura biológica e cultural que pode ser aplicada a qualquer teoria do desenvolvimento, por se tratar de um conjunto de concepções que pressupõem uma interação desses processos em distintas etapas da vida. Essa aplicação, está relacionada com os movimentos que direcionam o indivíduo a atingir níveis mais altos de funcionamento (crescimento) e a possibilidade de impedir resultados negativos (manutenção). Seleção constitui pormenorização, especificidade e diminuição da amplitude de alternativas possibilitadas pela plasticidade individual. É, não só uma

condição para os avanços, mas também uma necessidade para os recursos, tais como, tempo, energia e capacidade, que são limitados. Pode ser eletiva ou orientada à recuperação das perdas, e, neste sentido, dirige-se à reorganização da hierarquia e ao número de metas, ao ajuste do nível de aspiração ou ao desenvolvimento de novas metas que sejam compatíveis com os recursos disponíveis. A otimização significa aquisição, aplicação, coordenação e manutenção de recursos internos e externos envolvidos no alcance de níveis mais altos de funcionamento. Pode ser realizada mediante a educação, a prática e o suporte social dirigidos à cognição, à saúde, à capacidade atlética e às habilidades artísticas e sociais. Por sua vez, compensação surge quando um certo conjunto de meios já não está disponível, seja por perdas diretas desses meios (por exemplo, perda de audição), por transferência negativa (por exemplo, a incompatibilidade entre os objetivos), ou de novas restrições limitando o tempo e a energia (por exemplo, o foco exclusivo de consumo relativo às missões de resiliência e regulação da perda).

Baltes (1997) expõe uma concepção rigorosa e completa da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, explicando que a finalidade desta perspectiva é possibilitar a aquisição de conhecimentos sobre os princípios que organizam o desenvolvimento humano durante a existência, em relação quer às analogias e diferenças inter-individuais no desenvolvimento, quer às condições que regulam a plasticidade intra-individual e a mudança do comportamento. Segundo o mesmo autor, a natureza do desenvolvimento psicológico alia-se a dois fatores: o desenvolvimento formado por mudanças quantitativas e qualitativas, e prolonga-se ao longo de todo o ciclo de vida, podendo-se envolver em processos de mudança também em fases tardias da vida.

O autor aborda a “terceira idade”, referindo-se ao momento em que o indivíduo atinge os 65 anos. No entanto, há a existência de uma quarta idade, que teria início aos 80 anos, à qual corresponde uma menor Qualidade de Vida e um estado funcional mais pobre, em que a maioria das pessoas está inativa e em que a disfuncionalidade estende-se não apenas à dimensão física, mas também a outras áreas de funcionamento psicológico e social. A incompletude da arquitetura biológica-genética e cultural-social do

ciclo de vida é tão radical nesta quarta idade que as perdas qualitativas, assim como a sua universalidade, tornam-se a regra (Baltes & Smith, 2003, como citado em Fonseca, 2005).

Outros autores poderão utilizar terminologia diferente na distinção das “idades” do envelhecimento, nomeadamente Schaie & Wills (1996), que se referem aos Velhos-jovens, que são idosos ativos que estão situados numa faixa etária de 60 a 70-75 anos; aos Velhos, que apresentam uma maior fragilidade física, mas poderão ainda levar uma vida “normal”, estando situados na faixa etária de 75-80 a 90 anos; e aos velhos-velhos, com idade superior a 90 anos e já apresentam uma grande desvantagem física e mental.

Contudo, Shepard (2003), afirma que os limites que demarcam as várias categorias funcionais variam basicamente de um país para outro, salientando que é a diferença individual que decide como cada pessoa irá envelhecer. Há vários fatores que poderão influenciar, nomeadamente, o sexo, o estilo de vida, a saúde, os fatores socioeconómicos, a herança genéticas, entre outros.

Poderá então dizer-se que a velhice é a ultima etapa do ciclo de vida, a qual apresenta algumas manifestações físicas, psicológicas, sociais e debilitantes, dos quais se relevam a diminuição da capacidade funcional, do trabalho e da resistência, a perda dos papéis sociais, o aparecimento da Solidão e o declínio psicológico e motor (Neto, 2002).

Em termos gerais, o envelhecimento define-se como um conjunto de fenómenos que ocorrem no organismo após a sua fase de desenvolvimento e provocam modificações biológicas e psicológicas, sendo um processo de involução. Não obstante, o envelhecimento é heterogéneo, uma vez que as pessoas são muito diferentes (Fontaine, 2000).

Com o aumento da esperança média de vida, o número de nonagenários e/ou centenários também aumentou. Contudo, mais importante do que a longevidade é poder ter um envelhecimento bem-sucedido, que o envelhecimento ocorra com qualidade e manutenção da autonomia dos indivíduos, procurando manter a oportunidade de os mais velhos poderem continuar a participar ativamente na sociedade minimizando assim a possibilidade de exclusão social.

Ao longo de toda a sua vida, as pessoas podem agir de forma a preservar a sua saúde, quer a física, quer as habilidades mentais, bem como a sua autonomia. Isto requer

uma dieta saudável, com atividades físicas e intelectuais apropriadas e um uso correto de cuidados médicos. Acrescenta-se mais, a manutenção de um papel social e uma razão de ser, o que na idade adulta, são fatores importantes no envelhecimento bem-sucedido (Berr, Ballard, Blain & Robine, 2012).

De acordo com Fontaine (2000), são necessárias três condições para que possamos ter um envelhecimento bem-sucedido: a) uma diminuta probabilidade de doenças, especialmente as que causam perda de autonomia; b) elevado nível funcional ao nível físico e cognitivo e; c) conservação da dedicação social e bem-estar subjetivo.

De acordo com Kahn (2003, como citado em Lima, Silva & Galhardoni, 2008), fatores como o envolvimento com a vida, manutenção de elevados níveis de habilidades funcionais e cognitivas, baixa probabilidade de doenças e prática de hábitos saudáveis para a redução de riscos são fatores essenciais para o envelhecimento bem-sucedido, mas poderá secundarizar as dimensões socioculturais e coletivas, atribuindo a responsabilidade do envelhecimento bem-sucedido ao âmbito particular e individual

Deste modo, para a promoção de um envelhecimento bem-sucedido torna-se importante considerar o local onde envelhecemos (*“aging in place”*). *“Aging in place”* é um paradigma emergente que centra a sua discussão na compreensão das mudanças que ocorrem no envelhecimento e no seu ambiente envolvente, elegendo a manutenção da pessoa no seu meio natural como meio preferencial de vida, define que os indivíduos idosos possam preservar um estilo de vida na sua comunidade de acordo com os seus hábitos comuns. A noção de *“aging in place”* é fucral para o entendimento das relações entre o local de residência e o envelhecimento bem-sucedido (Lawton, 1989, como citado em Paúl & Fonseca, 2005). Surge como uma política que evidencia a sua discussão no conhecimento das modificações que ocorrem no envelhecimento e no seu ambiente envolvente, adotando a manutenção do individuo no seu contexto natural como meio preferencial de vida (Pynoos, Caraviello & Cicero, 2009, como citado em Martin, Santinha, Rito & Almeida, 2012). Algumas investigações revelam, que, com o avançar da idade, é cada vez maior a lealdade ao conceito (*aging in place*) e o interesse do idoso em continuar na habitação atual, confirmando o seu necessário papel na manutenção da independência funcional e da atividade social (AARP, 2005, como citado em Martin *et al.*,

2012). Importa ainda referir, que por ambiente natural entende-se, não só a habitação própria, mas também, a vivência de outras situações estruturadas na comunidade (Fange, Oswald & Clemson, 2012).

Com a mesma intenção, Martins (2006) afirma, que o local onde se vive desempenha um papel prioritário no estudo das condições sociais das pessoas idosas, isto porque, o meio em que os idosos habitam está relacionado com o seu sentimento de satisfação psicológica, sendo bastante pertinente a sua investigação (Paúl, 2005). A casa tem uma importância fulcral e um valor fundamental na estruturação da identidade social dos idosos, uma vez que, estes enfrentam um declínio das suas capacidades de adaptação, tornando-se mais suscetíveis ao âmbito em que estão inseridos.

Gonçalves & Carrilho (2007), afirmam contudo que é necessário salientar que uma grande percentagem de adultos idosos não têm uma habitação condigna, não tendo acesso à informação e não podendo usufruir bens e equipamentos, que normalmente estão situadas nas grandes cidades. Na realidade, o isolamento social e geográfico provoca sentimentos negativos nos indivíduos, nomeadamente, a Solidão e o abandono, que são difíceis de ultrapassar.

A velhice é uma fase em que o indivíduo se depara com algumas mudanças ao nível biológico, funcional, social e psíquico, e relacionado com essas mudanças surge o aparecimento de algumas doenças, nomeadamente as degenerativas, requerendo frequentemente a ajuda da rede social e da sociedade em geral. As redes sociais de apoio são o grande suporte para os idosos, sendo estas informais (constituídos por familiares, amigos e vizinhos) ou formais (incluindo os serviços institucionais). Estes dois grandes grupos prestam apoio social e assistencial no sentido do bem-estar do idoso (Paúl, 1997).

Quando nos referimos as redes informais, embora a família seja o maior suporte de apoio físico e emocional para os idosos os amigos também têm forte influência no seu bem-estar, pela partilha da intimidade, de interesses, confidencialidade, apoio emotivo e instrumental, prestação de cuidados, socialização, entre outros, também os amigos são percecionados pelos idosos como elementos positivos e estimulantes para o seu bem-estar geral enquanto os encontros familiares são muitas vezes, ritualizados e improdutivos (Paúl, 1997).

É importante salientar o papel da solidariedade familiar para com o idoso, sendo a família o lugar primordial das trocas intergeracionais e uma fonte de entreajuda. As famílias modernas organizam-se em torno de laços de parentesco, em que nas suas relações existe a prestação de ajudas, bens e afetos. Denota-se o aumento de famílias trigeracionais, onde existe mais avós do que netos, devido à maior longevidade e menor distância geracional, contudo, até há poucos anos era menos frequente a coabitação dos idosos com os seus filhos, o que provoca o isolamento por parte dos primeiros. As trocas entre avós, pais e netos possuem características diferentes ao longo do ciclo de vida familiar devido à lógica das necessidades, orientada aos membros que necessitam de ajuda; laço de reciprocidade, onde a ajuda é uma dívida resultado de uma dádiva; complementaridade com ajuda pública, em que as prestações sociais estimulam a entreajuda familiar. Nestas relações de entreajuda, a mulher continua a ter um papel fundamental de cuidadora, prestadora de apoio familiar, serviços, bens e suporte material (Fernandes, 2001)

Ainda no âmbito do papel da família, as estruturas das relações familiares são perturbadas pelo aumento das ruturas matrimoniais e novas conjugalidades, que provocam descontinuidade, incerteza e indefinição nos ciclos de vida familiar. Para algumas ideologias conservadoras, esta rutura gera uma crise familiar, o que não implica, todavia, a destruição da afetividade e fonte de entreajuda (Fernandes, 2001).

Há algum tempo atrás, cabia à família a responsabilidade de cuidar dos idosos, uma vez que esta era o alicerce de apoio e o cuidador primário. No entanto, com as diversas alterações observadas nas sociedades modernas, com as mudanças tanto a nível social, como a nível económico, verifica-se um aumento das dificuldades para as pessoas idosas viverem a sua velhice no seu meio residencial e algumas famílias transferiram o encargo de cuidador dos idosos para instituições direcionadas e especializadas nesta área. Saliente-se ainda as grandes concentrações urbanas que acabaram também por impor modos de vida incompatíveis com a coabitação dos mais velhos, levando ao aparecimento de instituições vocacionadas para o acolhimento de idosos, sendo cada vez mais uma alternativa o recorrer à institucionalização. Naturalmente a institucionalização do idoso deve ser a última alternativa, como referido por Duarte & Paúl (2007) a

Institucionalização não é o mais favorável, mas em muitos casos uma opção necessária, principalmente quando existe um desequilíbrio na relação entre a capacidade para cuidar e as necessidades de atenção ao idoso.

Neste sentido, na sociedade contemporânea o internamento de adultos idosos em instituições tornou-se uma realidade (Almeida, 2008), considerando a instituição, um organismo público ou privado, estabelecido por meio de leis ou estatutos, que visa atender a uma determinada necessidade da sociedade.

A institucionalização deve-se ao facto, de o número de idosos aumentar gradualmente e das alterações que se verificam ao nível das famílias, desde a Revolução Industrial, nomeadamente, as famílias são menos numerosas; a entrada da mulher no mercado de trabalho e; uma sociedade que cada vez incentiva mais à competição e ao consumismo (Almeida, 2008).

De facto, quando surgem dificuldades ao nível do suporte familiar, algumas famílias têm que transferir a responsabilidade dos idosos para lares do Estado ou para instituições privadas. São inúmeras as razões que levam a família a optar por recorrer às respostas sociais, que estão disponíveis na sociedade civil, designadamente, a falta de tempo ou incapacidade para cuidar do adulto idoso devido à dependência física e/ou mental, a viuvez e a idade (Almeida, 2008).

Neste sentido, o internamento de idosos tornou-se um recurso cada vez mais procurado pelas famílias para os idosos que estão em situações mais dependentes e frágeis (Cardão, 2009). A dependência física surge como o principal motivo de internamento, embora vários estudos efetuados na área da institucionalização têm vindo a demonstrar o contributo de outros fatores, nomeadamente a Solidão, o isolamento social e familiar, a pobreza/precariedade económica e habitacional, a ausência de redes sociais (Pimentel, 2001), e ainda o sentimento de insegurança e de instabilidade, ansiedade e medo.

De considerar, a heterogeneidade da população que vive nos lares no sentido de individualizar os cuidados prestados aos idosos institucionalizados. De acordo com Kane, Ouslander & Abrass (2005) os casais que recorrem à residência em lar evidenciam-se como duas pessoas já com idade avançada, debilitadas, que vivem sozinhas já não têm

condições para estar nesta situação, uma vez que não conseguem assegurar os seus cuidados básicos diários.

O processo de institucionalização passa por um conjunto de etapas nomeadamente a opção pela institucionalização, escolha do lar, e adaptação/ integração na residência nova (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004).

A residência em lar associa-se a uma representação de a fase final do ciclo de vida do idoso e a quebra com o modo de vida quotidiano, afigurando-se como uma condição irreversível. Uma grande parte das vezes, esta situação olhada pelas pessoas idosas como abandono, exclusão e morte. Neste sentido, quando é necessário um processo de integração ao novo contexto habitacional, é fundamental durante um período relativamente longo, que haja uma adaptação e que seja considerado pelos idosos como a sua “casa” (Fonseca, 2005).

De acordo com Costa (2002, como citado em Pinhel 2011), do ponto de vista psicológico muitos dos idosos procuram a institucionalização numa procura de vínculos alternativos numa outra relação de apoio e de proteção, passando a instituição a ser rede de suporte formal e a substituir a rede de cuidados informais e familiares.

Como mencionaram Amorim & Coelho (1999), o efeito positivo do papel do suporte social, que é fundamental na aquisição de estratégias de coping adequadas ao impacto dessas situações desencadeadoras de sofrimento, pois possibilita ao idoso um melhor ajustamento e ajudam-no a adotar um estilo de vida mais positivo.

A prevalência de institucionalização é maior nas mulheres, e Pavan, Meneghel & Junges (2008), justificam esta situação com a elevada probabilidade de ficarem viúvas e consequentemente viverem sós, sendo então nas mulheres, maior a esperança média de vida, o que aumenta o risco de institucionalização.

As idosas do sexo feminino estão geralmente apresentadas com baixa escolaridade ou analfabetismo (Marques, Correia, Pires & Pereira, 2010; Del Duca, Silva, Thumé, Santos & Hallal, 2011), o que traduz a época e cultura que se viviam há décadas, em que as mulheres cresciam e eram direcionadas a cuidar da casa e dos filhos, pelo que não frequentavam a escola (Kochhann, Varela, Lisboa & Chaves, 2010).

Magesky, Modesto & Torres (2009), numa abordagem crítica, afirmam que muitas instituições têm carências para acolher adultos com idade avançada, dado que, a maioria das atividades promovidas não focam as potencialidades dos utentes e não os estimulam, de modo a melhorar a autoestima e o sentimento de inclusão. Numa mesma linha de pensamento, Stevens-Long (1996, como citado em Tomasini & Alves, 2007), salientam como características dos lares de idosos de longa permanência: uma política que proporciona segregação; tratamento de todos os idosos da mesma forma, não tendo em conta a individualidade e a singularidade de cada um (despersonalização); limitação da autonomia dos utentes, controlando-os; e, para além disso de provocarem isolamento físico.

Também Andrade & Nery (2012), entendem que as maiorias dos lares, na atualidade, não são locais que respondem às necessidades de um idoso, uma vez que não oferecem uma assistência global, limitando-se muitas vezes aos cuidados básicos de higiene, sono e alimentação, havendo necessidade de atividades de lazer e de assistência na saúde e de investimento na autonomia dos idosos e na promoção das relações sociais.

Zimerman (2000), contudo refere-se à grande polémica envolta das instituições para idosos, apoiando a ideia de que as instituições são uma resposta social das sociedades, que necessita de desenvolver ferramentas para lidar com as dificuldades por ela própria, caindo-se frequentemente no erro de generalizar, salientando que, os lares podem ser muito positivos, a todos os níveis. Acrescenta ainda que, é necessário mudar mentalidades tanto na sociedade como nos recursos humanos da instituição, incentivando à individualidade de cada idoso.

A mudança para uma nova situação de vida não é vivida da mesma forma por todos os indivíduos. De acordo com Lima (2010 como citado em Pereira 2010) os efeitos negativos ou positivos da institucionalização dependem quer do contexto e da instituição, quer de diferenças individuais na capacidade de adaptação.

Também Pimentel (2001), afirma que o modo como os idosos vivenciam a residência em lar nas suas vidas também é diferenciada, se para uns é vista como a rutura com os laços emocionais e com o seu espaço físico, acompanhada por sentimentos depressivos e de exclusão, para outros pode significar uma melhoria das condições de

vida. Por vezes, os idosos assumem uma atitude conformista, levando ao isolamento voluntário. Isto acontece, porque a partilha do mesmo espaço não significa a partilha de interesses, emoções e planos. Todavia, ainda permanecem atitudes de companheirismo, cooperação e solidariedade.

O ambiente institucional deve ser adaptado às necessidades emocionais da pessoa idosa, deixando que estes idosos possam manifestar a sua própria personalidade, e não se sintam oprimidos evitando desta forma possíveis sentimentos de Solidão, devendo ainda ser valorizadas as capacidades individuais de cada um de forma a evitar possíveis interações insatisfatórias e experiências frustrantes.

Porém, a institucionalização também pode conduzir, dependentemente das suas causas, a uma melhor satisfação das necessidades da pessoa idosa, promovendo o seu bem-estar, quer ao nível da prestação de serviços e cuidados básicos, quer ao nível das interações.

Apesar da institucionalização do idoso poder melhorar a sua Qualidade de Vida é importante não negligenciar o papel da família, dado que uma relação mediada pelo suporte social que o idoso recebe tem forte implicação na satisfação com a vida (Toscano & Oliveira, 2009; Tabha *et al.*, 2010). Para os idosos institucionalizados, é a família que assume um papel essencial no seu dia-a-dia, tendo uma particular relevância quando comparada com os outros (Vecchia, Ruiz, Bocchi & Corrente, 2005; Levasseur, Desrosiers e Tribble, 2008; Tajvar, Arab & Montarezi, 2008).

Ainda mais, a falta de meios de suporte social quando associado às sucessivas privações que o idoso vive, designadamente, a perda dos papéis sociais a perda do conjugue, dão lugar a grandes fragilidades psicoafectivas, a sentimentos de vulnerabilidade, angustia e de Solidão (Tomaz, 2002). É inegável a importância do papel da família e da vizinhança que são, de certo modo, a garantia da continuidade dos elos relacionais e dos espaços de sociabilidade, promovendo Qualidade de Vida das pessoas idosas (Pimentel, 1999).

A residência em lar pode ser considerada como uma etapa marcante, na medida em que, é o fim do contacto com a comunidade envolvente com a família. Porém, muitos idosos encaram que é uma opção que lhes assegura estabilidade, pois sabem que têm

auxílio em qualquer situação, sentindo-se mais apoiados (Pimentel, 2001). Deste modo, a institucionalização pode, por um lado, ter uma influência significativa na autoestima do idoso, cooperando assim para as mudanças identitárias, ou por outro lado, constituir uma oportunidade de interação e obtenção de papéis sociais (Fernandes, 2001).

Fernandes (2000, como citado em Ferreira, 2009), realizou um estudo longitudinal com dois momentos para comparar os idosos institucionalizados há menos de 6 meses com os que estavam no Lar há mais de meio ano. Concluiu então que quanto mais tempo o idoso estava institucionalizado menores eram os índices de Qualidade de Vida.

Pimentel (2001) salienta a importância de desenvolver equipamentos organizados de acordo com as carências dos utentes, que respeitem o seu modo de vida, a sua personalidade e individualidade e lhe proporcionem espaços de realização pessoal, ponderando que, possivelmente desta forma, a institucionalização se traduza em algo não doloroso e angustiante.

A existência de redes formais ou informais de suporte social, tem como finalidade melhorar a Qualidade de Vida dos indivíduos que necessitem de apoio, através de um intervenção institucional e multidisciplinar. É necessária a construção de uma rede social que passa pela existência de canais de comunicação adequados, por uma eficiente articulação de esforços e expectativas, por uma formação e análise de práticas quotidiana e pelo envolvimento de toda a instituição (utentes, familiares, colaboradores e voluntários) que levem à melhoria da qualidade. A família tem um papel que jamais poderá ser ocupado por outros (Cabete, 1999; Pereira, 2008). Com a mesma ordem de ideias Carvalho & Dias (2011), mencionam que para a integração do idoso é necessário promover as relações pessoais internas, com os outros utentes e colaboradores.

*“Os homens aspiram à felicidade durante toda a vida.
Uns enfatizam o bem-estar, outros a
Qualidade de Vida e outros, ainda,
O gosto ou a alegria de viver”
Chantal Couvreur (2001)*

1.3 Qualidade de Vida no idoso

Com as transformações demográficas iniciadas no último século, já anteriormente abordadas, temos uma população cada vez mais envelhecida, deste modo salienta-se a importância de garantir aos idosos não só a “quantidade de vida” mas sobretudo a “Qualidade de Vida”.

