

Luísa Maria da Costa Amorim Barbosa

A Solidão dos Idosos de Ponte de Lima

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2012

Luísa Maria da Costa Amorim Barbosa

A Solidão dos Idosos de Ponte de Lima

Universidade Fernando Pessoa

Ponte de Lima, 2012

Luísa Maria da Costa Amorim Barbosa

A Solidão dos Idosos de Ponte de Lima

Atesto a originalidade do trabalho

(Luísa Maria da Costa Amorim Barbosa)

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

Sumário: As alterações demográficas são cada vez mais evidentes e constituem uma preocupação da atualidade. Urge a necessidade de conhecer o envelhecimento demográfico e de criar estratégias que permitam responder às necessidades dos mais velhos. A solidão tem atingido novas proporções na população envelhecida devido às alterações nos estilos de vida dos indivíduos. Perante estas constatações surgiu a inquietação de conhecer os níveis de solidão dos idosos de Ponte de Lima, assim como a relação destes com o género, o estado civil, a residência, o nível de escolaridade, rendimentos mensais. Nesta sequência e para responder a estas questões, foi feito um estudo em meio natural, descritivo simples com abordagem quantitativa. O inquérito por questionário foi o método e o instrumento selecionado para colher os dados junto dos 52 idosos que constituíram a amostra. Os dados foram colhidos nos dias 16 e 17 de Julho do presente ano, através de uma amostragem não probabilística acidental por conveniência.

Abstract: Demographic changes are increasingly evident and are a concern today. The need arises to meet the aging population and create strategies to meet the needs of older people. Loneliness has reached new proportions in the population due to aging changes in the lifestyles of individuals. In view of these findings appeared to know the anxiety levels of loneliness among elderly individuals in Ponte de Lima, as well as their relationship with gender, marital status, residence, education level, monthly income. In this sequence, and to answer these questions, a study was done in a natural, simple descriptive with quantitative approach. The questionnaire survey method and instrument was selected to collect data from the 52 seniors who comprised the sample. Data were collected on days 16 and 17 July this year, through a non-probability sampling accidental convenience.

Agradecimentos

À UFP

Aos meus pais

Aos meus irmãos

Às avós Joaquina e Emília

À professora Manuela Pontes

Aos meus amores do “Dominus”

Aos idosos que participaram neste estudo

Às “Margaridinhas” Cat e Ritinha

À Rita Malafaia

À Spetuna

Ao Rui

ÍNDICE

0 – INTRODUÇÃO	1
I – FASE CONCEPTUAL	4
1.Justificação do Tema de Investigação	4
2.Revisão da Literatura	8
i.Envelhecimento	9
ii.Idosos	15
iii.Solidão	15
3.Problema de Investigação	18
4.Pergunta de Partida	19
5.Questões de Investigação	20
6.Objetivo Geral	20
7.Objectivos Específicos	21
II – FASE METODOLÓGICA	22
1.Considerações Éticas	22

2.Desenho de Investigação	23
i.Meio do Estudo	24
ii.Tipo de Estudo	24
iii.População e Amostra	25
iv.Método e Instrumentos de Colheita de Dados do Estudo	27
v.Pré-teste	29
III – FASE EMPÍRICA.....	30
1.Dados Referentes à Caracterização Demográfica dos Idosos em Estudo	30
2.Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados Referentes às Variáveis em Estudo	35
IV – CONCLUSÃO	53
V – BIBLIOGRAFIA	55
ANEXOS	60

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Declaração do Consentimento Informado	61
Anexo 2: Mini Exame do Estado Mental	62
Anexo 3: Instrumento de Colheita de Dados	64

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – População residente em Portugal dividida por grupos etários desde 1981 até 2011	06
Gráfico 2 – Grupo etário	30
Gráfico 3 – Género	31
Gráfico 4 – Estado Civil	31
Gráfico 5 – Residência	32
Gráfico 6 – Nível de Escolaridade	32
Gráfico 7 – Rendimento Mensal	33
Gráfico 8 – Coabitação	34
Gráfico 9 – Agregado Familiar	34
Gráfico 10 – “Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta”	36
Gráfico 11 – “Sinto falta de camaradagem”	36
Gráfico 12 – “Não há ninguém a quem possa recorrer”	37
Gráfico 13 – “Sinto que faço parte de um grupo de amigos”	37
Gráfico 14 – “Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam”	38

Gráfico 15 – “Já não sinto mais intimidade com ninguém”	39
Gráfico 16 – “Os meus interesses e ideias já não são partilhados por aqueles que me rodeiam”	39
Gráfico 17 – “Sou uma pessoa voltada para fora”	40
Gráfico 18 – “Há pessoas a quem me sinto chegado”	40
Gráfico 19 – “Sinto-me excluído/a”	41
Gráfico 20 – “Ninguém me conhece realmente bem”	41
Gráfico 21 – “Sinto-me isolado/a dos outros”	42
Gráfico 22 – “Consigo encontrar camaradagem quando quero”	43
Gráfico 23 – “Há pessoas que me compreendem realmente”	43
Gráfico 24 – “Sou infeliz por ser tão retraído/a”	44
Gráfico 25 – “As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo”	44
Gráfico 26 – “Há pessoas com quem consigo falar”	45
Gráfico 27 – “Há pessoas a quem posso recorrer”	45
Gráfico 28 – Nível subjetivo de solidão dos idosos de Ponte de Lima	46
Gráfico 29 – Género Vs Solidão	48

Gráfico 30 – Estado Civil Vs Solidão	49
Gráfico 31 – Residência Vs Solidão	50
Gráfico 32 – Nível de Escolaridade Vs Solidão	51
Gráfico 33 – Rendimento Mensal Vs Solidão	52

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – População residente em Ponte de Lima nos anos 2001 e 2011 07

Tabela 2 – Teorias gerais do envelhecimento biológico 13

Tabela 3 – Teorias do envelhecimento psicossocial 14

SIGLAS

INE – Instituto Nacional de Estatística

UCLA – Universidade da Califórnia em Los Angeles ~

Vs – Versus

0 – INTRODUÇÃO

O presente projeto de investigação foi elaborado no âmbito do 4º ano do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa e tem como tema a solidão nos idosos de Ponte de Lima.

É de extrema importância a inclusão dos alunos do ensino superior no mundo da investigação científica, de modo a facilitar a integração no mundo profissional e a elaboração de futuros trabalhos científicos, noutros contextos.

Segundo Basto,

“partindo do pressuposto que o saber é um campo muito vasto que ultrapassa o saber adquirido empiricamente através da investigação, é forçoso reconhecer que num mundo competitivo, cada vez mais exigente no que respeita às bases científicas e tecnológicas do agir profissional, o saber que “conta” no mundo académico, o prestigiado socialmente, é o obtido através da investigação”.

A temática da investigação foi escolhida tendo em conta as motivações pessoais e académicas do autor. No que diz respeito às motivações académicas, este projeto de investigação constitui um elemento necessário e obrigatório para a obtenção do grau de Licenciatura em Enfermagem. Relativamente às motivações pessoais, o envelhecimento demográfico tem sido uma preocupação para o autor, uma vez que o grupo etário em questão é aquele que mais recorre aos serviços de saúde. Além disso é cada vez mais preponderante que os profissionais de saúde adotem uma perspetiva holística na prestação de cuidados aos utentes.

A par do envelhecimento, as pessoas vão perdendo as suas capacidades funcionais e aumentando as suas necessidades a nível biopsicossocial. Por vários motivos, as redes sociais dos idosos são muitas vezes postas em causa, despoletando nestes vários sentimentos adversos, como é o caso da solidão. Para além do desconforto que o sentimento provoca, Hyams (1969) (*cit in* Marques e Barbosa, 2003) defendeu que a solidão era um sentimento frequente nas pessoas idosas e que poderia “exercer uma

influência enorme no agravamento das componentes emocionais da doença através de sentimentos de insegurança e eventualmente de apatia.”.

O presente documento é constituído por três capítulos que constituem as fases do processo de investigação: fase conceptual, fase metodológica e fase empírica. Na fase conceptual inclui-se o tema de investigação e a justificação do mesmo, a revisão da literatura, o problema de investigação, a pergunta de investigação, as questões acessórias, o objetivo geral do estudo e os objetivos específicos. Na fase metodológica inserem-se as considerações éticas da investigação e o desenho de investigação, onde se apresenta o meio em que foi realizado o estudo, o tipo de estudo, a metodologia do estudo, a população e a amostra, a amostragem e os métodos e instrumentos para a colheita de dados e o pré-teste. Por fim, a fase empírica é composta por dois itens: a apresentação dos dados referentes à caracterização demográfica dos idosos em estudo e a apresentação, análise e discussão dos resultados referentes às variáveis em estudo.

