

Ana Sofia Leandro Silva Ribeiro

**Solidão e Qualidade de Vida em Idosos**

**Universidade Fernando Pessoa**

Faculdade Ciências da Saúde

Porto

2012



Ana Sofia Leandro Silva Ribeiro

**Solidão e Qualidade de Vida em Idosos**

**Universidade Fernando Pessoa**

Faculdade Ciências da Saúde

Porto

2012

Ana Sofia Leandro Silva Ribeiro

**A Solidão e Qualidade de Vida em Idosos**

A Aluna

---

(Ana Sofia Leandro Silva Ribeiro)

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem”

Porto

2012

## **Mensagem à terceira Idade**

O tempo vai passando

E o sofrimento e as lágrimas

Abrem caminhos ao passar

A que os homens chamam rugas.

Vossos olhos são pássaros

Cujas asas cruzam céus

Sem caminhos ...

Há muito pouco tempo

A Primavera sorria

Nos ninhos dos passarinhos!

Depois vem o verão

Que trouxe a experiência

Da certeza dos caminhos.

Breve surgiu o Outono

De riso triste e magoado

E com ele o sofrimento

Que nos conduz à verdade.

A vida é curta mas bela!

É tão frágil a alegria

Como uma gota de orvalho

Dançando nas flores

Em perpétua harmonia.

Bate à porta o Inverno;

Há frio, dor e turbilhão ...

Mas não serão todos eles

Frutos da mesma estação?

As pessoas não têm idade.

Os anos passam apenas.

Vós precisais da bengala

Do nosso carinho e força.

Nós queremos a riqueza

Da vossa experiência

Que nenhum livro iguala.

Acreditai sempre no Amor!

Vejam nele a mais bela flor

Mesmo que traga dor e solidão,

Pois é na força do coração

Que está o segredo da alegria

Conjugando a noite com o dia.

Os anos passam sem nada poupar.

A frescura e o tempo não se podem

Mas há sempre lugar para receber.

Há sempre algo para encontrar

Em contínua renovação.

Só é velho a valer

Quem mesmo o quiser ser.

Manuela Mourisca Martins

## **Sumário**

Os dilemas do envelhecimento são vários, no entanto, cabe a cada um de nós fazermos deles uma parte integrante, absolutamente essencial e inevitável do normal funcionamento do ciclo de vida humano.

O presente estudo de investigação partiu de algumas questões que foram surgindo enquanto aluna de Enfermagem, durante ensinamentos clínicos realizados. Uma forte motivação pessoal teve, igualmente, um lugar preponderante nesta decisão. Toda a complexidade do ciclo vital, toda a experiência e sensatez que daí advém, foram, indiscutivelmente, elementos que sempre mereceram grande admiração. Outro dos fatores inquietantes para o desenrolar deste trabalho científico é o facto do envelhecimento da população ser um dado irrefutável.

Ao enfermeiro compete promover uma interação harmoniosa entre o ambiente e o homem, fortalecer essas trocas e a integridade dos seres humanos, contribuindo, assim, para a saúde e o bem-estar dos idosos.

É importante salientar que a velhice é um processo fisiológico, psicológico e social, que aumenta a instabilidade, a sensibilidade e a suscetibilidade a processos patológicos. É um momento de reviver o passado, de aceitar a inviabilidade das provações, das dificuldades e de transmitir, aos mais jovens, o saber e a experiência dos homens.

Como tal, desenvolveu-se o seguinte Projeto de Investigação, intitulado de “Solidão e Qualidade de Vida em Idosos”, como modo de conhecer a percepção que os idosos possuem da sua qualidade de vida e a existência ou não de solidão com o avançar da idade.

Tendo em conta o tema elegido, foram colocadas as seguintes questões, que, consequentemente deram origem aos objetivos, com o intuito de serem respondidas com o decorrer da investigação: “Qual a perceção do idoso perante a sua QDV?”, “Será que existe solidão em idosos?” e, por fim, “Será que a solidão afeta a QDV do idoso?”.

Recorreu-se a um estudo do tipo descritivo, com carácter exploratório e quantitativo, elaborado em meio natural, numa instituição de uma freguesia pertencente ao Concelho de Santa Maria da Feira. Foi escolhido, como instrumento de colheita de dados, a aplicação de escalas de avaliação, quer da solidão, quer da QDV (escala de avaliação da solidão de UCLA e escala de avaliação da QDV, *EasyCare*), através de entrevistas, numa amostra de 35 indivíduos de ambos os sexos.

Os resultados obtidos demonstram que, os sujeitos, no geral, apresentam índices de uma boa QDV, sendo, na sua maioria, autónomos e com boas capacidades. Em relação à solidão, através dos scores obtidos, conclui-se que a maioria dos sujeitos consideram não ser afetados pela solidão.

Com a realização deste estudo, constatou-se a necessidade de implementação de mais estudos nesta área, como forma de alerta para as necessidades de continuar a melhorar a QDV dos idosos e a diminuir os seus sentimentos de solidão.

**PALAVRAS-CHAVE:** Solidão; Qualidade de Vida; Idoso; Envelhecimento;

## **Abstract**

The dilemmas of aging are multiple, however, it is up to each of us to make them an integral, absolutely essential and inevitable element to the normal functioning of the human life cycle.

This research study originated from some issues that have emerged as a nursing student, during clinical teaching. A strong personal motivation also took a leading place in this decision. All the complexity of the vital cycle, all the experience and wisdom of consequent, were, arguably, elements that always deserved great admiration. Another disturbing factor for the pursuit of this scientific work is the fact that the aging of the population is a irrefutable truth.

The nurse has a responsibility to promote a harmonious interaction between the environment and man, strengthen those exchanges and the integrity of human beings, thus contributing, to the health and well-being of the elderly.

It is important to note that aging is a physiological, psychological and social process, which increases the instability, sensitivity and susceptibility to pathological processes. It is a time to relive the past, accept the impracticability of trials, difficulties and impart to younger people the knowledge and experience of men.

As such, the following Research Project was developed, titled "Loneliness and Quality of Life in Elderly", as a way of knowing the perception that older people have about their quality of life and the existence or not of solitude with advancing age.

Taking into account the chosen theme, the following questions were asked, which consequently gave rise to the objectives, to be answered in the course of the investigation: "what is the perception of the elderly before its QDV?", "is there

loneliness in the elderly?" and, finally, "will be that loneliness affects QDV of the elderly?".

A descriptive study was used, with exploratory and quantitative elements, prepared in a natural environment, an institution in a parish belonging to the municipality of Santa Maria da Feira. As an instrument of data collection, a rating scales application was chosen, encompassing solitude and QDV (solitude evaluation scale of the UCLA and QOL evaluation scale, EasyCare), through interviews, having been obtained a sample of 35 individuals of both sexes.

The results obtained show that the subjects in general, have good QDV indexes being in the majority, autonomous and with good capabilities. In relation to loneliness, through scores obtained, it is concluded that the subjects, overall, consider themselves not to be affected by loneliness.

With the completion of this study, it has been established the need for more studies in this area, as a way to alert to the needs to continue to improve the QOL of the elderly and decrease their feelings of loneliness.

**PASS-WORDS:** Solitude; Quality of life, Elderly; Aging;

## **Agradecimentos**

Ao estar a aproximar-se o término de uma longa etapa da vida académica, torna-se fundamental prestar o meu profundo agradecimento a todos aqueles que o tornaram possível.

Em primeiro lugar, à minha querida mãe, Amélia Leandro, que sempre esteve presente ao longo de toda esta caminhada. Obrigada pelo teu apoio incondicional, principalmente nesta última fase do meu percurso. Sem ti, nada disto seria possível, por isso, muito, muito Obrigada Mãe.

À minha família, que tornou possível a realização de um sonho, do amor incondicional que me deram, por todos os esforços que fizeram e por terem acreditado incessantemente em mim.

Ao meu namorado, José Fonseca, que foi um dos maiores pilares na construção desta caminhada. Contigo ao meu lado tudo se tornou mais fácil e mais motivador. Obrigada por teres tornado o que considerava “impossível” numa certeza.

Porque os verdadeiros merecem ser reconhecidos,

À minha querida amiga Libânia Torela, por teres sido uma fonte de força incansável, por nunca me teres deixado desanimar. Juntas lutamos por um objetivo comum, percorremos uma longa viagem académica, com algumas pedras no caminho, mas sempre com a certeza que o que construímos, ficará para sempre.

À Ana Sofia Belinha, por todo o apoio, por toda a ajuda, por todos os momentos. Obrigado por seres quem és, por todos os momentos que vivemos ao longo de 4 anos que serão sempre recordados.

À minha amiga, Romana Oliveira, que sempre me apoiou, ajudou e acreditou em mim. Juntas começamos e juntas acabamos, e, com toda a certeza, juntas continuaremos, pois isto nunca será o fim, mas sim a continuação de uma verdadeira amizade.

À Universidade Fernando Pessoa, que me recebeu e tornou possível a realização da minha Licenciatura.

A todos os docentes que fizeram parte do meu percurso académico, por me terem transmitido os valores e conhecimentos necessários à profissão de Enfermagem.

À Professora Júlia Rodrigues por ter aceitado ser a minha orientadora neste projeto. Obrigado pela disponibilidade e acompanhamento.

À instituição que me acolheu e a todas as funcionárias da mesma, pela ajuda e apoio durante a recolha de dados.

Ao D<sup>o</sup> Félix Neto e D<sup>o</sup> Daniela Figueiredo por me disponibilizarem as escalas de avaliação aplicadas neste estudo.

Por fim, dedico este trabalho, com todo o meu coração, a todos os idosos (as) do mundo, principalmente os que se disponibilizarem para participar neste estudo, pois são seres portadores de uma experiência de vida enorme, que se traduz na sabedoria contida na alma de cada um deles. Por merecerem todo o respeito, carinho, compreensão e amparo nesta fase da vida na qual todos iremos alcançar. A eles, dedico não só este trabalho por mim realizado como também a minha maior admiração sobre os processos de mudanças a que estão sujeitos, que muitas vezes são tão difíceis de ultrapassar.

Um muito obrigado a todos.

## **Siglas e Abreviaturas**

**Cit in** – Citado em

**INE** – Instituto Nacional de Estatística

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**p.** – Página

**QDV** – Qualidade de Vida

**UCLA** – University of California at Los Angeles

## Índice

I.	Introdução .....	16
II.	Fase Conceptual .....	21
1.	Problema de Investigação / Justificação do Tema .....	21
2.	Questões de Investigação .....	24
3.	Objetivos de Investigação .....	24
4.	Enquadramento Teórico .....	26
i.	O Envelhecimento em Portugal .....	26
ii.	O Envelhecimento .....	28
ii.i.	Fisiologia do Envelhecimento .....	29
ii.ii.	O Processo de Envelhecimento .....	30
iii.	Cuidados ao Idoso Institucionalizado .....	33
iv.	Envelhecimento – Problemas e Modelos de Intervenção .....	34
v.	A Solidão .....	36
v.i.	Solidão Social vs Solidão Emocional .....	39
v.ii.	Fatores Associados à Solidão .....	40
vi.	Solidão e Envelhecimento .....	41
vii.	Qualidade de Vida na Velhice .....	43

vii.i. Relação Idoso, Família e Instituição – Promoção e Manutenção da Qualidade de Vida na Velhice .....	45
III. Fase metodológica .....	49
1. Meio .....	49
i. Caracterização da Instituição – Centro Social “X” .....	50
2. Ética na Investigação .....	52
3. Tipo de Estudo .....	54
4. População e Amostra .....	55
5. Variáveis em estudo .....	57
6. Instrumento de Colheita de Dados .....	57
i. Escala da Qualidade de Vida e Bem-Estar no Idoso ( <i>EasyCare</i> ) .....	58
ii. Escala da Solidão da UCLA .....	60
7. Tratamento e Análise de Dados .....	62
IV. Fase Empírica .....	63
1. Análise dos Dados e Interpretação dos Resultados .....	63
i. Caracterização Sócio Demográfica da Amostra .....	63
ii. Caracterização da QDV e Solidão .....	67
2. Discussão dos Resultados .....	70
V. Conclusão .....	76
VI. Bibliografia .....	80

## Anexos

Consentimento Informado Livre e Esclarecido

Escala de Avaliação da Qualidade de Vida e Bem-estar no Idoso  
(*EasyCare*)

Escala de Solidão de UCLA

Pedido de Autorização aos Autores dos Instrumentos de Avaliação

## **Índice de Figuras**

Figura 1 – Evolução da Proporção da População Jovem e Idosa, Portugal 1960 – 2001 .....	26
Figura 2 – Pirâmide Etária, Portugal, 2001 a 2006 .....	27

## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 – Resultados obtidos nas diferentes categorias da escala *EasyCare* ..... 67

Tabela 2 – Resultados obtidos na escala de solidão de UCLA ..... 69

## **Índice de Gráficos**

Gráfico 1 – Caraterização da amostra em função do Género .....	64
Gráfico 2 – Caraterização da amostra em função da Idade .....	64
Gráfico 3 – Caracterização da amostra em função da Área de Residência .....	65
Gráfico 4 – Caraterização da amostra em função do Estado Civil .....	65
Gráfico 5 – Caraterização da amostra em função da Escolaridade .....	66
Gráfico 6 – Caraterização da amostra em função da Domiciliação .....	66

## **I. Introdução**

O presente Projeto de Graduação surge no âmbito do Plano Curricular do 4º ano da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências da Saúde, no Porto. A elaboração deste trabalho científico tem como objetivo complementar a avaliação para obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem.

Segundo Fortin (1999, p. 17) a investigação científica é “um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação”. Refere também que “de todos os métodos de aquisição de conhecimentos, a investigação científica é a mais rigorosa e a mais aceitável, uma vez que assenta num processo racional.”.

Este estudo tem como principais objetivos académicos aplicar métodos e técnicas de investigação científica, aprofundar e desenvolver conhecimentos acerca do tema em estudo e obter o grau de Licenciado em Enfermagem.

Um projeto, como o próprio nome indica, é um trabalho que implica investigação e pesquisa, a fim de adquirir novos conhecimentos, descobrindo problemáticas e encontrando algumas soluções para as mesmas.

A enfermagem tem vindo a sofrer uma evolução bastante positiva, exigindo-se que os profissionais de hoje sejam cada vez mais competentes e qualificados.

As relações humanas no âmbito do cuidar assumem um papel de extrema importância no trabalho de um enfermeiro. A enfermagem não é somente a realização de procedimentos técnicos, é, também, as relações de empatia, a ajuda, a transmissão de valores humanos, a solidariedade e tudo o que envolve a arte de cuidar.

Um Enfermeiro não deve apenas basear a sua prática na aquisição de competências pessoais e profissionais, este deve refletir sobre a prática, fazendo projetos de investigação.

Segundo Fortin (1999) a fase inicial de um projeto de investigação será a escolha de um tema, tendo o seguinte sido selecionado após bastante introspeção: “Solidão e Qualidade de Vida em Idosos”.

O ser humano é um ser sociável por natureza. O sentido da vida não se encontra sozinho, precisando de interação social para o crescimento se fazer de forma saudável. Independentemente das influências genéticas a que se está sujeito, o ambiente durante a infância assume um papel de extrema importância, pois é nesta fase que se desenvolvem habilidades sociais, o interesse pela comunicação e socialização com os outros.