É desejável que o envelhecimento ocorra com qualidade sendo, para tal, um aspeto importante a manutenção da autonomia dos indivíduos, procurando preservar a oportunidade de os mais velhos continuarem a participar da sociedade, e minimizar as possibilidades de exclusão social.

Ao falarmos de Qualidade de Vida, e considerando a vasta publicação disponível, percebemos que se inclui um alargado espectro de áreas da vida, sendo de extrema dificuldade a sua definição. Poderemos estar a falar de conceitos tão amplos como *satisfação com a vida, felicidade* ou *bem-estar* a conceitos mais estritos relacionados diretamente com o estado de saúde ou outros.

Ao longo dos tempos, vários investigadores centralizaram os seus estudos na busca de respostas acerca do que seria a felicidade do ser humano. Segundo Canavarro & Serra (2010, p. 4), a definição mais salientada foi a de Aristóteles, que refere que é “... *uma perspectiva eudemonista, segundo a qual o caminho mais virtuoso para o homem seria aquele que se orientasse para alcançar a excelência física e moral, designado por “vida racional”*”.

Até metade do século XX, prevaleceu a análise mercantilista do bem-estar, que se encontrava profundamente dependente da economia, sendo assim lógica a associação entre o desenvolvimento económico da nação e o bem-estar do povo. Contudo, após a 2ª Guerra Mundial, esta visão foi posta em causa, uma vez que, não havia estabilidade entre

o crescimento económico dos Estados Unidos da América e os problemas sociais (Canavarro & Serra, 2010; Savimaki & Stenbock-Hull, 2000).

Neste sentido, com o intuito de ultrapassar as limitações da conceção existente, na qual o bem-estar está relacionado com aspetos económicos, surge nos anos 60, o termo Qualidade de Vida. Snoeck (2000), salienta que terão sido presumivelmente os economistas Samuel Ordway, em 1953, e Fairfield Osborn, em 1954, os primeiros a utilizar este termo, nomeadamente quando se referiam à sua preocupação referente aos perigos ecológicos do crescimento económico ilimitado. Contudo, alguns autores afirmam que o termo foi utilizado pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos da America, Lyndon Johson, em 1964 (Awad & Voruganti, 2000).

Em cada época, a Qualidade de Vida vai sendo definida pelos valores que cada grupo social atribui ao modo de vida, sendo que, com o desenvolvimento da sociedade, há também uma evolução nas variáveis que definem o termo, dependendo de vários fatores, nomeadamente, culturais, sociais e económicos (Dosil, 2004)

Definir Qualidade de Vida não é fácil, visto que, devido à sua ambiguidade, não existe uma designação universal. O que hoje é considerado Qualidade de Vida, pode não ter sido considerado ontem e o futuro é uma incógnita, ou seja, o conceito foi-se alterando com o passar dos anos, à medida que as condições de vida foram progredindo.

Durante um longo período de tempo, o conceito esteve unicamente relacionado com o aumento dos anos de vida, desprezando acrescentar a Qualidade de Vida aos anos (Katscnig, 1998, como citado em Souza, 2008). Contudo, a partir de 1995, na investigação acerca desta área passou a atender-se à subjetividade do conceito, pela atenção orientada para dar vida ao número de anos que atualmente se vive.

Awad & Voruganti (2000) referem que a Qualidade de Vida é uma vaga entidade sobre a qual muito se fala e tenta conceptualizar, mas ninguém sabe nitidamente o que é. Cada ser humano, ao longo da sua trajetória de longevidade, deseja que haja dignidade, decência e satisfação, ou seja, a Qualidade de Vida é cada vez mais ambicionada pela idade mais avançada.

Também Muldoon, Barger, Flory, & Manuck (1998) afirmam que definir Qualidade de Vida de uma forma global é complicado. É um termo utilizado frequentemente de

forma vaga, tendo a particularidade, tal como qualquer conceito do senso comum, de todas os indivíduos saberem o que significa tornando-se, no entanto, difícil a sua clarificação.

Nos últimos 40 anos, várias definições de Qualidade de Vida têm sido desenvolvidas, mais centralizadas em aspetos psicológicos, tais como sentimentos de bem-estar e satisfação a questões relacionadas com os padrões de vida como habitação, finanças, e do emprego (Awad & Voruganti, 2000)

Também para Campbell, Converse & Rodgers (1976, como citado em Guerreiro & Rodrigues, 2008) a complexidade do conceito está no facto de este ser, por um lado muito falado, mas por outro lado pouco percebido. A partir da década de 80, com as várias discussões que surgiram constatou-se de que o conceito circundava várias perspetivas, designadamente, biológicas, psicológicas, culturais e económicas. Gradualmente adicionou-se a componente multidimensional à Qualidade de Vida.

Minayo, Hartz & Buzz (2000, como citado em Kluthcovsky & Takayanagui, 2007) dizem-nos que o conceito de Qualidade de Vida se pode basear em três referências: a) histórica, onde numa determinada época de uma sociedade, há um padrão de Qualidade de Vida, que se poderá distinguir de um outro período de tempo, na mesma sociedade; b) cultural - os valores e as necessidades variam nas sociedades e; c) parâmetros de bem-estar estratificados entre as classes sociais com desigualdades acentuadas - onde está presente a ideia de que a Qualidade de Vida está relacionada com o bem-estar das classes sociais superiores.

A Qualidade de Vida pode ser definida em duas dimensões: a objetiva e a subjetiva (Brown, Bowling, & Flynn, 2004; Kluthcovsky & Takayanagui, 2007). Relativamente à dimensão objetiva esta pode ser verificada por observadores externos, e inclui, o poder económico, emprego, a habitação, a educação, características da rede informal, competências comportamentais do indivíduo, entre outros. No que diz respeito à dimensão subjetiva, esta pode ser averiguada de modo indireto, são as perceções sobre as experiencias e valores individuais, incluindo a felicidade e a satisfação com a vida (Kluthcovsky & Takayanagui, 2007; Seidl & Zannon, 2004).

Pires, Martiello, & Gonçalves (1998), explicou que a Qualidade de Vida está relacionada com a forma como os indivíduos vivem, sentem e entendem o seu dia-a-dia, devido a fatores como a saúde, a educação, os meios de transporte, a morada, o trabalho, o atendimento adequado em caso de doença e de acidente, o nível de escolaridade, o conforto, a alimentação em quantidade e com qualidade suficiente. Assim sendo, dada a versatilidade e multidimensionalidade do conceito, a Qualidade de Vida boa ou excelente é aquela que oferece um mínimo de condições para que os indivíduos possam desenvolver o máximo das suas potencialidades, vivendo, sentindo, amando, trabalhando e produzindo bens ou serviços (Santos, Santos, Fernandes & Henriques, 2002).

Em 1995, foi criado o *World Health Organization Quality Of Life Group – WHOQOL Group*, sendo que, a partir deste momento, a Qualidade de Vida passou a ser quantificada em função de cada variável que influencia o ser humano. O *WHOQOL Group* nasceu a partir da OMS, quando surgiu a necessidade de uma definição do conceito de Qualidade de Vida, assim como instrumentos, de avaliação, com base científica, deste conceito (Canavarro e Serra, 2010). Neste sentido, definiu Qualidade de Vida como: “a percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1998, como citado em Canavarro, Simões, Pereira e Pintassilgo, 2005, p. 2).

Estamos perante um conceito com aspetos característicos, nomeadamente, a multidimensionalidade (dimensões física, psicológica e social), a bipolaridade (dimensões positivas e negativas) e a mutabilidade (na medida em que a avaliação da Qualidade de Vida pode ser alterada em função da pessoa, do local do tempo ou do contexto cultural). Importa realçar, no que diz respeito à multidimensionalidade, que além das três referidas anteriormente, o WHOQOL inclui outras dimensões, designadamente, uma dimensão espiritual (Paschoal, 2001, citado por Kluthcovsky & Takayanagui, 2007).

Ribeiro (1997) realça este aspeto da multidimensionalidade e também de subjetividade, uma vez que a refere como integrando uma percepção subjetiva de bem-estar físico, emocional e social, e realça alguns pressupostos subjacentes do próprio conceito de Qualidade de Vida:

- a) A Qualidade de Vida não é ausência de doença;

- b) A Qualidade de Vida manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade;
- c) A Qualidade de Vida define-se por uma configuração de bem-estar que é uma dimensão auto-percebida;
- d) A Qualidade de Vida abrange aspetos físicos, mentais, sociais e ambientais, da mesma realidade e portanto com relações sistémicas entre eles;
- e) A Qualidade de Vida é um processo dinâmico.

Por sua vez Joyce (1990, como citado em Cavagli, Pires, & Arriaga, 2001) refere que a Qualidade de Vida é sujeita a várias influências que diferem qualitativamente e quantitativamente de indivíduo para indivíduo, e que até no mesmo indivíduo pode variar ao longo do tempo.

Não havendo um consenso quanto ao conceito, a grande parte dos investigadores afirmam que é um conceito multidimensional, uma vez que engloba aspetos de bem-estar psicológico, social e físico (Muldoon *et al.*, 1998). Para além do carácter dimensional do conceito, os estudiosos concordam também que a avaliação da Qualidade de Vida deve basear-se essencialmente nas perceções e expectativas das pessoas, refletindo mais a avaliação subjetiva do bem-estar (Muldoon *et al.*, 1998), e deste modo, a Qualidade de Vida não pode ser vista como um processo estático, mas como algo dependente do tempo onde ocorrem mudanças e experiências de vida (Lopez, Mejia, & Espinar, 1996). Em termos gerais, tal como Schamartzmann (2003), considera-se a Qualidade de Vida um processo sempre em mudança e dinâmico, onde existem interações contínuas entre o indivíduo e o seu meio ambiente

Se por um lado, Boer (2002), relaciona os conceitos de bem-estar e Qualidade de Vida, por outro lado, outros autores acabam por distingui-los, uma vez que o bem-estar se considera com grande conotação física e está ligada à sua condição de saúde, e a Qualidade de Vida, está associada à subjetividade, dado o sentimento de cada pessoa no que diz respeito à satisfação com a vida.

Ao longo dos anos, verifica-se um enorme interesse pela Qualidade de Vida, na área da saúde, uma vez que, as intervenções médicas passaram a integrar a melhoria do bem-estar geral nos seus resultados, nomeadamente a partir do momento em que a

OMS definiu saúde “como um estado de bem-estar físico, mental e social e não meramente a ausência de doença” (Canavarro & Serra, 2010).

Neste sentido, a condição física é um dos fatores mais importantes aquando a avaliação da Qualidade de Vida e de acordo com Levasseur *et al.*, (2008) quanto maior a limitação física que o indivíduo apresente, maior será a sua implicação negativa na Qualidade de Vida.

Não é possível deixar de relacionar a Qualidade de Vida com o modo como vamos vivenciando as diferentes experiências de vida.

A nova conceptualização de saúde veio trazer novas implicações em varias áreas de intervenção, nomeadamente, no que diz respeito à consideração da interação dos fatores biológico, psicológico e social (multidimensionalidade) na avaliação da situação de saúde e doença do indivíduo, incluindo dimensões de carácter mais objetivo, mas outras de carácter mais subjetivo, considerando a avaliação do próprio indivíduo, e que pode variar ao longo do tempo

A área temática que envolve a Qualidade de Vida é uma área bastante investigada no contexto internacional, tanto em países desenvolvidos, quanto subdesenvolvidos, por vários técnicos, quer seja com o objetivo de avaliar políticas, intervenções de saúde ou avaliações de cuidados prestados. Portanto conhecer a percepção dos sujeitos idosos sobre Qualidade de Vida é muito importante, pois desta forma, as devidas intervenções serão traçadas para a promoção do seu bem-estar

A condição de ser idoso é comum a todos os seres-humanos que têm o privilégio de experimentar vidas longas. Contudo, esta fase do ciclo de vida pode caracterizar-se de várias formas, nomeadamente, por um envelhecimento bem-sucedido e ativo, ou por um envelhecimento limitado, em que os idosos estão incapazes, com pouca autonomia devido à doença ou ao contexto em que habitam. Neste sentido, a Qualidade de Vida passou a ser encarada como um dos indicadores de adaptação ao envelhecimento, o que originou um aumento da investigação desta área nos idosos (Paúl, Fonseca, Martin & Amado, 2005).

Como abordado anteriormente, é natural que o envelhecimento acarrete novas necessidades e limitações, não somente ao nível da coordenação motora, que é mais

restringida comparativamente à juventude, mas também, em relação à rapidez de movimentos e raciocínio. Para ilustrar esta ideia, Teixeira (2006) afirma que o envelhecimento humano pode ser entendido como um processo individual resultante de alterações biológicas, psicológicas, sociais, ou outras, provocadas pela idade, que atingem o ser humano modificando o seu relacionamento com a própria vida e com o mundo, alterando a sua relação com o tempo.

A par com todos estes fatores que influenciam a Qualidade de Vida do idoso, falta ainda realçar dois outros como determinantes importantes, nomeadamente, a participação social e o senso de utilidade. Com o aumento do tempo de lazer, devido ao término da atividade laboral, acresce a preocupação de como preencher o tempo o tempo disponível de forma qualitativa. Gaspari & Schwartz (2005) afirmam que é essencial e indispensável que haja atividade para que o idoso possa sentir-se com Qualidade de Vida, ou seja, é necessário estar constantemente ativo para que o envelhecimento seja com qualidade. Neste sentido, foi originariamente desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2002, o conceito de “envelhecimento ativo” que propõe a seguinte definição: “é o processo de otimização de oportunidades nos domínios da saúde, da participação e da segurança, com o objetivo de prolongar a Qualidade de Vida das pessoas à medida que envelhecem” (Paúl & Ribeiro, 2011). A OMS assegura que há um conjunto de fatores associados ao envelhecimento ativo que influenciam a Qualidade de Vida dos idosos. Esta varia de pessoa para pessoa, consoante o contexto social, as experiências de vida e outros fatores pessoais. Também os idosos estão sujeitos a estas e outras circunstâncias específicas do processo de envelhecimento que podem levar a uma diminuição da Qualidade de Vida, designadamente, o estilo de vida, os apoios sociais e de saúde, a disposição, a espiritualidade, as redes sociais, o desempenho de atividades, o bem-estar físico, emocional, cognitivo e social (Paúl & Fonseca, 2005).

Tal como já foi mencionado anteriormente, a Qualidade de Vida passou a ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento e emergiu uma crescente preocupação e investigação neste âmbito. Neste sentido, dada a pertinência do tema e a inquietude de questões emergentes que este assunto origina, constitui-se como

fundamental, a realização de uma breve revisão literária, alicerçada numa base científica. A análise das diferentes investigações, permitirá extrair relações precisas e proporcionar dados e conclusões fiáveis (Craig & Smyth, 2004) (tabela 2).

Tabela 2 - Resultados de estudos selecionados no âmbito da Qualidade de Vida

Autores	Objetivos	Instrumentos	Amostra	Resultados
Sousa, Galante & Figueiredo (2003)	-Caracterizar a Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos do ponto de vista dos próprios	-Escala EasyCare	-1665 participantes	-Foram detetados quatro fatores básicos para a avaliação da Qualidade de Vida: atividades de vida diária, bem-estar, mobilidade e comunicação. A maioria dos idosos tinha perceções positivas relativamente à Qualidade de Vida e ao bem-estar. A dependência cresce à medida que a idade avança e os indivíduos do sexo feminino apresentam valores de incapacidade superior aos homens.
Fonseca, Paúl, Martin & Amado 2005	-Avaliar a condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal	-Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-BREF; - Escala de Animo de Lawton; -Escala de atividades instrumentais de vida diária de Lawton e Brody -Questionário sociodemográfico; -Medida das relações sociais de Lubben;	-117 participantes	- A Qualidade de Vida física varia com as atividades de vida diária. A Qualidade de Vida psicológica, varia com o sexo e com o estado civil e com o nível de educação e rendimento. A Qualidade de Vida social, os resultados apontou que, varia com o nível de educação e rendimento, com a existência de um maior número de pares e com as atividades de vida diária. A Qualidade de Vida ambiental varia

				positivamente com o rendimento e com todos os indicadores de relações sociais.
Lobo, Carvalho & Mota (2008)	-Estudar a relação entre a intensidade da atividade física e Qualidade de Vida em idosos institucionalizados.	-Questionário sociodemográfico; - Exame físico e psicológico; - Escala de Qualidade de Vida: SF-36	-185 participantes	- Os mais velhos que fazem exercício obtêm vantagens comparativamente à não realização de atividade. A prática de exercício moderado é a vertente mais adequada, conferindo mais benefícios para a robustez física e moderação de dor relacionada com a doença nos idosos em instituições.
Silva & Esteves (2009)	-Analisar se existem diferenças na Qualidade de Vida dos idosos em diferentes contextos habitacionais e se existem diferenças na Qualidade de Vida entre homens e mulheres.	- Escala da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)	-30 participantes	- Melhor Qualidade de Vida nas pessoas que vivem em casa própria, indicando ao mesmo tempo que não existem diferenças significativas quanto ao sexo dos idosos. Dos indivíduos que habitam em lar, o domínio físico teve melhor pontuação
Lima, Lima & Ribeiro (2010)	-Verificar a Qualidade de Vida em idosos institucionalizados	-Escala da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref)	-69 participantes	- O domínio que mais contribui na Qualidade de Vida é o psicológico, seguido do social e do ambiental. O domínio físico teve a pontuação mais baixa entre as facetas em razão da idade e da impossibilidade de locomoção e de exercer atividades de vida diária. Os homens avaliam ter melhor Qualidade de Vida, bem-estar psicológico, possuem sentimentos positivos e têm

				mais poder de concentração do que as mulheres. Estas também são as que mais prevalecem no estudo, assim como a baixa escolaridade.
Andrade & Martins (2011)	- Avaliar a Qualidade de Vida dos idosos e analisar a influência das variáveis sociodemográficas e de contexto familiar com a variabilidade da Qualidade de Vida nos idosos.	- Questionário de caracterização individual e situacional do idoso; - Grelha de avaliação da Qualidade de Vida; - Escala de Apgar Familiar	-210 participantes	- A Qualidade de Vida é superior nos idosos com menor idade e com melhor funcionalidade familiar. Neste sentido, estas duas variáveis influenciam a Qualidade de Vida.
Braga, Casella, Campos & Paiva (2011)	- Avaliar a Qualidade de Vida em idosos tendo como referencia características sociodemográficas.	-Escala da Qualidade de Vida (WHOQOL-Bref).	-133 participantes	- Os participantes são na sua maioria do sexo feminino, com baixa escolaridade. Os níveis de satisfação com a Qualidade de Vida encontrados para os domínios físico, psicológico e ambiental foram médios enquanto o social apresentou nível de satisfação alto.
Mwanyangala, Mayombana, Urassa, Charles, Mahutanga; Abdullah & Nathan (2010)		-Questionário WHOsurvey on Adult health and global ageing	-8206 participantes	- A Qualidade de Vida da amostra diminui drasticamente com o aumento de idade da pessoa. Quando relacionada com o sexo, a Qualidade de Vida é mais significativa nos homens do que nas mulheres. Neste sentido, a idade e o facto de ser casado também contribui positivamente para a Qualidade de Vida.
Bowling et al. (2008)	- Avaliar a percepção de Qualidade de	-Questionário Qualidade de Vida de Bowling (1995)	-999 participantes	-Os idosos inquiridos abordaram os seguintes fatores: relações sociais,

	Vida				saúde, atividades, capacidade funcional, bem-estar, viver na sua própria casa, finanças pessoais, crenças e atitudes pessoais. A Qualidade de Vida vai muito além da saúde.
Vicki & Gerard (2004)	-Avaliar a confiabilidade e a validade do WHOQOL-Bref e examinar a associação com a variedade clínica e fatores sociodemográficos em pacientes mais velhos.	- Escala Qualidade de Vida de (WHOQOL –Bref) - Escala de depressão de Hamilton; - Escala de Depressão Geriátrica; - Mini - Exame do Estado Mental (MMSE), - Índice de Barthel	- 41 participantes		- Apenas três dos quatro domínios do WHOQOL-Bref, domínio físico, psicológico e ambiente, mostraram satisfatória confiabilidade e validade. O WHOQOL-Bref foi administrado com sucesso.
Cimirro et al. (2011)	Avaliar a Qualidade de Vida	- Escala Qualidade de Vida de (WHOQOL –Bref); - Escala Qualidade de Vida de (WHOQOL –OLD);	-30 participantes		- No estudo há maioritariamente mulheres. No WHOQOL-Bref o domínio social teve a pontuação mais elevada, seguindo-se do psicológico, ambiente e por fim o físico. A faceta geral teve pontuações superiores nos homens.

As transições que ocorrem ao longo da vida podem ser fases favoráveis a momentos autorreflexão e constituem oportunidades de crescimento pessoal. Deste modo, o crescimento depende da forma como a pessoa enfrenta a transição (Bauer & McAdams, 2004). Como o envelhecimento é das mudanças mais difíceis para o ser humano e as perdas psicossociais como a síndrome do ninho vazio, a viuvez e a reforma, podem desencadear a Solidão na velhice (Capitanini, 2000, como citado em Rigo & Teixeira, 2005). A Solidão não é um estado natural e incessante do idoso, mas sim um sentimento com proveniência nas suas atuais condições de vida (Rigo & Teixeira, 2005).

*Imerso na Solidão do teu quarto
olhas pela janela fechada sobre a tua vida,
em busca de um rasgo de luz
que te traga à lembrança
a felicidade dos momentos que todos os dias recordas
com a raiva de quem já não sabe ser feliz!*
Luísa Pimentel (2005)

1.4 Solidão e o envelhecimento

São relativamente escassos, os estudos que abordam a Solidão nos idosos, pelo que se encontram apenas alguns estudos realizados na população mundial sobre este tema. Porém, a pertinência deste conceito tem aumentado devido ao aumento do índice de envelhecimento. Durante o processo de envelhecimento, a maioria dos indivíduos idosos, diminuem a sua participação na sociedade, o que pode gerar sentimentos de Solidão e desvalorização no âmbito da integração familiar e social.

A Solidão é um fenómeno amplo e complexo, que pode confundir-se com abandono, isolamento, incomunicação, entre outros. O seu significado é de carácter subjetivo, na medida em que, o seu conceito está ligado a diversas abordagens teóricas e metodológicas que têm salientado distintas causas e manifestações.

Não há nenhuma definição mundial do conceito de Solidão que seja aceite universalmente pelos investigadores, apesar das várias tentativas, devendo-se este aspeto ao facto de, para a maioria das pessoas ter um significado muito intuitivo (Neto, 2000). De acordo com o mesmo autor, nas definições que se atribuem à Solidão, há três características comuns e que são partilhados por outras definições na literatura: a) a Solidão é um constructo subjetivo, na medida em que pode não estar intimamente ligada ao isolamento objetivo; b) esta experiencia é psicologicamente incómoda para o individuo e; c) resulta de um relacionamento deficiente.