O objetivo geral deste projeto de investigação consiste em conhecer o nível de solidão dos idosos de Ponte de Lima. A apoiar este objetivo, foram criados os objetivos específicos que passam por conhecer a relação entre o nível de solidão e o género, o estado civil, a residência, o nível de escolaridade e o rendimento mensal.

Para a concretização destes objetivos, foi feito um estudo em meio natural, descritivo simples com abordagem quantitativa. O inquérito por questionário foi o método e o instrumento selecionado para colher os dados junto dos 52 idosos que constituíram a amostra. Os dados foram colhidos nos dias 16 e 17 de Julho do presente ano em Ponte de Lima, através de uma amostragem não probabilística acidental e por conveniência.

Os resultados globais obtidos neste estudo de investigação não vão de encontro com alguns estudos já realizados: os idosos de Ponte de Lima apresentam baixos níveis de solidão. No que diz respeito aos objetivos específicos:

- Quanto à relação entre o nível de solidão e o género, concluiu-se que as idosas de Ponte de Lima apresentam níveis de solidão mais elevados do que os idosos de Ponte de Lima.

- Foi também avaliada a relação entre o nível de solidão e o estado civil: os idosos casados que participaram neste estudo mostraram sentir níveis mais baixos de solidão do que os idosos viúvos.
- No que diz respeito à relação existente entre o nível de solidão e a residência, este estudo demonstrou que os idosos residentes em meio rural apresentavam níveis mais elevados de solidão.
- Relativamente ao nível de escolaridade, os idosos analfabetos referenciaram experimentar níveis mais elevados de solidão do que aqueles que possuíam algum nível de escolaridade.
- Por fim, avaliou-se a relação entre o nível de solidão e o rendimento mensal: os idosos que recebiam entre 500€ e 1000€ mencionaram experimentar níveis de solidão mais baixos do que os idosos que recebiam menos de 250€.

Na parte final do trabalho apresentam-se os anexos que apoiaram este estudo, assim como toda a bibliografia que suporta a informação deste trabalho.

I – FASE CONCEPTUAL

A fase conceptual começa quando o investigador trabalha uma ideia para orientar a sua investigação, ou seja, nesta fase é necessária a definição dos elementos do problema em estudo. (Fortin, 2009, p. 49)

Segundo a mesma autora (2003),

“ (...) 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 concepção clara e organizada do objecto do estudo. É necessário aprender a colocar uma boa questão, a encontrar uma resposta e a verificar a validade desta resposta para que uma investigação chegue a bom termo.”.

A fase conceptual reporta-se a um processo, a uma forma ordenada de formular ideias e de documentar as que dizem respeito a um tema preciso com vista a chegar a uma concepção clara e precisa do problema de investigação. (Fortin, 2009, p. 63)

1. Justificação do Tema de Investigação

Segundo Fortin (2009, p.66), a seleção do tema do estudo constitui um momento crucial no processo de investigação, pois irá influenciar todas as restantes etapas que constituem a investigação.

O estudo que se apresenta tem a sua base no seguinte tema: “A Solidão dos Idosos de Ponte de Lima”.

A escolha desta temática teve associados interesses relativos à área académica por se enquadrar com fatores de ordem científica, técnica e fundamentalmente, humana o que fomentou a grande inquietação pessoal.

Uma das grandes preocupações da sociedade actual, e que surge como problemática de inúmeros estudos, está inteiramente relacionada com as alterações demográficas que se têm feito sentir, mais concretamente com o envelhecimento da população. De acordo

com Martins (2002), o fenómeno do envelhecimento é uma questão de estudo actual e carece de reflexões mais aprofundadas do ponto de vista da saúde.

Portugal tem acompanhado as alterações demográficas que se fazem sentir na Europa, e em particular no conjunto dos 25 (EU25) países que compõe a União Europeia. O Instituto Nacional de Estatística (INE) afirma que o aumento da proporção de pessoas idosas resulta da conjugação da descida continuada dos níveis da fecundidade e do aumento da longevidade, em particular nas idades mais elevadas. (INE, 2005)

Em 1990, a população idosa representava 13,6% da população total, face a 20,0% de população jovem (0-14 anos) e 66,4% de população em idade activa (15-64 anos), sendo que a população com 80 e mais anos de idade representava 2,6% da população total. Estas proporções, em 2006, eram respetivamente de 17,3%, 15,5%, 67,3% e 4,1%. (INE, 2007)

A população com 65 ou mais anos, que em 2001 representava cerca de 16,5%, foi aumentando continuamente até atingir os 17,9% em 2009. “ Dentro da população idosa, o crescimento é mais forte nos idosos mais velhos.” A população com 75 ou mais anos “subiu 6,9% em 2001 para 8,4% em 2009” e “representa praticamente metade da população idosa.” Em 2009, a proporção de pessoas com 80 ou mais anos, na população idosa, eleva-se para 25%. (Carrilho, 2009)

Os Censos realizados em 2011 vieram corroborar esta realidade: “o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011.” (INE, 2011) A população com 65 ou mais anos de idade representa cerca de 19% da população total, enquanto o grupo etário mais jovem (0-14 anos) representa cerca de 15%.

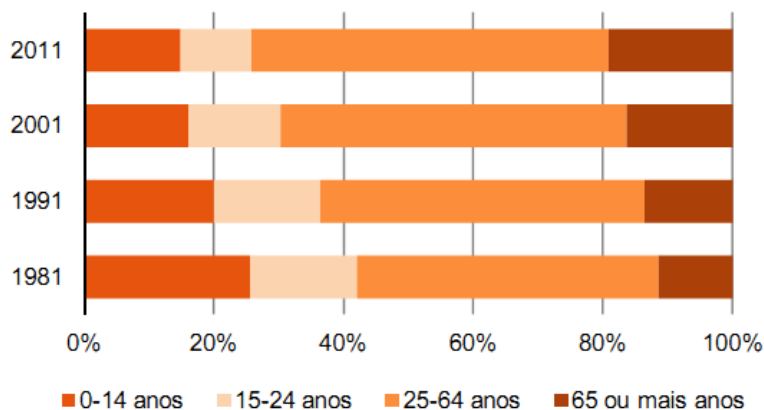


Gráfico 4 – População residente em Portugal dividida por grupos etários desde 1981 até 2011
(Fonte: INE)

O envelhecimento da população em Portugal reflecte-se de forma muito clara no índice de envelhecimento da população: “se em 1990 por cada 100 jovens residiam em Portugal cerca de 68 idosos, este valor ascendeu para 112 idosos por cada 100 jovens em 2006.” (INE, 2007) No que concerne às previsões estatísticas, a população jovem continuará a diminuir e a população idosa ver-se-á aumentada verificando-se “um índice de envelhecimento de 240 idosos por cada 100 jovens” (Carrilho, 2009)

Também em Ponte de Lima, o envelhecimento demográfico tem aumentado as suas dimensões. Pode-se comparar dados obtidos pelo Instituto Nacional de Estatística nos anos 2001 e 2011. Segundo dados recolhidos pelos recenseamentos do Instituto Nacional de Estatística (INE) realizados em 1991 e 2001, no ano de 2001, Ponte de Lima possuía uma área total de 320,8 km² e uma população residente de 44343 pessoas. Dos 0 aos 14 anos, apresentavam-se 8019 pessoas; dos 15 aos 24 anos, apresentavam-se 6941 pessoas; dos 25 aos 64 anos, apresentavam-se 21875 e apresentavam-se 7508 pessoas com 65 anos ou mais. Em 2011, Ponte de Lima tinha uma população residente de 43498 pessoas. Dos 0 aos 14 anos, existiam 6736 pessoas; na faixa etária dos 15 aos 24 anos existiam 5126 pessoas; existiam 22968 pessoas com idades compreendidas entre os 25 e os 64; por fim, existiam 8650 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos.

	Ano de 2001	Ano de 2011
População residente	44343	43498
0-14 Anos	8019	6736
15-24 Anos	6941	5126
25-64 Anos	21875	22968
65 ou mais anos	7508	8650

Tabela 4 – População residente em Ponte de Lima nos anos 2001 e 2011 (Fonte: INE)

As consequências desta realidade populacional originada pelo protagonismo populacional dos indivíduos com idade superior a 65 anos são ainda desconhecidas. Inúmeros estudos motivados pelo envelhecimento populacional tentam entender este fenómeno, principalmente nas suas dimensões sociais e económicas. (Silva, 2011)

A sociedade envelhecida está a preocupar as sociedades modernas do século XXI, pois esta alteração demográfica possui reflexos de âmbito socioeconómico possíveis de influenciar as políticas sociais e de sustentabilidade, assim como modificações nos estilos de vida. (INE, 2011)

Os grandes desafios e oportunidades que a sociedade portuguesa enfrenta e para os quais tem de encontrar respostas de modo a garantir a coesão social são dois: o envelhecimento demográfico e a imigração. (Carrilho, 2009)

Segundo Knight (1996) (*cit in* Ferreira-Alves e Novo, 2006), os investigadores na área da gerontologia “começaram a descobrir que o envelhecimento é uma experiência mais positiva do que aquilo que a sociedade presumivelmente acreditava”. Já os práticos da mesma área debatiam-se “com os problemas de algumas pessoas idosas seleccionadas e que generalizavam os problemas reais dos adultos idosos frágeis a todas as pessoas em envelhecimento.