Com o crescente aumento do número de idosos em todo o mundo, não sendo Portugal exceção, torna-se fundamental para a prática de Enfermagem o aperfeiçoamento e a atualização constante para a prestação de cuidados globais e continuados a esta faixa etária. Para isso é imprescindível perceber como melhorar a qualidade de vida e a saúde do idoso.

Aos olhos da sociedade em geral, o envelhecimento é ainda encarado de forma muito negativa. Socialmente, o “ser velho” significa um conjunto de perdas, sentimentos de desapego, vazio e falta de identidade de papéis. Nesta fase ocorrem mudanças biológicas, fisiológicas, psicossociais, económicas, culturais e políticas que compõem o nosso quotidiano e, por sua vez, implicam um somatório de emoções, sentimentos, e modificações adquiridas pelo indivíduo com o passar do tempo (Spidurso, 19995).

A institucionalização é um momento difícil, mais para uns do que para outros, pois o sentimento que envolve a mudança de lar, hábitos e rotinas é variável de pessoa para pessoa (Gonçalves, 2003). Torna-se necessário refletir sobre o estado funcional e

psicológico que esta mudança envolve, e identificar precocemente possíveis problemas de saúde. É necessário alcançar uma nova atitude face ao envelhecimento, no sentido de definir soluções para uma melhor qualidade de vida.

Assim sendo, pretende-se com este trabalho aprofundar conhecimentos acerca da velhice, dos processos de envelhecimento que lhe estão associados e quais as formas de apoio aos mesmos, a percepção da qualidade de vida com o desenvolvimento da idade e a possível existência de solidão na idade avançada, para que o profissional de enfermagem tenha real consciência das necessidades do idoso e dos cuidados que necessita.

Como em qualquer desafio da vida, a elaboração de objetivos é indispensável. Neste presente trabalho, foram definidos as seguintes questões de investigação que darão origem aos objetivos:

- Qual a percepção do idoso perante a sua QDV?
- Será que existe solidão em idosos?
- Será que a solidão afeta, a QDV do idoso?

E, em paralelo com as questões, como foi referido anteriormente, foram criados os seguintes objetivos de investigação:

- Conhecer a percepção do idoso relativamente à sua QDV;
- Identificar se existe solidão em idosos;
- Perceber se a solidão poderá afetar a QDV em idosos.

Neste sentido, torna-se fundamental determinar o percurso a efetuar e a meta a alcançar. Para tal, recorrer-se-á a um estudo descritivo com carácter exploratório, quantitativo, elaborado em meio natural, no Centro Social “X”, pertencente a uma freguesia do Concelho de Santa Maria da Feira.

A população deste estudo é constituída pelos utentes do Centro Social ”X”, sendo a amostra constituída pelos 35 utentes da instituição. O instrumento de colheita de dados selecionado foi a aplicação de escalas de avaliação, de resposta simples e rápida. Estas mesmas escalas foram aplicadas durante dois meses (Maio e Junho de 2012) na mesma instituição, de forma a analisar de forma sintética e objetiva os resultados.

Este estudo encontra-se dividido em cinco partes, todas elas assumindo igual importância. São elas:

- Introdução;
- Fase Conceptual, onde se define e se justifica a problemática, onde se expõe as questões e o objetivos de investigação e onde se realiza uma breve revisão bibliográfica sobre o tema em questão;
- Fase Metodológica, que demonstra a metodologia de investigação utilizada no estudo;
- Fase Empírica, onde são apresentados analisados e discutidos os resultados obtidos;
- Conclusão;

Ainda será exposta a bibliografia utilizada para a elaboração do trabalho, como também será anexado o consentimento informado livre e esclarecido, as escalas de avaliação utilizadas e os devidos pedidos de autorização para a utilização das mesmas.

No que diz respeito aos resultados obtidos, a partir da aplicação das escalas de avaliação, conclui-se que, no geral, ou seja, na maioria, os idosos percebem a sua QDV de forma positiva, o que indica que têm a perfeita noção das suas limitações e capacidades, encarando as mesmas com otimismo, e consideram não ser totalmente afetados pela solidão.

Com a concretização deste Projeto de Graduação, pretende-se uma compreensão mais global sobre esta etapa natural da vida, para que, futuramente, se possa dar uma intervenção nas suas necessidades adequada, indo, assim, de encontro às suas motivações, necessidades e interesses. Deste modo, é importante investir na melhoria da QDV dos idosos, de forma a melhorar a passagem do tempo e fortalecendo os vínculos afetivos.

## II. Fase Conceptual

Para Fortin (1999, p.39),

“Conceptualizar refere-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias, de as documentar em torno de um assunto preciso, com vista a chegar a uma conceção clara e organizada do objeto de estudo”.

Como tal, esta fase não pode ser subestimada, visto que é aqui que será abordado o tema de investigação na sua íntegra.

A fase conceptual “reveste-se, portanto, duma grande importância visto que ela fornece à investigação as suas bases, a sua perspectiva e a sua força”. (Fortin, 1999, p.39).

### 1. Justificação do Tema/ Problema de Investigação

Segundo Fortin (1999, p. 48),

“Qualquer investigação tem como ponto de partida uma situação considerada problemática, isto é, que causa um mal-estar, uma irritação, uma inquietação, e que por consequência, exige uma explicação ou pelo menos uma melhor compreensão do fenómeno observado”.

O processo de envelhecimento e a sua consequência natural, a velhice, é uma das preocupações da humanidade desde os primórdios da civilização. Os idosos são, atualmente, o segmento da população que mais cresce. Assim, questões relativas ao envelhecimento humano têm ganho uma importância cada vez mais relevante, uma vez que a longevidade das pessoas tem aumentado de forma significativa.

Dada a tendência do crescimento da população idosa, Portugal enfrenta, atualmente, uma realidade que começa a ganhar um impacto social relevante: baixas taxas de

natalidade, com aumento significativo dos idosos no conjunto da população do país (Paúl & Fonseca, 2005).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2002),

“O Envelhecimento demográfico, definido pelo aumento da proporção das pessoas idosas na população total, em detrimento da população jovem, e/ou da população em idade ativa, tem vindo a aumentar em Portugal”.

Entre 1960 e 2001, o fenómeno do envelhecimento demográfico traduziu-se por um decréscimo de cerca de 36% na população jovem (0-14anos) e um incremento de 140% da população idosa (65 anos ou mais). O índice de envelhecimento ultrapassou, pela primeira vez, os 100 idosos por cada 100 jovens em 1999. Este indicador registou um aumento contínuo nos últimos 40 anos, aumentando de 27 indivíduos idosos por cada 100 jovens, em 1960, para 103, em 2001 (INE 2002).

O envelhecimento tem um grande impacto na vida dos indivíduos, ocasionado pelas transformações características desta fase, principalmente ao nível das estruturas físicas na cognição e relações sociais, as quais podem perturbar o bem-estar e a QDV (Parente et al, 2006).

Perante o envelhecimento progressivo da população, a sociedade civil e o Estado tiveram que se organizar e criar condições para acolher o número crescente de idosos. As principais respostas para os idosos são apoios ao nível da saúde (hospitais de retaguarda ou geriátricos, apoio domiciliário integrado) e a nível social (lares, centros de dia, serviços de apoio domiciliário, etc.).

Considera-se institucionalização do idoso quando este está durante todo o dia entregue aos cuidados de uma instituição que não da sua família. Para Goffman (*cit in* Santos e Encarnação, 1998),

"As instituições totais ou permanentes consistem em lugares de residência, onde um grupo numeroso de indivíduos em condições similares, levam uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Existe uma rutura com o exterior, dado que todos os aspetos da vida são regulados por uma única entidade".

Nestas instituições são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, fomentando o convívio e a ocupação dos tempos livres dos utentes.

Segundo o documento da Segurança Social intitulado “Recomendações Técnicas para Equipamentos Sociais – Lares de Idosos”, são objetivos específicos das mesmas instituições:

- Acolher pessoas idosas, ou outras, cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde não lhes permite permanecer no seu meio habitual de vida;
- Assegurar a prestação dos cuidados adequados à satisfação das necessidades, tendo em vista a promoção e manutenção da autonomia e independência;
- Proporcionar alojamento temporário, como forma de apoio à família;
- Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter-familiar;
- Encaminhar e acompanhar os clientes para soluções adequadas à sua situação.

Deste modo, e indo de encontro ao que foi referido anteriormente, optou-se por esta temática a fim de tentar compreender de que forma os idosos percecionam a sua QDV e a solidão, assim como se existe algum tipo de relação entre eles, aprofundando, assim, alguns conhecimentos sobre esta fase do ciclo vital.

Como tal, para esta investigação, devido ao facto de suscitar inquietação ao investigador, foi criado a seguinte problemática:

Um idoso poderá vir a sofrer de solidão, de tal maneira que a sua qualidade de vida seja afetada.

## 2. Questões de Investigação

Para Fortin (1999, p. 101), as questões de investigação “são enunciados interrogativos precisos, escritos no presente, e que incluem habitualmente uma ou duas variáveis assim como a população estudada”.

Relativamente ao estudo, colocam-se as seguintes questões de investigação:

- Qual a perceção do idoso perante a sua QDV?
- Será que existe solidão em idosos?
- Será que a solidão afeta, a QDV do idoso?

## 3. Objetivos de Investigação

O interesse científico e social sobre a população idosa tem vindo a aumentar nos últimos anos, principalmente devido à proporção que o número de idosos atingiu.

Perante o envelhecimento, o idoso é confrontado com alterações, nomeadamente, metamorfoses que perturbam o bem-estar e a qualidade de vida, e metamorfoses nas estruturas físicas, na cognição e nas relações sociais. Atendendo a esta realidade torna-se necessário investir em estudos nesta área.

Neste estudo é importante averiguar as condições que intervêm no bem-estar dos idosos e os determinantes da qualidade de vida nesta etapa do ciclo vital. Só conhecendo esta população e as suas necessidades, é que poderemos ajudá-los onde mais carecem, através do desenvolvimento de intervenções direcionadas à promoção da saúde no idoso e ao envelhecimento ativo.

Como menciona Marconi e Lakatos (1985, p.22), “toda a pesquisa deve ter um objetivo determinado para saber o que se vai procurar e o que se pretende alcançar (...)”.

O objetivo de um estudo vai indicar o porquê do problema de investigação. Os objetivos serão metas traçadas no início do estudo com o intuito de serem alcançadas no final do mesmo.

Segundo Fortin (1999, p. 100),

“É um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível dos conhecimentos estabelecidos no domínio em questão. Especifica as variáveis-chave, a população alvo e o contexto do estudo.”

Assim, estabeleceram-se os seguintes objetivos para esta investigação:

- Conhecer a percepção do idoso relativamente à sua QDV;
- Identificar se existe solidão em idosos;
- Perceber se a solidão poderá afetar a QDV em idosos.

#### 4. Enquadramento Teórico

Segundo Fortin (1999, p. 90),

“Os científicos, em geral, utilizam o termo «teoria» para designar uma generalização abstrata que apresenta uma explicação sistemática sobre a maneira como os fenómenos estão ligados entre si.”

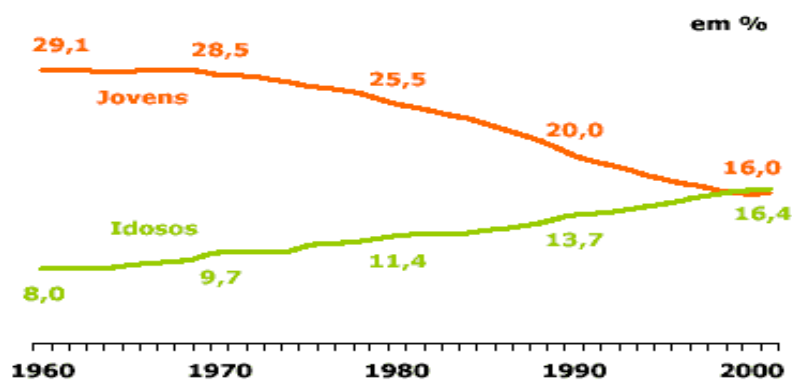
A realização do enquadramento teórico é um processo que consiste em “fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação” (Fortin, 1999).

“A revisão da literatura é necessária em todas as etapas da conceptualização da investigação, no sentido em que ela precede, acompanha ou segue a formulação das questões da investigação ou das hipóteses. (...) Pode dizer-se que a revisão da literatura se impõe em todo o processo de investigação, pois que um investigador deve também recorrer a ela aquando da interpretação dos resultados.” (Fortin, 1999)

##### i. O envelhecimento em Portugal

Figura 1 – Evolução da Proporção da População Jovem e Idosa, Portugal 1960 a 2001

(Fonte: <http://alea-estp.ine.pt/>)



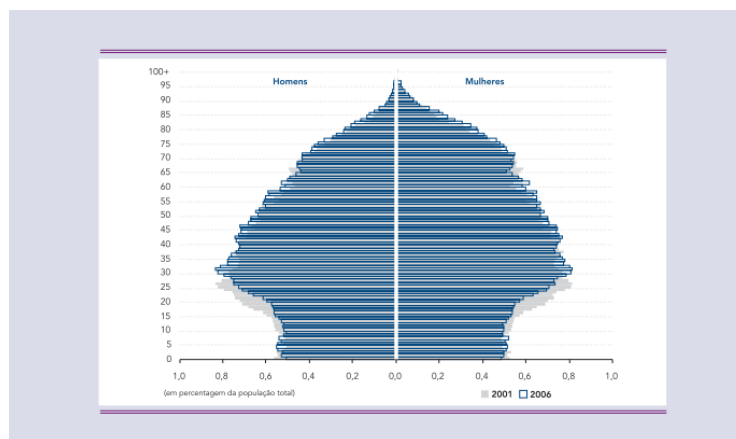
Durante os anos de 1960 a 2001 o envelhecimento demográfico teve uma redução de cerca de 36% em toda a população jovem e uma dilatação de 140% na população mais idosa.

Verificou-se uma duplicação da população idosa que representava 0,8% do total da população em 1960, passando para 16,4% em 2001.

Pode-se observar, através do último recenseamento da população, um acréscimo de um milhão de indivíduos na população mais idosa, passando de 708 570, no período de 1960, para 1 702 120 em 2001.

*Figura 2 – Pirâmide Etária, Portugal, 2001 a 2006*

*(Fonte: <http://alea-estp.ine.pt/>)*



O envelhecimento é um dos fenómenos com maior evidência nos dias de hoje, particularmente nos países desenvolvidos. Portugal acompanha esta tendência. De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE), após uma breve análise demográfica sobre o envelhecimento entre 1960 e 2006, a população idosa duplicou, sendo estimável que volte a duplicar até 2050. Portugal sofrerá um agravamento do envelhecimento, com o aumento da esperança média de vida de 74,9 anos para os homens e 81,4 para as mulheres.