De acordo com Rebelo (2007), a Solidão é um “estado mental tormentoso” e persistente através do qual um indivíduo se sente distante ou rejeitado pela sua rede social. Contudo, encontra-se desejoso pela intimidade que sabe existir na relação com os pares.

Para Neto (2000) a Solidão é uma experiência dolorosa que se evidencia quando as relações sociais estão desajustadas. É “... uma experiência comum e é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos” (p. 322).

Na mesma linha, Sullivan (1953, como citado em Neto, 2000, p. 322), refere que a Solidão “... é a experiência excessivamente desagradável e motriz ligada a uma descarga desadequada da necessidade de intimidade humana, de intimidade interpessoal”.

A Solidão é, assim considerada como, uma “doença” social que faz maior número de vítimas entre as pessoas idosas,

“ (...) já percorreram muitos caminhos, sofreram adversidades, acordaram de todos os sonhos, fazem uma rotina da sua existência e encontram-se no declínio da vida, ruminando e vivendo um passado remoto, povoado de saudades, esperando apenas o seu ponto final. A Solidão provoca um sentimento de vazio interior, presente no ser humano nas diferentes fases da vida, mas mais frequente com o envelhecimento” (Pais, 2006).

Ussel (2001), no seu estudo sociológico, evidencia o trabalho e a família como os dois pilares fundamentais que compõem e definem a existência humana. Neste sentido, quando ocorre qualquer alteração nestes pilares, o indivíduo fica suscetível ao surgimento de vários problemas, a título de exemplo, o sentimento subjetivo de Solidão.

Contudo, a relação existente entre a Solidão, o isolamento e o viver sozinho são complexas, na medida em que todos estes conceitos estão relacionados, mesmo sem serem sinónimos. Assim sendo, uma grande rede social não significa que não possa existir Solidão; viver só não quer dizer que se está em Solidão. Contudo, os indivíduos que vivem sozinhos não estão isolados, mas a maior parte dos isolados vive só (Sousa *et al.*, 2004).

Também Pais (2006) refere, que estar só é completamente diferente de Solidão. Para o autor, a definição de Solidão pode significar “desenlaces”, uma ruptura com os

laços sociais, ou seja, pode significar a perda de autonomia para realizar as atividades diárias, fechando nesse processo as redes de relações sociais.

Com a mesma ordem de ideias, Holmes (como citado em Coimbra, 2008), faz uma distinção entre Solidão e isolamento, onde a primeira está associada a uma percepção de falta e um sentimento de ansiedade e vazio. Por sua vez, o isolamento refere-se a uma relação deficiente ou inexistente com a família e amigos. Enquanto a Solidão é subjetiva, o isolamento é objetivo (Weiss, 1973, como citado em Neto, 2000).

Surgem ainda várias abordagens e dimensões da Solidão. Segundo Weiss (1973, como citado por Neto, 2000), a Solidão pode distinguir-se em duas diferentes tipologias: a Solidão social e a Solidão emocional. Relativamente à primeira, o indivíduo está insatisfeito devido à falta de apoio das redes sociais dos pares, isto é, há uma percepção de falha nas relações sociais. No que diz respeito à Solidão emocional, o indivíduo está insatisfeito relativamente à relação íntima, ou seja, percebe a ausência ou perda de uma figura de vinculação íntima. Neste sentido, a Solidão emocional não compensa a Solidão social e vice-versa.

O isolamento é um elemento predominante entre os idosos, que com o passar dos anos, e pela observação de importantes perdas ao nível dos órgãos sensoriais, veem dificultado o contacto com o mundo exterior, pela dificuldade de ouvir tem limitação no convívio entre pessoas, pelas dificuldades visuais restringem as saídas ao exterior. Estas perdas fazem com que o idoso entre numa situação de isolamento progressivo (Paúl, 1993). Acrescido das dificuldades na locomoção a frequência de contacto com as suas relações sociais passa a depender dos outros. Estes aspetos conduzem naturalmente a um maior isolamento social e também a um aumento de sentimentos de Solidão (Sousa, & Feio, 1998 como citado em Coimbra, 2008). Para além disso os idosos, relacionados com as perdas, têm frequentemente a autoestima comprometida, devido ao ambiente em que vivem e às pessoas que os rodeiam. Neste sentido, surgem cobranças nas redes familiares e sociais, e consequentemente, a pessoa que antes era ativa, participativa, e contribuinte, é isolada (Vono, 2007).

Quando se aborda a Solidão em idosos, frequentemente se associa ao fenómeno da institucionalização. Esta pode provocar grandes transformações no equilíbrio

psicofísico da pessoa idosa, na medida em que há um corte com a vida que levava antes, não só ao nível das relações sociais, mas também das relações familiares. Através de um estudo longitudinal, Scooco, Rapattoni & Fantoni (2006), investigaram o impacto da entrada num lar para o idoso, e as mudanças que ocorreriam ao nível cognitivo, da autonomia e da perceção da Qualidade de Vida, numa avaliação feita aquando a admissão na instituição e 6 meses depois, concluindo que os idosos sofreram um declínio físico e mental e a Qualidade de Vida foi percecionada como reduzida, sendo também mais baixa nos idosos institucionalizados em comparação com os que vivem na comunidade, observando-se uma taxa de mortalidade de 33%, referindo também os idosos um sentimento de Solidão.

Mantendo a mesma linha, Fonseca (2005), afirma que as pessoas idosas institucionalizadas tendem a sentir-se mais sozinhos e tristes, uma vez que, os dias são monótonos e há um afastamento das redes sociais que criou no passado. Mesmo que a entrada numa instituição seja da sua vontade e tenha tomado essa decisão, é promotora de sentimentos de perda e a adaptação a horários estipulados.

Mesmo no caso em que a institucionalização é procurada para fugir à Solidão, de acordo com Melo & Neto (2003 como citado por Pinhel, 2011) nem sempre é a solução para combater a Solidão pois, quando institucionalizados, os idosos têm dificuldade em partilhar o espaço, como o quarto, uma vez que frequentemente têm de dividi-lo com uma pessoa que é estranha. De facto, quando institucionalizados o direito à sua privacidade, dentro da instituição perde-se, pois tal como referido, todos os espaços são partilhados com outras pessoas, que desconhecem, e com quem raramente irão estabelecer laços sociais íntimos.

Uma significativa parte da investigação existente reúne um conjunto de críticas negativas relativamente à institucionalização, na medida em que, esta resulta na deteriorização física, psicológica e social do indivíduo, comparativamente àquele que vive na comunidade. Contudo, constitui-se como fundamental realçar os ganhos que o internamento num lar pode promover ao idoso, nomeadamente, possibilidade de acompanhamento e de cuidados especializados e a participação em redes sociais positivas, combater o isolamento social e a imobilidade (Cardão, 2009). Referindo

Quintela (2001) que as instituições têm que optar por uma capacidade de flexibilidade, combater a impessoalidade e ter uma visão holística, para que os idosos possam ser felizes.

O processo de ressocialização é considerado um dos fatores mais importantes para o envelhecimento ativo para que a pessoa idosa não se sinta hostilizada pela sociedade, que, geralmente, está direcionada para outros interesses. Assim sendo, a dificuldade do idoso em inserir-se num grupo, leva-o a fechar-se e a isolar-se socialmente (Vieira, 2004, como citado em Oliveira & Caldana, 2012).

São muitos os sentimentos que invadem um indivíduo que vive na Solidão. Num estudo de Rubenstein & Shaver (1982, como citado em Neto, 2000), determinaram-se quatro conjuntos de sentimentos que os indivíduos tinham quando estavam sós: 1) desespero; 2) depressão; 3) aborrecimento impaciente e; 4) auto depreciação, com associação a estes sentimentos outros há que são sinónimos, nomeadamente, desamparo, abandono, terror, sem esperança, vulnerável, alineado, melancólico, vazio, entre outros.

Apesar da importância da problemática da Solidão e envelhecimento, relativamente pouca é a investigação existente no âmbito, e da qua passaremos a apresentar alguns.

Walker (1996, como citado em Ussel, 2001), afirma que cerca de 10% a 14% dos adultos idosos relata sentimentos de Solidão, embora uma terça parte dos idosos estudados, afirmem sentir Solidão ocasionalmente.

Vários fatores e acontecimentos de vida estão associados à Solidão, nomeadamente, a idade, o género, o estado civil, entre outros. Na nossa sociedade, existe o estereótipo de que as pessoas mais idosas são as mais solitárias, pois os mais jovens têm a perceção de que a Solidão é um sentimento muito presente nos mais velhos, fazendo-se frequentemente uma associação direta entre a velhice e a Solidão, contudo, Neto & Barros (2001) contrariam esta ideia, evidenciado que a Solidão é maior entre os adolescente e idosos, em relação aos adultos.

Também outros resultados neste âmbito apontam para uma associação significativa com a idade, dado que verificaram que o sentimento de Solidão está

correlacionado com a idade, visto que os idosos com idades entre os 65 e 74 anos manifestam pontuações mais baixas de Solidão, comparativamente as pessoas idosas com 75 anos ou mais (Veer-Tazelaar *et al.*, 2008; Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki, 2010).

Relativamente ao género, parece observar-se, de acordo com Thomopoulou *et al.* (2010), maiores níveis de Solidão nas mulheres idosas, justificando-se esta situação, em primeiro lugar, pelo facto de as mulheres terem uma esperança média de vida superior à do sexo masculino, vivendo a maioria sozinhas por vezes com incapacidades (Bergdahl, Allard, Alex, Lundman & Gustafson, 2007), o que se reflete ao nível dos sentimentos de Solidão (Beal, 2006). Os autores dos estudos salientam também a personalidade emergem como um fator que poderá explicar as diferenças encontradas na perceção da Solidão entre género. No dualismo de perceções sobre a Solidão, os homens julgam que esta surge devido à instabilidade social e ao contacto insuficiente com a sua rede de apoio, por sua vez as mulheres associam a Solidão a fatores como a capacidade de viver independentemente e satisfazerem as suas necessidades diárias (Bergdahl *et al.*, 2007).

Contudo, num estudo com valores distintos, Neto (1992), salienta que se ouve frequentemente que as mulheres são mais emotivas do que os homens e consequentemente têm tendências a reações emotivas negativas, Porém, Neto & Barros (2001) não encontram esta diferença de género, referindo que alguns estudos efetuados na área, utilizando a Escala de Solidão de UCLA, não encontram diferenças na pontuação relativamente ao sexo.

No que concerne ao estado civil das pessoas idosas, tem-se observado relação expressiva com os sentimentos de Solidão. Todas as consequências inerentes ao envelhecimento são mais fáceis de lidar com os indivíduos que têm uma relação de intimidade (Murphy, 1982, como citado em Barroso & Tapadinhas, 2006). Neste sentido, o fenómeno de Solidão, aparenta ser principalmente ocasionado mais pela perda de uma relação conjugal, do que pela sua inexistência (Teixeira, 2010). Os estudos na área apontam que os sentimentos de Solidão estão mais presentes nas pessoas idosas viúvas, divorciadas ou solteiras, por sua vez, os idosos casados exibem menos estes sentimentos

(Barroso & Tapadinhas, 2006; Glaser, Tomassini, Racioppi & Stuchbury, 2006; Teixeira, 2010).

Outro aspeto relacionado com a Solidão é a viuvez, justificando-se pelo facto de envolver a perda de uma relação bastante peculiar. Esta situação poderá originar, em primeira instância, sentimentos de desamparo e Solidão, levando por vezes os idosos a privarem-se de toda a participação social (Paúl & Fonseca, 2005). Os idosos viúvos e divorciados expressam mais sentimentos de Solidão, problemas emocionais, recurso a assistência médica, perda de atividades e relações sociais, dependência financeira, sentimentos de depressão e cessação de relacionamentos com os membros da família (Glaser *et al.*, 2006).

Outro fator que pode influenciar positivamente a percepção da Solidão são as habilitações literárias, como evidenciam Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala (2005).

No seu estudo, Weiss (1982, como citado em Neto, 1992), concluiu que as pessoas que estão casadas sofrem menos de Solidão do que as não casadas. Nas relações, as mulheres demonstram mais Solidão do que os homens, contudo, quando há uma rutura na relação (seja por divórcio, separação, morte), os homens apresentam-se mais sós. O mesmo autor também afirma que a Solidão é maior nas pessoas pobres comparativamente às ricas, uma vez que, as boas relações mantem-se mais facilmente quando as pessoas têm tempo e dinheiro para atividades de lazer. Contudo, salienta que não há diferença relativamente às pessoas que vivem em meio rural, das que vivem em meio urbano.

A participação social é outro fator que surge relacionado com a Solidão. Num estudo de Teixeira (2010), constituído por idosos que viviam na comunidade observou-se que a participação social de forma ativa ocorre como um indicativo de um nível menor de Solidão. De igual forma, outro estudo, de Barroso & Tapadinhas (2006), indicou que as pessoas idosas que manifestavam um menor sentimento de Solidão eram os que tinham uma percepção de maior preocupação e de maior proximidade com os amigos. Esta situação deve-se ao facto dos pares representarem a sua geração, dado que, partilham

um determinado princípio de valores, dificuldades e receios, que nem sempre os familiares partilham.

Num estudo internacional, executado na sociedade japonesa indica que os idosos institucionalizados não desenvolvem muitos laços de amizade e que apresentam níveis de Solidão superiores (Kim, Byeon, Kim, Endo, Akahoshi, & Ogasawara, 2009).

No seu estudo, Wenger, Davies, Shahtahmasebi & Scott (1996), fizeram uma revisão da literatura acerca do isolamento social e da Solidão e a identificação de uma vasta gama de correlações publicadas. Foram utilizados dados de um estudo realizado em North Wales, que incluiu muitas das mesmas variáveis correlacionadas, uma técnica de modelagem estatística que é usada para refinar os modelos de isolamento e Solidão através do controle de covariância. Os modelos resultantes indicaram que os fatores críticos para o isolamento são: o estado civil, a rede social e a classe social. No que diz respeito à Solidão, as variáveis mais problemáticas são o tipo de rede, a composição do agregado familiar, e a saúde.

Chegando à mesma conclusão, no estudo de Rubenstein e Shaver (1982, como citado em Neto, 1992), estes verificaram, que certas características sociodemográficas não estão relacionadas com a Solidão. Não houve diferenças na Solidão relativamente aos indivíduos que residiam em locais urbanos e em locais rurais. Porém, em modo de conclusão, fatores como o suporte, a adaptação e as relações familiares estão estatisticamente associados à Solidão, na medida em que, o suporte social e um bom funcionamento familiar podem reduzir os níveis de Solidão sentidos pelos idosos (Wu, Sun, Sun, Zhang, Tao, & Cui, 2010).

Tabela 3 - Resultados de estudos selecionados no âmbito da Solidão

Autores	Objetivos	Instrumentos	Amostra	Resultados
Neto & Barros (2001)	- Observar as diferenças na Solidão em pessoas de três grupos etários (adolescentes, adultos, e idosos).	-Escala da Solidão UCLA; -Escala de neuroticismo (Barros, 1999); -Escala de optimismo - <i>Life Satisfaction Scale</i> (Diener; Emmons; Larsen; Giffin); -Escala de satisfação com a vida (Barros, 1998)	-325 participantes	Os adolescentes e os idosos sentiam mais a Solidão que os adultos. Em cada grupo etário encontraram-se correlações significativas entre a Solidão e o neuroticismo, o optimismo, e a satisfação com a vida. Não se encontraram diferenças na Solidão segundo o sexo.
Barroso & Tapadinhas (2006)	-Comparar a depressividade e os sentimentos de Solidão segundo o contexto habitacional dos idosos (em Instituições ou na Comunidade) e outras variáveis sociodemográficas.	-Questionário Sociodemográfico; - Escala de Solidão da UCLA -Escala Geriátrica de Depressão (GDS).	-80 participantes	Os sentimentos de Solidão e os níveis de depressividade estão presentes em grande escala nesta faixa etária, sobretudo naqueles que vivem institucionalizados em Lares.
Fernandes (2007)	- Analisar os níveis de Solidão subjetiva que os idosos reconhecem neles próprios	- Escala SELSA - Escala de Solidão de UCLA	-179 participantes	As variáveis sociodemográficas influenciam o nível de percepção subjetiva de Solidão. Existem diferenças estatisticamente significativas entre os níveis de percepção subjetiva de Solidão sentida por idosos na dimensão social. Verificaram-se relações entre a percepção subjetiva de Solidão, as variáveis de caracterização sociodemográfica e as variáveis de caracterização do estado de saúde.

Espirito-Santo et al. (2012)	Explorar a prevalência da Solidão numa amostra de idosos institucionalizados e determinar quais as variáveis que a predizem.	- Escala Solidão UCLA; - Questionário Sociodemográfico; - Mini- Mental State Examination, - Escala Geriátrica de Depressão; - Inventário de Ansiedade Geriátrica - Escala Satisfação com vida - Questionário subjetivo do sono para idosos.	-539 participantes	A satisfação com a vida pode afetar o sentimento de Solidão. O sexo e o estado civil tiveram um efeito significativo na Solidão. As mulheres idosas institucionalizadas têm mais sentimentos de Solidão e menor satisfação com a vida. A satisfação com a vida é a única variável que prediz os sentimentos de Solidão.
Scocco et al. (2006)	- Investigar em idosos, o impacto da entrada numa instituição e detetar qualquer alteração no seu perfil psicopatológico e cognitivo, dependência e Qualidade de Vida percebida.	-Apontamentos médicos e de enfermagem; -Entrevistas, - Mini Mental State; - WHOHQL- Bref	-100 participantes	Os participantes expressam sentimentos de Solidão e de marginalização. A maioria dos indivíduos apresentou sintomas psiquiátricos e declínio cognitivo. Após 6 meses, o estado clínico da amostra, especialmente as mulheres, haviam piorado, com uma taxa de mortalidade de 33%. Isto sugere que se mudar para uma instituição pode não trazer melhoria ou estabilização, mas sim, sintomas psiquiátricos e pior Qualidade de Vida.
Veer-Tazelaar, et al. (2008)	- Comprovar a prevalência e risco de depressão, enquanto o número de idosos que sofrem deste transtorno de humor pode ser consideravelmente maior do que o calculado	-Escala de Solidão de UCLA; -Escala Depressão Geriátrica; - Escala Qualidade de Vida SF-36	-2.850 Participantes	Os sintomas depressivos são prevalentes na população idosa com o aumento da idade. Os idosos com idades entre os 65 e 74 anos manifestam pontuações mais baixas de Solidão, comparativamente as pessoas idosas com 75 anos ou mais
Wu et al. (2010)	Estudar as associações que podem existir entre a Solidão e relação social (suporte social e função da família) no ninho vazio em idosos chineses.	- Escala da Solidão da UCLA; -Escala de Suporte Social; Índice de APGAR	-1.144 participantes	- A Solidão prevalece entre os idosos com síndrome do ninho vazio. Com suporte social e um bom funcionamento familiar poderão ser evitadas ou reduzidas as consequências psicossociais negativas.

Savikko et al. (2005)	-Observar a prevalência e das atribuições causais da Solidão	- Escala de Solidão de UCLA	-3915 participantes	- A sensação subjetiva de Solidão, mais comumente sentida entre os idosos mais velhos que viviam em zonas rurais, do que os que viviam nos grandes centros urbanos. Fatores considerados potencializadores de Solidão: o fraco estado físico a nível funcional, a viuvez e baixos rendimentos. Causas subjetivas mais comuns para sofrer de Solidão são as próprias doenças, a morte do companheiro e falta dos amigos.
------------------------------	--	-----------------------------	---------------------	---

1.5 Solidão e Qualidade de Vida

Tal como já foi mencionado anteriormente, o processo de envelhecimento tem progressivamente centrado os interesses de teóricos e investigadores. Porém há duas das áreas onde a teoria e a investigação se têm focalizado, sendo elas a Solidão e a Qualidade de Vida, pelo impacto e as implicações pessoais, sociais e políticas que tais variáveis podem assumir. Apesar do aumento da esperança média de vida e do progresso da medicina e dos sistemas sociais, muitos idosos, devido a vários fatores, estão predispostos à ocorrência de algumas situações, como a Solidão, o isolamento social e a alteração na Qualidade de Vida.

Esta última, caracteriza-se, não como homogénea, mas sim como multidimensional, uma vez que tem várias extensões, desde os indicadores de saúde até aos hábitos individuais, culturais e éticos. Neste sentido, a opinião pessoal deve ser levada em conta para avaliar os padrões de vida dos idosos, na medida em que, neles se encontram importantes informações acerca das condições de saúde, do âmbito social e

econômico, da espiritualidade e da condição mental do indivíduo em estudo (Thomopoulou *et al.*, 2010).

A Solidão caracteriza-se pela sua dimensão psicológica que se reflete em atitude e no comportamento no seu dia-a-dia. Os idosos frequentemente expressam sentimentos negativos e solitários quando há a combinação do processo envelhecimento com os estereótipos sociais, o que por sua vez, vai influenciar a respetiva Qualidade de Vida. Neste sentido, e por esta razão, a Solidão pode ser um indicador crítico para estimar a Qualidade de Vida, e vice-versa (Thomopoulou *et al.*, 2010).

Para amenizar a Solidão sentida é importante que o indivíduo idoso tenha relações sociais, o que contribui para o seu bom estado físico, social e psicológico, consequentemente um envelhecimento com Qualidade de Vida.

O envelhecimento causa variadas mudanças nos idosos, com perdas e privações que inevitavelmente afetam a sua Qualidade de Vida e que os obriga a uma adaptação às mesmas (Teixeira, 2010). Deste modo, a Solidão poderá ser encarada como uma possível consequência, tendo-se transformado num problema social, sobretudo nas pessoas idosas (Wu *et al.*, 2010).

De acordo com Sousa *et al.* (2004), a velhice terá uma maior Qualidade de Vida para os idosos que fomentem relações positivas com a sua família e amigos e que tenham uma rede social e pessoal mais funcional e alargada. As relações sociais dos idosos ajudam na estimulação da mente e do pensamento, que se traduz em múltiplos efeitos benéficos para a saúde (Pereira, 2008).

Também Jardim (1991, como citado por Melo & Neto, 2003), verificou que os idosos com menos intimidade e com mais níveis de Solidão, são aqueles que apresentam menor Qualidade de Vida. Similarmente, Lopes (2004, como citado em Ferreira, 2009) menciona que, no seu estudo, há correlações positivas entre a satisfação com o suporte social e a Qualidade de Vida.