Um dos preceitos para a selecção de um problema de investigação passa por “escolher um domínio ou um tema que suscite interesse da parte do investigador”. (Fortin, 2003)

Assim, pensa-se ficar justificada a importância social do tema em estudo. As questões ligadas à geriatria continuam a ser uma das áreas de eleição da enfermagem, o que sustenta de certo modo o investimento realizado. Segundo Fortin (2009, p.68), o tema de estudo pode estar também associado a “situações problemáticas ou anomalias observadas em contextos de trabalho”: na situação atual são os contextos dos ensinamentos clínicos, que permitiram a observação da expressividade e os comportamentos solitários de muitas pessoas idosas. Portanto, parece pertinente conhecer o grau de solidão dos idosos e conhecer as razões deste sentimento.

Rodrigues (2008, p.110) acrescenta:

“Além disso, a revolução demográfica em curso, com o aumento crescente da população idosa, exige uma nova abordagem desse grupo etário, passando de um modelo centrado na doença para um modelo centrado nas necessidades das pessoas com incapacidades ou em risco de incapacidade”.

De acordo com Yali e Revenson (2004) (*cit in* Rodrigues, 2007), estas mudanças nos padrões demográficos conduzem a uma maior diversidade social, económica e educacional. Além disto, “tenderão a afetar a natureza e a necessidade das intervenções no contexto da saúde”. As necessidades advirão do aumento do número de doenças crónicas e da necessidade de dar continuidade aos cuidados; conseqüentemente, verificar-se-á um aumento dos custos dos cuidados de saúde. (Mokdad et al., 2004) (*cit in* Rodrigues, 2007)

Todas estas preocupações já foram incluídas no desenvolvimento de planos de intervenção, como é o caso do Programa Nacional para a Saúde de Pessoas Idosas, parte integrante do Programa Nacional de Saúde 2004-2010. O documento em questão apresenta diretivas que compreendem a saúde enquanto conceito holístico e que, por isso,

“expressam preocupações que traduzem a necessidade de contrariar as práticas de exclusão a que, frequentemente, as pessoas idosas estão expostas, reforçando a necessidade de potenciar uma efetiva cidadania e participação desta camada da população.”. (Rodrigues, 2007)

2. Revisão da Literatura

A literatura serve para documentar a fonte de ideias e para enriquecer a justificação que sustenta a questão de investigação. Os dados bibliográficos são incorporados no problema para apoiar o que se procura demonstrar (Fortin, 2003).

i. Envelhecimento

Para Paúl e Fonseca (2005), desde sempre o envelhecimento motivou a reflexão dos homens. Os conceitos de envelhecimento e as atitudes perante os idosos tem sofrido modificações e, por um lado, refletem o nível de conhecimentos sobre a anatomofisiologia humanas e, por outro lado, a cultura e as relações sociais das várias épocas.

Netto (2006) afirma, estranhamente, que no fenómeno do envelhecimento permanecem ainda muitos pontos obscuros no que diz respeito à dinâmica e à natureza deste processo. Segundo este autor, considera-se o envelhecimento “como a fase de todo um *continuum* que é a vida, começando esta com a concepção e terminando com a morte.”. Acrescenta ainda que o envelhecimento não possui marcadores biofisiológicos que possam marcar o seu início, como acontece, por exemplo, na menarca.

Respeitando todas as limitações existentes na construção de uma definição exata deste fenómeno, Netto (2006) assegura que o envelhecimento é um processo que ocorre de forma dinâmica e progressiva,

“no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte.”.

Spiridudo (2005) concorda com o autor anterior, afirmando que o termo envelhecimento é usado para referir um processo ou conjunto de processos que ocorrem em organismos vivos e que, com o passar do tempo, levam a uma perda de adaptabilidade, deficiência funcional e, finalmente à morte.

Também Ruipérez e Florence (1998) definem de uma forma mais simples que o envelhecimento é um “conjunto de alterações que os seres vivos sofrem com o decorrer do tempo”.

Segundo Jacob (2006), o envelhecimento “é um processo universal, próprio de todos os seres vivos, no qual as capacidades de adaptação destes vão diminuindo, tornando-os cada vez mais sensíveis ao meio ambiente, que tanto pode ser um elemento facilitador ou de oposição à sua vida, é um processo no qual a destruição do organismo sobrepõe-se à sua reconstrução.”.

Para Jeckel-Neto e Cunha (2006), “a percepção do facto de que os organismos envelhecem não gera controvérsias.”. No entanto, surgem outras discordâncias relacionadas com os indicadores capazes de identificar ou mensurar as variáveis envolvidas no fenómeno do envelhecimento; cria-se a dificuldade de construir conceitos fundamentais que possam ser articulados em construções lógicas.

Berger (1995) refere que criar uma teoria global do envelhecimento levanta problemas na metodologia por causa dos objetivos de cada uma das áreas implicadas: biologia, psicologia e sociologia. O que há de comum nestas áreas é que as três pressupõem que o envelhecimento é um processo contínuo que leva ao estado de velhice e que é desenvolvido de forma diferente por cada ser.

O resultado de todas estas dificuldades acabou por tornar evidente a criação de várias teorias: “surge um grande número de teorias que se propõe a explicar o fenómeno, porém cada uma com o próprio conjunto de conceitos, factos e indicadores.”. (Jeckel-Neto e Cunha, 2006)

As teorias gerais do envelhecimento biológico pressupõem que o envelhecimento é um fenómeno de várias dimensões e que resulta da ação de vários mecanismos: “disfunção do sistema imunológico, programação genética, lesões celulares, modificações ao nível da molécula do ADN e controlo neuro-endócrino da atividade genética.”. (Mailloux-Poirier, 1995) Os biólogos acreditam que o envelhecimento é composto por uma variedade de mudanças letais que reduzem as probabilidades de sobrevivência da

peessoa. Na tentativa de explorar estas mudanças, Mailloux-Poirier (1995) apresenta seis das teorias existentes:

- Teoria imunitária;
- Teoria genética;
- Teoria do erro na síntese proteica;
- Teoria do desgaste;
- Teoria dos radicais livres;
- Teoria neuro-endócrina.

A teoria imunitária pressupõe que o envelhecimento tem a sua etiologia a nível do sistema imunitário: os anticorpos formam-se e atacam as células sãs do organismo. Segundo esta teoria, “é a disfunção gradual, ou a falha do sistema imunitário do organismo, que originaria o envelhecimento.”. (Mailloux-Poirier, 1995) A teoria imunitária não explica todos os fenómenos complexos adjacentes ao envelhecimento, mas “tem a vantagem de ser compatível com a ideia da existência de relógios internos responsáveis por acionar o processo do envelhecimento.”. (De Launière, 1985) (*cit in* Danielle Mailloux-Poirier, 1995)

Na teoria genética, o envelhecimento constitui a última fase de um processo genético definido e orientado. Vários autores citados por Mailloux-Poirier (1995) dizem que as pessoas que têm pais ou avós que viveram até uma idade avançada vivem em média mais 6 anos do que aqueles cujos pais faleceram antes dos 50 anos. Acrescentam ainda que pais e crianças além de terem semelhanças genéticas, têm também uma certa tendência para “os mesmos hábitos alimentares, para viverem em ambientes semelhantes e para adotarem hábitos sanitários diferentes.”.

Segundo a teoria do erro na síntese proteica, é a morte celular que provoca o envelhecimento: “as roturas a nível da cadeia da molécula do ADN ou as mudanças de posição dos compostos químicos dessa cadeia falseiam a informação genética, impedindo conseqüentemente a célula de produzir as proteínas essenciais à sobrevivência das células.”. (Mailloux-Poirier, 1995) Os erros ou perturbações a nível das inúmeras fases da síntese proteica levam à formação de proteínas alteradas e

incapazes de desempenhar as funções que lhe são atribuídas e, conseqüentemente, ao envelhecimento.

Na teoria do desgaste existem autores que comparam o organismo humano a uma máquina, cujos componentes se vão deteriorando com o uso até pararem de funcionar. No entanto, outros autores discordam desta comparação, uma vez que os organismos vivos, ao contrário das máquinas, criam mecanismos capazes de se autorrepararem. (Mailloux-Poirier, 1995)

A teoria dos radicais livres presume que a formação de radicais livres provoca efeitos nefastos sobre o envelhecimento e a morte celular. Um dos autores fundadores desta teoria, Harman, coloca ainda a hipótese: “os prejuízos causados ao ADN, pelas reações com os radicais livres, podem levar a mutações e serem diretamente responsáveis pela neoplasia.”. (Mailloux-Poirier, 1995) Uma das explicações desta teoria consiste no seguinte: “os radicais livres poderiam provocar o envelhecimento por diversos mecanismos como a peroxidação dos lípidos não saturados levando à formação de substâncias tóxicas para as células das quais não se podem libertar.”.