O envelhecimento da população é uma espiral natural de qualquer sociedade, no entanto, viver é importante desde que se consiga agregar qualidade aos anos adicionais da nossa vida. Temos de encontrar os meios para incorporar os idosos na nossa sociedade, mudar conceitos já enraizados e utilizar novas tecnologias, com inovação e sabedoria. Assim, pode-se alcançar, de forma justa e democrática, a equidade na distribuição de serviços e facilidades para o grupo populacional que mais cresce no nosso país.

Devido a este aumento progressivo da população, toda a sociedade civil e o estado têm como objetivo organizar instituições como lares, centros de dia, ou casas de repouso e de apoio domiciliário (Jacob, 2007).

## ii. Envelhecimento

A etapa da vida caracterizada como velhice, só pode ser entendida na relação que se estabelece entre os diferentes aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais, condicionada pelas condições da cultura na qual o indivíduo está inserido: condições históricas, políticas, económicas, geográficas e culturais.

O envelhecimento, nos dias de hoje, tem sido descrito como um processo, ou conjunto de processos, inerente a todos os humanos, que se expressa pela perda da capacidade de adaptação e pela diminuição de capacidades, estando assim associado a alterações físicas e fisiológicas (Spidurso, 1995).

Este é um processo comum a todos os seres vivos. Desde o nascimento desencadeia-se um conjunto de alterações que se tornam perceptíveis com a idade, acelerando as várias transformações.

Segundo a *World Health Organization/OMS* (1998) todo o envelhecimento é algo natural da vida dos humanos, contudo existem fatores como a saúde e a independência

funcional, que não se encontram exclusivamente dependentes de toda a herança genética, mas também de todo o estilo de vida adotado por cada indivíduo.

O envelhecimento é multidimensional podendo ser analisado em termos biológicos, cronológicos, psicológicos e sociais, existindo uma interligação entre todos estes aspetos. Com base neste pressuposto Fontaine (1999) e Fernandes (2000) dizem que existem quatro tipos de idades: a idade cronológica, a biológica, a social e ainda a psicológica, que serão abordados posteriormente.

### **ii.i. Fisiologia do Envelhecimento**

O envelhecimento acarreta várias alterações a nível antropométrico para o corpo humano do idoso, nomeadamente o aumento de peso, diminuição da massa corporal e da estatura, redução da massa livre de gordura, diminuição da massa muscular, perda de densidade óssea e modificação da distribuição da gordura corporal, que se reflete na redução do tecido adiposo periférico e no aumento do central (Moreira, 2009).

Segundo Moreira (2009),

“As modificações na composição corporal são normalmente agravadas pela adoção de hábitos alimentares não adaptados à atividade física praticada pelo idoso (...). É (...) fundamental a manutenção do equilíbrio entre a gordura e a massa muscular durante o envelhecimento”.

As principais alterações anatómicas que decorrem com o envelhecimento são o ganho de peso pelo aumento do tecido adiposo e perda de massa muscular e óssea, e a redução na estatura física já que ocorrem modificações ao nível da coluna vertebral (reduzem, aproximadamente, 1 a 3 cm a cada década) (Cardoso, 2009).

Ao nível do envelhecimento cerebral, as habilidades de raciocínio normalmente diminuem, sendo os idosos mais lentos para responder algumas tarefas cognitivas (Cardoso, 2009).

O sistema respiratório também sofre grandes modificações fisiológicas. Segundo Alencar e Curiati (2002, *cit in* Cardoso, 2009), “as alterações determinadas pelo envelhecimento afetam desde os mecanismos de controlo até as estruturas pulmonares e extra pulmonares que participam do processo de respiração”. O único músculo que parece não ser afetado com o envelhecimento é o diafragma, que mantém a mesma massa muscular (Gorzoni, 2006, *cit in* Cardoso, 2009).

As modificações fisiológicas que decorrem do envelhecimento dependem de vários fatores, intrínsecos e extrínsecos, e manifestam-se através de mudanças estruturais e funcionais.

É de essencial importância conhecer as alterações fisiológicas que decorrem com o avançar da idade para assim poder prevenir e atrasar a dependência do idoso.

### **ii.ii. O Processo de Envelhecimento**

Para San Martín e Pastor (1996) em estudos de psicologia, não existe um consenso sobre o que se nomeia velhice porque as divisões cronológicas da vida do ser humano não são absolutas e não correspondem sempre às etapas do processo de envelhecimento natural. Assim, a idade cronológica deixa de ser um marcador preciso para as mudanças que acompanham o envelhecimento, passando a ser apenas uma forma padronizada de contagem dos anos vividos, uma vez que existem variações de diferentes intensidades relacionadas com o estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas mais velhas que possuem a mesma idade. Segundo alguns estudos, outros eventos, relacionados à vida pessoal, familiar e profissional servem de pontos de referência para mudanças.

Para Spidurso (1995) todo o envelhecimento representa transformações universais, dentro de uma espécie ou população, estando independentes em relação às doenças ou mesmo à influência ambiental. Todo este procedimento é progressivo, mas no entanto nem todos envelhecem ao mesmo ritmo.

Várias são as alterações que provêm deste processo de envelhecimento, podendo-se manifestar de várias formas, desde o aparecimento de rugas, até à perda dos sentidos.

Como afirma Fontaine (1999), existem três processos de envelhecimento: o envelhecimento biológico, o psicológico e o social.

A idade ou envelhecimento cronológico correspondem à vida do ser humano onde os órgãos sofrem modificações, fazendo com que o seu funcionamento diminua e torne-se menos eficaz, perdendo, deste modo, autorregulação.

Fontaine (1999) descreve a idade cronológica como fator de ligação ao envelhecimento orgânico, a maturação biológica e a todas as influências exógenas, que, sendo medidas pelas capacidades funcionais do organismo, estas podem ou não corresponder com a idade cronológica.

A velhice não é definida simplesmente pela cronologia, mas pelas condições físicas, funcionais, mentais e de saúde das pessoas, o que equivale a afirmar que podem ser observadas diferentes idades biológicas e subjetivas em indivíduos com a mesma idade cronológica.

Determinar o início da velhice é uma tarefa complexa porque é difícil a generalização em relação à velhice, e há distinções significativas entre diferentes tipos de idosos e velhices. A idade é um fato pré-determinado, mas o tratamento dado aos anos depende das características da pessoa. Assim, torna-se difícil saber que critérios utilizar para se

definir o início da velhice, pois os aspetos que caracterizam este período são questões ainda controversas que provocam inúmeras discussões entre os profissionais

A perda de capacidade funcional física pode ser combatida pela prática de exercício físico, contribuindo, deste modo, para a prevenção de um dos graves problemas do envelhecimento humano, a qualidade de vida do idoso, que depende das suas capacidades motoras conferindo-lhe um certo nível de independência funcional, possibilitando a realização de atividades diárias sem a ajuda de intercessores (Spidurso, 1995).

O envelhecimento psicológico relaciona-se com todas as competências comportamentais que o indivíduo pode recrutar em resposta às mudanças do ambiente, abordando todo o tipo de capacidades de memória, capacidades intelectuais (inteligência), aprendizagem e motivações (Fontaine, 1999).

Segundo Spidurso (1995) a diminuição das capacidades cognitivas é um efeito inevitável do envelhecimento, provocando estados depressivos de ansiedade, solidão, diminuição do auto conceito e mesmo da autoestima.

O envelhecimento social associa-se a todos os hábitos e estatutos que o ser humano adquire na sociedade, avaliado com os padrões de comportamento, sendo determinado por todo o contexto social em que o homem está inserido (Fontaine, 1999).

No entanto, outros autores como Spidurso (1995), defendem que a grande influência no retardamento do processo de envelhecimento, depende de uma alimentação equilibrada, salientando a abstenção ao álcool e todo o tipo de drogas, não fumar, ausência de *stress* e os bons hábitos de sono.

Para este autor, o envelhecimento é um conjunto de processos, que ocorrem em todos os organismos vivos que, com o passar do tempo os leva à perda de adaptabilidade e à

diminuição da capacidade funcional associada a alterações físicas e fisiológicas e por fim, à morte.

### **iii. Cuidados ao Idoso Institucionalizado**

Segundo Silva BT e Santos SSC (2010), o cuidar é uma atividade que não se restringe apenas às necessidades básicas de cada ser humano. Cuidar é uma arte que envolve os autocuidados, autoestima, auto valorização, que geralmente é realizado pela família, amigos, vizinhos, membros da comunidade, sendo a família um dos principais cuidadores do idoso. Devido ao facto de as famílias não possuírem um sistema de apoio específico, estas optam por institucionalizar o idoso.

Muitos idosos encaram a institucionalização como perda da liberdade, abandono pelos filhos e aproximação da morte. Como tal, o ambiente institucional deve oferecer uma base segura, adaptar-se às necessidades emocionais da pessoa e deixar margem para que esta possa manifestar a sua personalidade.

O enfermeiro é um dos trabalhadores que integra uma equipa multidisciplinar destas instituições. Ele irá desenvolver atividades com a pessoa idosa, por meio de um processo de cuidar que consiste em olhar para o idoso de forma holística, tendo sempre em conta todos os aspetos que o envolvem, bio-psico-sociais (Silva BT e Santos SSC, 2010).

O enfermeiro deve procurar perceber o processo de envelhecimento e reconhecer nele um fenómeno normal, que, contudo, acarreta o acentuar da fragilidade e da vulnerabilidade que poderá conduzir a um desequilíbrio global.

Segundo Silva BT e Santos SSC (2010),

“a atuação dos enfermeiros na saúde da pessoa idosa poderá centrar-se na promoção da vida e em educações em saúde. A manutenção da capacidade funcional será o foco do cuidado à pessoa idosa institucionalizada”.

Qualquer que seja o ambiente institucional a entrada neste contexto é sempre angustiante para o idoso. A adaptação bem-sucedida à institucionalização dependerá, não só da personalidade do indivíduo, como também dos fatores ambientais que a instituição é influenciada, assim como o modo como é recebido e dos cuidados pela equipa multidisciplinar.

#### **iv. Envelhecimento – Problemas e Modelos de Intervenção**

O conceito de velhice tem vindo a desenvolver-se ao longo dos últimos tempos como afirma Trilla (2004 p. 251),

“Até há muito pouco tempo, aceitava-se como critério normal que a vida humana se dividia em três fases: a infância, como período de desenvolvimento e preparação para a vida ativa através de diferentes etapas educativas; a maturidade ou idade «adulta», como etapa da vida ativa dedicada à produção e ao consumo; e, finalmente, velhice como etapa da vida ativa dedicada à produção e ao sujeito passivo de um descanso obrigatório e de um tempo ócio imposto pela situação”.

O conceito de velhice remete-nos, em primeira análise, para a noção de idade que a velhice constitui num grupo de idade homogéneo. Segundo Fernandes (2000), a idade não é um fator que possa, por si só, medir as transformações dependentes do envelhecimento, mas com as alterações surgidas com a idade, que dependem também do estilo de vida que cada um teve ao longo do seu percurso.

Segundo Trilla (2004) a intervenção deve focar dois aspetos distintos. O primeiro deve estar vocacionado para a política social, com o número elevado de idosos, onde se torna

necessário criar programas educativos específicos para a velhice, fugindo desta forma ao síndrome do desocupado inútil, mas deve-se fazer desta idade um tempo positivo, para criar e aumentar várias possibilidades de uma educação permanente.

O segundo aspeto refere-se à intervenção socioeducativa, apesar da realidade social e as realidades socioeducativas otimistas, é fundamental determinar, de forma crítica, os modelos de intervenção e analisar as razões, como também entender a praxis diferenciada que deriva cada uma delas.

Segundo as propostas de Mody (*cit in* Trilla, 2004 p. 256) é possível destacar os diversos modelos de intervenção:

- Modelo I, Rejeição: as razões deste modelo são a prevalência de atitudes na sociedade em relação ao ancião; O ancião é a antítese dos valores sociais prevaletentes (produtividade, rendibilidade, etc.); Há a tendência para a segregação do ancião e separação da comunidade, através de asilos, lares de terceira idade, entre outros; Há abandono de qualquer interesse socioeducativo; É uma tentativa de dar satisfação às necessidades dos serviços públicos e de diferentes coletivos profissionais, através de auxiliares, assistentes sociais, médicos, etc.

Este primeiro modelo possui uma atitude negativista, de repulsa ao idoso, não lhe reconhecendo competências, nomeadamente pela sua perda de produtividade. É visto como uma “fardo” social a ser suportado pelos trabalhadores ativos.

- Modelo II, Serviços Sociais: Predomínio do modelo deficitário, apesar de não se manifestar situação de rejeição. Considera-se necessário dar resposta aos seus múltiplos problemas. Em relação a este modelo existe pouco sentido educativo, em todo o caso, trata-se de ocupar o tempo livre. É um apoio aos interesses do ancião.

Este segundo modelo tem como principal finalidade prestar apoio aos idosos possibilitando-lhes atividades de lazer e algum suporte de forma a preencher a sua passividade e inatividade.

- Modelo III, Participação: Oposição às ideias e práticas de segregação. Pretende-se a integração sob a perspectiva própria do ancião, procurando uma vida normal num ambiente inter-relacional concreto e determinado. Neste modelo, é possível a prevenção de condutas deficitárias. A pessoa idosa é sujeito de formação, para melhorar, compensar ou manter níveis de aperfeiçoamento individual.

O terceiro modelo valoriza uma atitude ativa do idoso, quer em termos de auto realização pessoal, quer na participação social na comunidade e na sociedade civil.

- Modelo IV, Atualização: Visão positiva e humana do ancião: período de potencial desenvolvimento psicológico. Pretende alcançar-se a participação da pessoa idosa nas suas próprias características. A educação teve de abranger diferentes aspetos (laboral, cognitivo, criativo, inter-relacional, familiar, etc.). Com estas intervenções, pretende-se o desenvolvimento pessoal e a adequação às situações sociais e culturais.

Por fim, o quarto modelo diz que o idoso pode recuperar e concretizar os seus projetos pessoais e coletivos, valorizando, em primeiro lugar, a auto realização pessoal.

#### v. Solidão

A solidão é um estado de sentir, bastante amplo, complexo e com grande significado subjetivo, sobre o qual existem diversas abordagens teóricas, com diferentes causas e diferentes manifestações da mesma.

O termo solidão poderá ser definido como o estado de “estar só” ou a condição de “ser só”. À semelhança do amor, a solidão é um conceito vago, revestindo-se de muitos significados.

Vários autores, abaixo referidos, têm tentado definir a solidão embora não haja uma definição que seja universalmente aceita pelos especialistas. As diferentes definições acabam por ser o reflexo de diferentes teorias que se relacionam com aspectos importantes na contextualização da solidão.

É, então, necessário fazer uma revisão sobre algumas das definições de solidão, para melhor compreender este fenómeno, de modo a ajudar a conhecer as formas de a evitar, ou de a combater quando já estabelecida. Assim, de acordo com as diferentes definições de vários autores citado por Neto (2000):

**Sullivan (1953)**

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

**Lopata (1969)**

“A solidão é um sentimento sentido por uma pessoa (...) (experienciando) um desejo por uma forma ou um nível de interação diferente do que se experiêcia no presente.”