Num estudo de Hortelão (2004), com o intuito de caracterizar o bem-estar e a Qualidade de Vida de idosos que vivem em ambientes distintos, concluiu que o fator que está mais associado às duas variáveis em estudo é a Solidão, mesmo independentemente do contexto em que habitam. Os idosos institucionalizados têm mais sentimentos de

estarem sós, dado que, os objetivos de vida são diminutos, as tarefas diárias são muito poucas e ainda a rotina diária é solitária. Pelo contrário os idosos residentes na comunidade, apontam mais objetivos e encaram as rotinas diárias como um desafio e ainda preferem viver sós desde que não sejam esquecidos nem abandonados pela rede de suporte social.

Numa revisão literária, alicerçada numa base científica, permitirá extrair algumas conclusões precisas e proporcionar dados acerca do assunto em estudo (Craig & Smyth, 2004). (tabela 4)

Tabela 4 - Resultados de estudos selecionados no âmbito da Qualidade de Vida e Solidão

Autores	Objetivos	Instrumentos	Amostra	Resultados
Thomopoulou et al. (2010)	-Analisar as diferenças na Qualidade de Vida e na Solidão entre os idosos da amostra.	- Índice da Qualidade de Vida, -Escala de Solidão da UCLA -Questionário sociodemográfico	-180 participantes	È percecionada melhor Qualidade de Vida, pelos homens, pelos idosos mais novos e pelos idosos casados. Os homens referem menos Solidão assim como os mais velhos. Os casados têm menos Solidão do que os divorciados e viúvos, contudo, os divorciados tiveram menor pontuação de Solidão que os viúvos.
Almeida & Rodrigues (2008)	-Observar a Qualidade de Vida em idosos institucionalizados em Lar	- Formulário bio relacional; -Grelha de avaliação da Qualidade de Vida; -Índice de Kartz.	- 93 participantes	A Solidão e os problemas de saúde são as causas mais frequentes da institucionalização e com o aumento da idade a Qualidade de Vida baixa e os idosos com problemas ao nível da

Teixeira (2010)	- Estudar a depressão, a Solidão, a Qualidade de Vida, e a relação existente entre estas variáveis,	- Avaliação Breve do Estado Mental; - Escala de Depressão Geriátrica; - Escala de Solidão da UCLA; - WHOQOL-BREF (versão portuguesa).	-22 participantes	Existência de correlações positivas entre a depressão e a Solidão, e negativas entre a Qualidade de Vida e as duas anteriores. O meio de residência e a satisfação com a relação com os amigos, influenciam a percepção da Solidão, da depressão e da Qualidade de Vida.
Correia (2012)	-Comparar a Qualidade de Vida e os sentimentos de Solidão dos idosos portugueses de acordo com o contexto habitacional	-Questionário Sociodemográfico; - Escala de Solidão da UCLA; -Questionário SF-36.	-107 participantes	- 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 Qualidade de Vida.
Liu & Guo (2007)	- Comparar o Síndrome do Ninho Vazio e a Solidão em dois grupos de idosos: um cujos filhos ainda viviam em casa (grupo controle) e outro cujos filhos já haviam saído de casa (grupo SNV)	- Questionários sobre saúde, - Escala da Solidão de UCLA - Escala de Qualidade de Vida (SF-36)	- 590 participantes	-A Solidão é vivida por mais de um terço dos idosos, onde o grupo da SNV tende a ter mais problemas físicos, emocionais e financeiros, fatores que contribuem para a reduzida vida social. A Solidão pode ser amenizada pela presença dos filhos, netos ou amigos, logo há um aumento da Qualidade de Vida.

Problemática em estudo

Nos últimos anos, assiste-se a um aumento no interesse científico e social em relação à população idosa, relacionado sobretudo com o fenómeno do envelhecimento populacional e a consideração em relação ao número de idosos que se atingiu e atingirá. Saliente-se que a investigação nesta área está a ganhar cada vez mais importância e pertinência, uma vez que, só conhecendo de forma mais aprofundada a população idosa as suas vivências e as suas necessidades, é que poderá ser possível um apoio mais eficaz, no sentido da promoção da saúde e de um envelhecimento ativo, aspetos de especial interesse para a investigação no âmbito da Gerontologia Social.

Surge como prioritária a investigação versando a problemática da Solidão e da Qualidade de Vida, porque o envelhecimento é, na maior parte das vezes, associado a perdas e incapacidades, acompanhado de singularidade na sua evolução. Tendo em conta as condições de vida atual, as famílias frequentemente não dispõem de tempo ou condições para cuidar dos seus idosos, o que origina, por vezes, a necessidade de recorrer a meios institucionais. A literatura na área associa, com alguma frequência, a institucionalização a situações de Solidão aspeto que de algum modo poderá influenciar a perceção de Qualidade de Vida do idoso.

É perante o confronto com estas situações, assim como com os resultados de estudos já desenvolvidos, e contributos teóricos enunciados que surgem as questões de investigação, questões que devem apresentar-se de forma clara, formuladas no presente e que abordem os conceitos em estudo (Fortin, 2009).

- a) É percecionada Solidão pelos idosos em situação de institucionalização?
- b) Qual a Qualidade de Vida percecionada pelos idosos em situação de institucionalização?
- c) A Solidão relaciona-se com a perceção de Qualidade de Vida?

Dada a amplitude da problemática, e no âmbito deste estudo, a definição de objetivos permite-nos uma clarificação do que efetivamente se pretende estudar.

De modo geral, é fundamental que os objetivos de investigação sejam preciso e esteja redigida de modo claro a finalidade que o investigador deseja atingir, assim, deve fazer alusão às variáveis e à população-alvo do estudo (Fortin, 2009).

Apresenta-se como objetivo geral deste estudo: analisar a relação entre aspetos sociodemográficos e relacionados com a situação de institucionalização e a Solidão e a Qualidade de Vida em idosos residentes em dois lares residenciais numa região urbana do norte do país.

Passam a definir-se os objetivos específicos que ajudarão a sistematizar e organizar o pensamento crítico com vista à consecução dos mesmos:

- a) Caraterizar a Solidão em idosos residentes em dois lares residenciais numa região urbana do norte do país;
- b) Caraterizar a Qualidade de Vida em idosos residentes em dois lares residenciais numa região urbana do norte do país;
- c) Identificar aspetos sociodemográficos e relacionadas com a situação de institucionalização que se associam com a Qualidade de Vida e Solidão;
- d) Analisar relação entre Qualidade de Vida e Solidão em idosos residentes em dois lares residenciais numa região urbana do norte do país.

CAPÍTULO II

METODOLOGIA

2.1 Método

O estudo científico é um processo que permite a aquisição de conhecimentos, um modo metódico e sistemático de encontrar respostas para as questões que precisam de investigação. A fase empírica

“Inclui a colheita de dados no terreno, seguida da organização e do tratamento dos dados. Para fazer isto, utilizam-se técnicas estatísticas descritivas e inferenciais ou, segundo os casos, análises de conteúdo. Em seguida, passa-se à interpretação, depois à comunicação dos resultados.” (Fortin, 1999).

Assim e após a revisão da literatura e definição de objetivos de estudo, impõe-se a tomada de decisões quanto à metodologia mais adequada para a recolha de informação precisa, objetiva e que seja passível de interpretação. O desenho de investigação consiste numa linha traçada pelo investigador de modo a conseguir alcançar os objetivos a que se propôs, respondendo assim as questões de investigação (Fortin, 2009).

O presente estudo integra-se no paradigma quantitativo, pois permite “recolher os factos e estudar a relação entre eles” (Bell 2002, p.20), permitindo “comparar as médias relativamente ao grau de variação dos resultados, para determinar a probabilidade das diferenças obtidas” (Tuckman 2002, p.370). De acordo com Fortin (1999, p. 22), o método quantitativo “é um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis”, que tem como intuito contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos.

Considera-se o presente estudo como um estudo descritivo e correlacional. Descritivo, uma vez que, de acordo com Fortin (1999), consistirá em descrever de forma simples um fenómeno ou um conceito relativo a uma determinada população, “de maneira a estabelecer as características desta população (p.163)”. O estudo tem também um carácter correlacional, uma vez que, se pretende determinar as relações existentes entre as variáveis em estudo.

Relativamente ao momento em que ocorrem as observações, sendo a avaliação destas variáveis feita num único momento, opta-se por um estudo transversal. Para

Fortin (2009), este tipo de estudo, avalia a frequência de um acontecimento ou de um problema numa população, num determinado momento.

2.2 Amostra

A população em estudo ou universo é o conjunto de seres animados ou inanimados que apresentam pelo menos uma característica em comum, por sua vez a amostra caracteriza-se por um grupo de sujeitos retirados de uma população, sendo que a amostragem se define como uma técnica que permite escolher um conjunto de sujeitos que se pretende que sejam representativos da população estudada (Freixo, 2009).

Para este estudo, e na impossibilidade de estudar a população, recorreu-se a uma amostra obtida a partir do universo de idosos institucionalizados em duas instituições (Lares) na região Norte do país.

Recorreu-se a uma amostra, não probabilística, que de acordo com Fortin, (2009), consta de um procedimento de seleção, mediante o qual cada elemento da população não possui a mesma probabilidade de ser escolhido para formar a amostra. Trata-se ainda de uma amostra accidental, pois é constituída por sujeitos que são facilmente alcançáveis e se encontram presentes num determinado local, num dado momento, aceitando participar no estudo.

Assim constitui-se neste estudo, uma amostra de 47 idosos institucionalizados, em dois lares de carácter social (IPSS), na região norte do país.

A amostra do estudo é uma parcela convenientemente selecionada do universo, ou seja, é um subconjunto do universo. Para o presente estudo de investigação definiram-se os seguintes critérios de inclusão na amostra:

- a) idade igual ou superior a 65 anos;
- b) sem patologia mental grave;
- c) que aceite participar no estudo.

Os critérios de inclusão definem-se com o objetivo de obter uma amostra a mais homogénea possível (Fortin, 2009).

2.2 Instrumentos de recolha de dados

Todas as ciências se caracterizam pela utilização de métodos científicos; em contrapartida, nem todos os ramos de estudo que empregam estes métodos são ciências (Marconi & Lakatos, 2003). A metodologia escolhida pelo investigador é determinante num trabalho de investigação. Esta vai proporcionar ao investigador recolher, dar significado, compreender e explicar os dados. Todos os métodos escolhidos dependem, na realidade, dos objetivos da investigação, do modo de análise e das características do campo de análise (Quivy & Campenhoudt, 2003).

A etapa da recolha de dados, é fundamental num trabalho de investigação, dado que requer a elaboração ou escolha de um instrumento adequado que vá ao encontro aos objetivos inicialmente traçados e às especificidades da população.

O questionário constitui-se como o instrumento mais utilizado para a recolha de informação, constituído por um conjunto de questões que possibilitam a avaliação de atitudes e opiniões dos indivíduos (Freixo, 2009). Apesar das desvantagens que são por vezes apontadas à utilização de questionários com questões fechadas, nomeadamente a perda de alguma informação, optou-se pela utilização deste para a recolha de dados, uma vez que permitem a recolha de informação em grandes amostras com total isenção nas respostas obtidas.

Tendo em conta os objetivos delineados para o presente estudo, foi fundamental recorrer a um conjunto diversificado de instrumentos, cuja seleção se apoiou no facto de parecerem os mais apropriados para os objetivos propostos. Decidiu recorrer-se a instrumentos já existentes e validados que permitem a comparação de resultados, procedendo, contudo, à análise de fiabilidade dos resultados do estudo.

Questionário Sociodemográfico e de variáveis relacionadas com a situação de institucionalização

Houve necessidade de desenvolver um questionário de caracterização sociodemográfica e de informação relativa à situação de institucionalização considerada pertinente, constituído por 15 perguntas de resposta fácil e rápida, de forma a permitir um melhor conhecimento acerca dos idosos participantes, que auxiliarão no estudo das variáveis, abrangendo os seguintes aspetos:

- a) Aspetos sociodemográficos;
- b) Regularidade com que recebe visitas e de quem;
- c) Regularidade que sai da instituição e com quem;
- d) Períodos que passa fora do Lar

Escala de avaliação da Qualidade de Vida – WHOQOL-BREF (WHOQOL-group, 1995) na versão portuguesa de Serra *et al.* (2006)

A Qualidade de Vida tem sido estudada em vários contextos e em diferentes sociedades, sendo utilizados diversos fatores para avaliá-la. O instrumento de avaliação WHOQOL foi construído com uma metodologia específica, e é composto por seis domínios. Devido à necessidade de instrumentos que não solicitassem muito tempo para preencher, mas que possuísem características psicométricas suficientes, o grupo WHOQOL levou a cabo o desenvolvimento de uma versão sucinta do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref, no qual estão consideradas 26 questões, duas das quais são questões gerais da Qualidade de Vida e as restantes representam cada uma das 24 facetas que coordena o instrumento original (Fleck *et al.*, 2000). Cada faceta do WHOQOL pode ser caracterizada como uma descrição de um comportamento, um estado, uma capacidade ou uma perceção ou experiência subjetiva. O Grupo WHOQOL tem vindo a interessar-se no desenvolvimento de um instrumento para a avaliação da Qualidade de Vida em pessoas idosas, na medida em que, é necessário adotar instrumentos adequados para a

avaliação das distintas faixas etárias. Neste sentido, o WHOQOL Group, numa perspetiva transcultural, criou uma escala para avaliar Qualidade de Vida em adultos idosos, o WHOQOL-OLD, contudo ainda não há uma versão portuguesa.

Deste modo, para a realização do estudo, utilizar-se-á a Escala da Qualidade de Vida WHOQOL-Bref, que foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Serra *et al.* (2006). Segundo os autores, a escala integra então 26 questões, onde numa primeira parte se consideram duas questões relativas à Qualidade de Vida e à satisfação com a própria saúde. As outras 24 questões estão divididas por *domínios*: a) *físico*, com 7 itens; b) *psicológico*, com 6 itens; c) *social*, com 3 itens; e d) *meio ambiente* com 8 itens. Este instrumento de investigação poderá ser utilizado não só nas populações saudáveis, mas também nas populações acometidas por situações clínicas pontuais e doenças crónicas.

O *domínio físico* reporta um conjunto de facetas que engloba a mobilidade, o sono e repouso, a energia e fadiga, a dor e desconforto, dependência de medicação e a capacidade de trabalho. Já o *domínio psicológico* engloba facetas relacionadas com sentimentos, pensamentos, memória, autoestima, espiritualidade e crenças pessoais. No que diz respeito ao *domínio das relações sociais*, este considera a atividade sexual, o apoio social e as relações sociais dos idosos. Por fim, o *domínio ambiente* considera a segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, participação e oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico e transporte (Canavarro & Serra, 2010). Este instrumento possibilita ainda o cálculo de um indicador global, nomeadamente a *faceta geral* de Qualidade de Vida.

Ainda relativamente à escala, as respostas de cada utente manifestam a sua concordância ou discordância e são avaliadas por *scores* de 1 a 5. Nos vários domínios, 3 questões são avaliadas de forma invertida e devem ser recodificadas antes da cotação do instrumento, para que os dados sejam tradutores fiéis da Qualidade de Vida.

A fiabilidade de um instrumento refere-se à precisão e à consistência da medida, bem como à estabilidade temporal dos seus resultados.

A partir da escala da Qualidade de Vida original, desenvolvida pelo WHOQOL-Group em 1998, vários estudos de investigação recenseados apresentam um valor de consistência interna (*alpha* de Cronbach) muito variáveis (Simões, Sousa, Vilar e Paredes, 2010, como

citado em Canavarro & Serra, 2010). A adaptação portuguesa da Escala da Qualidade de Vida foi efetuada por Serra *et al.*, em 2006, que mostrou possuir uma consistência interna muito boa com coeficiente *alpha* de 0.92. No que diz respeito à individualidade dos *domínios* varia entre 0.64 (*relações sociais*) e 0.87 (*físico*) (Canavarro & Serra, 2010). No presente trabalho o valor de *alpha* para a escala de Qualidade de Vida é de 0.92. Quanto à individualidade dos *domínios*, no *físico* é 0.83, no *psicológico* é 0.73, no *social* é 0.69 e no *ambiente* é 0.84.

UCLA Loneliness Scale de Russell, Peplau e Cutrona (1988) na versão portuguesa Escala de avaliação da Solidão de UCLA de Neto (1989)

A Escala de Solidão da UCLA, aplicada aos participantes do presente estudo, é uma versão portuguesa da original “UCLA Loneliness Scale”, desenvolvida por Russell, Peplau e Cutrona (1978, como citado em Neto, 1989). Esta escala foi adaptada por Neto (1989), é bastante utilizada na literatura para a avaliação da Solidão e dos sentimentos associados à mesma. Caracteriza-se ainda, por ser uma escala altamente fidedigna, curta e simples na sua aplicação, e é válida relativamente à avaliação da Solidão e à discriminação entre Solidão e outros constructos associados.

Encara a Solidão como um estado psicológico, na medida em que, indivíduos diferentes podem experienciar sentimentos de Solidão, ao longo de diferentes percursos de tempo, em diversas circunstâncias da vida.

A Escala da Solidão da UCLA, adaptada por Neto, é composta por dezoito itens, que pretendem avaliar a Solidão e os sentimentos associados à mesma.

As respostas de cada item fazem-se através escala tipo Likert, com quatro pontos, que variam desde “Nunca” - 1, “Raramente” - 2, “Algumas vezes” – 3 até “Muitas vezes” – 4. Pretende-se que os participantes coloquem um círculo no número que pensam transmitir melhor o que sentem. No final, é obtida uma pontuação através do somatório das 18 questões, metade dos quais formulados de forma inversa (itens 1, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 17 e 18), e reflete o índice de Solidão dos participantes. Na pontuação final, a escala situa-se

entre um mínimo de 18 e um máximo de 72 pontos, sendo que, um resultado elevado traduz Solidão, enquanto um resultado mais baixo traduz ausência de Solidão, e consequente maior satisfação social.

Tal como afirma Neto (1992), a escala da Solidão é considerada enquanto estado psicológico e apreendida de forma unidimensional. O autor (1989) revela ainda que, quanto às qualidades métricas, a escala de Solidão mostrou uma boa consistência interna e uma boa validade, confirmada mediante as correlações entre a Solidão e os diferentes estados emocionais relacionados com a Solidão que os sujeitos avaliaram.

A escala original, desenvolvida por Russell, Peplau e Ferguson em 1978, apresenta ainda correlações altamente significativas com um índice de consistência interna de 0.96 (*alpha* de Cronbach) (Russell *et al.*, 1978). A adaptação portuguesa da Escala de Solidão da UCLA foi efetuada por Neto (1989, 1992) mostrou possuir uma elevada consistência interna (coeficiente *alpha* =0.96) traduzindo uma excelente fidelidade (Neto, 1992). No que fiz respeito ao presente trabalho este apresenta um *alpha* de 0.87.

Contudo, a Escala de Solidão da UCLA levanta alguns potenciais problemas, na medida em que, o enviesamento nas respostas é um ponto negativo, porque os itens estão estruturados na mesma direção. Outro aspeto negativo refere-se à desejabilidade social, uma vez que, havendo algum estigma relativamente à Solidão, os participantes podem distorcer as respostas subvalorizando a sua experiência de Solidão (Fernandes, 2007).

2.3 Procedimentos

Os dados são elementos de informação recolhidos junto dos participantes do estudo, assim e para recolha da informação pretendida, foi realizada uma entrevista estruturada com uma duração aproximada de 30 minutos, em que, após um contacto inicial, se aplicaram o questionário de caracterização sociodemográfica e os restantes instrumentos preconizados para o estudo, a idosos de dois lares residenciais com um maior número de utentes, numa região urbana do norte do país. Os participantes foram escolhidos segundo aos critérios de seleção já referidos. A recolha de dados foi realizada

por colaboradores dos investigadores que foram instruídos na reunião preparatória, a fim de compreenderem os objetivos da investigação e a uniformização de critérios e técnica.

Para a recolha dos dados, foi obtido o consentimento livre e esclarecido por parte do idoso, que funciona como a garantia de que o indivíduo é detentor de toda a informação e conteúdo essencial para perceber o que integra (Fortin 2009). O consentimento é encarado como livre e voluntário se o participante que concorda é detentor de todas as suas faculdades mentais, não tendo sido alvo de nenhuma forma de pressão ou manipulação. Só assim são salvaguardados os interesses do participante e garantido o respeito e dignidade pelos direitos humanos.

O consentimento foi obtido após ser fornecida informação relativa ao investigador e à investigação, foi dado a conhecer o tema e pertinência da investigação, assim como os objetivos da mesma e protocolo de recolha de dados. Ao participante deste estudo foi garantida a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos. Foi igualmente explicado que a participação é voluntária podendo desistir em qualquer momento da investigação, sem que daí resulte qualquer prejuízo para si. Ao participante foi dada a liberdade de colocar todas as questões que entendesse como pertinente.

2.4 Procedimentos de análise de dados

Após a introdução dos dados recolhidos numa base utilizando o programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 21, procedeu-se à verificação da matriz dos dados, com o intuito de confirmar a ausência de erros neste processo.

No que respeita aos procedimentos de análise de dados, e tendo por referência os objetivos do presente trabalho, realizou-se, em primeiro lugar, análises de estatística descritiva, nomeadamente medidas de tendência central e de dispersão, a nível das características sociodemográficas dos participantes, das variáveis relacionadas com a situação de institucionalização assim como das variáveis Solidão e Qualidade de Vida.

Posteriormente, realizaram-se análises de estatística inferencial com o objetivo de analisar a relação entre as características sociodemográficas dos participantes, as variáveis relacionadas com a situação de institucionalização e a percepção Solidão e Qualidade de Vida dos participantes.

O teste de Kolmogorov-Smirnov foi usado para testar a normalidade da distribuição das variáveis. Para comparar as medidas de tendência central aplicou-se o teste t de Student e o One-Way Anova para comparação múltiplas, usando os testes post-hoc para identificar quais dos pares de grupos diferem.