Na teoria neuro-endócrina o envelhecimento resulta do fracasso ou insuficiência do sistema endócrino relativamente à coordenação das diferentes funções do corpo. As hormonas, que funcionam como mensageiros químicos do controlo endócrino, participam na regulação de fenómenos diferentes como é o caso do crescimento, da homeostase sanguínea, metabolismos dos glúcidos, entre outros. Segundo esta teoria, grande parte das funções neuro-endócrinas diminui com a idade. Portanto, “a regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças neuro-endócrinas.”. (Mailloux-Poirier, 1995)

Na tabela 2 pode-se consultar um resumo das teorias anteriormente referidas.

Teorias gerais do envelhecimento biológico	
Teoria imunológica	O sistema imunitário parece já não conseguir distinguir as células sãs existentes no organismo, das substâncias estranhas.
Teoria genética	O envelhecimento seria programado biologicamente e faria parte de um contínuo, durante o desenvolvimento orgânico, seguindo rigorosamente a embriogénese, a puberdade e a maturação.
Teoria do erro da síntese proteica	Alterações na molécula de ADN falseiam a informação genética levando à formação de proteínas incompetentes.
Teoria do desgaste	As zonas do organismo humano deterioram-se com o uso.
Teoria dos radicais livres	Os radicais livres provocam a peroxidação dos lípidos não saturados e transformam-nos em substâncias que envelhecem as células.
Teoria neuro-endócrina	A regulação do envelhecimento celular e fisiológico está ligada às mudanças das funções neuro-endócrinas.

Tabela 5 – Teorias gerais do envelhecimento biológico (Fonte: Mailloux-Poirier, 1995)

Já que as teorias do envelhecimento biológico apenas dizem respeito a determinadas vertentes biológicas, criou-se a necessidade de abordar as principais teorias psicossociais. As três principais teorias do envelhecimento psicossocial são:

- Teoria da atividade;
- Teoria da desinserção;
- Teoria da continuidade.

Os vários autores responsáveis pela teoria da atividade formularam a seguinte hipótese: “um idoso deve manter-se ativo se quer obter mais satisfação na vida e se quer manter a sua autoestima e conservar a sua saúde.”. (Mailloux-Poirier, 1995) nesta linha de pensamento, a velhice bem sucedida deveria permitir a descoberta de novos papeis ou uma reorganização dos já existentes.

A teoria da desinserção defende que o envelhecimento faz-se acompanhar de uma desinserção recíproca da pessoa e da sociedade. Desta forma, a pessoa vai pondo fim gradualmente ao seu empenho retirando-se da sociedade; esta, por sua vez passa a oferecer-lhe muito menos do que antes. (Mailloux-Poirier, 1995)

A teoria da continuidade surgiu para dar resposta às contestações feitas à teoria anterior. Esta teoria demonstra que o “envelhecimento é uma parte integrante do ciclo de vida e não um período final, separado das outras fases.”. (Mailloux-Poirier, 1995) os acontecimentos sociais que surgem durante os últimos anos de vida de uma pessoa exercem determinadas pressões que levam à adoção de determinados comportamentos que continuam o sentido da vida já iniciada anteriormente.

Na tabela 3 está presente um resumo das teorias do envelhecimento psicossocial.

Teorias do envelhecimento psicossocial	
Teoria da atividade	Um idoso deve manter-se ativo a fim de: obter, na vida, a maior satisfação possível; manter a sua autoestima e conservar a sua saúde. A velhice bem sucedida implica a descoberta de novos papeis, na vida.
Teoria da desinserção	O envelhecimento acompanha-se de uma desinserção recíproca da sociedade e do indivíduo.
Teoria da continuidade	O idoso mantém a continuidade nos seus hábitos de vida, nas suas preferências, experiências e compromissos, fazendo estes parte da sua personalidade.

Tabela 6 – Teorias do envelhecimento psicossocial (Fonte: Mailloux-Poirier, 1995)

É importante ter em conta que o ser humano não envelhece apenas na vertente biológica, mas também a nível psicológico e social. A natureza exata da influência exercida pelos fatores biopsicossociais é ainda motivo de discussão, mas não restam dúvidas quanto ao facto de cada idoso é dotado de uma entidade própria que carece de respeito. (Mailloux-Poirier, 1995)

ii. Idosos

Segundo McGhie (1979), “é difícil ligar o aparecimento da velhice a uma idade cronologicamente específica”, no entanto a OMS (2009), define idosos como “ (...) pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento”.

Rodrigues (2008) afirma que “os idosos estão sujeitos a uma multiplicidade de diagnósticos de saúde nos quais os aspetos físicos, mentais e sociais estão fortemente interligados.”

Segundo Berger (1995), a velhice é a última fase da vida em que o organismo sofre transformações sucessivas. O aumento da fragilidade, o aparecimento de algumas deficiências e a diminuição da atividade física e mental são características desta última fase da vida.

De acordo com Netto (2006) é necessário associar às manifestações somáticas da velhice, como são exemplos a redução da capacidade funcional, calvície, canície, redução da capacidade de trabalho e da resistência, entre outras, perdas dos papéis sociais, solidão, perdas psicológicas e motoras, e afetivas. O mesmo autor defende que muitas destas manifestações psicossociais e somáticas têm início muito antes da idade cronológica que demarca socialmente o início da velhice. Baldessin (1999) (*cit in* Netto, 2006) esclarece: “alguns parecem velhos aos 45 anos de idade e outros jovens aos 70.”.

iii. Solidão

Se as pessoas colocassem a questão “já me senti só?” a resposta seria, em muitos casos, afirmativa. Neto (2000) afirma que em qualquer lugar que o ser humano habite, ele experimenta a solidão. No entanto, se da mesma forma perguntassem “o que é a solidão?”, chegariam à conclusão que a resposta seria mais complexa do que poderia parecer. Para Neto (2000), a solidão “é uma experiência dolorosa que se tem quando as nossas relações sociais não são adequadas”.

A temática da solidão tem apresentado um interesse crescente. No entanto, foram colocadas alguns entraves na sua exploração. Neto (2000) enuncia dois motivos para que a investigação nesta área tenha sido demorada: o estigma associado à solidão que faz com que os cientistas sejam vistos com alguma desconfiança como se a sua investigação tivesse sido provocada por problemas pessoais e o facto de a solidão não poder ser facilmente manipulada em laboratório.

São vários os investigadores que se têm debruçado sobre esta temática. O primeiro desafio que lhes é apresentado passa por definir a solidão. Neto (2000) afirma que a solidão, à semelhança do amor, “é um conceito vago, revestindo-se de muitos significados”. Acrescenta ainda: “seria, todavia, um erro defender que o significado da solidão é o mesmo para todas as pessoas”. Sobre este ponto, Pais (2006) completa: “a minha solidão, atendendo às suas circunstâncias, não é necessariamente a solidão que o leitor já terá vivido, não é a solidão dos outros, não é uma experiência comum sobre a qual haja um senso compartilhado, um consenso”.

Sullivan (1953) (*cit in* Neto, 2000) definiu a solidão como uma “experiência excessivamente desagradável e motriz ligada a uma descarga desadequada da necessidade de intimidade humana, de intimidade interpessoal”.

Weiss (1973) (*cit in* Neto, 2000) primou na sua afirmação ao afirmar que a solidão pode ser sentida mesmo quando não se está só: “é causada não por se estar só, mas por se estar sem alguma relação precisa de que se sente a necessidade ou conjunto de relações”.

Perlman e Peplau (1981) (*cit in* Neto, 2000) afirmaram que a solidão constitui “uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é deficiente nalgum aspeto importante, quer quantitativa quer qualitativamente.”

Young (1982) (*cit in* Neto 2000) sugeriu que a solidão estava relacionada com “a ausência ou a ausência percecionada de relações sociais satisfatórias, acompanhadas de sintomas de mal-estar psicológico que estão relacionados com a ausência atual ou percecionada”.

Em 1984, Rook (*cit in* Neto, 2000) apresentou a seguinte definição:

“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 apropriados para as atividades desejadas, em particular atividades que lhe propiciam uma fonte de integração social e oportunidades para intimidade emocional”.

Marques e Barbosa (2003) assumem que a discrepância subjetiva entre os níveis de contato sociais desejados e realizados é a solidão, podendo esta atingir dimensões psicopatológicas.

Neto (2000) afirma que nas definições anteriormente apresentadas, existem três aspetos comuns: a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; a solidão é provocada por um défice no relacionamento; a solidão é psicologicamente desagradável para o indivíduo.