**Weiss (1973)**

“A solidão é causada não por se estar só, mas por se estar sem alguma relação precisa de que se sente a necessidade ou conjunto de relações (...). A solidão aparece sempre como sendo uma resposta à ausência de algum tipo particular de relação ou, mais precisamente, uma resposta à ausência de alguma provisão relacional particular.”

### **Perlman e Peplau (1981)**

“A solidão é uma experiência desagradável, que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é deficiente nalgum aspeto importante, quer quantitativamente quer qualitativamente.”

### **Rook (1984)**

“Uma condição estável de mal-estar emocional que surge quando uma pessoa se sente afastada, incompreendida, ou rejeitada pelas outras pessoas e/ou lhe faltam parceiros sociais apropriados para as atividades desejadas, em particular atividades que lhe propiciam uma fonte de integração social e oportunidades para intimidade emocional.”

Mediante as definições dos autores acima mencionados, verifica-se que, a solidão, é um conceito vago, influenciado por determinantes sociais, pessoais e situacionais. Pode entender-se que a solidão tem muitos significados que derivam da forma como cada pessoa diante de cada situação avalia o seu estado de solidão, e do modo como lida com a mesma, a solidão pode ter manifestações diferentes, de acordo com estados emocionais de cada indivíduo.

Numa outra definição, Paúl (1991, *cit. in* Fernandes, 2007) afirma que,

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

A respeito das definições, todas elas implicam que a solidão resulta de deficiências nas relações sociais da pessoa só. Todavia, segundo Peplau e Perlman (1982, *cit. in* Neto, 2000) nas definições atribuídas à solidão, há três aspetos comuns que são partilhados por outras definições presentes na literatura: (1) a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; (2) esta experiência

subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; (3) a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente.

Savikko et al (2005, *cit in* Fernandes, 2007) realizaram um estudo de investigação com o objetivo de observar a prevalência e as atribuições causais da solidão. Estes mesmos autores concluíram que, mais de metade da amostra, reportava sentimentos de solidão, sendo que alguns sofriam de solidão sempre ou quase sempre e que esta sensação subjetiva de solidão era sentida mais intensamente entre os idosos mais velhos que viviam em zonas rurais do que os que residiam em meios urbanos.

#### **v.i. Solidão Social vs Solidão Emocional**

Existem várias abordagens e várias dimensões em que a solidão pode ser estudada. Alguns autores preferem estudar e analisar a solidão numa vertente unidimensional, tendo em conta a solidão como um todo. Por outro lado, a solidão pode ser analisada em várias dimensões, que ajudam a compreender este termo e esta realidade tão subjetiva.

De acordo com as diferentes definições acima descritas a solidão refere-se a um estado emocional que inclui isolamento, tristeza, apatia, insatisfação na vida, o qual é provocado pela ausência de contactos e relacionamentos importantes, agradáveis e significativos. Muito mais importante do que estar fisicamente sozinha(o) é o estado emocional de estar privada(o) de um ou vários relacionamentos que gostaria de ter. Dessa forma, a solidão pode se caracterizar por experiências de isolamento social, de isolamento emocional, ou ambas ao mesmo tempo.

Weiss (1973, *cit in* Neto, 2000), distingue solidão social de solidão emocional. A solidão social é uma determinada situação em que o indivíduo se sente insatisfeito e só, por causa da falta de uma rede de amigos ou pessoas conhecidas. A solidão emocional, segundo este autor, está relacionada com a insatisfação causada por uma relação pessoal e/ou íntima. O mesmo autor refere que a solidão emocional é a forma mais dolorosa de

isolamento. Esta também é vivenciada por alguns idosos, principalmente aqueles que não têm uma companhia íntima.

Num estudo sociológico da solidão, Ussel (2001, *cit in* Fernandes, 2007) refere que é necessário tomar em consideração que o trabalho e a família são os dois eixos centrais que estruturam e definem a existência humana. Assim, o suceder de uma qualquer transformação nestes dois eixos, pode originar diversos problemas, quer de âmbito instrumental, quer emocional, entre os quais se deve incluir o sentimento subjetivo de solidão.

Ao fazer uma revisão da literatura constata-se que, a solidão, é um conceito vago, influenciado por determinantes sociais, pessoais e situacionais. Como se pode compreender, a solidão tem muitos significados que derivam da forma como cada pessoa diante de cada situação avalia o seu estado de solidão, e do modo como lida com a mesma.

#### **v.ii. Fatores associados à Solidão**

Existem três principais fatores que influenciam, de alguma forma, a solidão:

- A idade;
- O género;
- O estado civil.

Em relação à idade e segundo Neto (1992), existe, na nossa cultura, um estereótipo que as pessoas idosas são pessoas mais solitárias. Segundo investigações recentes, a tendência geral que se encontra é para que a solidão diminua com a idade.

No entanto, esta verificação não significa que pessoas com mais de 65 anos de idade não sintam solidão, mas talvez isto acontece pois os jovens necessitam de falar mais dos seus sentimentos (Neto, 1992), pois encontram mais transições sociais, como deixar a casa dos pais, entrar na faculdade e procurar o primeiro emprego. Há medida que a idade avança a vida social torna-se mais estável, conduzindo a mais habilidades sociais.

No que diz respeito ao género das pessoas, estudos efetuados sobre a solidão não são conclusivos em relação aos diferentes géneros. Tendencialmente os estudos que utilizam a Escala de Solidão da UCLA não encontram diferenças nos scores de solidão segundo os sexos (Neto, 1992).

É frequentemente estabelecido e de senso comum que as mulheres, comparativamente com os homens, são mais emotivas e, em consequência, terão maior tendência para as reações emocionais negativistas. Indo de encontro a esta situação, Savikko et al (2005, *cit in* Fernandes, 2007), concluíram, com um estudo científico, que as mulheres sofrem mais de solidão do que os homens, não só por estas terem mais facilidade na exteriorização dos seus sentimentos, como também por possuírem uma esperança de vida mais elevada, o que as predispõe mais à viuvez e a sentimentos de perda.

Relativamente ao estado civil, e segundo Weiss (1982, *cit in* Neto, 1992) as pessoas solteiras têm mais tendência a sofrer de solidão do que as casadas. Além disto, em pessoas viúvas e divorciadas, a solidão estava mais presente que nas restantes mulheres não casadas. Sendo assim, parece que a solidão está mais interligada com a perda de relação conjugal do que pela ausência de companheiro.

#### **vi. Solidão e Envelhecimento**

A velhice ou envelhecimento é reconhecido como um problema, para a maioria das pessoas, pois nunca se está preparado para as modificações e perdas nesta fase. Ocorre uma transformação física, própria de um organismo que envelhece, e uma

transformação social, em função das perdas e limitações que advêm com a velhice, o que, muitas vezes, leva o ser humano ao isolamento social e à solidão.

Pais (2006) entende que envelhecer não significa necessariamente adoecer. É notório que certas doenças são mais frequentes em idosos, por isso é que a maioria considera o corpo um fardo e não quer se tratar quando adocece, passando a desejar a morte. Uma vez que se foram os amigos, o(a) companheiro(a), o trabalho ficou para trás e os filhos não estão tão próximos como desejado, a vida social está vazia e, neste contexto, a solidão instala-se na vida da pessoa idosa, pela ausência de contactos e relacionamentos importantes.

Diante esta realidade, cada indivíduo reage de maneira diferente, embora seja comum enfrentar as perdas sem enfrentar as situações de crise. “Às vezes, a solidão é tanto mais solitária quanto mais povoada de memórias”. (Pais, 2006, p. 173).

A solidão é, assim, uma “doença” social que faz maior número de vítimas entre as pessoas da terceira idade. Estes 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).

Para Pais (2006, p. 166) “a solidão aconchega-se de silêncio, como se dele se alimentasse”. A verdadeira companhia é o silêncio, no qual se encerram as angustias que se pretendem silenciar.

Pais (2006) define, ainda assim, que estar só é diferente de solidão. Para ele o conceito de solidão pode significar uma rutura com contextos e laços sociais a que chama

“desenlaces”, ou pode, ainda, significar perda de autonomia para desenvolver atividades diárias, fechando nesse processo as redes de relações sociais.

### **vii. Qualidade de Vida na Velhice**

O tema “Envelhecimento”, tal como já referenciado anteriormente, está ligado a um declínio físico e muitas vezes intelectual, como consequência do mesmo. Continua a ser um grande desafio para a ciência e uma preocupação constante em diferentes áreas de estudo, a concentração de esforços, como envelhecer de forma saudável na manutenção da independência e autonomia do indivíduo. Sabe-se, por senso comum, que a inatividade é o elemento que mais compromete a qualidade de vida na terceira idade.

Assim, a qualidade de vida na velhice e as condições responsáveis pela existência da mesma, são questões levantadas em relação ao processo de envelhecimento, sendo estudada por muitas áreas da ciência. A existência de diferentes variáveis, envolvidas na promoção da qualidade de vida na velhice e no facto de que as mesmas podem ter diferentes impactos sobre o bem-estar, é subjetivo. Porém, várias teorias relativas a este fenómeno ainda não estabelecem com clareza em que grau cada um dos fatores envolvidos afeta a qualidade de vida do idoso.

O fator individual surge como determinante para se afirmar a inexistência de um caminho único de envelhecimento, podendo, diferentes pessoas, percorrerem diferentes percursos de envelhecimento com uma idêntica “qualidade de vida”.

Há diferentes teorias quanto ao modo como o processo de envelhecimento decorre. De acordo com o contexto cultural de referência, a velhice tanto poderá constituir sinónimo de mais-valia e prestígio social como ser sinónimo de dependência e menos importância social, como de pessoa para pessoa, relativamente a diversos aspetos tidos geralmente como determinantes para a sua qualidade de vida. As condições económicas, saúde

física, redes sociais de pertença e de apoio, satisfação de necessidades psicológicas, são fatores importantes para a qualidade de vida na velhice.

Um estudo da Fundação MacArthur (1984-1998, *cit in* Fonseca, 1999-2004) destaca três condições para envelhecer “com qualidade”:

- Manter um baixo risco de doença (estilo de vida saudável);
- Manter um funcionamento físico e mental elevado;
- Manter um envolvimento/compromisso ativo com a vida.

Indicadores de “qualidade de vida” associados ao envelhecimento (Castellón, 1998-2003, *cit in* Fonseca, 1999-2004) identificam os seguintes fatores como influências na QDV: a autonomia, atividade, recursos económicos, saúde, habitação, intimidade, segurança, pertença a uma comunidade, relações pessoais.

Um estudo realizado com 502 reformados (Fonseca, 1999-2004) destaca as seguintes categorias de “boa adaptação” à condição de reformado:

- Vida conjugal e familiar;
- Ocupação gratificante do tempo livre;
- (Re)definição de objetivos;
- Envolvimento em atividades de cultura e lazer;
- Enriquecimento da rede social (amigos).

Atualmente predomina no meio científico, a visão de que,

“Envelhecer satisfatoriamente depende do delicado equilíbrio entre as limitações e as potencialidades do indivíduo, o qual lhe possibilitará lidar, em diferentes graus de eficácia, com as perdas inevitáveis do envelhecimento” (Neri, 1993, p.13)

Em Portugal, quando se coloca a questão do envelhecimento, bem ou mal sucedido, estamos a definir padrões de adaptação do idoso às suas atuais capacidades de funcionamento, no seu contexto de vida, implicando, com isso, quer critérios externos (relativos ao que se espera do idoso em cada cultura), quer critérios internos-individuais (o sentir e a vontade subjetiva).

O conceito de envelhecimento “com qualidade de vida” só faz sentido numa perspectiva ecológica, visando o indivíduo no seu contexto socio-cultural, integrando a sua vida atual e passada, ponderando uma dinâmica de forças entre as pressões ambientais e as suas capacidades adaptativas (Fonseca, 1999-2004).

Segundo Neri (1993) e Paschoal (2002), para avaliar a qualidade de vida na velhice, é necessário usar múltiplas medidas de natureza biológica, psicológica e sócio estrutural. Os indicadores mais comuns de bem-estar na velhice incluem: longevidade, saúde biológica e mental, satisfação com a vida, funcionamento cognitivo, competência social, atividade, *status* social, continuidade de envolvimento em papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais em grupos primários.

#### **vii.i. Relação Idoso, Família e Instituição – Promoção e Manutenção da Qualidade de Vida na Velhice**

Entre as redes de apoio para idosos existentes na sociedade atual, pode-se destacar a família, que em todas as fases da vida, para a maioria das pessoas, desempenha um papel muito importante na vida do indivíduo, apoiando-o prática e emocionalmente.

Na velhice, os familiares costumam desempenhar um papel essencial na manutenção da qualidade de vida dos idosos. Durante todo o ciclo vital, cabe à família cuidar, proteger e ajudar os seus membros. No entanto, apesar de responsabilizar-se, o surgimento de dependência por parte de um familiar idoso pode resultar em diferentes dificuldades no contexto familiar, dependendo da forma como a família está estruturada.

O suporte provido pela família – base principal do apoio oferecido ao idoso enfrenta dificuldades crescentes como (Martins,2003):

- A não existência de políticas sociais de suporte aos cuidadores, em referência aos familiares ou outros indivíduos que prestam auxílio direto ao idoso nas suas atividades básicas;
- O tamanho das famílias, que vem diminuindo devido à queda da fecundidade;
- O aumento na proporção de separações conjugais, idosos residindo sozinhos, casais que optam por não ter filhos, e mães que criam sozinhos os seus filhos.

Diante dessa situação, devido ao elevado número de idosos que tem vindo aumentar significativamente em Portugal, como já foi visto anteriormente, surgem centros de dia e casas de repouso.

Segundo Gonçalves (2003), o número de idosos institucionalizados tem vindo aumentar, nos estabelecimentos ligados à segurança social, 12% encontram-se em lares, 11% em apoio domiciliário e 10% em centros de dia.

Como afirma Martins (2006), apesar de todos os problemas de saúde e da própria perda de autonomia, o fator principal para o internamento do idoso é o seu próprio isolamento.

A instituição surge como a única saída para a família, ou mesmo para os idosos sem família.

Este primeiro passo, citado por Gonçalves (2003), torna-se difícil para o idoso. Sair de casa não é agradável para este. Fatores como o apego ao lar e aos seus bens, aos seus familiares, entre outros, dificultam todo um processo de desvinculação.

Deste modo, é de grande importância realizar a ponte entre a família/idosos que se encontram nas instituições como lares, centros de dia e centros de convívio.

É objetivo fundamental o elo de ligação da família para que os idosos se sintam mais integrados na sociedade e no grupo, fugindo das ideias pressupostas, como o idoso já não produz trabalho, estando apenas à espera da morte.

Jacob (2007, *pág. 36*),

“A instituição deve responder às necessidades mais preeminentes do idoso, mas estas não só de alimentação, a higiene, os cuidados dos médicos e de enfermagem e a guarda é, igualmente importante a participação, ocupação e a vida social dos utentes”.

A maioria das instituições, privadas ou públicas, com ou sem fins lucrativos, dedicam todos os seus recursos materiais, financeiros e humanos exclusivamente para os aspetos da higiene, saúde e alimentação, só no caso de sobrarem alguns recursos é que investem na autonomia do idoso e na promoção de relações sociais (Gonçalves, 2003).