O coeficiente de correlação de Pearson foi utilizado como medida de associação entre duas variáveis. Trata-se de uma medida de associação entre variáveis quantitativas, indicando que os fenômenos não estão indissoluvelmente ligados, mas a intensidade de um é acompanhada tendencialmente pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou no sentido inverso (Morteira, como citado em Pestana & Gageiro, 2005). Referindo-se a valores absolutos, os coeficientes de correlação inferiores ou iguais a 0,3 indicam uma associação fraca, valores entre 0,4 e 0,7 indicam uma correlação moderada e acima deste valor pode considerar-se uma correlação forte (Pestana & Gageiro, 2005). Permite avaliar a direção (positiva ou negativa) e magnitude (variando entre +1 e -1) da associação. O valor de 1 pode significar uma relação linear perfeita e o valor de -1 pode também indicar uma relação linear mas inversa, isto é, quando uma das variáveis aumenta a outra diminui. Quanto mais próximo estiver de 1 ou -1, mais forte é a associação linear entre as duas variáveis. O valor 0 (zero), ou próxima de zero, representa a ausência de relação entre as variáveis (Martins, 2011).

No entanto, dada a pouca expressividade das relações entre variáveis em ciências sociais, há autores que sugerem outras leituras, aceitando como correlações fracas, modestas e fortes de acordo com os valores de referência 0,2; 0,3 e 0,5, respetivamente (Pallant, 2001).

Considerou-se um nível de significância de 5% nos testes de hipóteses.

CAPÍTULO III

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo apresentam-se os resultados obtidos no âmbito do presente estudo empírico, no sentido de ir e encontro aos objetivos propostos

A apresentação dos resultados organiza-se segundo a ordem de apresentação dos objetivos específicos Assim, faz-se primeiro uma caracterização da amostra relativamente à informação sociodemográfica recolhida e dados relacionados com a situação de institucionalização e caracterização descritiva das escalas utilizadas como método de recolha de dados, designadamente a Escala da Solidão de UCLA e a Escala da Qualidade de Vida da WHOQOL-Bref.

Seguem-se os resultados referentes à relação entre algumas características sociodemográficas e as variáveis em estudo, nomeadamente a Qualidade de Vida e a Solidão, assim como a relação entre elas. De modo a facilitar o entendimento e a leitura, sintetizar-se-á os resultados em tabelas, e salientar-se-á no corpo do texto os resultados mais importantes.

3.1 Caracterização sociodemográfica dos participantes

A tabela 5 apresenta as características sociodemográficas, relativas à idade, género, estado civil, escolaridade e profissão que exerceram.

A amostra é constituída por 47 idosos, dos quais 80,9% (n=38) são do sexo feminino.

No que diz respeito à idade dos participantes, verifica-se que a idade máxima da amostra é 96 anos e a idade mínima de 72 anos, com uma média de idades de 83,23 anos (dp=6,55). Observa-se também que os idosos se encontram maioritariamente na faixa etária dos 80 ou mais anos, com 72,3% dos idosos (n=34), enquanto na faixa etária entre os 65 e os 79 anos se encontram 27,7% da amostra (n=13) dos idosos.

Tabela 5 - Caracterização sociodemográfica dos participantes

	<i>n</i> = 47	
	<i>n</i>	%
Idade <i>M(dp)</i>	83,23(6,55)	
Min-Max	72-96	
65-79	13	27,7%
80+	34	72,3%
Género (% mulheres)	38	80,9%
Estado civil		
Casado/união de facto	7	14,9%
Viúvo	25	53,2%
Separado/divorciado	1	2,1%
Solteiro	14	29,8%
Escolaridade		
Min-Max	0-12	
0	17	36,2%
1-4	25	53,2%
5+	5	10,6%
Profissão que exerceram ^{a)}		
Sector primário	4	8,7%
Sector secundário	11	23,9%
Sector terciário	13	28,3%
Não classificado	18	39,1%

a) *n*=46

No que concerne ao estado civil dos participantes, 14,9% dos idosos (7) são casados ou vivem em união de facto. Verifica-se também que 53,2% (*n*=25) são viúvos, 29,8% (*n*=14) estão solteiros e há 2,1% (*n*=1) que está divorciado ou separado.

Relativamente à escolaridade, predomina o 1º ciclo do ensino básico que corresponde a 53,2% (*n*=25), seguido da falta de escolaridade com 36,2% (*n*=17). Observa-se que 10,6% (*n*=5) são detentores de habitações literárias iguais ou superiores ao 2º ciclo do ensino básico. Saliente-se que há idosos que frequentaram o ensino superior 4,24% (*n*=2), embora estes resultados não sejam discriminados na tabela.

Dos idosos que constituem a amostra, 8,7 % (*n*=4) teve uma profissão pertencente ao sector primário, 23,9% (*n*=11) esteve ligado ao sector secundário e 28,3% (*n*=13) dos

idosos tiveram profissões do terceiro sector. Contudo, a maioria com 39,1 % (n=18) estão na categoria de “não classificados” que diz respeito às domésticas.

Importa acrescentar ainda que, em relação aos dados sobre a profissão exercida o valor de n é de 46 uma vez que houve um participante que optou por não responder a este tópico.

A tabela 6 evidencia os dados relativos aos motivos da institucionalização dos idosos, assim como o tempo de institucionalização em anos.

Tabela 6 - Institucionalização em Lar

n=47		
	n	%
Razão de ida para Lar		
Morte do Conjuge	4	8,5%
Perda de autonomia	8	17,0%
Falta Rede Social	1	2,1%
Opção Pessoal	22	46,8%
Problemas Familiares	2	4,3%
Isolamento	3	6,4%
Problemas de Saúde	7	14,9%
Anos que vive no Lar M(dp)		
	5,49 (3,68)	
Min-Máx	0-20	
Menos de 5	20	42,5 %
Entre 5 e 10 (inclusive)	24	51,1 %
Mais de 10	3	6,4 %

Depois da análise da razão que os levou para o Lar, verifica-se que “opção pessoal” é predominante com 46,8 % (n=22) das respostas. Constata-se ainda que, 17% (n=8) dos idosos foram por falta de autonomia e 14,9% (n=7) dos idosos foram por problemas de saúde. A morte do conjuge 8,5 % (n=4), o isolamento 6,4 % (n=3), problemas familiares 4,3% (n=2) e a falta de rede social 2,1 % (1), também são motivos que originaram a institucionalização dos participantes.

No que concerne aos anos que vive no lar, os resultados variam entre 0 e 20. Constitui-se como fundamental realçar que 0 anos são aqueles idosos que ainda estão

institucionalizados há poucos meses, menos de um ano. Os dados traduzem a média de anos institucionalizados é de 5,49 anos (dp= 3,68).

Dos idosos que constituem a amostra, 51,1% vive na instituição entre 5 e 10 anos (n=24). Seguem-se os idosos que estão institucionalizados há menos de 5 anos que são 42,6 % (n= 20) e as pessoas idosas que estão no Lar há mais de 10 anos que são 6,4% (n=3).

A tabela 7 apresenta uma breve caracterização das visitas e da periodicidade destas aos idosos que participaram no estudo.

Tabela 7 - Periodicidade das visitas no Lar

	Diariamente n (%)	Semanalmente n (%)	Quinzenalmente n (%)	Mensalmente n (%)	Nunca n (%)
Familiares	9 (19,1%)	15 (31,9%)	9 (19,1%)	8 (17,0 %)	6 (12,9%)
Amigos	3 (6,4 %)	8 (17,0%)	3 (6,4 %)	8 (17,0%)	25 (53,2%)
Vizinhos	1 (2,1 %)	4 (8,5 %)	4 (8,5 %)	0 (0,0%)	38 (80,9%)
Voluntários	0 (0,0 %)	2 (4,3 %)	1 (2,1 %)	1 (2,1%)	43 (91,5%)
Desconhecidos	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)	47 (100%)

Verifica-se que 19,1% (n=9) dos idosos refere ter visitas dos familiares diariamente, 31,9 % (n=15) idosos têm semanalmente, 19,1 % (n=9) idosos têm quinzenalmente visitas, 17,0 % (n=8) têm mensalmente e 12,8 % (n=6) dos idosos nunca têm visitas.

Quanto às visitas dos amigos, 53,2% (n=25) dos idosos afirmam que nunca recebem visitas, 17% (n=8) dizem receber semanalmente, 17% (n=8) mensalmente, 6,4% (n=3) asseguram receber visitas dos amigos diariamente e 6,4% (n=3) quinzenalmente.

A esmagadora maioria dos idosos 80,9% (n=38) afirma nunca ter visitas dos vizinhos, enquanto 8,5% (n=4) diz tê-las semanalmente/ quinzenalmente e 2,1 % (n=1) recebe visitas dos vizinhos diariamente.

Relativamente às visitas dos voluntários, 91,5% (n=43) dos idosos referem nunca receber as suas visitas, 4,3% (n=2) recebem semanalmente e 2,1 % (n=1) recebem quinzenalmente e mensalmente.

No que concerne aos desconhecidos, as respostas foram unânimes, os participantes afirmam nunca receber visitas destes 100% (n=47)

A tabela 8 apresenta uma breve caracterização das saídas do Lar dos idosos participantes, nomeadamente, as frequências, os acompanhantes e as atividades das saídas.

Tabela 8 - Distribuição dos participantes em função das Saídas do Lar

	n=47	
	n	%
Frequência saídas do Lar		
Nunca	12	25,5 %
Diariamente	12	25,5 %
Fim-de-semana	4	8,5 %
Quinzenalmente	2	4,3 %
Esporadicamente	17	36,2 %
Acompanhante nas saídas^{a)}		
Sozinho	11	31,4%
Profissionais do Lar	4	11,4 %
Amigos dentro do Lar	2	5,7 %
Familiares	9	25,7 %
Amigos fora do Lar	1	2,9 %
Vários	8	22,9 %
Atividades nas saídas^{a)}		
Cuidado pessoal	2	5,7 %
Atividades recreativas	5	14,3 %
Compras	3	8,6 %
Reuniões familiares	5	14,3 %
Atividades Simultâneas	16	45,7 %
Outros		
Lazer	5	10,7 %
Saúde	2	4,2 %

a) n=35

A maioria dos participantes diz sair esporadicamente 36,2% (n=17). Constata-se ainda que, 25,5% (n=12) nunca sai do Lar, 25,5% sai diariamente, 8,5 % (n=4) tem saídas aos fins-de-semana e 4,3% (n=2) realiza saídas quinzenalmente.

No que concerne à companhia nas saídas, 31,4% (n=11) dos idosos afirmam sair sozinhos do Lar, enquanto 25,7% (n=9) diz sair com familiares. Acrescenta-se ainda que, 11,4% (n=4) dos idosos refere sair com os profissionais do Lar, 5,7% (n=2) sai com os amigos do Lar e 2,9 % (n=1) diz sair com amigos de fora do Lar. Alguns participantes, 22,9% (n=8), apontaram vários acompanhantes nas suas saídas, ou seja, familiares, profissionais do Lar e amigos. Contudo, constitui-se como fundamental salientar que 25,5% (n=12) dos idosos não respondeu a esta pergunta, uma vez que referiu anteriormente nunca sair do lar.

Quando questionados pelas atividades que realizavam quando se ausentavam do Lar, 10,6% (n=5) dos idosos dizem fazer atividades recreativas e reuniões familiares, 5,7% (n=2) afirmam que as suas atividades são os cuidados pessoais, 8,6% (n=3) opta por fazer compras e 45,7% (n=16) realiza várias atividades em simultâneo. Porém os idosos inquiridos abordam que realizam outras atividades quando se ausentam do Lar, designadamente, na área do lazer 10,7 % (n=5) e na área da saúde 4,2% (n=2).

Importa acrescentar ainda que, relativamente à questão anterior, são analisados os resultados das respostas de 35 idosos, uma vez que, apenas foram contabilizados aqueles participantes que afirmaram sair do Lar, pois 12 idosos que asseguraram nunca sair.

A tabela 9 apresenta a caracterização das relações dos idosos descritos pelos idosos participantes. Relativamente a este item, a maioria afirma relacionar-se com várias pessoas no Lar, relações simultâneas 91,5% (n=43). Porém, 8,5 % (n=4) apontam ter apenas relações com os outros idosos do Lar. Importa salientar, que 3 idosos que disseram ter relações simultâneas, também verbalizaram outras relações, nomeadamente, com estagiários 2,1% (n=1) e com a esposa 4,3 % (n=2).

Tabela 9 – Relações no Lar

n=47		
	n	%
Relações no Lar		
Outros idosos	4	8,5 %
Relações simultâneas	43	91,5 %
Outros		
Estagiários	1	2,1 %
Esposa	2	4,3 %
Caracterização das relações		
Ocasionais	2	4,3 %
Regulares	6	12,8 %
Amigáveis	34	72,3 %
Em grau variado	5	10,6 %

Quanto á caracterização das relações dos idosos participantes, a esmagadora maioria afirmou que estas eram amigáveis 72,3% (n=34). Constata-se que 12,8% (n=4) têm relações regulares e 4,3% (n=2) apontam para ocasionais, as suas relações no Lar. Contudo, 10,6 % (n=5) dos idosos caracterizam as suas relações de forma variada, isto é, optaram por mais de uma hipótese, nomeadamente, ocasionais, regulares e amigáveis.

A tabela 10 apresenta a caracterização dos períodos que os idosos participantes passam fora do Lar.

A maioria dos idosos, no que diz respeito ao tempo que passam fora do Lar, uma grande maioria refere que nunca sai, que corresponde a 40,4% (n=19), seguindo-se dos que passam fora o Natal e a Pascoa 27,7 % (n=13) e dos que passam saem nos fins-de-semana 8,5% (n=4). Comprova-se ainda que, 2,1 % (n=1) saem do Lar nas férias e 19,1 % (n=9) referiram sair em vários períodos dos referidos e não apenas num. Há também quem refira passar outros períodos não referidos no questionário 2,1 % (n=1), nomeadamente, o aniversário 2,1% (n=1) e dias especiais 2,1% (n=1). Constitui-se como fundamental ressaltar que, os participantes que optaram por períodos misturados, 2,1 % (n=1) também escolheram outros.

Tabela 10 – Períodos fora do Lar

n=47		
Tempo fora do Lar		
Nunca sai	19	40,4%
Fins-de-semana	4	8,5%
Natal e Páscoa	13	27,7 %
Férias	1	2,1 %
“Períodos Misturados”	9	19,1 %
Outros	1	2,1 %
Aniversário	1	2,1 %
Dias Especiais	1	2,1 %
Com quem passa períodos fora do Lar^{a)}		
Familiares	23	82,1 %
Sozinho	1	3,6 %
Pessoas Amigas	2	7,1 %
Outras pessoas	1	3,6 %
Combinações várias	1	3,6 %

a) n=28

Finalmente, no que concerne à companhia nos períodos que passa fora do Lar, uma grande parte aponta para os familiares 82,1% (n=23). Verifica-se que 7,1% (n=2) passa os períodos fora do Lar com amigos, 3,6 % (n=1) tem a companhia de outras pessoas e 3,6% (n=1) passa estas épocas sozinho. Acrescenta-se ainda, que 3,6% (n=1) fez várias combinações, ou seja, escolheu mais de uma hipótese.

Importa salientar que relativamente à questão anterior, os resultados referem-se às respostas de 28 idosos, uma vez que, apenas foram contabilizados aqueles participantes que afirmaram passar algum tempo fora do Lar, já que há 19 idosos que asseguraram nunca sair.

Na tabela 11 apresenta-se o estado de saúde relatado pelos participantes.

Relativamente ao estado de saúde relatado pelos participantes, é possível verificar, que a grande parte dos participantes afirmou não estar doente à data da recolha de dados 61,7% (n=29).

Tabela 11 – Distribuição dos participantes em função do estado de saúde mental atual e acompanhamento em consulta externa

	n=47	
	n	%
Estado de saúde atual		
Sem doença	29	61,7%
Com doença	18	38,3%
Coração	2	4,3%
Articulares	2	4,3%
Depressão	2	4,3%
Coração e reumatismo	1	2,1%
Neurológicos	2	4,3%
Osteoporose	2	4,3%
Reumatismo	2	4,3%
Má circulação	1	2,1%
Oncológicos	1	2,1%
Vesícula e intestinos	1	2,1%
Consulta externa	11	61,1%
Internamento	1	2,1 %
Sem tratamento	6	12,8%
Duração doença (anos) <i>M(dp)</i>	5,750	
	(5,81)	
Min-Max	0-20	

Entre as patologias mais mencionadas pelos idosos entrevistados que referiram estar doentes, é possível encontrar o coração 4,3% (n=2), dores articulares 4,3% (n=2), depressão 4,3% (n=2), neurológicos 4,3% (n=2), osteoporose 4,3% (n=2), e reumatismo 4,3% (n=2). Apenas 61,1 % (n=11), referiu estar a ser acompanhado em consulta externa, sendo que 12,8 % (n=6) estão sem tratamento e 2,1% (n=1) faz internamento periódico.

Relativamente à duração da doença dos idosos, esta pode ter a duração mínima de meses e a máxima de 20 anos, tendo sido referida uma média de 5,75 anos.

3.2 Qualidade de Vida dos participantes

Para a caracterização e avaliação da Qualidade de Vida recorreu-se ao instrumento WHOQOL-Bref na versão portuguesa de Serra *et al.* (2005), que é composto por faceta geral (avalia a percepção geral da saúde) e quatro *domínios*, nomeadamente, o *físico*, o *psicológico*, o *ambiente* e as *relações sociais*, que avalia a Qualidade de Vida geral do indivíduo.

Na tabela 12, encontram-se sintetizados os resultados descritivos relativos à percepção individual da Qualidade de Vida na *faceta geral* e em cada *domínio*, sendo que quanto mais elevados os valores obtidos melhor é a Qualidade de Vida percebida pelos indivíduos.

Tabela 12 – Estatísticas descritivas obtidas na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-BREF

n=47			
	M	dp	Min. - Máx.
Faceta Geral	60,90	17,99	12,50 - 100,00
Domínio físico	62,69	17,95	21,43 - 96,43
Domínio psicológico	64,89	14,51	25,00 - 100,00
Domínio ambiente	59,40	19,08	16,67 - 100,00
Domínio relações sociais	63,76	15,50	21,88 - 93,75

Tal como podemos observar, os participantes apresentaram, em média, valores mais elevados no *domínio psicológico* (M=64,89; dp= 14,51). Depois e por ordem sequencial temos o *domínio das relações sociais* (M=63,76; dp=15,50), o *domínio físico* (M=62,69; dp= 17,95), a *faceta geral* (M=60,90; dp= 17,99) e por último, o *domínio ambiente* (M=59,40; dp=19,08). Notam-se ainda grandes discrepâncias em relação ao valor máximo e ao valor mínimo obtidos entre as dimensões avaliadas. Uma vez que os

resultados vão de 0 a 100 pode-se observar que os níveis médios de Qualidade de Vida na *faceta geral* e nos quatro *domínios* transmitem uma Qualidade de Vida percebida como média/alta.

3.3 Solidão dos participantes

Para a caracterização e avaliação da Solidão nos idosos participantes, recorreu-se à Escala de Solidão de UCLA, que avalia, de forma indireta, o nível de Solidão auto-percebido.

Na tabela 13, encontram-se sintetizados os resultados descritivos obtidos para a percepção individual de Solidão. As pontuações têm uma variação entre 18 e 72, correspondendo os valores mais elevados a um maior nível de Solidão.

Tabela 13- Estatísticas descritivas obtidas na Solidão

n=47			
	M	dp	Min. Máx.
Solidão	34,11	8,97	19,00-63,00

O valor médio obtido nesta escala foi de 34,11, como um desvio padrão de 8,97, devendo salientar-se que o valor de corte medio da escala é 45.

3.4 Relação entre as variáveis sociodemográficas, a Qualidade de Vida e a Solidão

Na análise exploratória de dados e para verificação da distribuição da amostra realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov, verificando-se que estão cumpridos os pressupostos adjacentes à utilização da estatística paramétrica, uma vez que os resultados se distribuem normalmente (resultados que se apresentam na tabela 14).

Tabela 14- Teste de distribuição da amostra

	Faceta Geral	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio ambiental	Domínio social	Solidão
<i>Kolmogorov-Smirnov</i>	1,14	0,67	0,72	0,82	0,83	0,83
p	0,14	0,75	0,67	0,51	0,48	0,48

No que concerne ao pressuposto da homocedasticidade, este traduz-se na igualdade de variâncias, que vai ser testado através do teste de Levene, aquando aplicado o teste t, que é um dos mais robustos face à violação do pressuposto da normalidade e é um dos mais eficazes para testar a homogeneidade de variâncias

Um dos objetivos do estudo é a análise da relação entre as variáveis sociodemográficas (género, grupo etário, estado civil e escolaridade) assim como algumas variáveis relacionadas com a situação de institucionalização com a Qualidade de Vida e a Solidão.

- *Género*

Relativamente ao género, tal como pode observar-se na tabela 15 através da aplicação teste t de student.

Não foram encontradas diferenças significativas entre homens e mulheres, ao nível da *faceta geral*, dos *domínios* do WHOQOL-Bref e da *Solidão* ($p < 0,05$).

Tabela 15- *T-test* - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref e Solidão em função do género

	<u>Homens (n=9)</u>	<u>Mulheres (n=38)</u>	<u>Teste Levene's</u>		<u>t</u>	<u>p</u>
	<u>M(Dp)</u>	<u>M(Dp)</u>	<u>F</u>	<u>p</u>		
Faceta Geral	66,67(21,65)	59,54(17,05)	1,69	0,20	1,07	0,29
Domínio físico	70,24(17,59)	60,90(17,79)	0,10	0,74	1,41	0,16
Domínio psicológico	63,89 (22,53)	65,13 (12,31)	6,86	0,01	-0,16	0,87
Domínio ambiental	61,11(27,64)	58,99(16,93)	3,16	0,08	0,29	0,76
Domínio social	61,11(23,50)	64,39(13,31)	7,19	0,01	-0,40	0,69
Solidão	37,11(9,24)	33,39(8,88)	,25	0,61	1,12	0,26

- *Idade*

No que concerne ao grupo etário foram considerados dois grupos, designadamente, os idosos entre os 65 e os 79 anos e os seniores com mais de 80 anos (tabela 16).

Pode verificar-se a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários considerados a nível dos *domínios*, da *faceta geral* e da *Solidão*.