A maioria dos estudos relacionados com a solidão são direcionados para os adolescentes/jovens uma vez que estes são alvo de mudanças relutantes. No entanto, a investigação tem procurado debruçar-se em saber se há grupos de pessoas mais vulneráveis à solidão, tendo em conta as características sociodemográficas (Neto, 2000). Os meios de comunicação noticiam, cada vez com mais frequência, a existência deste sentimento na população idosa. Acerca desta evidência, Marques e Barbosa (2003) dizem: “se bem que alguns estudos mostrem uma maior associação da solidão a faixas etárias jovens, não se pode excluir a importância desta temática nos idosos”. Segundo as mesmas autoras, o envelhecimento das populações ocidentais acompanhado pela degradação das condições deste grupo devem constituir motivos de investigação da solidão nos idosos. Francioni *et all* (2009) reforçam: “a solidão provoca um sentimento de vazio interior, que pode estar presente no ser humano nas diferentes fases da vida, e tende a ser mais frequente com o envelhecimento”. Para as mesmas autoras, esta temática é pouco investigada e reconhecida pelos profissionais de geriatria e gerontologia.

Sobre a sociabilidade deste grupo etário, os idosos, Paúl (2005) constata que o envelhecimento pode, efetivamente ser uma fase de maior vulnerabilidade, atendendo aos acontecimentos que vão surgindo: a reforma, a mudança de residência, a morte de pares, a degradação/reorganização das redes sociais. Segundo Neto e Barros (2001), os fatores que contribuem para esta vulnerabilidade estão inseridos numa gama muito ampla e são suscetíveis de aumentar a probabilidade da pessoa sentir-se só, sendo, por isto, mais difícil para a pessoa restabelecer uma rede social satisfatória. Os mesmos autores afirmam que as pessoas idosas estão estereotipadas como pessoas solitárias.

Os resultados divergentes das investigações que têm sido realizadas juntamente com o caráter multifatorial deste sentimento são motivos para não se estigmatizar a solidão nos idosos (Marques e Barbosa, 2003). O sexo, o estado civil, o estrato socioeconómico, a residência são variáveis altamente capazes de influenciar o comportamento dos idosos (Marques e Barbosa, 2003). Às características anteriormente referidas, Neto (2000) acrescenta que a solidão pode resultar da interação de fatores situacionais e de características pessoais: “os fatores situacionais são acontecimentos que reduzem a quantidade e a qualidade das interações sociais”; sobre as características pessoais, o autor afirma que estas podem dispor alguns indivíduos a tornarem-se mais solitários ou a viver a experiência por longos períodos de tempo. O autor categorizou as influências situacionais numa lista representativa da investigação: menos contato social, estatuto social em disponibilidade, perda relacional, redes sociais inadequadas, novas situações, barreiras indiretas ao contato social, fracasso e fatores temporais. O autoconceito, a depressão, a autoestima, a timidez, as habilidades sociais e a atração física integram as características pessoais investigadas capazes de influenciar o aparecimento da solidão.

3. Problema de Investigação

A formulação de um problema de investigação constitui uma das etapas elementares do processo de investigação e está situada, centralmente, na fase conceptual. A formulação do problema de investigação permite sintetizar todos os dados colhidos sobre o tema do estudo. (Fortin, 2009, p.52)

Para Almeida (1999) todas as transformações que ocorreram nas sociedades industrializadas foram um princípio importante para que socialmente se começasse a considerar a velhice como uma situação problemática com necessidade de apoio social. Há uma associação de ideias entre a velhice e a pobreza ou, pelo menos, a escassez de meios materiais, a solidão, a doença e também de algum modo, a segregação social, o corte com o mundo.

A existência de relações sociais significativas é vista como protetora da saúde mental das pessoas. É pertinente que se valorizem os fatores sociais ao longo da vida das pessoas, sobretudo nas fases mais frágeis do ciclo vital, como poderá ser o envelhecimento. O círculo social do ser humano altera-se ao longo do ciclo vital tendo em conta os contextos familiares, de trabalho, de vizinhança, entre muitos outros. A reforma, a mudança de residência, a morte dos pares e por conseguinte a diminuição dos amigos alteram as redes sociais: “degradam-se ou reorganizam-se, facilitando ou dificultando a manutenção dos idosos no seio da comunidade.”. (Paúl, 2005)

O aumento do número de idosos é diretamente proporcional ao aumento da incidência de doenças crónicas e a necessidade de serviços de cuidados de saúde. Pretende-se manter as capacidades funcionais e a independência dos idosos. A preocupação em encontrar soluções é cada vez maior e manifesta-se no aumento de estudos e de investigadores ligados à velhice e ao envelhecimento demográfico. (Almeida, 1999). Silva (2005) declara que a solidão e o isolamento motivam situações de *stress* na vida dos idosos. Segundo Marques e Barbosa (2003), “é opinião corrente que o isolamento social concorre poderosamente para o aparecimento de doença mental na pessoa idosa.”.

Face às alterações demográficas que têm sido referidas, “os enfermeiros precisam de compreender que os problemas psicossociais daquele grupo etário, são influenciados por vários fatores, como o processo do envelhecimento físico, a doença, as alterações sociais e a disponibilidade dos sistemas de apoio e ajuda.”. (Almeida, 1999)

4. Pergunta de Partida

Para Fortin (2009) uma questão de investigação é uma interrogação muito precisa e deve incluir os conceitos em estudo; além disto, deve ter a capacidade de indicar claramente a direção que se entende toma.

Na sucessão do tema apresentado, considera-se o seguinte problema de investigação: “Qual o nível de solidão sentida pelos idosos de Ponte de Lima?”

Esta questão servirá agora de pano de fundo à elaboração do problema de investigação. Sem uma questão de investigação precisa, que defina os conceitos em estudo e especifique a população visada, será em vão empreender a formulação de um problema de investigação (Fortin, 2003). Deverá ser esta pergunta a base que sustentará todas as questões de investigação.

5. Questões de Investigação

Para apoiar a questão de investigação, foram delineadas as seguintes questões:

- “Qual a relação entre o nível de solidão e o género?”
- “Qual a relação entre o nível de solidão e o estado civil?”
- “Qual a relação entre o nível de solidão e a residência?”
- “Qual a relação entre o nível de solidão e o nível de escolaridade?”
- “Qual a relação entre o nível de solidão e o rendimento mensal?”

6. Objetivo Geral

Para Fortin (2009, p.160), o enunciado do objetivo especifica as variáveis-chave, a população do estudo e o verbo de ação que irá orientar toda a investigação e deve indicar, clara e limpidamente, o fim que o investigador pretende.

O objetivo fundamental ao qual se propõe este trabalho é conhecer o nível de solidão nos idosos de Ponte de Lima.

7. Objectivos Específicos

Os objetivos específicos apoiam o objetivo geral do estudo. Assim, definiram-se para este estudo os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer a relação entre o género e o nível de solidão;
- Conhecer a relação entre o estado civil e o nível de solidão;
- Conhecer a relação entre a residência e o nível de solidão;
- Conhecer a relação entre o nível de escolaridade e o nível de solidão;
- Conhecer a relação entre o rendimento mensal e o nível de solidão.

II – FASE METODOLÓGICA

Tendo por base a fase inicial do presente trabalho, na qual foram abordados o tema da investigação e respectiva justificação, a pergunta de investigação, a revisão da literatura, assim como as questões de investigação (acessórias) e os objetivos do estudo abordar-se-á de seguida a fase metodológica. No enquadramento metodológico será desenhada toda a metodologia da investigação, onde se inclui as considerações éticas que orientaram todo o processo de investigação, o meio, o tipo de estudo, a metodologia do estudo, a população e amostra e o método e os instrumentos de colheita de dados.

Na fase metodológica definem-se os meios para a realização da investigação. Portanto, é no decorrer desta fase que se determinam os métodos para obtenção das respostas às questões de investigação já colocadas. Além da definição da população em estudo, da determinação do tipo e tamanho da amostra e da selecção dos métodos e instrumentos de colheita de dados, a sua fidelidade e validade são asseguradas para que a obtenção dos resultados seja fiável. O desenrolar do estudo depende essencialmente das decisões tomadas na fase metodológica. (Fortin, 2009, p.53)

1. Considerações Éticas

Para Lo (2008) (*cit in* Hulley, 2008), as pesquisas que envolvem os seres humanos são alvo de preocupações éticas, uma vez que os participantes que se voluntariam aceitam riscos e inconveniências em benefício dos outros e com o propósito de promover e desenvolver o conhecimento científico.

O mesmo autor defende que são três os princípios éticos que regem a investigação com seres humanos: princípio do respeito à pessoa, princípio da beneficência e princípio da justiça.