Jacob (2007) refere que, o objetivo fundamental na qualidade de vida do idoso institucionalizado depende dos seguintes fatores:

- Garantir boas relações com a família;
- Possuir uma autonomia subsistente para executar atividades do dia-a-dia;

- Usufruir de vários recursos económicos suficientes;
- Realização de atividades lúdicas constantemente.

### **III. Fase Metodológica**

Conforme referem Marconi e Lakatos (1985), o método é um conjunto de atividades sistemáticas e racionais que, com maior segurança e economia, permitem alcançar o objetivo com conhecimentos válidos e verdadeiros, traçando o caminho a ser seguido, detetando erros e auxiliando as decisões do investigador.

Já relativamente a Fortin (1999), esta menciona que o método deve apelar à criatividade e à originalidade do investigador, pois ele deve ser mais estratégico do que programático, embora deva conter, como toda a boa estratégia, uma parte do programa ou de instruções que comandam a aprendizagem.

O estudo e investigação de um investigador está assente num problema por si encontrado e que ele pretende resolver.

Não basta a fundamentação teórica para resolver os problemas ou interesses que levaram à realização deste trabalho científico, como tal, torna-se necessário ir para o campo e analisar a realidade das questões.

Neste sentido, tendo presente os objetivos mencionados para elaboração deste trabalho de investigação, a metodologia usada, tem como finalidade estruturar, o melhor possível, o seu percurso. Para que isto aconteça, pretende-se abordar algumas etapas desta fase como o tipo de estudo, o meio em que vai decorrer, a população e amostra, as questões éticas, o instrumento de colheita de dados e a previsão do seu tratamento.

#### **1. Meio**

“Os estudos conduzidos fora dos laboratórios, tomam o nome de estudos em meio natural, o que significa que eles se efetuam em qualquer parte fora dos lugares altamente controlados como são os laboratórios.” (Fortin, 1999, p. 132)

Como tal, e tendo em conta que, para se realizar uma investigação, é necessária a escolha de um local, optou-se, neste estudo, por se realizar em meio natural, numa freguesia pertencente ao Concelho de Santa Maria da Feira, nas instalações do Centro Social “X”, visto ser um local propício à recolha de informações de modo a atingir o pretendido, com a devida autorização (oral) pelos dirigentes da instituição.

**i. Caracterização da Instituição – “Centro Social “X”**

Esta instituição é um Lar/Centro de dia para pessoas idosas, situado numa freguesia do concelho de Santa Maria da Feira, tratando-se de uma instituição particular de solidariedade social, sem fins lucrativos.

Este lar constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.

Tem como principal missão servir todos os idosos independentemente da sua raça, religião e cultura, assim como atender e acolher pessoas idosas cuja situação social, familiar, económica e/ou de saúde, não permita resposta alternativa. Este espaço de apoio também tem como meta:

- Proporcionar serviços adequados à satisfação das necessidades dos residentes;
- Proporcionar alojamento temporário como forma de apoio à família (doença de um dos elementos, fins de semana, férias e outras);
- Prestar os apoios necessários às famílias dos idosos, no sentido de preservar e fortalecer os laços familiares.

Deste modo, este lar apresenta como principais valores, propiciar a todos os idosos a melhor qualidade de vida a nível biológico, psicológico, social e espiritual, promovendo

as relações afetivas e ainda tratar o idoso como um ser único, tendo em consideração a sua história de vida, respeitando a sua autonomia, privacidade, intimidade, confidencialidade, igualdade e participação. Por fim, este lar também pretende respeitar todos os direitos dos idosos, criando condições necessárias para que cada idoso possa usufruir e continuar a executar os seus projetos de vida.

O funcionamento do lar tenta assegurar uma qualidade de vida aos seus residentes, que embora sujeita ao coletivo não descarta o individual. Desta forma, o Centro Social “X” proporciona aos seus utentes:

- A possibilidade de utilizarem alguns dos seus móveis e/ou objetos de estimação;
- A prestação de todos os cuidados adequados à satisfação das suas necessidades, tendo em vista a manutenção da autonomia e independência;
- Um ambiente confortável e humanizado, respeitando, na medida do possível, os seus usos e costumes;
- O conhecimento das ementas, previamente estabelecidas e afixadas em local próprio, com boa visibilidade;
- A promoção de atividades de animação sociocultural, recreativa e ocupacional que visa contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- A informação sobre todas as atividades organizadas pelo lar e respetiva calendarização, que é afixada em local próprio;
- O relacionamento entre residentes e destes com os familiares e/ou amigos, pessoal do lar e comunidade, de acordo com os seus interesses;

- A participação dos residentes nas atividades da vida diária, bem como na gestão do lar, na medida dos seus desejos e possibilidades;
- A participação dos familiares ou pessoa responsável pelo internamento, no apoio ao idoso, sempre que possível, desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafectivo do residente;
- A assistência religiosa sempre que o idoso ou os seus familiares o solicitem;
- A nível de equipamentos possui, espaços verdes com jardim, áreas de lazer compostas por televisão, jornais, livros e jogos. Os quartos são duplos com casa de banho, equipados com camas automáticas e aquecimento central e ar condicionado;
- No apoio aos idosos contém departamento médico e de enfermagem, com carrinhas de nove lugares para quando é necessário o deslocamento;
- A nível social realizam atividades culturais e recreativas, atividades físicas, atividades plásticas, atividades cognitivas e intercâmbio com outras instituições;
- Na saúde desfruta de um médico semanal, nutricionista, fisioterapeuta e enfermeiro.

## **2. Ética na Investigação**

Como refere Fortin (1999, p.114),

“A ética, no seu sentido mais amplo, é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De forma geral, a ética é o conjunto de permissões e de interdições que têm um enorme valor na vida dos indivíduos e em que estes se inspiram para guiar a sua conduta.”.

Qualquer investigação que envolva seres humanos levanta questões morais e éticas. Os conceitos em estudo, os instrumentos aplicados na recolha de dados e a divulgação dos

resultados da investigação podem, quer contribuir para o avanço do conhecimento científico, quer provocar danos nos direitos e liberdades das pessoas (Fortin, 1999).

É, assim, fundamental tomar as disposições necessárias à proteção dos direitos e liberdades das pessoas que participam na investigação, através da salvaguarda dos cinco princípios ou direitos fundamentais aplicáveis aos seres humanos determinados pelos códigos de ética. Segundo Fortin (1999), são eles:

- Direito à Autodeterminação: cada pessoa é livre de decidir por ela própria e definir o seu próprio destino, ou seja, cada pessoa tem o direito de decidir livremente se quer participar ou não numa investigação. Este direito será aplicado de forma a informar bem as pessoas sobre o estudo bem o porquê da sua realização, participando apenas quem estiver disponível.
- Direito à Intimidade: Liberdade da pessoa em decidir sobre a extensão da informação a dar ao participar numa investigação e a de determinar em que medida aceita partilhar as informações íntimas e privadas. Neste trabalho a pessoa que participar por livre vontade, não será obrigada a responder a perguntas que considerar mais íntimas e privadas, se não estiver à vontade para o fazer.
- Direito ao Anonimato e à Confidencialidade: é respeitado se a identidade do participante não puder ser associada às respostas individuais, mesmo pelo próprio investigador. Ao aplicar este formulário a alguém, essa pessoa será informada de que a sua identidade será respeitada e não será relevada em qualquer circunstância ao longo deste projeto.
- Direito à Proteção e ao Prejuízo: regras de proteção da pessoa contra inconvenientes suscetíveis de lhe fazerem mal ou de a prejudicarem. Ao longo deste estudo a pessoa terá a certeza de que não correrá o risco de sofrer qualquer inconveniente relacionado com este.

- Direito a um Tratamento Justo e Leal: refere-se ao direito em ser informado sobre a natureza, o fim e a duração da investigação, para a qual é solicitado a participação da pessoa, assim como os métodos utilizados no estudo. O indivíduo que for questionado na aplicação deste formulário será informado sobre a sua natureza, a sua finalidade, tempo e forma de execução, bem como de tudo o que achar necessário e conveniente saber.

Na salvaguarda dos princípios éticos, serão garantidos, neste estudo, todos os direitos acima descritos, havendo uma preocupação constante durante a recolha, análise e tratamento dos dados, em garantir a sua proteção e a confidencialidade. Além disso, no respeito legal dos princípios éticos enunciados, será incluída uma declaração de consentimento informado, livre e esclarecido, elaborado por escrito (em anexo) juntamente com os inquéritos aplicados.

### **3. Tipo de Estudo**

Tendo em conta as questões e objetivos delineados e já enunciados anteriormente, foi elaborado um estudo do tipo descritivo e quantitativo com carácter exploratório, de modo a permitir descrever, explorar e caracterizar os fenómenos. Vai permitir o desenvolvimento e validação dos conhecimentos, podendo o próprio investigador controlá-lo.

Segundo Fortin (1999, p. 371), a definição de investigação quantitativa é uma investigação cuja finalidade é descrever, verificar relações entre as variáveis e examinar as mudanças operadas na variável dependente após a manipulação da variável independente.

Um estudo descritivo, segundo Gil (1999, p. 44) “ tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenómeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis”. Já Fortin (1999) refere que um estudo

descritivo permite uma descrição elementar de um fenómeno ou um conceito relativo a uma população de maneira a estabelecer as características desta população ou de uma amostra desta.

Conforme Gil (1999), um estudo exploratório tem como finalidade desenvolver, clarificar e corrigir conceitos e ideias, tendo em vista a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

#### **4. População e Amostra**

Numa investigação científica, logo que a problemática está precisada, é necessário caracterizar a população em estudo, através da definição de critérios de seleção, de amostra e do seu tamanho. No processo de amostragem, definido como o procedimento através do qual um grupo de pessoas ou um subconjunto de uma população é selecionado com vista a obter informações relacionadas com um fenómeno, e de tal forma, a que a população inteira esteja representada, interessa clarificar alguns conceitos: população, população alvo, população acessível e amostra (Fortin, 1999).

Como população entende-se todos os elementos (pessoas, grupos, objetos) que partilham características em comum, definidas pelos critérios estabelecidos para o estudo. A designada população alvo é constituída pelos elementos que obedecem aos critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais é desejo do investigador fazer generalizações. A população acessível é constituída pela porção da população alvo que está acessível ao investigador, e que deve ser representativa da mesma, sendo geralmente limitada a uma região, cidade, ou hospital, por exemplo (Fortin, 1999).

Segundo Fortin (1999, p. 202),

“A amostragem é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população. É, de qualquer forma, uma réplica em miniatura da população alvo.

(...) Deve ser representativa da população visada, isto é, as características da população devem estar presentes na amostra selecionada.”

Assim sendo, a população alvo será o conjunto de pessoas das quais se pretende adquirir informações. No presente trabalho a população é constituída pelos idosos do Centro Social “X”, numa freguesia pertencente ao concelho de Santa Maria da Feira.

A escolha desta população prendeu-se com diversos fatores, entre os quais a acessibilidade à fonte de informação e pelo facto de não ter sido realizado, até ao momento, nenhum estudo semelhante na freguesia.

Para ser parte integrante desta população é necessário ter mais de 65 anos de idade. Como critério de exclusão temos as pessoas que possuam uma deterioração grave da capacidade cognitiva.

Neste estudo, o método de amostragem utilizado será uma amostragem não probabilística, mais especificamente, uma amostragem por conveniência. Este será composto por 35 elementos da população, sendo a amostra igual à população visto a instituição ter 35 utentes.

Como refere Fortin (1999, p.208),

“a amostragem não probabilística é um procedimento de seleção segundo o qual cada elemento da população não tem uma probabilidade igual de ser escolhido para formar a amostra. A amostragem não probabilística tem o risco de ser menos representativa do que a amostragem probabilística”.

Segundo Sousa e Baptista (2011), a amostragem por conveniência “ocorre quando a participação é voluntária ou os elementos da amostra são escolhidos por uma questão de conveniência.” Como desvantagem deste tipo de amostragem, esta apresenta pouca representatividade, pelo que os resultados desta só se aplicam à própria amostra. Contudo, este método tem a vantagem de ser prático, rápido e fácil de aplicar.

## 5. Variáveis em Estudo

A variável assume-se como a característica de pessoas, de objetos ou de situações estudadas numa investigação, a que se pode atribuir diferentes valores (Fortin, 1999).

Neste estudo, existem duas variáveis, a variável dependente e independente.

Segundo Fortin (1999), a variável dependente é “a variável influenciada pela variável independente”, e a variável independente será “a variável manipulada pelo investigador com a finalidade de estudar os seus efeitos na variável dependente”.

Sendo assim, temos, como variáveis dependentes, a Solidão (operacionalizada através da Escala de Solidão de UCLA, Neto, 2000), assim como a QDV em todas as suas dimensões (operacionalizada através da escala *EasyCare*, Sousa e Figueiredo, 2010). Como variáveis independentes temos o género, o estado cívil, a escolaridade, a área de residência, e o tipo de domiciliação, assim como o tempo de permanência na instituição.

## 6. Instrumento de Colheita de Dados

Segundo Fortin (1999, p.240),

“Os dados podem a ser colhidos de diversas formas junto dos sujeitos. Cabe ao investigador determinar o tipo de instrumento de medida que melhor convém ao objetivo do estudo, às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”.

Atendendo às características da investigação, consideram-se as escalas de medida como o método de colheita de dados mais adequado, já que é um dos instrumentos de medida que traduz os objetivos do estudo em questão. Além disto, este método tem como principal finalidade estudar as opiniões dos sujeitos, as suas perceções e as suas atitudes (Fortin, 1999).

Segundo Fortin (1999, p. 254),

“A escala, que é composta de vários enunciados (itens) tendo uma relação lógica ou empírica, é uma forma de auto avaliação destinada a medir um conceito ou uma característica de um indivíduo.”

O principal objetivo das escalas de medida consiste em transformar as características qualitativas em variáveis quantitativas, fazendo com que seja possível avaliar para análises estatísticas. As escalas indicam como os sujeitos se caracterizam relativamente a um conceito ou um fenómeno particular (Fortin, 1999).

No que diz respeito a esta investigação, foram adotadas duas medidas de colheita de dados, sendo elas: a Escala de Qualidade de Vida e Bem-estar no Idoso (*EasyCare*), de Sousa & Figueiredo (2010) (em anexo), e a Escala da Solidão da UCLA de Neto (2000) (em anexo).

**i. Escala da Qualidade de Vida e Bem-estar no Idoso (*EasyCare*)**

“O sistema de Avaliação da Pessoa Idosa (*EasyCare*) é utilizado para proporcionar uma avaliação rápida de diversos domínios da qualidade de vida da pessoa com 65 anos ou mais anos de idade que podem ter impacto na sua funcionalidade, saúde e bem-estar” (Sousa e Figueiredo, 2010).

Segundo Sousa e Figueiredo (2010), a construção desta escala realizou-se a partir de outros instrumentos de avaliação, tais como a escala de Barthel e escala de Katz, entre outras. A inovação da *EasyCare* reside em conjugar numa escala itens relativos às várias dimensões da qualidade de vida e bem-estar da pessoa idosa.