Tabela 16- Test *t*- Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref e Solidão em função do grupo etário

	65-79 anos (n=13)	80+ anos (n=34)	Teste Levene's		t	p
	M(Dp)	M(Dp)	F	p		
Faceta Geral	66,35(17,96)	58,82(17,82)	0,04	0,83	1,29	0,20
Domínio físico	68,41(20,46)	60,50(16,70)	1,22	0,27	1,36	0,18
Domínio psicológico	66,99(14,68)	64,09(14,58)	0,18	0,67	0,60	0,54
Domínio ambiental	60,26(11,86)	59,07(21,36)	3,48	0,06	0,18	0,85
Domínio social	63,70(18,33)	63,79(14,58)	0,86	0,35	-0,01	0,98
Solidão	32,00(7,165)	34,91(9,54)	0,89	0,34	-0,99	0,32

No sentido de aprofundar esta análise procurou-se relação entre os resultados dos instrumentos utilizados e a idade (Tabela 17)

Tabela 17- Matriz de correlações de Pearson entre a idade e as subescalas do WHQOQL-Bref e Solidão

	Faceta Geral	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio ambiente	Domínio social	Solidão
Idade	-0,27	-0,30*	-0,26	-0,15	-0,20	0,30*

*<0,05

A idade apresenta-se negativamente correlacionada (p de Pearson), de forma estatisticamente significativa, com o *Domínio Físico* numa relação modesta. Já a Solidão está moderadamente correlacionada de forma positiva com a idade.

- *Estado civil*

Em relação ao estado civil, considerou-se três grupos, nomeadamente, *casados/união de facto; solteiros e divorciados e viúvos*, sendo observada a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, relativamente a *Qualidade de Vida* e a *Solidão* (Tabela 18).

Tabela 18- *Anova* - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref e Solidão em função do estado civil

	Casados (n=14)	Solteiros (n=7)	Divorciados/viúvos (n=26)	F	p
	M(Dp)	M(Dp)	M(Dp)		
Faceta Geral	61,61 (14,26)	67,86 (24,85)	58,65 (17,95)	0,72	0,48
Domínio físico	64,54 (14,04)	66,33 (19,98)	60,71 (19,61)	0,36	0,69
Domínio psicológico	65,48 (13,62)	74,40 (13,27)	62,02 (14,64)	2,12	0,13
Domínio ambiental	57,74 (20,53)	69,05 (27,94)	57,70 (15,26)	1,05	0,35
Domínio social	65,85 (15,04)	72,32 (9,45)	60,34 (16,36)	1,90	0,16
Solidão	34,79 (8,42)	31,71 (8,34)	34,38 (9,61)	0,29	0,74

- *Escolaridade*

No que diz respeito à escolaridade, considerou-se três grupos: *sem escolaridade, escolaridade primeiro ciclo (1º ao 4º ano)* e *mais do que o 5º ano*. Pode-se verificar, através da tabela 19, que o teste Anova mostrou a ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, a *Qualidade de Vida* e a *Solidão*.

Tabela 19- *Anova* - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref e Solidão em função da escolaridade.

	s/ escolaridade(n=17)	1º até 4º ano (n= 25)	+ 5º ano (n=5)		
	M(Dp)	M(Dp)	M(Dp)	F	p
Faceta Geral	58,09 (18,19)	64,00 (18,51)	55,00 (14,25)	0,84	0,43
Domínio físico	60,08 (16,33)	65,57 (18,44)	57,14 (21,87)	0,73	0,48
Domínio psicológico	63,48 (11,17)	63,67 (16,78)	75,83 (8,01)	1,63	0,20
Domínio ambiental	57,84 (17,55)	57,00(19,50)	76,67 (16,03)	2,44	0,09
Domínio social	60,29 (11,47)	65,00(18,68)	69,38 (6,40)	0,82	0,44
Solidão	35,47(9,93)	34,24 (8,90)	28,80 (3,49)	1,07	0,34

- *Tempo institucionalizado em Lar*

No que concerne ao número de anos institucionalizado, os participantes foram agrupados em três conjuntos: *menos de 5 anos; entre 5 e 10 anos; mais de 10 anos*. Na tabela 20, com a utilização do teste Anova, podemos observar que há ausência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos etários considerados a nível das variáveis em estudo.

Tabela 20- *Anova* - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref e Solidão em função o tempo institucionalizado em Lar

	Menos de 5 anos (n=20)	Entre 5 e 10 anos (n=24)	+ 10 anos (n=3)	F	p
	M(Dp)	M(Dp)	M(Dp)		
Faceta Geral	62,50 (17,68)	59,90 (18,79)	58,33 (19,09)	0,14	0,86
Domínio físico	67,50 (20,13)	60,86 (15,32)	45,24 (11,48)	2,39	0,10
Domínio psicológico	67,08 (18,23)	63,54 (11,34)	61,11 (10,49)	0,42	0,65
Domínio ambiental	61,25 (20,10)	57,99 (19,27)	58,33 (14,43)	0,15	0,85
Domínio social	64,22 (17,95)	64,45 (13,54)	55,21 (15,42)	0,47	0,62
Solidão	33,85 (7,74)	33,54 (9,96)	40,33 (8,74)	0,77	0,46

- *Visitas aos idosos no lar*

Relativamente às visitas que os idosos recebem no Lar, optou-se constituir três grupos: *sem visitas*, *visitas familiares* e *visitas de outros* (amigos, vizinhos e voluntários). Neste sentido, tal como se pode observar na tabela 21, através do teste Anova, foram encontradas diferenças significativas em função das visitas que recebem, apenas ao nível da Solidão ($p < 0,05$).

Tabela 21- Anova - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref e Solidão em função das visitas que recebem no Lar

	Sem visitas (n=3)	Visitas familiares (n= 19)	Visitas outros (n=25)	F	p
	M(Dp)	M(Dp)	M(Dp)		
Faceta Geral	62,50 (12,50)	61,18 (21,20)	60,50 (16,41)	0,02	0,98
Domínio físico	63,10 (19,67)	67,67 (16,08)	58,86 (18,87)	1,32	0,27
Domínio psicológico	65,28 (13,39)	59,43 (16,01)	69,00 (12,45)	2,50	0,09
Domínio ambiental	61,11 (24,06)	54,82 (19,11)	62,67 (18,65)	0,92	0,40
Domínio social	58,33 (10,05)	61,51 (19,66)	66,13 (12,19)	0,66	0,51
Solidão	43,67 (5,69)	36,26 (10,23)	31,32 (7,05)	3,89	0,02

Uma vez que há diferenças significativas, utilizou-se o teste post-hoc para reconhecer quais os grupos que diferem, sendo que estes testes só são realizados quando à uma diferença significativa entre as médias na Anova ($P < 0,05$) (Martins, 2011). Considerando que o número de comparação é pequeno optou-se pelo teste Bonferroni.

Tabela 22- Teste *Post-Hoc* para reconhecimento dos grupos que diferem

			Diferença médias	dp	p
Solidão	Sem visitas	Visitas familiares	7,40	5,24	0,49
		Visitas outros	12,34	5,16	0,06
	Visitas familiares	Sem visitas	-7,40	5,24	0,49
		Visitas outros	4,94	2,57	0,18
	Visitas outros	Sem visitas	-12,34	5,16	0,06
		Visitas familiares	-4,94	2,57	0,18

De modo geral, tal como é perceptível, visto ao detalhe, há diferenças marginalmente significativas, no grupo *Sem Visitas/Visitas Outros*, ($p=0,063$). Porém, constitui-se como fundamental salientar que as diferenças significativas obtidas podem dever-se ao facto dos grupos serem muito diferentes em termos de elementos, ou seja, os três grupos reorganizados, que em termos de n são bastante distintos.

- *Frequência de saída dos idosos do lar*

Relativamente à frequência com que os idosos saem do Lar, durante o dia, fez-se três grupos: *nunca sai*, *sai frequentemente* e *sai esporadicamente*. Assim sendo, tal como se pode observar na Tabela 23, foram encontradas diferenças significativas em função das saídas do Lar, ao nível da Qualidade de Vida, na *Faceta geral* e *domínio físico* e *domínio social* ($p<0,05$).

Tabela 23- *Anova* - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref e Solidão em função da frequência das saídas

	Frequente (n=12)	Esporádico (n= 23)	Nunca (n=12)		
	M(Dp)	M(Dp)	M(Dp)	F	p
Faceta Geral	71,88(14,23)	60,87 (14,25)	50,00 (21,98)	5,26	0,00
Domínio físico	77,67(15,68)	58,70 (15,78)	55,36 (16,30)	7,34	0,00
Domínio psicológico	73,26 (14,15)	62,68 (13,56)	60,76 (14,37)	2,99	0,06
Domínio ambiente	66,67 (20,41)	58,33 (16,86)	54,17 (21,17)	1,38	0,26
Domínio social	73,96 (11,79)	61,96 (17,24)	57,03 (10,07)	4,47	0,01
Solidão	30,50 (7,44)	33,96 (8,93)	38,00 (9,52)	2,21	0,12

Uma vez que há diferenças significativas, realizou-se posteriormente o teste post-hoc. (Tabela 24)

Tabela 24- Teste *Post-Hoc* para reconhecimento dos grupos que diferem

			Diferença médias	dp	p
Faceta Geral	Nunca	Frequente	-21,87*	6,74	,00
		Esporádico	-10,86	5,88	,21
	Frequente	Nunca	21,87*	6,74	,00
		Esporádico	11,00	5,88	,20
	Esporádico	Nunca	10,86	5,88	,21
		Frequente	-11,00	5,88	,20
Domínio físico	Nunca	Frequente	-22,32*	6,48	,00
		Esporádico	-3,33	5,65	1,00
	Frequente	Nunca	22,32*	6,48	,00
		Esporádico	18,98*	5,65	,00
	Esporádico	Nunca	3,33	5,65	1,00
		Frequente	-18,98*	5,65	,00
Domínio Social	Nunca	Frequente	-16,92*	5,89	,01
		Esporádico	-4,92	5,14	1,00
	Frequente	Nunca	16,92*	5,89	,01
		Esporádico	12,00	5,14	,07
	Esporádico	Nunca	4,92	5,14	1,00
		Frequente	-12,00	5,14	,07

* p<0,05

A realização do teste post-hoc permitiu saber onde está a diferença e quais os grupos que diferem. Na *faceta geral*, o grupo *Nunca/Frequente*, encontram diferenças significativas ($p < 0,05$), com valores superiores para o grupo que sai mais frequentemente. Também no *domínio físico* foram encontradas diferenças significativas nos agregados *Nunca/ Frequente* e no *Frequente/Esporádico*, ($p < 0,05$) com idosos que saem frequente ou esporadicamente a ter valores superiores em relação aos que nunca

saem. Finalmente no domínio social foram encontradas diferenças significativas no grupo *Nunca/Frequente* ($p < 0,05$), com os últimos a ter valor superior. Saliente-se que o grupo *Nunca/Frequente* tem um número igual de elementos, o que nos garante que há realmente diferenças sem haver influência do número do grupo.

- *Caracterização das relações dos idosos*

Relativamente à caracterização das relações dos idosos participantes, fez-se quatro grupos: *amigáveis*, *regulares*, *ocasionais* e *em grau variado*. Neste sentido, tal como se pode observar na Tabela 25, foram encontradas diferenças significativas em função da caracterização das relações no lar, ao nível da Solidão e da Qualidade de Vida, nomeadamente, no *domínio psicológico* e no *domínio social*.

Tabela 25- *Anova - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref e Solidão em função da caracterização das relações*

	Amigáveis (n=34)	Regulares (n= 6)	Ocasionais (n=2)	Grau variado (n=5)	F	p
	M(Dp)	M(Dp)	M(Dp)	M(Dp)		
Faceta Geral	59,56 (16,30)	54,17 (27,00)	68,75 (8,83)	75,00 (15,30)	1,54	0,21
Domínio físico	60,29 (16,21)	60,12 (22,75)	67,85 (25,25)	80,00 (16,86)	1,96	0,13
Domínio psicológico	62,99 (13,68)	59,03 (12,19)	68,75 (14,73)	83,33 (11,02)	3,87	0,01
Domínio ambiental	58,82 (15,88)	50,00 (19,00)	50,00 (47,14)	78,33 (21,73)	2,52	0,07
Domínio social	61,76 (13,24)	52,60 (16,34)	76,56 (11,04)	85,62 (7,19)	6,92	0,00
Solidão	34,14 (7,43)	42,83 (11,70)	33,50 (10,60)	23,60 (4,03)	5,38	0,00

Tabela 26- Teste *Post-Hoc* para reconhecimento dos grupos que diferem

			Diferença médias	dp	p
Domínio Psicológico	Ocasionais	Regulares	9,72	10,86	1,00
		Amigáveis	5,75	9,68	1,00
		Em grau variado	-14,58	11,13	1,00
	Regulares	Ocasionais	-9,72	10,86	1,00
		Amigáveis	-3,96	5,89	1,00
		Em grau variado	-24,30*	8,06	,02
	Amigáveis	Ocasionais	-5,75	9,68	1,00
		Regulares	3,96	5,89	1,00
		Em grau variado	-20,34*	6,37	,01
	Em grau variado	Ocasionais	14,58	11,13	1,0
		Regulares	24,30*	8,06	,02
		Amigáveis	20,34*	6,37	,01
Domínio Social	Ocasionais	Regulares	23,95	10,74	,18
		Amigáveis	14,79	9,57	,77
		Em grau variado	-9,06	11,01	1,00
	Regulares	Ocasionais	-23,95	10,74	,18
		Amigáveis	-9,16	5,82	,74
		Em grau variado	-33,02*	7,96	,00
	Amigáveis	Ocasionais	-14,79	9,57	,77
		Regulares	9,16	5,82	,74
		Em grau variado	-23,86*	6,30	,00
	Em grau variado	Ocasionais	9,06	11,01	1,00
		Regulares	33,02*	7,96	,00
		Amigáveis	23,86*	6,30	,00
Solidão	Ocasionais	Regulares	-9,33	6,45	,93
		Amigáveis	-,64	5,75	1,00
		Em grau variado	9,90	6,61	,85
	Regulares	Ocasionais	9,33	6,45	,93
		Amigáveis	8,68	3,50	,10
		Em grau variado	19,23*	4,78	,00
	Amigáveis	Ocasionais	,64	5,75	1,00
		Regulares	-8,68	3,50	,10
		Em grau variado	10,54*	3,78	,04
	Em grau variado	Ocasionais	-9,90	6,61	,85
		Regulares	-19,23*	4,78	,00
		Amigáveis	-10,54*	3,78	,04

*p<0,05

Realizou-se posteriormente o teste Post-Hoc uma vez que há diferenças significativas. (tabela 26)

Através da aplicação do teste post-hoc foi possível saber onde está a diferença e quais os grupos que diferem.

No *domínio psicológico*, entre o grupo *Regulares/Em grau variado* e o grupo *Amigáveis/Em grau variado*, encontram-se diferenças significativas com os idosos que têm relações de grau variado com valores superiores de Qualidade de Vida. No *domínio social* foram encontradas diferenças significativas nos agregados *Regulares/Em grau variado* e *Amigáveis/Em grau variado*, ($p < 0,05$), com o grupo *Em grau variado* com valores superiores. Já na Solidão foram encontradas diferenças significativas no grupo *Regulares/Em grau variado* e no grupo *Amigáveis/Em grau variado*, ($p < 0,05$), onde o este ultimo grupo tem menores valores. Porém, as diferenças significativas obtidas podem dever-se ao facto dos da disparidade de elementos em cada grupo.

- *Períodos festivos fora do lar*

No que concerne aos períodos que os idosos passam fora do Lar, optou-se por constituir dois grupos: *nunca vai* e *apenas vai nas épocas festivas*. Neste sentido, tal como se pode observar na tabela 27, através do t-test, foram encontradas diferenças significativas em função dos períodos estão fora do Lar, apenas na Qualidade de Vida, não só na *faceta geral*, mas também no *domínio psicológico* e no *domínio social*, com is indivíduos que saem nas épocas festivas a evidenciar valores que indicam melhor Qualidade de Vida.

Tabela 27- t-test - Estatísticas descritivas dos resultados obtidos na faceta geral e nos quatro domínios do WHOQOL-Bref e Solidão em função dos períodos que passar fora do Lar

	Nunca (n= 19)	Épocas festivas (n= 28)	Teste Levene's		t	p
	M(dp)	M(dp)	F	p		
Faceta Geral	52,63 (19,79)	66,51 (14,45)	1,15	0,28	-2,78	0,00
Domínio físico	58,08 (17,73)	65,81 (17,72)	0,23	0,62	-1,46	0,14
Domínio psicológico	59,64 (14,63)	68,45 (13,53)	0,15	0,69	-2,11	0,04
Domínio ambiental	56,14 (19,61)	61,60 (18,74)	0,06	0,80	-0,96	0,34
Domínio social	58,38 (18,34)	67,41 (12,27)	3,10	0,08	-2,02	0,04
Solidão	36,94 (10,08)	32,17 (7,72)	0,68	0,41	1,83	0,07

3.5 Relação entre Solidão e Qualidade de Vida

Para estudar a associação entre os resultados de Qualidade de Vida e Solidão utilizou-se o coeficiente de correlação de Pearson (Tabela 28).

Tabela 28 – Matriz de correlações de Pearson

	Faceta Geral	Domínio físico	Domínio psicológico	Domínio ambiente	Domínio social
Solidão	-0,40	-0,23	-0,58	-0,58	-0,57
p	0,00	0,10	<0,00	<0,00	<0,00

Os resultados evidenciam uma correlação negativa forte e estatisticamente significativa entre Solidão e faceta geral e todos dos domínios do WHOQOL-Bref, exceto o *domínio físico*, onde esta relação não é estatisticamente significativa.

CAPÍTULO IV

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Na fase final do seu ciclo de vida, os idosos vêem-se confrontados com modificações profundas na sua condição de vida, normalmente associada aos declínios inerentes ao processo de envelhecimento, muitas vezes associada também a dificuldades por parte dos familiares do seu cuidado, o que origina a necessidade de procura de instituições proporcionem residência e cuidados. Optou-se por incidir este trabalho na avaliação da Qualidade de Vida e sentimentos de Solidão em idosos residentes em Lar, para percebermos um pouco a sua realidade. Genericamente a Solidão tem sido definida com um estado emocional decorrente de um conjunto de condições de vida e de características pessoais que condicionam o processo de envelhecimento. Por outro lado, a Qualidade de Vida é um constructo que se generalizou a diferentes áreas de saber, estando profundamente associado à área da saúde, ao estatuto de saúde do indivíduo e às experiências ao longo da vida, nomeadamente, os idosos.

Este capítulo visa discutir resultados obtidos, que se considerem mais relevantes do estudo pelo seu significado, mantendo a coerência dos conteúdos teóricos que estiveram na base de pesquisa bibliográfica deste trabalho, tendo ainda em conta os objetivos estabelecidos para este trabalho e pela comparação com estudos desenvolvidos na área. São comentados os dados obtidos, seguindo a ordem de apresentação do capítulo anterior. Tal como referido por Ribeiro (1999), após a colheita dos dados e do seu tratamento deve seguir-se a discussão dos resultados obtidos, que se constitui como a etapa de debater e interpretar os resultados.

Será apresentada uma reflexão sobre as limitações e também sobre os aspetos pontuais das escolhas metodológicas.

Características sociodemográficas dos idosos e variáveis relacionadas com a situação institucionalização

Nos resultados do presente estudo, verifica-se que a maioria dos idosos estudados é do sexo feminino (80,9%), resultados que vão de encontro aos resultados obtidos noutros estudos (Cardão, 2009; Lima *et al.*, 2010; Marques *et al.*, 2010; Cimirro *et al.*, 2011). De acordo com os Censos (2011), o número de população feminina é acrescida,

com o avanço da idade, uma vez que, no grupo etário dos 65 ou mais anos se afere a predominância das mulheres (11%), em relação aos homens (8%). Estes factos podem ser aclarados pela sobre mortalidade do sexo masculino e a sua menor esperança de vida à nascença, uma vez que em média, o sexo feminino vive cerca de seis anos a mais em relação ao masculino. Segundo o cenário apresentado nas projeções demográficas, em 2050 as mulheres viverão em média até aos 84,7 anos e os homens até cerca dos 79 anos.

Também nesta linha de pensamento, Almeida e Rodrigues (2008), mencionam ainda que, a maioria dos idosos são mulheres, e naturalmente neste género aumenta a necessidade de institucionalização. Isto pode acontecer, segundo Eid *et al.* (2012), dado que, as mulheres vivem mais anos, acabam por sofrer mais as consequências do envelhecimento carregando mais características de fragilidade, logo o que as torna mais dependentes. No mesmo sentido Pavan *et al.* (2008), acrescentam que os idosos do sexo feminino, dado que têm maior esperança média de vida tem uma maior probabilidade de ficarem viúvas e por consequência ficarem sós, o que por sua vez, também aumenta o risco de institucionalização.

A média de idade dos participantes deste estudo é de 83,23 anos, sendo a maior percentagem (72,3%) pertence ao grupo com + 80 anos, resultados congruentes com outros resultados, como os dos estudos de Cardão (2009) e Carvalho & Dias (2011). Estes dados dão ênfase às afirmações do INE (2012), que aponta para que nos próximos anos, com o prolongamento da esperança média de vida, crescerá também o número de idosos na 4ª idade, engrossando a faixa etária dos que estão acima dos 80 anos. Pimentel (2001) afirma ainda que, com o aumento da idade inevitavelmente há uma degradação das capacidades físicas e mentais, originando a necessidades específicas que, por vezes, só a institucionalização pode colmatar.

No que concerne ao estado civil predominam os idosos divorciados/viúvos (55,3%), certamente, devido à idade já avançada que o grupo apresenta, dados semelhantes aos encontrados por Fonseca *et al.* (2004) e Marques *et al.* (2010).

Também Cardão (2009), que refere que com o enfraquecimento dos laços familiares e com a diminuição das redes de suporte sociais informais, a institucionalização tem de assegurar o papel de prestador de cuidados. Saliente-se ainda que, como afirma

Almeida (2008), o internamento em lar pode ser o reflexo da perda do companheiro, dos filhos ou de outros familiares, onde o idoso está privado de um circuito familiar.

Refira-se contudo que um número considerável dos idosos é casado (14,9%), resultados semelhantes aos de Kane *et al.* (2005), que a este propósito refere que a maioria dos casais institucionalizados provêm do domicílio, justificando a situação referindo que duas pessoas já com idade avançada, debilitadas e já não têm condições para estarem sozinhas, uma vez que não conseguem assegurar os seus cuidados básicos diários. O autor sublinha ainda que, pode até acontecer ficarem doentes e necessitarem de cuidados específicos, pelo que recorrem à institucionalização, quer por uma curta estadia ou para aceder a cuidados de saúde definitivos.

Relativamente à escolaridade dos idosos participantes, predominam os que *frequentaram o 1º ciclo* (53,2%) e os *Sem escolaridade* (36,2%), resultados estes que também são observáveis noutros estudos levados a cabo com idosos (Marques *et al.*, 2010; Duca *et al.*, 2011). A baixa escolaridade e o analfabetismo, que ocorre principalmente nas mulheres, traduz a época e cultura que se viviam há décadas, em que as mulheres cresciam e eram direcionadas a cuidar da casa e dos filhos, pelo que não frequentavam a escola (Kochhann *et al.*, 2010).