Para respeitar o princípio do respeito à pessoa, obteve-se o consentimento informado de cada colaborador que permitiu proteger os participantes com capacidade decisória diminuída e manter a confidencialidade no sentido de respeitar e preservar os seus

direitos e o seu bem-estar, assim como assegurar a sua participação livre e esclarecida. (Consultar anexo 1)

O princípio da beneficência “exige que o delineamento da pesquisa seja fundamentado cientificamente e que seja possível aceitar os riscos considerando-se os prováveis benefícios”. Para cumprir este princípio foi explicado o problema de investigação e os objetivos a atingir, tendo também sido aplicado o mini-exame do estado mental. (Consultar anexo 2). Deste modo considerou-se evitar riscos quer para a fiabilidade do estudo, quer para a possível fragilidade dos participantes que tivessem níveis baixos do seu estado cognitivo. Pensa-se que a introdução de temas com algum risco de possibilitar mal-estar, tristeza ou fragilidade poderia conduzir ainda a uma maior confusão e com isto proporcionar o risco de prejuízo temporário aos idosos.

O princípio da justiça preconiza que “os benefícios e ônus da pesquisa sejam distribuídos de forma justa.”. Além disto, este princípio preceitua que o acesso aos benefícios da pesquisa seja equitativo. No sentido de respeitar este princípio foi adotado um comportamento personalizado para cada participante, foram retiradas as dúvidas apresentadas pelos idosos e esclarecidos todos os aspetos que foram solicitando.

Assim, no decorrer desta pesquisa foram tidos em conta os três princípios anteriormente referidos.

2. Desenho de Investigação

Para Fortin (2009, p.54), o desenho de investigação “é o plano lógico traçado pelo investigador, tendo em vista estabelecer uma maneira de proceder susceptível de levar à realização dos objectivos, que são encontrar respostas às questões de investigação (...)”. Deste modo, no desenho de uma investigação são definidos os seguintes elementos: o meio onde o estudo vai ser realizado, o tipo de estudo, a selecção da população e o tipo e tamanho da amostra, e o instrumento e método de para recolha os dados e o tratamento dos mesmos.

i. Meio do Estudo

Relativamente ao meio, o presente estudo denomina-se estudo em meio natural, pois é conduzido fora dos laboratórios. Os estudos realizados em meio natural não dão lugar a um controlo rigoroso. (Fortin, 2009, p. 217). A colheita de dados desta investigação teve lugar na vila de Ponte de Lima, entre os dias 16 e 17 do mês de Julho do corrente ano. A escolha deste local prendeu-se com a sua acessibilidade e centralidade.

ii. Tipo de Estudo

Para a realização desta investigação optou-se por um estudo de abordagem quantitativa. Para Fortin (2009, p.27), o método quantitativo é caracterizado “pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos”. A escolha desta abordagem está vinculada com alguns princípios que parecem coerentes com os objetivos deste estudo de investigação, uma vez que interessa sobretudo a observação de factos objetivos e quantificáveis. Uma abordagem quantitativa procura “explicar e prever um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise de dados numéricos” (Fortin, 2009, p.27).

Segundo Fortin (2003), “o tipo de estudo descreve a estrutura utilizada segundo a questão de investigação vise descrever variáveis ou grupos de sujeitos, explorar ou examinar relações entre variáveis.”

Esta investigação, relativamente à função do objecto visado, classifica-se como descritivo, uma vez que será feita a descrição das variáveis em estudo numa determinada população e a análise de relações entre algumas delas, como se descreverá posteriormente.

O tipo de estudo que se aplica a este problema de investigação é um estudo situado no primeiro nível de investigação, ou seja, um estudo descritivo. Para Fortin (2009, p.221), este tipo de estudos tem como objectivos a compreensão de fenómenos vividos por pessoas, a categorização de uma população ou ainda a conceptualização de uma determinada situação. No presente estudo pretende-se conhecer o nível de solidão nos

idosos de Ponte de Lima. Portanto, como refere Fortin (2009, p.236), será estudada uma situação, tal como ela se apresenta no meio natural, com vista a destacar as características de uma população, a compreender fenómenos ainda mal elucidados ou conceitos que foram mal estudados.

A autora supracitada subdivide os estudos descritivos em quatro: o estudo descritivo simples, o estudo descritivo comparativo, o inquérito e o estudo de caso. Este estudo é descritivo simples porque “implica a descrição completa de um conceito relativamente a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população.” (Fortin, 2009, p.237)

iii. População e Amostra

A população selecionada para o estudo teve como base as características referentes aos aspetos estudados pelos autores na revisão bibliográfica, acerca da solidão.

Os resultados provisórios dos Censos realizados no ano de 2011 adiantam que Ponte de Lima apresentava uma população total de 43498 pessoas. A população deste estudo foi constituída pelos idosos, ou seja, pelas pessoas com 65 ou mais anos. Relativamente a este grupo etário, existiam em Ponte de Lima, no ano de 2011, 8650 idosos, dos quais 3463 são do sexo masculino e 5187 são do sexo feminino.

Segundo Kerlinger e Lee (1999) (*cit in* Fortin 2009, p.55), a população agrega indivíduos ou objetos com características comuns. Assim, a população em estudo circunscreve-se aos idosos de Ponte de Lima.

A representatividade é uma característica essencial de uma amostra. Devido às limitações temporais deste estudo, não foi possível obter esta representatividade.

Para a seleção da amostra, tendo presente as limitações de tempo para o presente estudo, foi considerado necessário a atribuição de um período limitado de tempo para obtenção dos resultados. Neste contexto optou-se por um tipo de amostra não probabilística

acidental. Segundo Fortin (2009, p.321), a amostragem não probabilística “não dá a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhido para formar a amostra.”. A amostragem não probabilística acidental inclui pessoas que são facilmente acessíveis e estão presentes num determinado local, num determinado momento. (Fortin, 2009, p.321)

Deste modo, foi possível colher dados a todos os idosos presentes no centro da vila de Ponte de Lima, nos dias 16 e 17 de Julho do corrente ano entre as 10:00h e as 16:00h e que se mostraram voluntariamente interessados em participar no estudo através do preenchimento do consentimento informado.

Para além deste procedimento, e considerando estar na presença de idosos, foi necessário a criação de um critério de inclusão que tem a ver com a avaliação do estado cognitivo dos idosos selecionados. Assim, a amostra, para além de não probabilística acidental, passa a ser de conveniência, ou seja, a amostra é “constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos.”. (Fortin, 2009, p.321).

Para a avaliação do estado de consciência foi utilizado o mini exame do estado mental em todos os idosos da amostra; só foram inquiridos integralmente os idosos cuja pontuação no mini exame do estado mental o permitiu. Os idosos com defeito cognitivo não puderam integrar a amostra, ou seja: idosos analfabetos com uma pontuação no mini exame do estado mental inferior ou igual a 15; idosos com 1 a 11 anos de escolaridade e com uma pontuação no mini exame do estado mental inferior ou igual a 22; idosos com escolaridade superior a 11 anos e com uma pontuação inferior ou igual a 27. Estes dados foram a orientação para o processo de seleção da amostra através do critério de inclusão mencionado.

Segundo Lourenço e Veras (2006), o mini exame do estado mental foi criado em 1975 por vários autores e é considerado um dos testes mais utilizados a nível mundial. Os autores afirmam ainda que é este o teste que “permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais.”.

iv. Método e Instrumentos de Colheita de Dados do Estudo

Como a investigação pode incidir sobre uma variedade de fenómenos, requer o acesso a diversos métodos de colheita de dados. (Fortin, 2009, p.56)

Tendo em consideração as características da população deste estudo, optou-se por utilizar o inquérito por questionário como método e instrumento de colheita de dados, respetivamente.

Como a população era idosa foi utilizado em primeiro lugar o mini exame do estado mental para avaliação da capacidade cognitiva e seleção da amostra, aplicado pela investigadora que inquiriu todos os idosos interessados em participar no estudo.

A escolha do método e dos instrumentos de colheita de dados prendeu-se com o facto de serem idosos e o seu nível de escolaridade ser maioritariamente baixo.

Para Ghiglione e Matalon (2005), realizar um inquérito consiste em “interrogar um determinado número de indivíduos tendo em vista uma generalização.”. Sobre este método de colheita de dados, os autores colocam os seguintes problemas: “os discursos que constituem a “matéria-prima” do inquérito não são espontâneos, não são produzidos num vazio social que asseguraria a sua objetividade, obtêm-se numa situação muito particular de interação social, situação em grande parte estruturada e não apenas pela relação estabelecida entre o entrevistador e o inquirido.”. Acrescentam ainda que o facto dos dados recolhidos ser de natureza exclusivamente verbal pode gerar vários tipos de incompreensão.

Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), o inquérito por questionário consiste em colocar uma série de perguntas a um conjunto de inquiridos. A administração do questionário foi feita indiretamente, uma vez que o inquiridor completou o questionário a partir das respostas que foram fornecidas pelo inquirido.

Para os mesmos autores, a superficialidade das respostas e a individualização dos entrevistados apresentam-se como limites do inquérito por questionário.