Segundo Sousa e Figueiredo (2010), trata-se de um instrumento que não avalia o que a pessoa faz na realidade, mas sim aquilo que julga ou percebe ser capaz de fazer. Sendo assim, é uma escala que pretende avaliar as percepções sobre as capacidades e não o desempenho.

Como tal, esta escala não deve ser aplicada a pessoas idosas com deterioração cognitiva grave, pois irá deturpar resultados já que a sua perceção encontra-se alterada.

A estrutura formal da *EasyCare* divide-se em sete domínios (Visão, audição e comunicação; cuidar de si; mobilidade; segurança; local de residência e finanças; manter-se saudável; saúde mental e bem-estar), sendo que pontuações mais elevadas indicam pior qualidade de vida.

Os grupos de questões pela qual a escala *EasyCare* é constituída apresentam-se da seguinte forma:

- O primeiro grupo de questões refere-se aos eventuais problemas de visão, audição e comunicação;
- O segundo grupo de questões recai sobre todos os autocuidados para a realização das atividades de vida diárias;
- O terceiro grupo de questões é referente à mobilidade, ou seja, se a pessoa idosa sente algumas dificuldades ou mesmo incapacidade em desempenhar uma atividade;
- O quarto grupo de questões aborda a segurança da pessoa idosa, tentando perceber até que ponto a pessoa sente algum tipo de receio ou medo no local onde reside;
- O quinto grupo diz respeito ao local de residência e finanças;
- O sexto grupo, manter-se saudável, reporta questões sobre os hábitos de vida saudáveis, como alimentação, o exercício físico, o peso;

- O sétimo grupo de questões refere-se à saúde mental e bem-estar da pessoa idosa.

Esta escala de avaliação da QDV apresenta, ainda, um pequeno grupo de questões relativas aos dados pessoais, à escolaridade, à situação de apoio social e agregado familiar. Este grupo de questões surge com o intuito de recolher dados para a caracterização da amostra. Mais concretamente, estas questões tem o objetivo de recolher dados referentes às características pessoais e sociais da população em estudo, bem como obter dados acerca de algumas variáveis relativas às condições de vida específicas.

Esta escala constitui um dos métodos mais simples de análise multidimensional. É um instrumento válido, fiel e sensível para avaliar a Qualidade de Vida e bem-estar no idoso.

## **ii. Escala da Solidão da UCLA**

“A solidão é o sentimento aflitivo que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos” (Perlman, & Peplau, 1982, *cit. in* Neto, 2000).

Segundo Neto (2000), devido ao facto de a experiência de solidão ser um problema doloroso, há uma necessidade acrescida em estudar esta problemática. Um pré-requisito para se poder investigar sobre aspetos psicossociais da solidão é o de dispor de um instrumento de avaliação adequado.

A Escala (revista) de Solidão da UCLA (“*University of California at Los Angeles*”) é uma adaptação portuguesa da original *Revised UCLA Loneliness Scale*, de Russel, Peplau e Cutrona (1980, *cit. in* Neto, 1992).

A escala da solidão da UCLA, que avalia a solidão e os sentimentos associados à mesma, visa perceber a solidão como um fenómeno unitário que varia na intensidade experienciada, daí ser uma escala com uma abordagem unidimensional (Neto, 1992).

Os autores pretendiam, com esta escala, criar um instrumento de avaliação da solidão psicometricamente adequado, de fácil administração. Foi, então, desenvolvida a escala em questão, que deu origem a uma versão final com 20 itens. Os vinte itens são avaliados numa escala de escolha múltipla com quatro alternativas: nunca, raramente, algumas vezes e muitas vezes.

A versão proposta para a população portuguesa, segundo Neto (1992), é composta por 18 itens de escolha múltipla, onde se atribui a pontuação de 1 a “nunca”, de 2 a “raramente”, de 3 a “algumas vezes” e de 4 a “muitas vezes”. A pontuação mínima obtida pode ser de 18 pontos e a máxima de 72 pontos, sendo que, quanto maior for a pontuação, maior será a existência de solidão, enquanto que a pontuação baixa seria o reflexo de satisfação social, logo indicador de ausência de solidão. A pontuação total é obtida pela soma dos 20 itens e reflete, assim, o índice de solidão. É de salientar, que algumas das questões, nomeadamente a questão 1, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 17 e 18, são cotadas de forma inversa para efeitos do seu tratamento estatístico.

Apesar da escala de Solidão da UCLA ser um instrumento adequado, também levanta diversos problemas potenciais. Segundo Neto (1992),

“um primeiro problema é a possibilidade de enviesamento nas respostas, já que todos os itens foram redigidos na mesma direção (...). Um segundo problema potencial é a desejabilidade social. Se um certo estigma está ligado à solidão os sujeitos podem distorcer as respostas subvalorizando a sua experiência de solidão.”

No presente estudo recorreu-se a esta escala como meio de conhecimento do nível de solidão da população em estudo. Foi escolhida esta escala porque constitui um

instrumento que não questiona diretamente os sujeitos sobre se sentem solidão, mas procura avaliar a solidão indiretamente.

#### **7. Previsão do Tratamento dos dados**

A colheita de dados será realizada na instituição referida anteriormente, com uma duração prevista de dois meses (Maio e Junho de 2012).

Após a colheita dos dados, através das entrevistas, será efetuada a análise estatística dos mesmos, com o auxílio do programa Microsoft Excel, para ambiente Windows.

#### **IV. Fase Empírica**

Segundo Fortin (1999, p. 41), 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.”

##### **1. Análise dos Dados e Interpretação dos Resultados**

Tendo em conta os objetivos propostos para este trabalho de investigação, os resultados obtidos através do tratamento estatístico das respostas dadas no *EasyCare* e UCLA serão expostos e analisados seguidamente.

No tratamento e análise quantitativa, procedeu-se à elaboração da estatística descritiva, com recurso à determinação de frequências absolutas e relativas, de medidas de tendência central (média e moda) e de medidas de dispersão (desvio-padrão).

Os dados serão apresentados sob a forma de tabelas e gráficos.

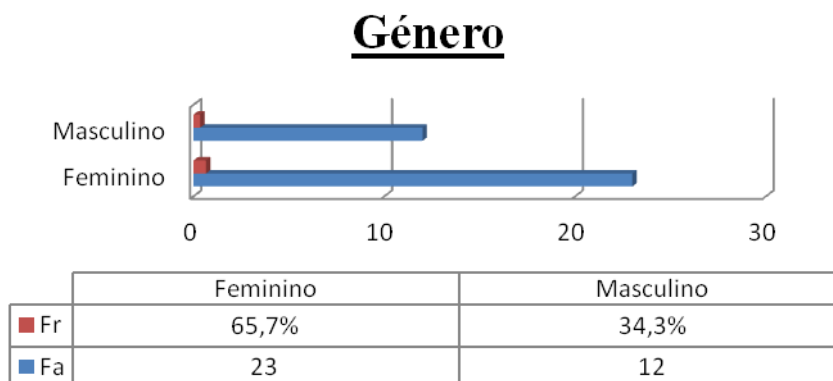
##### **i. Caracterização Sócio Demográfica da Amostra**

Seguindo os princípios de Fortin (1999, p.27),

“A análise dos dados de qualquer estudo que comporte valores numéricos começa pela utilização de estatísticas descritivas que permitem descrever as características da amostra na qual os dados foram colhidos e descrever os valores obtidos pela medida das variáveis.”

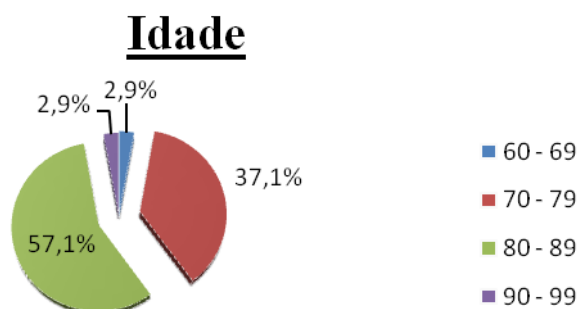
A amostra do estudo em questão é constituída pelos 35 utentes do “Centro Social “X””, numa freguesia pertencente ao concelho de Santa Maria da Feira.

Gráfico 1- Caracterização da amostra em função do Género



Analisando o gráfico 1, é possível constatar que, dentro da amostra, existem 23 pessoas do sexo feminino e 12 do sexo masculino, correspondendo a uma percentagem de 65,7% e 34,3%, respetivamente. Sendo assim, conclui-se que a amostra é maioritariamente constituída por idosos do sexo feminino.

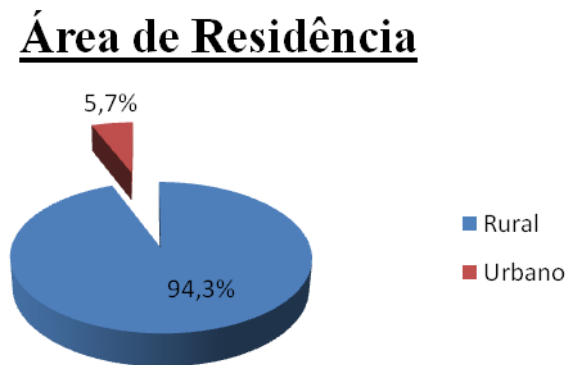
Gráfico 2 – Caracterização da amostra em função da Idade



No que diz respeito às idades dos inquiridos, estas variam desde os 69 anos aos 90 anos.

A partir da observação do gráfico 2, pode-se verificar que a maior percentagem de inquiridos (57,1%) correspondem às idades compreendidas entre os 80 e 89 anos, sendo que a média de idades é de 80,1, com uma moda de 81 anos e um desvio padrão de 18,1.

Gráfico 3 – Caracterização da amostra em função da Área de Residência



Em relação à área de residência e analisando o gráfico 3, verifica-se que predomina o meio rural em vez do meio urbano, sendo que 33 idosos residem ou residiam em meio rural e 2 em meio urbano, o que corresponde a uma percentagem de 94,3% e 5,7%, respetivamente.

Gráfico 4 – Caracterização da amostra em função do Estado Civil

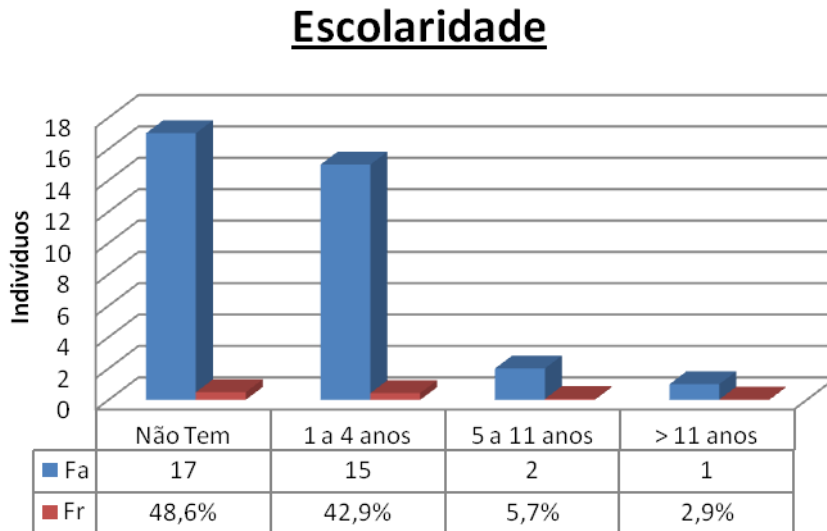


	Solteiro	Casado/União de Facto	Divorciado/separado	Viúvo
■ Fr	17,1%	31,4%	11,4%	40,0%
■ Fa	6	11	4	14

O gráfico 4 mostra-nos que a amostra é composta, maioritariamente, por viúvos, representando 14 sujeitos num total de 35, o que corresponde a uma percentagem de

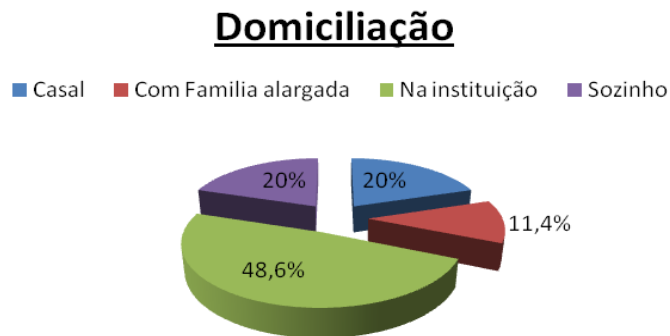
40,0%. Seguem-se os indivíduos casados/união de facto com uma percentagem de 31,4%, solteiros com 17,1% e por fim os divorciados/separados com 11,4%.

Gráfico 5 – Caracterização da amostra em função da Escolaridade



Relativamente à escolaridade (gráfico 5), 48,6% (ou seja, 17 sujeitos) não possuem nenhum ano de escolaridade, 42,9% (15 sujeitos) estudaram 1 a 4 anos, 5,7% (2 sujeitos) frequentaram o ensino 5 a 11 anos e 2,9% (1 sujeito) estudou mais de 11 anos, sendo que a média é de 8,5 e o desvio padrão de 7,3.

Gráfico 6 – Caracterização da amostra em função da Domiciliação



Em relação à forma como cada sujeito reside, e observando o gráfico 6, pode-se constatar que a maioria reside na instituição em questão, possuindo uma percentagem de 48,6%, o que corresponde a 17 indivíduos num total de 35. Os idosos que vivem com família alargada correspondem à minoria, tendo uma percentagem de 11,4% (4 sujeitos). Os que moram sozinhos, assim como os que vivem em casal são 7 sujeitos, o que equivale a uma percentagem de 20%.

## ii. Caracterização da QDV e da Solidão

No que diz respeito à escala de avaliação da QDV, *EasyCare*, a sua análise vai ser realizada a partir de todas as subcategorias da mesma.

Antes de iniciar a sua análise, importa referir que, a média e o desvio-padrão, são calculados através de todas as pontuações obtidas nas diferentes subcategorias.

*Tabela 1 – Resultados obtidos nas diferentes categorias da Escala EasyCare*

<b>Categorias da EasyCare</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Visão, Audição e Comunicação	0	6	3	2,0
Cuidar de Si (Autocuidado)	0	20	8	6,0
Mobilidade	0	15	7	4,8
Segurança	0	5	2,5	1,7
Local de Residência e Finanças	0	3	1,5	1,1
Manter-se Saudável	0	8	4	2,6
Saúde Mental e Bem-estar	3	16	10	4,1

Observando a tabela 1, vemos que, relativamente à subcategoria Visão, audição e comunicação, esta apresenta uma pontuação mínima de 0 e máxima de 6 pontos, sendo que esta varia de 0 a 8 pontos. Esta apresenta uma média de 3 e um desvio padrão de 2,0. Isto revela que os inquiridos apresentam uma situação de normalidade ou diminuição ligeira da acuidade visual e auditiva e da comunicação, daí, a média, ser menos de metade da pontuação máxima (8 pontos).

Relativamente aos auto cuidados, ou seja, à forma como cada um é capaz de cuidar de si, esta apresenta um valor mínimo de 0 e máximo de 20, tendo uma média de 8 e um desvio padrão de 6,0, o que demonstra que os utentes da instituição são praticamente independentes em quase todas as atividades de vida diárias, como lavagem das mãos, vestir-se, alimentar-se, entre outras atividades, não apresentando grandes limitações (8 num máximo de 21 pontos).