No que concerne ao tempo de institucionalização, refira-se que são predominantemente idosos que estão institucionalizados entre 5 a 10 anos.

Um aspeto considerado importante neste estudo foi o aspeto relacionado com as visitas que os idosos recebem, uma vez que, o efeito positivo do papel do suporte social é importante na aquisição de estratégias de coping adequadas ao impacto de situações desencadeadoras de sofrimento, pois permite ao idoso um melhor ajustamento e ajudam-no a adotar um estilo de vida mais positivo (Amorim e Coelho, 1999), e pesquisa bibliográfica aponta para uma forte relação mediada pelo suporte social que o idoso recebe e a sua implicação na satisfação com a vida (Toscano & Oliveira, 2009; Tabha *et al.*, 2010).

Neste âmbito, contextualiza-se o facto da frequência com que os idosos recebem a visita de pessoas significativas, uma vez que, a pessoa idosa considera importante receber apoio do seu suporte social (pessoas significativas) mesmo que essas visitas não

sejam diariamente. Nesta linha de pensamento, Pimentel (2001), afirma que as pessoas idosas que estão institucionalizadas, estando longe do seu âmbito familiar, acabam por considerar que o apoio da família emerge, muitas vezes, como um escape á condição de ausência da sua casa.

Os idosos estudados tem mais frequentemente visitas de familiares. Este facto, vai de encontro aos estudos de Vechia *et al.* (2005), Levasseur *et al.* (2008) e Tajvar *et al.* (2008), que analisaram distintamente o tipo de visita (da família, amigos, vizinhos) e concluíram que a família assume um papel essencial para o idoso, tendo uma particular relevância quando comparada com os outros.

No que concerne ao tipo de relações que os idosos possuem no Lar predominam as relações amigáveis (72,3%). Este aspeto manifesta-se como importante, salientado Carvalho & Dias (2011), baseados nos resultados do seu trabalho, que para que o idoso se sinta integrado é necessário promover as relações pessoais internas, ou seja, as que se estabelecem entre os demais utentes, bem como com os colaboradores que tem a seu cargo os idosos.

Quanto à frequência que o idoso sai do Lar, predomina a saída esporádica (36,2%). A fase da velhice é a ultima etapa do ciclo de vida, a qual apresenta algumas manifestações físicas, psicológicas, sociais e debilitantes. Surge a necessidade de algum suporte social, dada a diminuição da capacidade funcional, do trabalho e da resistência, a perda dos papéis sociais, o aparecimento da Solidão e o declínio psicológico e motor (Neto, 2002), apesar de parte dos idosos estudados referir que não sai da instituição, verifica-se que o idoso tem necessidade de sair do ambiente institucional para realizar tarefas que, eventualmente, considerem importantes para si, com as quais sente mais liberdade e realização.

No que diz respeito aos períodos que os idosos passam fora do Lar, prevalece a saída em datas festivas (59,6%). Mais uma vez, podemos constatar no trabalho de Pimentel (2001) que a rede de suporte informal é de grande importância para o idoso, e em épocas festivas tradicional e culturalmente consideradas importantes para a vivência em família, continua a desejar-se a presença do idoso.

Qualidade de Vida dos idosos residentes em Lar

Tornou-se pertinente para este estudo caracterizar a Qualidade de Vida dos idosos institucionalizados em lar. Para isso, utilizou-se a escala de avaliação da Qualidade de Vida da WHOQOL-Bref, para tentar perceber a percepção dos idosos, quer sobre a sua Qualidade de Vida global, quer nos vários domínios: *físico, psicológico, ambiente e relações sociais*.

Através dos dados obtidos, foi possível constatar que o *domínio psicológico* é aquele que apresenta um valor mais elevado, seguindo-se do *domínio das relações sociais*. Este resultado está de acordo com os obtidos em outros estudos no âmbito (Lima *et al.*, 2010; Braga *et al.*, 2011; Cimirro *et al.*, 2011), onde também estes *domínios* foram os que mais contribuíram para a Qualidade de Vida. O *domínio psicológico* engloba facetas relacionadas com sentimentos, pensamentos, memória, autoestima, espiritualidade e crenças pessoais e o *domínio das relações sociais* considera a atividade sexual, o apoio social e as relações sociais dos idosos (Canavarro *et al.*, 2010), o que pode levar-nos a pensar na importância das relações sociais e apoio social, assim como outros aspetos mais íntimos e individuais, em desfavor dos aspetos mais relacionados com as perdas físicas. Porém, importa acrescentar, que no trabalho de Vicki & Gerard (2004) o *domínio das relações sociais* foi o único que demonstrou uma validade pobre.

O *domínio físico* seguiu-se, no presente estudo, indicando um índice de Qualidade de Vida percebida neste domínio razoável. Este *domínio* reporta um conjunto de facetas que engloba a mobilidade, o sono e repouso, a energia e fadiga, a dor e desconforto, dependência de medicação e a capacidade de trabalho (Canavarro *et al.*, 2010), o valor menos elevado em relação aos outros mostra-se com uma situação compreensível considerando as alterações a nível físico associadas ao envelhecimento. Estes resultados vão de encontro aos estudos de Braga *et al.* (2011). Porém, no estudo de Lima *et al.* (2010) e de Cimirro *et al.* (2011) o *domínio físico* obteve a pontuação ainda mais baixa, sendo associada a impossibilidade de locomoção e de exercer as atividades de vida diárias, dos idosos participantes.

O *domínio ambiente* foi o que obteve a pontuação mais diminuta na Qualidade de Vida, muito próximo do valor de corte. Este *domínio* considera a segurança física, ambiente no lar, recursos económicos, cuidados de saúde e sociais, participação e oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico e transporte (Canavarro *et al.*, 2010). Estes resultados assemelham-se as dos estudos de Cimirro *et al.* (2011) e Braga *et al.* (2011), nos quais também o *domínio ambiente* obteve uma pontuação medianamente razoável. Este resultado poderá dever-se às condições ambientais que dizem respeito à adaptação do idoso ao ambiente que está ao seu redor, sendo importante que se sinta confortável no espaço onde está inserido, o que só será possível, se os próprios idosos, portadores de autonomia funcional, providenciarem os arranjos para tornar o seu ambiente mais seguro. As baixas pontuações no *domínio ambiente* podem também dever-se à diminuição das suas facetas de segurança e proteção física, as oportunidades de lazer e ambiente físico e qualidade nos cuidados de saúde e sociais.

Considerando a *faceta geral* da escala da Qualidade de Vida da WHOQOL-Bref, obteve-se uma pontuação de 60,90, o que nos indica uma Qualidade de Vida média/alta. Este resultado vai também de encontro aos resultados do estudo de Braga *et al.* (2011).

Num segundo momento, pretendeu-se analisar as relações entre a Qualidade de Vida e as variáveis sociodemográficas e relacionado com institucionalização dos idosos participantes, estudando a variabilidade da Qualidade de Vida dos participantes em função do género, do grupo etário, do estado civil, da escolaridade, do tempo institucionalizado em lar, da frequência das visitas e das saídas, a relações que tinha no lar e a existência de saídas por períodos de tempo.

No que diz respeito ao género, não foram evidenciados valores estatisticamente significativos nos vários *domínios* e na *faceta geral* do WHOQL-Bref, quando se compara o género feminino com masculino ou seja, a percepção de Qualidade de Vida, não é percebida de forma diferente quando se tem em linha de conta o género, resultado que é também evidenciado no estudo realizado por Silva e Esteves (2009). Todavia, a maioria dos estudos encontrados evidenciam resultados diferentes (Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki, 2010; Mwanyangala *et al.*, 2010; Lima, Lima e Ribeiro, 2010;

Braga *et al.*, 2011), onde se refere que o sexo feminino apresenta uma percepção de pior Qualidade de Vida quando comparado com o sexo oposto.

No que concerne à idade, não foram evidenciados valores estatisticamente significativos nos vários *domínios* e na *faceta geral* do WHOQL-Bref, quando se compararam grupos etários, provavelmente por não ser grande a diferença na transição entre os grupos determinados, contudo a idade mostra-se negativamente correlacionada com a Qualidade de Vida nas dimensões que se relacionam com o *domínio físico*, parecendo que são os aspetos que se relacionam com o desempenho físico as que mais gradualmente se agravam. Estes resultados são consistentes com os obtidos por Lima *et al.* (2010), Mwanyangala *et al.* (2010), Andrade & Martins (2011) e Braga *et al.* (2011), onde encontram diferenças significativas em relação à idade, que com o aumento desta a Qualidade de Vida diminui.

Quanto ao estado civil, não foram evidenciados valores estatisticamente significativos nos vários *domínios* e na *faceta geral* do WHOQL-Bref em função do estado civil. Há resultados contraditórios obtidos por Mwanyangala *et al.* (2010) que detectaram diferenças significativas, nomeadamente, sendo afirmado que a Qualidade de Vida é percebida como melhor pelos solteiros.

Quando considerado o nível de escolaridade não se encontraram diferenças significativas nos vários *domínios* e na *faceta geral* do WHOQL-Bref, ou seja, o nível de escolaridade dos idosos parece não influenciar a sua percepção de Qualidade de Vida. Porém, há estudos onde não se verificam estes resultados, como em Braga *et al.* (2011) que mencionam que o nível de escolaridade pode associar-se à percepção de Qualidade de Vida, uma vez, que um menor nível de instrução se associa a uma percepção de pior Qualidade de Vida.

Relativamente ao tempo de institucionalização, quando são comparados os grupos menos 5 anos, entre 5 e 10 anos e mais de 10 anos, não se encontraram diferenças nos vários *domínios* e na *faceta geral* do WHOQL-Bref, parecendo verificar-se que independentemente do número de anos de residência no lar não se verifica diferença na percepção de Qualidade de Vida. Porém, este resultado não é partilhado por outros estudos realizados, como o de Fernandes (2000, como citado em Ferreira, 2009), que no

seu trabalho evidenciou que os idosos institucionalizados há menos de 6 meses percecionavam melhor Qualidade de Vida quando comparadas com os que estavam no Lar há mais de meio ano, parecendo que quanto mais tempo o idoso está institucionalizado menores eram os índices de percepção Qualidade de Vida.

O *ter* ou *não visitas* parece não influenciar a percepção de Qualidade de Vida, resultado que se mostra como algo inesperado, nomeadamente na revisão da literatura na área ou quando se analisam outros resultados. Pimentel (1999), refere que o suporte social influencia a Qualidade de Vida das pessoas. No caso dos idosos, a ênfase do apoio social é posta na complementaridade e na diversidade, reforçando a importância da responsabilização e o comprometimento dos agentes informais, podendo ser pensada a sua verificação nas visitas. É inegável a importância do papel da família e da vizinhança que são, de certo modo, a garantia da continuidade dos elos relacionais e dos espaços de sociabilidade, promovendo Qualidade de Vida das pessoas idosas.

Mas a par das relações com *familiares e/ou vizinhos*, parece oportuno também analisar outros aspetos de participação social, nomeadamente, as redes ou atividades de lazer/relação social considerando-os importantes determinantes para a Qualidade de Vida.

Assim, e tentando caracterizar as relações dos idosos estudados com outras pessoas da instituição e as suas relações com a Qualidade de Vida, foi permitido observar diferenças, e que tipo de relações estabelecidas interfere na percepção de Qualidade de Vida, nomeadamente no *domínio psicológico* e no *domínio social*.

No *domínio psicológico* as diferenças encontram-se nos grupos regulares/em grau variado e amigáveis/em grau variado. No *domínio social*, detetaram-se diferenças estatisticamente significativas nos grupos regulares/em grau variado e amigáveis/em grau variado, com as relações em grau variado a obter valores mais elevados indicadores de melhor Qualidade de Vida. O conceito em grau variado refere-se à variedade de relações que o idoso refere ter e múltiplas relações podem evidenciar uma rede mais alargada.

A frequência de saída dos idosos do Lar parece influenciar a percepção de Qualidade de vida dos idosos, na *faceta geral* e no *domínio social* e no *físico*. Nas saídas com mais regularidade/frequentes, conjuga-se a possibilidade da ausência do meio

institucional com os passeios ao ar livre e a oportunidade de exercitar a mente e o corpo, o que origina uma maior percepção de Qualidade de Vida. Os idosos que nunca se ausentam da instituição manifestam menor Qualidade de Vida percebida.

Neste seguimento, tornou-se pertinente analisar os períodos festivos que os idosos passam fora do Lar, na sua família, vizinhos ou amigos. Esta variável influencia a percepção de Qualidade de Vida dos idosos, principalmente no *domínio psicológico e social* e na *faceta geral*. Poderá pensar-se que os idosos que não têm uma rede de suporte social que lhes permita ausentarem-se do Lar, manifestam uma menor percepção de Qualidade de Vida.

Solidão dos idosos residentes em Lar

Outro dos objetivos propostos neste trabalho, foi a caracterização e avaliação da Solidão nos idosos participantes. Neste sentido, e para a avaliação da Solidão recorreu-se à Escala de Solidão de UCLA, que avalia, de forma indireta, o nível de Solidão auto-percecionada. As pontuações têm uma variação entre 18 e 72, correspondendo os valores mais elevados a um maior nível de Solidão. No nosso estudo, valor médio obtido nesta escala foi de 34,11, revelador de moderada percepção de Solidão se se considerar 45 como o ponto medio de corte do instrumento de avaliação. Com base na revisão da literatura, a Solidão pode estar associado ao fenómeno da institucionalização. De acordo com Barroso & Tapadinha (2006), os sentimentos de Solidão estão fortemente presentes nas pessoas idosas, sobretudo naqueles que vivem institucionalizados em lares.

Também Fonseca (2005), afirma que as pessoas idosas institucionalizadas tendem a sentir-se mais sozinhos e tristes, uma vez que, os dias são monótonos e há um afastamento das redes sociais que criou no passado.

No que concerne à Solidão, ao longo do estudo não foram evidenciadas diferenças na Solidão auto percecionada, quando se consideram as variáveis sociodemográficas género, idade, estado civil ou escolaridade.

Também Neto e Barros (2001), concluíram na sua investigação, que não há diferenças significativas em relação a percepção de Solidão quando se considera o género,

porém, Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki (2010) e Espirito-Santo *et al.* (2012), obtiveram resultados diferentes, dado que observaram que os homens têm menor percepção de Solidão em comparação com as mulheres.

Em relação à idade Veer-Tazelaar *et al.* (2008) e Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki (2010), salientam, baseando-se em resultados dos seus estudos, que os idosos com mais idade percebem mais Solidão. Também em relação ao estado civil, se encontram na literatura resultados diferentes, Murphy, (1982, como citado em, Barroso & Tapadinha, 2006) e Weiss (como citado em Neto, 2000) mencionam que as pessoas que mantêm a partilha da intimidade serão, na sua maioria, capazes de suportar melhor as privações a que estão sujeitas, durante o envelhecimento. As pessoas que não estão casadas sofrem mais de Solidão do que as casadas. Acrescenta-se ainda que, para Neto (1992), Paúl (1997) e Fonseca *et al.* (2004), o fato de se viver sozinho aumenta a prevalência de Solidão na população idosa. Saliente-se contudo que em relação aos resultados do nosso estudo se trata de idosos institucionalizados, o que de alguma forma poderá ser um aspeto mitigador dessa situação.

Um outro aspeto frequentemente estudado é a relação com a escolaridade, e, em oposição aos resultados por nós encontrados, Savikko *et al.* (2005), refere os idosos com menos instrução têm uma percepção subjetiva de maior Solidão, associando indivíduos mais literatos a uma rede social mais larga.

O tempo de institucionalização parece também não influenciar a percepção de Solidão, uma vez que, não se encontraram diferenças significativas na percepção de Solidão, resultados que se contrapõem a outros encontrados na literatura.

Scocco, Rapattoni & Fantoni (2006), investigaram o impacto da entrada num lar para o idoso e seis meses depois, e concluíram que os idosos sofreram um declínio físico e mental e a Qualidade de Vida foi percebida como reduzida, referindo também os idosos um sentimento de Solidão, parecendo neste caso o tempo de institucionalização significativo, contudo e considerando um tempo tão curto de avaliação poderão os objetivos do estudo ser diferentes, e considerar-se os seis meses ainda como tempo de integração.

Em relação à Solidão, o facto de ter visitas parece ser significativo. Os idosos que não recebem visitas são aqueles que percebem mais sentimentos de Solidão. Nesta linha de pensamento, Pereira (2008), afirma que por mais eficaz e competente que seja a instituição e os seus cuidadores, o lugar da família e ambos jamais será colmatado na íntegra. Salienta ainda que, bem-estar geral dos idosos institucionalizados é necessário manter um contacto estreito com a família e amigos/vizinhos.

Os indivíduos que têm relações regulares, ou seja, que têm relações mais impessoais, parecem apresentar percepção de Solidão em maior grau em oposição aos que tem relações amigáveis ou ocasionais, e especialmente em grau variado, sendo estes casos os indivíduos com vários tipos de relação. Os idosos que manifestaram ter mais variedade de relações são os que auferem de menor percepção de Solidão.

Todavia, através do estudo de Tomaz *et al.* (2002), conclui-se que a falta de meios de suporte social quando associado às sucessivas privações que o idoso vive, designadamente, a perda dos papéis sociais a perda do conjugue, dão lugar a grandes fragilidades psicoafectivas, a sentimentos de vulnerabilidade, angústia e de Solidão. Ou seja, as redes de suporte social podem diminuir os sentimentos de Solidão por parte dos idosos institucionalizados.

Relativamente à frequência com que os idosos se ausentam do Lar, não se encontraram diferenças significativas na forma como percebem a Solidão, parece então independentemente da frequência com que saem. Contudo, os idosos que saem com frequência do Lar manifestam menor pontuação de solidão em comparação com os que nunca saem. As atividades lúdico-recreativas, culturais, sociais, espirituais ou até mesmo desportivas são exemplos de atividades que permitem aos idosos sentirem-se mais integrados na sociedade e manifestarem menor percepção de Solidão.

Também nas saídas periódicas os idosos são independentes da percepção de Solidão. Porém, os idosos que passam períodos fora da instituição apresentam menores níveis de Solidão.

Em forma de conclusão e numa abordagem critica, como Magesky, Modesto & Torres (2009) e de Andrade & Nery (2012) afirmam, poderá pensar-se que as instituições poderão ter carências para acolher adultos com idade avançada, dado que, a maioria das

atividades promovidas não focam as potencialidades dos utentes e não os estimulam, de modo a melhorar a autoestima e o sentimento de inclusão.

Relação entre Qualidade de Vida e Solidão

Quando o idoso não está recetivo à renovação dos valores e dos comportamentos evidencia-se a retração da participação para desempenhar papéis nas variadas atividades da comunidade, ou seja, os idosos estão predispostos a despende o seu tempo com atividades que lhes permita estimular e desenvolver talentos e capacidades, adaptam-se melhor ao envelhecimento e sentem-se mais satisfeitos. Estas ações contribuem significativamente para promoção de melhor Qualidade de Vida e para a diminuição de sentimentos de solidão e humor depressivo nesta faixa etária (Martins & Santos, 2008).

Neste sentido, e pretendendo abordar estas questões foram analisados os resultados do presente estudo, que evidenciam correlação negativa entre Solidão e Qualidade de Vida, exceto quando se trata do *domínio físico* da Qualidade de Vida no WHOQOL-Bref, levando-nos a pensar que quanto menor a Solidão percebida, maior será a Qualidade de Vida percebida pelos idosos estudados, parecendo contudo que não é a diminuição das capacidades físicas que interfere nesta relação.

Estes resultados vão de encontro a outros trabalhos, como o de Jardim (1991, como citado em Melo & Neto, 2003) e Teixeira (2010), que verificaram que os idosos que tinham menos intimidade e que tinham mais níveis de Solidão, seriam aqueles que apresentavam uma menor Qualidade de Vida. Também similarmente, Lopes (2004, como citado em Ferreira, 2009) apresentou nos resultados do trabalho relações positivas entre a satisfação com o suporte social e a Qualidade de Vida. Este fator pode também observar-se no estudo de Liu & Giu (2007), em que concluíram que em relação à síndrome do ninho vazio, a Solidão pode ser amenizada pela presença da família, o que levará a um aumento da variável analisada.

Outros estudos importantes de salientar são o de Paúl *et al.* (2005) e de Fonseca *et al.* (2004), que verificaram através dos seus trabalhos que a Qualidade de Vida variava em função do suporte social, das atividades de vida diária e da Solidão, em que quanto mais positivos fossem estes indicadores mais positiva era a Qualidade de Vida.

Aspetos metodológicos

É pertinente considerar criticamente as opções metodológicas do presente estudo, nomeadamente no que diz respeito ao tipo de amostra e aos instrumentos de recolha de dados utilizados, devido às limitações e reservas que transpõem para a extrapolação das interpretações e conclusões dos resultados obtidos.

Reconhece-se que a metodologia utilizada não obedece ao modelo ideal. Constrangimentos vários impediram a utilização de uma amostra maior, considerando-se que esta amostra pelo seu tamanho reduzido, pressupõe desde logo limitação aquando da possibilidade de fazer generalizações, assim como o carácter não probabilístico da sua seleção.

A amostra não foi estabelecida de forma aleatória, mas sim por idosos que para além de estarem de acordo com os critérios definidos, se mostraram acessíveis e disponíveis para o estudo no período de tempo em que decorrem as colheitas de dados o que pode constituir-se como fator de enviesamento nas análises de resultados considerando-se assim que os idosos não estaria todos em igual situação, considerando que teria interesse perceber a razão da recusa.

CONCLUSÕES/ IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA GERONTOLÓGICA

Com o evidente acréscimo da população idosa torna-se cada vez mais pertinente e necessário investir nesta população, para que a qualidade dos serviços prestados se aperfeiçoe, contribuindo, assim, para diminuição da Solidão e consequente, melhor Qualidade de Vida no idoso.

Os principais resultados apontam que dos 47 participantes no estudo, as mulheres estão em maioria, viúvas, como uma média de idades de 83,23 anos. A comparar estes resultados com o panorama atual, esta média encontra-se ajustada, uma vez que a esperança média de vida em Portugal é de 82,4 anos. Acrescenta-se ainda que são indivíduos com um baixo nível de escolaridade.

Os idosos que participaram no estudo apresentam resultados que parecem apontar para uma Qualidade de Vida razoável, sendo o *domínio* com maior pontuação o *psicológico* e o *domínio ambiente* que as pontuações mais baixas.