O questionário em questão é constituído por duas partes. A primeira parte inclui as questões para a caracterização sociodemográfica: idade, género, estado civil, residência, nível de escolaridade, rendimento mensal, com quem vive e o número de elementos do agregado familiar. Na segunda parte do questionário apresenta-se uma escala que permite avaliar o nível de solidão.

Ao longo do tempo, têm sido construídos e revistos vários instrumentos para avaliar a solidão no sentido de abarcar todas as abordagens desenvolvidas. Neste estudo, utilizou-se uma das escalas mais usadas na literatura: a Escala de Solidão da UCLA (University of California at Los Angeles), encarada como estado psicológico e apreendida de modo unidimensional. Foram vários os autores que estiveram na génese desta escala e que pretendiam criar um instrumento psicometricamente adequado, fácil de administrar e que servisse de estímulo à investigação sobre a solidão. Depois de revista e validada, na versão final desta escala definiram-se 20 itens, 10 destes redigidos de modo positivos e os outros 10 redigidos de modo negativo. (Neto, 2000)

Segundo Neto (2000) “A Escala de Solidão da UCLA revista é relativamente curta, fácil de administrar, altamente fidedigna, e mostra ser válida quer na avaliação da solidão quer na discriminação entre solidão e outros constructos relacionados.”. A este mesmo autor pareceu pertinente adaptar esta medida da solidão à população portuguesa. Foi efetuada a tradução portuguesa da escala; os vinte itens podem ser avaliados através de uma escala de escolha múltipla que contempla quatro hipóteses: «nunca», «raramente», «algumas vezes» e «muitas vezes». A versão portuguesa da escala considera 18 itens, mantendo a avaliação atrás referida. Os valores totais podem oscilar entre 18 e 72, sendo que as pessoas com o primeiro valor apresentam um nível mínimo de solidão e com o segundo valor apresentam o nível máximo de solidão.

Foram muitas as investigações que confirmaram a validade e a fidelidade da escala de solidão da UCLA. No entanto, Neto (2000) aponta diversos problemas potenciais. O primeiro prende-se com a possibilidade de enviesamento nas respostas: uma vez que

todos os itens foram redigidos no mesmo sentido, as pontuações elevadas refletem sentimentos de insatisfação social. A desejabilidade social constitui o segundo problema potencial: as respostas dos participantes podem ser distorcidas (subvalorização da sua experiência da solidão) devido ao estigma associado à solidão. Um outro problema está intimamente ligado à validade discriminante.

Para visualizar o instrumento de colheita de dados, pode consultar-se o anexo 3.

v. Pré-teste

Antes de terem sido colhidos os dados, foi feito o pré-teste de modo a detetar possíveis erros do questionário e fazer as correções que se impõem. Para Fortin (2009), “o pré-teste é a prova que consiste em verificar a eficácia e o valor do questionário junto de uma amostra reduzida da população-alvo.”. Ghiglione e Matalon (2005) completam: “garantir que as questões tenham o mesmo significado para todos, que os diferentes aspetos da questão tenham sido bem abordados, etc.”.

Para além disto, o pré-teste tem a função de verificar se o instrumento de colheita de dados apresenta três elementos de extrema importância: fidedignidade, validade e operatividade. A fidedignidade implica que qualquer pessoa que aplique o instrumento de colheita de dados obterá sempre os mesmos resultados; a validade pressupõe que os dados que se recolhem sejam necessários à pesquisa. A operatividade está relacionada com a acessibilidade e o significado claro do vocabulário. (Marconi e Lakatos, 2007)

O pré-teste deste estudo foi realizado a 15 de Julho de ano corrente. Foi aplicado a 9 idosos e não foram detetados erros ou necessárias correções, assim como ficou assegurada a fidedignidade, validade e operacionalidade, pelo que se passou de imediato ao processo de colheita de dados.

III – FASE EMPÍRICA

Na fase empírica realiza-se a investigação. A colheita de dados e a sua análise são as duas operações que ocorrem nesta fase. (Fortin, 2009).

Uma vez colhidos os dados, tornou-se necessário tratá-los e analisá-los para a posterior discussão. Para que isto fosse possível, recorreu-se ao programa estatístico SPSS, versão 16. No tratamento estatístico dos dados, foram aplicados os procedimentos da estatística descritiva. Para Fortin (2009), este tipo de estatística visa “destacar o conjunto dos dados brutos tirados de uma amostra de maneira que sejam compreendidos”. Utilizam-se, normalmente, os quadros e os gráficos para apresentar os resultados.

1. Dados Referentes à Caracterização Demográfica dos Idosos em Estudo

A amostra é composta por 52 idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 86 anos.

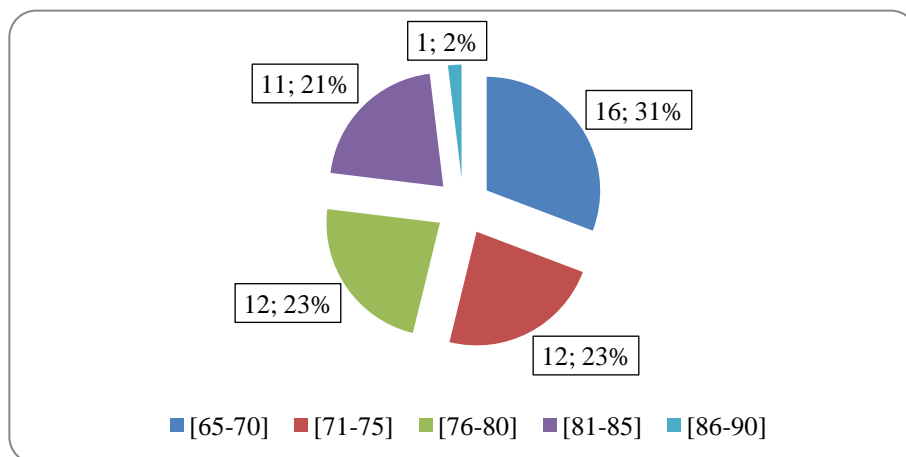


Gráfico 5 – Grupo etário

Os idosos inquiridos incluem-se maioritariamente no grupo etário [65-70] correspondendo a 31% da amostra. Nos grupos etários [71-75] e [76-80] encontra-se o mesmo número de idosos, ou seja, 12 idosos em cada um; 21% da amostra tem idades

compreendidas entre 81 e 85 anos. O grupo etário [86-90] representa a minoria da amostra com um idoso.

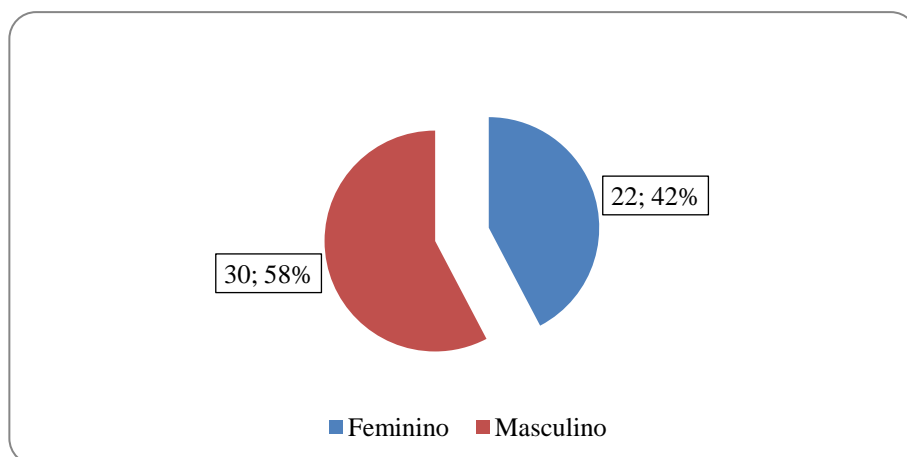


Gráfico 3 – Género

Relativamente ao género, 30 idosos, que corresponde a 58% da amostra, são do género masculino; 42% da amostra, ou seja 22 idosos, são do género feminino

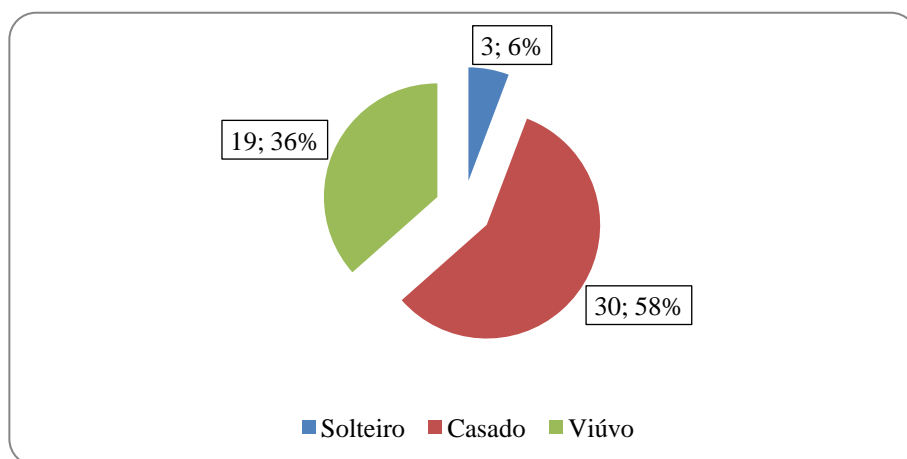


Gráfico 4 – Estado Civil

Quanto ao estado civil, foram definidos cinco estados: solteiro, divorciado, união de facto, casado e viúvo. No entanto, apenas três foram assinalados. Mais de metade da amostra, o que corresponde a 58%, é casada. O segundo estado civil mais frequente

nesta amostra é a viuvez com 19 idosos. 6% da amostra, o que corresponde a 3 idosos, são solteiros.