A subcategoria Mobilidade apresenta um valor mínimo de 0 e um valor máximo de 15, sendo que a média é de 7 e o desvio padrão de 4,8. Tendo em conta que a pontuação poderá variar entre 0 e 16 pontos, pode-se concluir que os indivíduos percecionam a sua mobilidade como sendo boa, apresentando-se, de um modo geral, capazes de realizar praticamente todas as tarefas referentes à mobilidade, mesmo que com alguma ajuda.

No que se refere à subcategoria Segurança, esta apresenta um valor mínimo de 0 pontos e máximo de 5 pontos, sendo que a pontuação varia de 0 a 5. Como média apresenta um valor de 2,5 e 1,7 de desvio padrão. Analisando estes valores verifica-se que metade dos indivíduos apresentam incertezas quanto à sua segurança, sentindo-se inseguro dentro ou fora da sua habitação.

A subcategoria Local de Residência e Finanças apresenta um valor mínimo de 0 e um valor máximo de 3, tendo uma média de 1,5 e um desvio padrão de 1,1. Tendo em conta que a pontuação nesta categoria pode variar entre 0 e 3 pontos, pode contactar-se que metade dos inquiridos não está satisfeito com o seu local de residência e não sabe fazer uma boa gestão no que diz respeito a assuntos financeiros (1,5 num máximo de 3).

No que diz respeito à subcategoria Manter-se Saudável, esta apresenta um valor mínimo de 0 pontos e um valor máximo de 8 pontos, sendo que a média é de 4 pontos e o desvio padrão de 2,6, o que, de um modo geral, indica que existe um número significativo de indivíduos que não têm boas medidas para um estilo de vida saudável (4 num máximo de 11 pontos).

A subcategoria Saúde mental e bem-estar apresenta um valor mínimo de 3 e máximo de 16 pontos, sendo que esta pode variar de 0 a 16 pontos. Como média apresenta um valor de 10 e desvio padrão de 4. Analisando estes valores conclui-se que esta categoria necessita de alguma intervenção devido ao facto de a média estar próxima da pontuação máxima, o que indica que os sujeitos apresentam alguns problemas ao nível da saúde mental (10 num máximo de 16 pontos).

*Tabela 2 – Resultados obtidos na escala de Solidão de UCLA*

UCLA	N	%
28	1	2,9%
35	3	8,6%
36	1	2,9%
37	1	2,9%
40	1	2,9%
43	2	5,7%
44	1	2,9%
45	3	8,6%
46	8	22,9%
47	2	5,7%
48	5	14,3%
49	3	8,6%
50	3	8,6%
51	1	2,9%
Total	35	100,0%

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Escala UCLA	28 Pontos	51 Pontos	44,5	6,5

Analisando a tabela 2, relativamente à escala de solidão de UCLA, verifica-se que a pontuação mínima obtida foi de 28 e a máxima de 51 pontos, apresentando uma média de 44,5 e um desvio padrão de 6,5. Visto que a pontuação mínima da escala é de 18 pontos e a máxima de 72 pontos e tendo em conta que quanto mais baixo seria a pontuação maior seria o reflexo de satisfação social, pode-se constatar que os inquiridos não apresentam níveis de solidão muito significativos o que permite concluir que os participantes se mostram socialmente aceites na sociedade.

## **2. Discussão dos Resultados**

Após a colheita de dados e do seu tratamento estatístico, é necessário partir para a discussão dos resultados obtidos, pois, segundo Ribeiro (1999) o objetivo da discussão é debater e interpretar os resultados, sem nunca esquecer a questão de investigação, assim como os seus objetivos. Importa referir que, toda a discussão dos resultados vai ser realizada recorrendo à fundamentação teórica realizada previamente.

A intenção deste estudo de investigação foi perceber de que modo os idosos da instituição em causa percebem a sua QDV e a sua solidão. Para tal, foram aplicadas duas escalas de avaliação para que se pudesse dar resposta às questões e objetivos propostos.

De acordo com a caracterização sociodemográfica da amostra em função do género, verifica-se que o sexo feminino predomina significativamente em relação ao sexo masculino. No que diz respeito à área de residência, é demonstrado que há uma grande percentagem de indivíduos que residem ou residiam em meio rural, prevalecendo em relação ao meio urbano. Quanto ao estado civil verifica-se uma predominância de viúvos. Relativamente à escolaridade, a percentagem de indivíduos sem escolaridade é notória, de 48,6%, sendo que, logo a seguir, encontra-se ainda uma elevada percentagem de sujeitos que estudaram de 1 a 4 anos.

Estes resultados, em certa medida, podem ser apoiados através do estudo efetuado por Savikko et al (2005, *cit in* Fernandes, 2007), sendo que este considera que a solidão predomina no sexo feminino e em mulheres viúvas, não só porque estas exteriorizam mais os seus sentimentos, como também a sua esperança de vida é mais elevada, o que predispõe mais à viuvez e outras perdas. Apesar de este não ser um dos objetivos propostos para este estudo, constatou-se, aquando a realização das entrevistas para a aplicação das escalas, que as mulheres demonstravam sentir-se mais sós, mesmo não sendo estas todas viúvas.

Savikko et al (2005, *cit in* Fernandes, 2007), demonstraram, através de estudos de investigação, que a solidão prevalecia em idosos que residem em meio rural, o que se comprova através dos resultados obtidos.

Relativamente à caracterização da amostra em função da domiciliação, pôde-se verificar que o número de utentes institucionalizados predomina em relação às restantes hipóteses de domiciliação, o que permite ao investigador concluir, seguindo os estudos efetuados por Silva BT e Santos SSC (2010), que a institucionalização acarreta sentimentos de perda da liberdade, abandono pelos filhos e aproximação da morte.

No que diz respeito à escala de avaliação da QDV, *EasyCare*, tal como na apresentação dos resultados, esta vai ser discutida em subcategorias.

A subcategoria Visão, Audição e Comunicação apresentou resultados positivos, sendo que a maior parte dos inquiridos não apresentam grandes modificações ao nível da acuidade visual e auditiva, assim como poucas dificuldades na comunicação. Estes resultados podem ser apoiados através de estudos científicos, como é o caso do estudo de Moreira (2009) que refere que as principais alterações que decorrem com o envelhecimento ocorrem, maioritariamente, a nível físico. Em relação ao envelhecimento cerebral, Cardoso (2009) diz-nos que as habilidades de raciocínio são as mais afetadas, sendo os idosos mais lentos para responder a algumas tarefas cognitivas.

Segundo Sousa et al (2003), à medida que se aproxima o avanço da idade, verifica-se o aumento da sua incapacidade global, assim como a mobilidade. Analisando os resultados obtidos na subcategoria Cuidar de Si, ou seja, capacidade de realização dos auto cuidados e Mobilidade, conclui-se que os inquiridos não apresentam grandes limitações na realização das atividades de vida diárias, assim como na sua mobilização, apesar de grande parte dos sujeitos necessitarem de ajuda em algumas tarefas. Sendo assim, tais resultados não estão em total conformidade com o que é referenciado pelo

autor supracitado, pois não se comprova, nesta amostra, que quanto maior é o avançar de idade, mais dependentes ficam os idosos.

Relativamente à subcategoria Segurança, esta apresenta resultados que indicam que os idosos temem pela sua segurança, apresentando receios em estar e viver sozinhos. Através dos indivíduos inquiridos, pôde-se perceber que, apesar da maioria dos idosos referenciar que prefere viver na sua habitação, mesmo que desacompanhados, apresentam grandes medos a este nível, devido a não se sentirem seguros. De igual modo, muitos dos inquiridos apresentam grandes dificuldades em deambular sozinhos no exterior pois temem pela sua segurança e acham-se indefesos.

Apesar de não ter sido objetivo proposto para o trabalho em questão efetuar a comparação da QDV em idosos institucionalizados e domiciliados, parece que os resultados estão de encontro com os estudos de Coimbra e Brito (1999), que referem que a QDV em idosos residentes em casa é superior aos institucionalizados, daí que os inquiridos prefiram residir em habitação própria. Isto é comprovado nesta investigação na medida em que, na subcategoria Local de Residência e Finanças, os resultados obtidos apontam para uma não satisfação com o local onde moram. Visto que a maioria dos sujeitos da amostra residem na instituição, e através de dados obtidos aquando a entrevista, conclui-se que os mesmos, apesar de estarem satisfeitos com o apoio que recebem da instituição, preferiam residir na sua habitação.

No que diz respeito às questões financeiras, verificou-se que quase toda a amostra apresenta dificuldades em relação à gestão de bens. No entanto, na pergunta “Gostaria de obter aconselhamento acerca de subsídios ou benefícios a que possa ter direito?” a maior parte dos inquiridos refere que não gostaria pois dizem “já não temos direito a nada”.

Na subcategoria Manter-se Saudável, os resultados obtidos indicam que, a maioria dos inquiridos, não apresentam boas práticas para manter um estilo de vida saudável.

Segundo a *World Health Organization/OMS* (1998) o envelhecimento é algo natural da vida dos humanos, contudo existem alguns fatores, como o estilo de vida adotado, que influenciam a QDV do idoso. Indo de encontro ao estudo de Spidurso (1995), que defende que a grande influência no retardamento do processo de envelhecimento depende do estilo de vida adotado, passando por uma alimentação equilibrada, abstenção de álcool e todo o tipo de drogas, não fumar, ausência de *stress* e bons hábitos de sono, podemos concluir que existe uma grande percentagem de indivíduos que não cumprem estas medidas, influenciando, assim, para uma evolução mais rápida do envelhecimento.

Por último, na subcategoria Saúde Mental e Bem-estar pôde-se verificar que os sujeitos apresentam alguns problemas. Os idosos desta investigação, quando questionados acerca da satisfação em relação à sua saúde, do sentimento de felicidade e de vazio, do processo de luto quando existente, muitos dos questionados manifestaram expressões fortes de sensibilidade e choro.

Relativamente à escala de avaliação da solidão de UCLA e analisando os dados obtidos, pode-se verificar que os níveis de solidão da amostra não são muito significativos, o que permite concluir que os participantes mostram-se socialmente aceites na sociedade.

No entanto, através das entrevistas, verificou-se que, praticamente todos os idosos, manifestam que se “sentem sós”, dizendo que “gostavam de ter mais companhia dos filhos”. Isto poderá estar relacionado com o facto de alguns idosos mostrarem-se relutantes, com algumas dificuldades no preenchimento dos testes e com uma desejabilidade social notória, fazendo com que, muitas vezes, as respostas obtidas não correspondam à realidade.

Sendo assim, a maioria dos idosos refere experienciar momentos de solidão que são colmatados com a presença dos funcionários da instituição, pois referem que estes são os únicos que lhes fazem companhia. Este facto poderá estar relacionado com a

desejabilidade social, ou seja, com a vontade que os inquiridos têm em substituir a companhia que realmente queriam com a que possuem. O facto de os inquiridos se sentirem sós poderá estar relacionado com os hábitos e rotinas, uma vez que a maioria já não tem qualquer atividade laboral, o que faz com que passem o seu dia-a-dia em casa/instituição.

Outro aspeto importante que importa referir neste contexto é o facto de existir um défice de estabelecimento de contatos regulares e frequentes com a família e amigos, o que leva a que os idosos se sintam mais sós. As pessoas idosas que dizem sentir solidão associam este sentimento à carência de amor, afeto, falta de companheirismo, isolamento e abandono, principalmente por parte dos filhos. A falta de saúde também é um dos fatores referenciados.

Outro dos fatores patentes nesta população e que poderá influenciar o nível de solidão que foi observado, poderá ser o grau de instrução ou escolaridade, pois, no estudo em questão, e como foi referido anteriormente, a maioria não possui habilitações literárias. Segundo Savikko et al (2005), quanto maior é a escolaridade menor poderá ser a solidão sentida pois esta contribui para a aquisição de maiores capacidades de socialização.

Apesar de não ser objetivo do estudo analisar o grau de satisfação dos idosos em relação à instituição, pôde-se verificar, aquando das entrevistas, que a maioria dos utentes apresentam um grau de satisfação significativo e satisfeitos com a prestação dos serviços, referindo que gostavam de todas as funcionárias e que valorizavam todos os momentos que passavam juntos.

Deste modo, pode-se constatar que as instituições/equipas de apoio procuram dar resposta às necessidades dos idosos, criando condições para tal e agindo nesse sentido.

De um modo geral e tendo em conta os dados apresentados, visto que nem sempre foram de acordo com os dados observados, verificou-se que os idosos apresentam uma boa QDV e sentem-se pouco sós.

## V. Conclusão

Aquando o término do Projeto de Graduação, é de extrema importância poder refletir sobre as conclusões do estudo em questão.

A investigação em Enfermagem desempenha, cada vez mais, um papel preponderante, não se podendo dissociar a teoria da prática, e é nesta interdependência que a investigação oferece novos rumos à profissão.

Para que o trabalho fosse possível houve todo um processo de fundamentação teórica de forma a enquadrar a problemática, abordando os assuntos primordiais.

Sendo este o primeiro trabalho de investigação, houve algumas dificuldades em estabelecer uma questão orientadora e os seus objetivos, devido à falta de experiência para a realização de um trabalho deste teor científico.

O presente estudo teve como principal motivação perceber de que forma os idosos percecionam a sua qualidade de vida e a existência de solidão com o avançar da idade. Considerou-se um tema pertinente visto que, cada vez mais, Portugal enfrenta um grave problema de envelhecimento da população associado a um aumento do abandono dos idosos por parte da família. Como tal, adquirir novos conhecimentos na área da geriatria, assim como perceber se existe solidão em idosos e como estes percecionam a sua QDV, foi o que mais motivou o investigador.

É cada vez mais importante reforçar a ideia que o idoso deve ser abordado de forma holística, atendendo a todas as suas necessidades, onde se pretende que a prestação de cuidados seja cada vez mais eficaz, privilegiando, sempre, a satisfação pessoal do mesmo.

Dado o crescente aumento da população idosa é cada vez mais pertinente e necessário investir e apostar nesta população, de modo a que a qualidade dos serviços prestados melhore e contribuindo, assim, para uma melhor qualidade de vida do idoso.

Assim sendo, com a realização deste estudo, foi possível concluir que os idosos apresentam algumas preocupações, embora disfarçadas. Isto acontece devido ao facto de apresentarem dificuldades ao nível da adaptação às diferentes etapas do envelhecimento humano.

Verificou-se, também, que os idosos estão cientes das suas limitações, tais como a diminuição progressiva de algumas capacidades cognitivas e físicas, que, de alguma forma, poderão levar ao isolamento social.

As maiores preocupações, face ao envelhecimento do grupo de idosos estudados, decorreram ao nível da saúde, abandono por parte da família e receios quanto à sua independência. Para eles, este facto possui uma influência bastante significativa em relação à sua QDV. Os seus afetos e os seus sentimentos de valor próprio encontram-se, em muitos dos casos, suprimidos, embora, no geral, consideram que o seu bem-estar e a sua QDV encontram-se estáveis, pois possuem um bom acompanhamento por parte da instituição, o que vem combater, de alguma forma, os motivos acima referidos.