A percepção de Solidão, avaliada utilizando a escala da Solidão do UCLA, dos idosos avaliados é ligeiramente elevada se considerarem os valores médios considerados para instrumento. A Solidão é um sentimento que se apodera desta etapa do ciclo de vida devido a vários motivos, desde a perda de amigos, parentes, conjugues, passando pelas incapacidades que os fazem sentir improdutivos e inferiorizados até ao medo que sentem. Através dos resultados que obtivemos, podemos verificar que os idosos que integraram o estudo podem ter uma rede social diminuta, e que se encontram institucionalizados o que poderá também estar na origem dos seus afetos e sentimentos de valor próprios estarem oprimidos.

Quando relacionada a Qualidade de Vida com as variáveis sociodemográficas constatou-se algumas diferenças significativas, nas frequências das saídas, na caracterização das relações e nos períodos que passam fora do lar. Nas restantes variáveis, nomeadamente, idade, género, estado civil, escolaridade, tempo residente no lar, e nas visitas que recebem, não se observaram diferenças entre grupos.

Em relação à Solidão, verificaram-se diferenças significativas entre grupos em relação às visitas que recebem e no tipo das relações. Não obstante, nas noutras características sociodemográficas não se evidenciaram diferenças.

Constatou-se que a Solidão e a Qualidade de Vida estão inversamente relacionadas, sendo que a Solidão se associa a uma diminuição da Qualidade de Vida percebida.

Partindo dos resultados obtidos, pode-se afirmar que os objetivos a que se propôs esta investigação foram cumpridos, uma vez que permitiu conhecer a relação entre Qualidade de Vida e Solidão em idosos residentes em lar.

De considerar, que os resultados deste estudo não podem ser generalizados, dada a dimensão da amostra, onde os participantes não foram escolhidos de forma aleatória. Porém, estes resultados podem ser evidenciados como orientadores para investigações futuras sobre a Qualidade de Vida e Solidão.

Apesar do evidente aumento populacional e de investigação nesta população, os estudos neste âmbito são ainda escassos, não apenas no contexto nacional, mas também no contexto internacional, o que dificulta a comparação de resultados.

Constitui-se como fundamental, reforçar a ideia que a pessoa idosa deve ser abordada de forma holística, atendendo a todas as suas necessidades, promovendo a prestação de cuidados cada vez mais eficaz, privilegiando, incessantemente, a satisfação pessoal do mesmo.

O presente estudo contribui para o conhecimento e compreensão de dimensões relevantes na vida das pessoas mais velhas e abre algumas possibilidades ao nível da intervenção no domínio da Gerontologia Social, especificamente na minimização de consequências sociais e pessoais do envelhecimento e na otimização do papel de certas respostas sociais para o modo como estas pessoas vivem e envelhecem.

Dentro de poucos anos o nosso país terá a pirâmide etária invertida. Somos nós, técnicos das ciências sociais e humanas que temos de trabalhar no sentido de promover condições para que os idosos vivam com Qualidade de Vida. Numa primeira instância, é necessário avaliar e diagnosticar corretamente a Solidão, percebendo as causas e toda a situação individual, e posteriormente delinear formas de intervenção. Na velhice, a Solidão é um problema individual, dado que atinge o próprio e abrange aspetos pessoais e situacionais.

BIBLIOGRAFIA

Almeida, A. (2008). *A pessoa idosa institucionaliza em Lares – Aspetos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Porto.

Almeida, A., & Rodrigues, V. (2008). A Qualidade de Vida da Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares. *Rev Latino-am Enfermagem* , 16(6), 1025-31.

Amorim, M., & Coelho, R. (1999). Saúde, doença e Qualidade de Vida. *Psiquiatria Clínica* , 20(3), 235-241.

Andrade, A., & Martins, R. (2011). Funcionalidade Familiar e Qualidade de Vida dos Idosos. *Millenium* , 40, 185-199.

Andrade, D., & Nery, V. (2012). Avaliação da Qualidade de Vida de idosos institucionalizados. *C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista* , 5(1), 130-140.

Awad, G., & Voruganti, L. (2000). Intervention research in psychosis: issues related to the assessment of quality of life. *Schizophr Bul* , 26, 557-564.

Baltes, P. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: selection, optimization and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychological Association* , 52 (4), 366-380.

Barroso, V., & Tapadinhas, A. (2006). *Órfãos Geriatras: Sentimentos de Solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Obtido em 12 de Julho de 2013, de <http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Orf%C3%A3os%20Geriatras.pdf>

Bauer, J., & McAdams, D. (2004). Growth goals, maturity, and well-being. *Developmental Psychology* , 40, 114–127.

Beal, C. (2006). Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing* , 27, 795–813.

Bell, J. (2002) *Como realizar um projeto de investigação*. Lisboa: Gradiva.

Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B., & Gustafson, Y. (2007). International Psychogeriatrics. *Gender differences in depression among very old* , 23, 756-763.

Berr, C., Balard, F., Blain, H., & Robine, J. (2012). How to define old age: successful aging and/or longevity. *Med Sci Paris* , 28(3), 281-287.

Boer, H. (2002). *Qualidade de Vida para pessoas com epilepsia*. Obtido em 15 de Março de 2013, de <http://www.comciencia.br/reportagens/epilepsia/ep27.htm>

Bowling, A., Gabriel, Z., Dykes, J., Dowding, L., Evans, O., Fleissig, A., et al.. (2003). Let's ask them: a national survey of definitions of quality of life and its enhancement among people aged 65 and over. *Int J Aging Hum Dev* , 56(4), 269-306.

Braga, M., Casella, M., Campos, M., & Paiva, S. (2011). Qualidade de Vida medida pelo WHOQOL- bref: estudo com idosos residentes em Juiz de Fora/MG. *Rev. APS* , 14(1), 93-100.

Brown, J., Bowling, A., & Flynn, T. (2004). *Models of Quality of Life: A Taxonomy, Overview and Systematic Review of the Literature*. Obtido em 2012 de Novembro de 12, de http://www.ageingresearch.group.shef.ac.uk/pdf/qol_review_no_tables.pdf

Cabete, D. (1999). Cuidados continuados e continuidade de cuidados. In *O idoso: problemas e realidades* (pp. 94-114). Coimbra: Formassau.

Canavarro, M., & Serra, A. (2010). *Qualidade de Vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial de Saúde*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., & Pintassilgo, A. (2005) Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação e Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; de, WHOQOL-HIV-BREF) para português de Portugal. *Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BRE) Projecto apresentado no 6º Congresso Virtual HIV/AIDS*.

Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler Editora.

Carvalho, M., & Dias, M. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium* , 40, 161-184.

Cavagli, F., Pires, A., & Arriaga, F. (2001). Antecipação e Qualidade de Vida na depressão: dois conceitos cognitivos? *Acta Medica Portuguesa* , 14, 473-478.

CCE. (2006). *Estratégica Temática sobre Ambiente Urbano*. Obtido em 18 de Junho de 2013, de Comissão Comunidades Europeias - Bruxelas: http://eur-lex.europa.eu/smartapi/cgi/sga_doc?smartapi!celexplus!prod!DocNumber&lg=pt&type_doc=COMfinal&an_doc=2005&nu_doc=718

Cimirro, P., Rigon, R., Vieira, M., Pereira, H., & Creutzberg, M. (2011). Qualidade de Vida de idosos dos centros-dia do Regado e São Tomé – Portugal. *Enfermagem em Foco* , 2(3), 195-198.

Coimbra, J. (2008). *O sentimento de Solidão em idosas institucionalizadas : A influência da autonomia funcional e do meio ecológico*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.

Correia, C. (2012). *A Qualidade de Vida e a Solidão em idosos institucionalizados e na comunidade*. Dissertação de Mestrado, ISPA – Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Craig, J., & Smyth, R. (2004). *Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros*. Camarate: Lusociência.

Del Duca, G., Silva, S., Thumé, E., Santos, I., & Hallal, P. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles. *Revista de Saúde Pública*, 46 (1), 147-153.

Dosil, J. (2004). *Psicología de la Actividad Física y del Deporte*. Madrid: McGraw Hill.

Duarte, M., & Paúl, c. (2007). Avaliação do ambiente institucional-público e privado: estudo comportamental dos idosos. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(1), pp. 17-28.

Eid, N., Kairalla, M., & Campora, F. (2012). Avaliação do grau de dependência para atividades básicas da vida diária de idosos. *Revista Brasileira Clínica Médica*, 10(1), 19-23.

Espirito-Santo, H., Costa, M., Falcão, D., Lemos, L., Pinto, A., Neves, C., et al.. (2012). Correlatos da Solidão em Idosos. *Poster*. Instituto Superior Miguel Torga.

Fange, A., Oswald, F., & Clemson, L. (2012). Aging in Place in Late Life: Theory, Methodology, and Intervention. *Journal of Aging Research*, 1-2.

Faria, L., & Marinho, C. (2003). Perspectivas sobre o envelhecimento: atividade física e promoção do bem-estar físico e psicossocial de idosos. *Revista de Psiquiatria*, 24(3), 51-69.

Fernandes, A. (2001). Velhice, solidariedades familiares e política social: itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 36, 39-52.

Fernandes, H. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

Fernández-Ballesteros, R. (2004). *Gerontologia social. Una introducción*. Madrid: Ediciones Piramide.

Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento Activo Contribuciones de la Psicología*. Madrid: Pirámide.

Ferreira, A. (2009). *A Qualidade de Vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, Lisboa.

- Fleck, M., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., et al.. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da Qualidade de Vida "WHOQOL-BREF". *Revista de Saúde Pública* , 34 (2), 178-183.
- Fonseca, A. (2005). Subsídios para uma leitura desenvolvimental do processo de envelhecimento. *Psicologia: Reflexão e Crítica* , 20(2), 277-289.
- Fonseca, A. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A., Paúl, C., Martin, I., & Amado, J. (2004). Condição Psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação – da concepção à realização*. Loures: Editora Lusociência.
- Freixo, M. (2009). *Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gáspari, J., & Schwartz, G. (2005). O Idoso e a Ressignificação Emocional do Lazer. *Psicologia: Teoria e Pesquisa* , 21 (1), 69-76.
- 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.
- Gonçalves, C., & Carrilho, M. (2007). Envelhecimento crescente mas especialmente desigual. *Revista de Estudos Demográficos* , 40, 21-37.
- Guerreiro, M., & Rodrigues, E. (2008). Qualidade do trabalho e Qualidade de Vida: padrões e articulações. *VI CONGRESSO PORTUGUÊS DE SOCIOLOGIA*, (pp. 1-14). Universidade de Lisboa- Faculdade de Ciências Sociais e Humana.
- Hortelão, A. (2004). Envelhecimento e Qualidade de Vida. *Servir* , 52(3), 119-131.
- INE. (2002). *O envelhecimento em Portugal: Situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas*. Obtido em 15 de Março de 2013, de Instituto Nacional de Estatística .
- INE. (2012). *Censos 2011- resultados definitivos*. Obtido em Julho de 2013, de http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&con

texto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcens
os=61969554

Kane, R., Ouslander, J., & Abrass, I. (2005). *Geriatría Clínica*. Rio de Janeiro: The McGraw-Hill.

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(2), 63-70.

Kluthcovsky, A., & Takayanagui, A. (2007). Qualidade de Vida – aspectos conceituais. *Revista Salus-Guarapuava-PR* , 1(1), 13-15.

Kochhann, R., Varela, J., Lisboa, C., & Chaves, M. (2010). The Mini Mental State Examination, review of cutoff points adjusted for schooling in a large Southern Brazilian sample. *Dement Neuropsychol* , 4(1), 35-41.

Levasseur, M., Desrosiers, J., & Tribble, D. (2008). Do quality of life, participation and environment of older adults differ according to level of activity. *Heath and Quality of Life Outcomes* , 6(30).

Lima, A., Silva, H., & Gahardon, R. (2008). Envelhecimento bem-sucedido: trajetórias de um construto e novas fronteiras. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.* , 12(27), 795-807.

Lima, D., Lima, M., & Ribeiro, C. (2010). Envelhecimento e Qualidade de Vida de idosos Institucionalizados. *RBCEH, Passo Fundo* , 7(3), 346-356.

Liu, L., & Guo, Q. (2007). Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research* , 16(8), 1275-1280.

Lobo, A., Carvalho, J., & Mota, J. (2008). Relationship between intensity of physical activity and health-related quality of Life in Portuguese institutionalized elderly. *Japan Geriatrics Society* , 8, 284-290.

Lopez, J., Mejia, R., & Espinar, A. (1996). La calidad de vida: un tema de investigacion necesario: concepto y metodo (I). *Medicina Integral* , 27(2), 75-78.

Luppa, M., Luck, T., Matschinger, H., König, H., & Riedel-Helle, S. (2010). Predictors of nursing home admission of individuals without a dementia diagnosis before admission – results from the Leipzig longitudinal study of the aged (LEILA 75+). *Health Services Research* .

Magesky, A., Modesto, J., & Torres, L. (2009). Intervenção Psicossocial com um grupo de idosos institucionalizados. *Revista Saúde e Pesquisa* , 2(2), 217-224.

Marciel, C. (2008). Envelhecimento Activo. *Revista Portuguesa de Enfermagem* , 13, 41-46.

- Marconi, M., & Lakatos, E. (1985). *Técnica de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Marques, F., Correia, F., Pires, R., & Pereira, P. (2010). Apoio Social em idosos institucionalizados. *Gestão e Desenvolvimento*, 17(18), 99-121.
- Martin, I., Santinha, G., Rito, S., & Almeida, R. (2012). Habitação para pessoas idosas: problemas e desafios em contexto português. *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 177-203.
- Martins, R. (2006). Envelhecimento e políticas sociais. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32, 126-140.
- Martins, R. & Santos, A. (2008). Ser idoso hoje. *Escola Superior de Saúde de Viseu – Unidade de Enfermagem da Reabilitação*.
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com Recurso ao IBM SPSS - Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Lisboa: Psiquilíbrios.
- Melo, L., & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: Solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*, 1, 107-121.
- Muldoon, M., Barger, S., Flory, J., & Manuck, S. (1998). What are quality of life measurements measuring? *British Medical Journal*, 316, 542-547.
- Mwanyangala, M., Mayombana, C., Urassa, H., Charles, J., Mahutanga, C., Abdullah, S., et al.. (2010). Health status and quality of life among older adults in rural Tanzania. *Global Health Action*, 2, 36-45.
- Neri, A. (2006). O legado de Paúl B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- Neto, F. (1989). Avaliação da Solidão. *Psicologia Clínica*, 65-79.
- Neto, F. (1992). *Solidão, Embaraço e Amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Intercultural*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. (2002). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F., & Barros, J. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 3, 71-88.
- Oliveira, A., & Caldana, R. (2012). As repercussões do cuidado na vida do cuidador familiar do idoso com demência de Alzheimer. *Saude soc*, 21(3), 675-685.
- OMS. (2005). *Envelhecimento activo: uma política de saúde*. Obtido em 2013 de Julho de 14, de http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

- Pais, J. (2006). *Nos rastros da Solidão – Deambulações Sociológicas*. Enciclopédia Moderna Sociologia. Porto: Âmbar.
- Pallant, J. (2001). *SPSS Survival Manual – A Step by Step Guide to Data Analysis Using SPSS for Windows (Version 10)*. Buckingham: Open University Press.
- Patricio, K., Hoshino, K., & Ribeiro, H. (2009). Ressignificação existencial do pretérito e longevidade humana. *Saúde & Sociedade*, 18(2), 273-283.
- Paúl, C. (1993). Avaliação do estado funcional do idoso. *Geriatrics*, 6, 21-26.
- Paúl, C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia*, 15, 275-287.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia: aspetos biocomportamentais, psicológicos e sociais do envelhecimento*. Lisboa: LIDEL.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2011). Envelhecimento activo. In O. Ribeiro, & C. Paúl, *Manual de Envelhecimento activo* (pp. 1-12). Lisboa: LIDEL.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martim, I., & Amado, J. (2005). Satisfação e Qualidade de Vida em idosos de Portugal. A construção de um envelhecimento Humano. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pavan, F., Meneghel, S., & Junges, J. (2008). Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2187-2190.
- Pereira, F. (2008). A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 2(1), 6-10.
- Pereira, L. (2010). *Solidão e Depressão no Idoso*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação, Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Chaves.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Pimentel, L. (1999). Novas tendências do apoio social ao cidadão idoso. *Geriatrics*, 13 (125).
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pinhel, M. (2011). *A Solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono familiar*. Relatório Estágio Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança.

- Pires, G., Martiello, J., & Gonçalves, A. (1998). Alguns Olhares sobre Aplicações do Conceito de Qualidade de Vida em Educação Física/Ciências do Esporte. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 20(1), 53-57.
- Quintela, M. (2001). O papel dos lares de terceira idade. *Geriatrics*, 14 (136), 37-45.
- Quivy, R., & Campenhoudt, L. (1995). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva Publicações SA.
- Rebelo, J. (2007). Viver o luto: a morte dos próximos (pais e filhos). 155-171. Braga: Publicações da Faculdade de Filosofia/UCP.
- Ribeiro, J. (1997). A promoção da saúde e da Qualidade de Vida em pessoas com doenças crónicas. In J. Ribeiro, *Actas do 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 253-282). Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, J. (2007). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic-Psicologia.
- Rigo, M., & Teixeira, D. (2005). Efeitos da atividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. *Revista Unopar Científica Ciências Biológicas e da Saúde*, 7(1), 13-20.
- Russell, D., Peplau, L., & Ferguson, M. (1978). Developing a Measure of Loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Santos, S., Santos, I., Fernandes, M., & Henriques, M. (2002). Qualidade de Vida do idoso na comunidade: aplicação da escala de Flanagan. *Revista Latino- am Enfermagem*, 10(6), 757-64.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R., Strandberg, T., & Pitkala, K. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- Savimaki, A., & Stenbock-hull, B. (2000). Quality of life in old age described as a sense of well-being, meaning and value. *Journal of advanced Nursing*, 32, 1025-1033.
- Schaie, K., & Willis, S. (1996). Psychometric intelligence and aging. In F. Blanchard-Fields, & T. Hess, *Perspectives on cognition in adulthood and aging*. New York: McGraw-Hill.
- Schwartzmann, L. (. (2003). Calidad de vida Relacionada com la salud. Aspectos conceptuales. *Ciência y enfermaria*, 9(2), 09-21.
- Scocco, P., Rapattoni, M., & Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? In T. Denning, & A. Milne, *Mental Health e Care Homes* (pp. 281-287). Oxford.

- Seidl, E., & Zannon, C. (2004). Qualidade de Vida e saúde: aspectos conceptuais e metodológicos. *Cad. Saúde Publica* , 20(2), 580-588.
- Serra, A., Canavarro, M., Simões, M., Pereira, M., Gameiro, F., Quartilho, M., et al.. (2006). Estudos psicométricos do instrumento de avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica* , 27(1).
- Shephard, R. (2003). *Envelhecimento, atividade física e saúde*. São Paulo: Editora Phorte.
- Silva, I., & Esteves, M. (2009). Qualidade de Vida dos idosos em diferentes contextos habitacionais. *International Journal of Developmental and Educational Psychology* , 1(3), 531-540.
- Snoeck, F. (2000). Quality of live: a closer look at measuring patient's well-being. *Diabetes spectrum*.13:1,24. , 13(1), 24.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Lisboa: Ambar.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de Vida e bem-estar dos idosos: um estudo exploratório na população portuguesa. *Rev. Saúde Publica* , 37(3), 364-71.
- Souza, V. (2008). Qualidade de Vida em Foco: um ponto de vista. *Psicologia em foco* , 1(1).
- Spirduso, W. (2005). *Dimensões físicas do envelhecimento*. São Paulo: Manole.
- Sprangers, M., Regt, E., Andries, F., Agt, H., Bijl, R., Bôer, J., et al.. (2000). Which chronic conditions are associated with better or poorer quality of life? *Journal of Clinical Epidemiology* , 53, 895–907.
- Squire, A. (2005). *Saúde e bem-estar para pessoas idosas - fundamentos básicos para a prática*. Loures: Lusodidacta.
- Tabah, A., Philippart, F., Timsit, J., Willems, V., Français, A., Leplège, A., et al.. (2010). Quality of Life in patients aged 80 or over after ICU discharge. *Critical Care* , 14.
- Tajvar, M., Arab, M., & Montarezi, A. (2008). Determinants of health-related quality of life in elderly in Tehran, Iran. *BMC Public Health* , 8(323).
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, depressão e Qualidade de Vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação, piloto de um programa de intervenção*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa.
- Teixeira, P. (2006). *Envelhecendo passo a passo*. Obtido em 2013 de Março de 15, de www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0283.pdf
- Thomopoulou, I., Thomopoulou, D., & Koutsouki, D. (2010). The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of Exercise* , 6(2), 13-28.

- Tomasini, S. & Alves, S. (2007). Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. *Rev. Bras. Ciênc. Envelh. Hum.* , 4(1), 88-102.
- Tomaz, C. (2002). Dar e receber na terceira idade. Viana do Castelo: Edição de projecto de luta contra pobreza "Viana do Castelo Município Saudável".
- Torres, M., Quezada, M., Rioseco, R., & Ducci, M. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de vivencias básicas. *Rev Méd Chile* , 136, 325-333.
- Toscano, J., & Oliveira, A. (2009). Qualidade de Vida em Idosos com distintos níveis de Atividade Física. *Rev Bras Med Esporte* , 15(3).
- Tuckman, B. (2000). *Manual de investigação em educação*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Ussel, J. (2001). *La soledad em las personas mayores: influencias personales familiares y sociales. Analisis cualitativo*. Madrid: Ministério de Trabajo e Assuntos Sociales.
- Vecchia, R., Ruiz, T., Bocchi, S., & Corrente, J. (2005). Qualidade de Vida na Terceira Idade: Um conceito Subjetivo. *Revista Brasileira de Epidemiologia* , 8(3), 246-252.
- Veer-Tazelaar, P., Marwijk, H., Jansen, A., Rijmen, F., Kostense, P., Oppen, P., et al.. (2008). Depression in old age (75+), the PIKO study. *Journal of Affective Disorder* , 106, 295-299.
- Vono, Z. (2007). *Enfermagem gerontológica: atenção á pessoa idosa*. São Paulo: Senac.
- Wenger, C., Davies, R., Shahtahmasebi, S., & Scott, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement. *Ageing and Society* , 16, 333-358.
- 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. In *Issues in Geriatric Medicine and Aging Research* (pp. 108-112). Atlanta, Georgia: Sholary Editions.
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice. Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.