Apesar do que foi mencionado acima, a principal conclusão deste estudo, tendo em conta os resultados obtidos, é que os sujeitos, no geral, apresentam uma boa perceção da sua QDV e consideram não ser totalmente afetados pela solidão, visto não se ter obtido scores significativos na aplicação das escalas de avaliação.

Devem ser tidos em conta que, no processo de recolha de dados, as escalas foram preenchidas pelo investigador o que, de certa forma, poderá influenciar as respostas dadas pelos entrevistados, o que poderá estar condicionado pela desejabilidade social.

Pôde-se, também, concluir que seria importante a implementação de mais estudos nesta área, como forma de alertar para a necessidade de continuar a melhorar a QDV dos idosos e diminuir os seus sentimentos de solidão. Neste sentido, torna-se importante avaliar a percepção da QDV e solidão nos idosos, aumentando o número da amostra em posteriores investigações, uma vez que esta é reduzida, e considerando outras variáveis que não foram incluídas neste estudo, mas que assumem igual importância.

A aplicação deste estudo terá uma importância bastante relevante, na medida em que poderá proporcionar e contribuir para um maior acompanhamento, interesse e empenho em oferecer uma maior independência e qualidade de vida dos idosos que estão a ficar cada vez mais isolados e a perder o seu valor aos olhos da sociedade. O conhecimento e experiência que possuem são essenciais para a sociedade em geral pois há valores, saberes e formas de vida que estão a ser eliminados e que assumem um papel preponderante na instrução dos jovens. Para além disto, se houver um cuidado com os idosos de hoje e passar-se estes valores, tão importantes, às novas gerações, estaremos, também, a tentar proporcionar, ao nosso futuro, uma melhor qualidade de vida (já que os jovens de hoje são os futuros idosos da sociedade), quer a nível físico, quer emocional, prevenindo as situações de abandono, solidão, sofrimento, e consequentemente um envelhecimento penoso. Para tal, é necessário mudar as mentalidades e tentar manter os valores dos jovens e adultos para, a sociedade em Portugal, não se tornar vazia e desprovida de valores.

Os objetivos inicialmente propostos para a realização deste estudo científico foram atingidos, uma vez que foi possível responder a todas as questões de investigação levantadas inicialmente.

Com o cessar do trabalho, fica a aprazível sensação de adquirir uma perspetiva da investigação mais organizada, metódica, interessante e, por sua vez, mais agradável.

Desta forma, dá-se por concluído este projeto de investigação, com a sensação de tarefa cumprida e meta atingida, visto ter sido dado o melhor para a sua realização ser bem-sucedida, e com uma enorme satisfação pessoal por ter dado por terminado uma longa etapa do percurso académico.

A realização deste projeto será uma oportunidade de aprendizagem e uma motivação para o prosseguimento do percurso como profissional de Enfermagem.

## VI. Bibliografia

- Coimbra, J. A. e Brito, I. S. (1999). *Qualidade de Vida no Idoso*. Servir, 3 (11).
- DGS (Direção Geral de Saúde). (2004). *Programa Nacional Para Pessoas Idosas*. Lisboa.
- Fernandes, A. A., et al (2004). *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a Solidão e a Dependência*. Lisboa: Cesdet Edições.
- Fernandes, H. J. (2007). *Solidão em Idosos no Meio Rural do Concelho de Bragança*. Dissertação do Mestrado em Psicologia. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fonseca, A. e Paúl, C. (2001). *Psicossociologia da Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2004). *O Envelhecimento, uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Editora.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (1999). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1999). *O processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures. Lusociência – Edições Técnicas e Científicas, Lda.;

- Gil, A. C. (1999). *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5ª Edição. São Paulo: Atlas.
- Gonçalves, C. (2003). *As Pessoas idosas nas Famílias Institucionais*. Revista de Estudos Demográficos.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos*. Porto: Âmbar.
- Marconi, M. A. & Lakatos, E. M. (1985). *Técnica de Pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- Martins, R. M. (2006). *Envelhecimento e Políticas Sociais*. Lisboa: Millenium.
- Moreira, A. J. (2009). *Composição Corporal do Idoso Segundo a Antropometria*. Brasil: Geriatria, Gerontologia, vol. 12, nº2.
- Neri, A. L. (1993). *Qualidade de Vida no Adulto Maduro: Interpretações Teóricas e Evidências de Pesquisa em Qualidade de Vida e Idade Madura*. Campinas: Papyrus Editora.
- Neto, F. (1992). *Solidão, Embaraço e Amor*. Porto: Centro de Psicologia Social
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Volume II. Lisboa: Universidade Aberta.
- Pais, J. M. (2006). *Nos rastros da Solidão – Deambulações Sociológicas*. Enciclopédia Moderna Sociologia. Porto: Âmbar.
- Paschoal, S. (2002). *Qualidade de vida na velhice*. In Freitas, E. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Paúl, C. & Fonseca, A. M.. (1999). *A saúde e Qualidade de Vida dos Idosos*. Psicologia, Educação e Cultura, 3.
- Paúl, M. C., Fonseca, A.M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. In Paul, C., et al. *Satisfação e Qualidade de Vida em Idosos Portugueses*. Lisboa: Climepsi editores.
- Ribeiro, J. L. P. (1999). *Investigação e avaliação em Psicologia e Saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- San Martín, H., Pastor, V. (1996). *La Epidemiologia de La Vejez*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Santos, F., Encarnação, F. (1998). *Modernidade e Gestão da Velhice*. Algarve, Faro: Edições CRSS.
- Savikko, N. et al (2005). Predictors and subjective causes of Loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
- Sousa, L., et al (2003). *Qualidade de Vida e Bem-estar dos Idosos: um Estudo Exploratório na População Portuguesa*. Revista Saúde Pública 37 (3).
- Sousa, L., Figueiredo, D. (2003). *(In)Dependência na População Idosa: um Estudo Exploratório na População Portuguesa*. Psychologica, 33.
- Sousa, L., Figueiredo, D. (2010). *Guia de Utilização do EasyCare Standard 2010 – Sistema de Avaliação de Pessoas Idosas*. Universidade de Aveiro.

- Sousa, M. J., Baptista, C. S. (2011). *Como fazer Investigação, Dissertações, Tese e Relatórios – Segundo Bolonha*. Pactor Edições.
- Spidurso, W. (1995). *Physical Dimensions of Aging*. Champaign: Human Kinetics.
- Trilla, J. (2004). *Animação Sócio-cultural – Teorias, Programas e Âmbitos*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Cardoso, A. F. (2009). *Particularidades dos idosos: revisão sobre a fisiologia do envelhecimento*. Revista Digital. Buenos Aires, nº 130. [Em Linha] Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd130/idoso-uma-revisao-sobre-a-fisiologia-do-envelhecimento.htm>> [consultado a 29/05/2012]
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal, Situação Demográfica e Socioeconómica Recente das Pessoas Idosas*. [Em Linha] Disponível em <[http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades\\_29.pdf](http://alea-estp.ine.pt/html/actual/pdf/actualidades_29.pdf)> [consultado em 13/01/2012]
- Psicologia Social. [Em Linha] Disponível em <<http://caminhandopsicologia.no.comunidades.net/index.php?pagina=1183300227#id7>> [Consultado em 21/01/2012]
- Qualidade de vida na terceira idade: uma proposta multidisciplinar. Relato de Experiência. [Em Linha] Disponível em <<http://www.efdeportes.com/efd64/tidade.htm>> [Consultado em 26/05/2012]

- Recomendações Técnicas para Equipamentos Sociais – Lares de Idosos. Segurança Social. [Em Linha]. Disponível em <[http://195.245.197.196/downloads%5Ciss%5CRTES\\_Lares\\_de\\_Idosos\\_novavers%C3%A3o.PDF](http://195.245.197.196/downloads%5Ciss%5CRTES_Lares_de_Idosos_novavers%C3%A3o.PDF)> [consultado em 12/04/2012]
- Relação de Ajuda: um estudo sobre idosos e seus cuidadores familiares. [Em Linha] Disponível em <<http://www.usfcar.br/~bdsepsi/151a.pdf>> [Consultado em 25/05/2012]
- Silva, B. T. & Santos, S. S. C. (2010). *Cuidados aos Idosos Institucionalizados – Opiniões do sujeito coletivo enfermeiro para 2026*. [Em Linha] Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n6/10.pdf>> [consultado em 26/04/2012]
- Solidão na Velhice: algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos. [Em Linha] Disponível em <<http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n219solidaoVelhice.pdf>> [consultado em 09/05/2012]
- World Health Organization (1998). [Em Linha] Disponível em <<http://www.who.int/en/>> [consultado em 03/03/2012]

## Solidão e Qualidade de Vida em Idosos

## **Anexos**

**Consentimento Informado Livre e Esclarecido**

**Consentimento Informado para a Participação na Investigação**

Ex.mo (a) Sr. ,

Venho por este meio solicitar a autorização para que participe numa investigação sobre a Solidão e a Qualidade de Vida no Idoso.

Esta investigação decorre no âmbito do curso da licenciatura de Enfermagem, na Universidade Fernando Pessoa, no Porto, e tem como principal objetivo estudar a existência de solidão no idoso institucionalizado e de que forma esta poderá influenciar a qualidade de vida do mesmo.

Apenas lhe será pedido que responda a um questionário, que posteriormente será cotado e alvo de análise estatística anónima.

Este estudo está organizado de maneira a que não sejam colocadas em causa as atividades de vida diárias dos participantes envolvidos, ou mesmo no funcionamento interno da instituição.

Não haverá qualquer inconveniência para todos os que participarem nesta investigação. Só será realizada se o seu consentimento for dado.

Toda a informação será estritamente confidencial e os questionários são anónimos. Só os responsáveis pela investigação terão acesso à informação.

Assinale conforme a sua vontade, no respetivo quadrado:

Autorizo a minha participação neste estudo

Não autorizo a minha participação neste estudo

Sem mais de momento, agradeço a participação.

Atenciosamente,

Com os melhores cumprimentos,

Ana Sofia Leandro Silva Ribeiro

---

**Escala de Avaliação da QDV e Bem-estar no Idoso, *EasyCare***

**Escala de Avaliação da Solidão de UCLA**

**Escala de Solidão de UCLA**

(Neto, F. 2000)

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

	<b>Nunca</b>	<b>Raramente</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Muitas Vezes</b>
1. Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta. *	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
2. Sinto falta de camaradagem.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
3. Não há ninguém a quem possa recorrer.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
4. Sinto que faço parte de um grupo de amigos. *	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
5. Tenho muito em comum com as pessoas	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

## Solidão e Qualidade de Vida em Idosos

que me rodeiam. *				
6. Já não sinto mais intimidade com ninguém.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
7. Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
8. Sou uma pessoa voltada para fora. *	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
9. Há pessoas a quem me sinto chegado. *	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
10. Sinto-me excluído.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
11. Ninguém me conhece realmente bem.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
12. Sinto-me isolado dos outros.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

Solidão e Qualidade de Vida em Idosos

13. Consigo encontrar camaradagem quando quero. *	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
14. Há pessoas que me compreendem realmente. *	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
15. Sou infeliz por ser tão retraído.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
16. As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo.	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
17. Há pessoas com quem consigo falar. *	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
18. Há pessoas a quem posso recorrer. *	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>

**Pedido de Autorização para a Utilização dos Instrumentos de**  
**Avaliação**

## *Pedido de autorização para Utilizar a escala Easycare*

20/03/2012

\_Daniela Figueiredo

Para 'Ana Sofia Silva Ribeiro Leandro'

Cara Ana Sofia,

Agradeço o seu interesse no EASYcare. O instrumento sofreu alterações desde a sua versão original. Envio-lhe em anexo a versão atual, assim como um guia orientador de preenchimento.

Pedia-lhe, se possível, que nos enviasse a base de dados com os dados que recolher com o EASYCare, salvaguardando naturalmente o anonimato dos participantes. Para tal, também envio em anexo a base de dados que deverá preencher e enviar para um dos seguintes e-mails [daniela.figueiredo@ua.pt](mailto:daniela.figueiredo@ua.pt) ou [lilianax@ua.pt](mailto:lilianax@ua.pt).

Votos de um bom trabalho.

Com os melhores cumprimentos,

Daniela Figueiredo

20/03/2012

\_Ana Sofia Silva Ribeiro Leandro

Para dfigueiredo@essua.ua.pt, lilianax@cs.ua.pt Subject: Pedido de autoriza????o para Utilizar a escala Easycare

Boa Tarde !

O meu nome é Ana Sofia Leandro Ribeiro, sou aluna da Universidade Fernando Pessoa, e estou no 4º ano da licenciatura de Enfermagem. Para terminar a licenciatura, tenho que apresentar um projecto de investigação para assim poder obter o título de Enfermeira. Para este projecto eu optei por estudar a "Solidão e Qualidade de Vida no Idoso". Deste modo, venho solicitar a autorização formal para que possa utilizar a escala EasyCare.

Não possuo material nenhum sobre a escala, pelo que solicitava também algum apoio nesta área. Precisaréi de saber como obter esta escala e as regras de cotação e aplicação.

Por isso envio-lhe o email pois antes de utilizar a escala no meu estudo, precisarei, obviamente, da sua autorização.

Sem mais de momento,

Agradeço a atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Sofia Leandro Ribeiro

[ana\\_leandro8@hotmail.com](mailto:ana_leandro8@hotmail.com)

914353714

### *Pedido de Autorização para utilização da Escala da Solidão da UCLA*

20/03/2012

\_Felix Neto

Para Ana Sofia Silva Ribeiro Leandro

Boa tarde

Nada a opor quanto à utilização da escala da UCLA na sua investigação. Pode encontrar a escala e informação sobre ela em:

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

Saudações

Félix Neto

Solidão e Qualidade de Vida em Idosos

**De:** Ana Sofia Silva Ribeiro Leandro [mailto:ana\_leandro8@hotmail.com]  
**Enviada:** terça-feira, 20 de Março de 2012 15:26  
**Para:** Felix Neto  
**Assunto:** Pedido de Autorização para utilização da Escala da Solidão da UCLA

20/03/2012

Ana Sofia Silva Ribeiro Leandro

Para fneto@fpce.up.pt

Boa Tarde Doutor Félix Neto,

O meu nome é Ana Sofia Leandro Ribeiro, sou aluna da Universidade Fernando Pessoa, e estou no 4º ano da licenciatura de Enfermagem. Para terminar a licenciatura, tenho que apresentar um projecto de investigação para assim poder obter o título de Enfermeira. Para este projecto eu optei por estudar a "Solidão e Qualidade de Vida no Idoso". Deste modo, venho solicitar a autorização formal para que possa utilizar a escala da Solidão da UCLA.

Não possuo material nenhum sobre a escala, pelo que solicitava também algum apoio nesta área. Precisarei de saber como obter esta escala.

Por isso envio-lhe o email pois antes de utilizar a escala no meu estudo, precisarei, obviamente, da sua autorização.

Sem mais de momento,

Agradeço a atenção e disponibilidade.

Com os melhores cumprimentos,

Ana Sofia Leandro Ribeiro

ana\_leandro8@hotmail.com

914353714