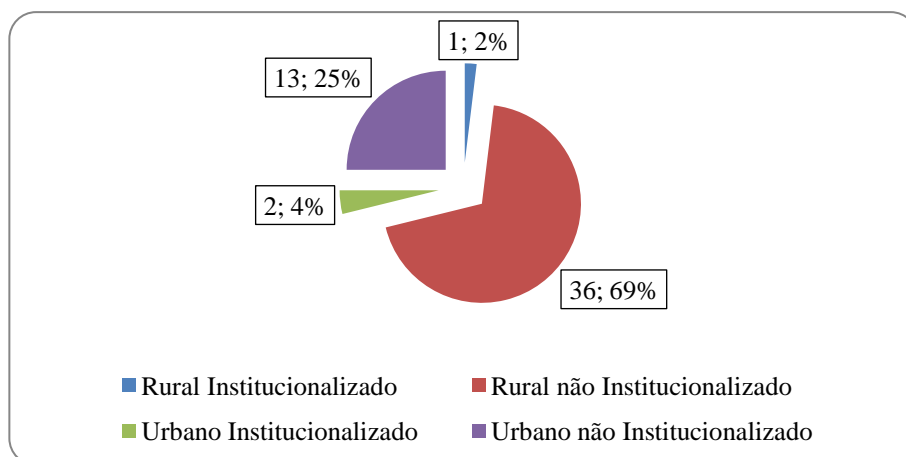


Gráfico 5 – Residência

No que diz respeito ao tipo de residência, foram admitidos quatro tipos: rural institucionalizado, rural não institucionalizado, urbano institucionalizado e urbano não institucionalizado. Uma grande percentagem dos idosos, 69% da amostra, reside num meio rural (aldeia), em casa própria. Em meio urbano (vila) e a residir em casa própria apresentam-se 13 idosos, o correspondente a 25% da amostra. Apenas 3 dos idosos da amostra se encontravam institucionalizados: 2 idosos em meio urbano e 1 idoso em meio rural.

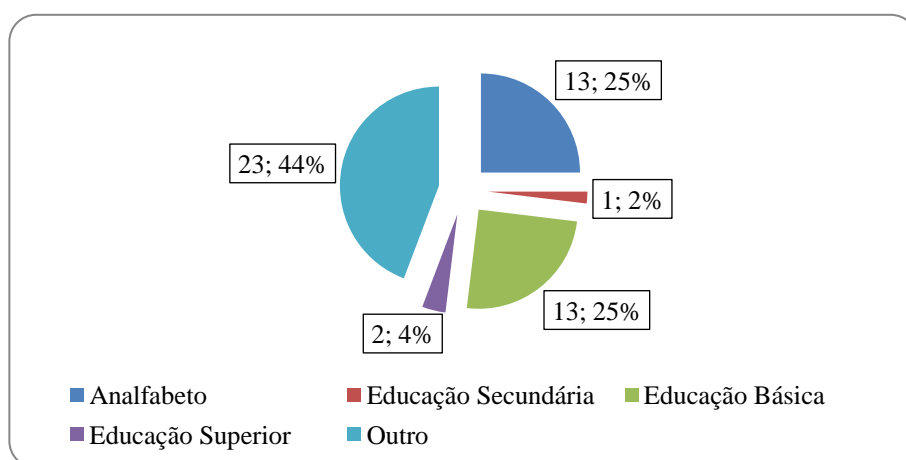


Gráfico 6 – Nível de Escolaridade

A grande maioria dos idosos desta amostra possui baixos níveis de escolaridade. Dos idosos inquiridos, 44% destes situaram-se noutra opção que não as apresentadas, por possuírem o 4º ano de escolaridade básica, ou então 1º ciclo do ensino básico incompleto. 13 idosos, o correspondente a 25% da amostra, não possuía qualquer nível de escolaridade. A mesma percentagem, 25% da amostra, possuía o ensino básico completo, ou seja, o 9º ano. Apenas 2 idosos, 4% da amostra, possuíam educação superior; 1 idoso, 2% da amostra, completou o ensino secundário.

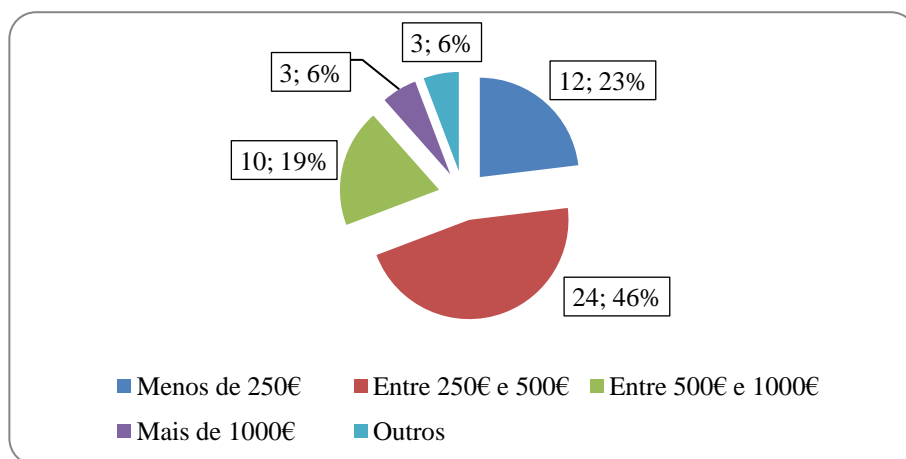


Gráfico 7 – Rendimento Mensal

Quanto aos rendimentos mensais, uma grande maioria dos idosos da amostra, 46%, diziam receber entre 250€ e 500€ por mês. Segue-se 23% da amostra, o correspondente a 12 idosos, com valores mensais abaixo de 250€. Existem nesta amostra 10 idosos que referiram receber entre 500€ e 1000€ por mês. Apenas 6% da amostra, o correspondente a 3 idosos, mencionou que recebia mais de 1000€ por mês. Uma pequena percentagem dos idosos da amostra, 6%, afirmou ter rendimentos mensais irregulares.

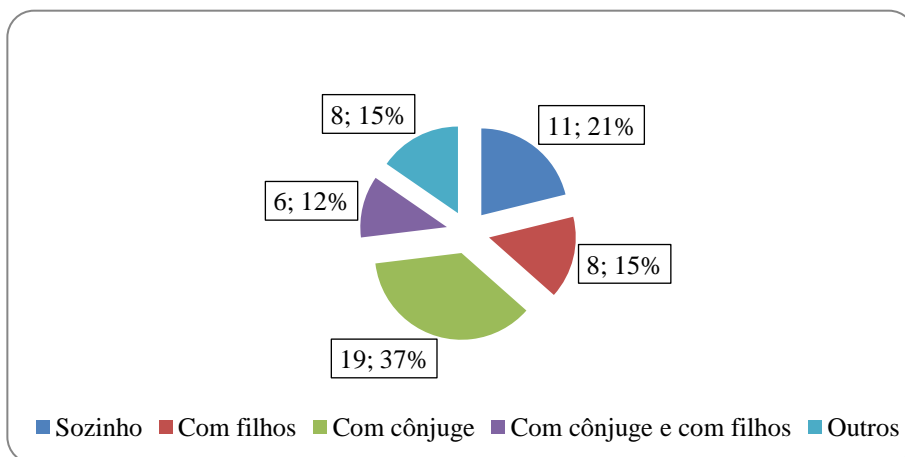


Gráfico 8 – Coabitação

Os resultados, relativamente à coabitação, foram muito díspares. A maioria dos idosos da amostra, que corresponde a 19 idosos, disse viver com o cônjuge. Em contrapartida, 21% da amostra, refere viver sozinho. A percentagem de idosos desta amostra que mencionou viver com os filhos é de 15%, o equivalente a 8 idosos. A mesma percentagem de idosos afirmou ter outras opções de coabitação que não estavam à escolha: com outros membros da família ou com pessoas que os ajudam nas tarefas domésticas. Uma percentagem mais baixa, 12% da amostra, revelou viver com o cônjuge e com filhos.

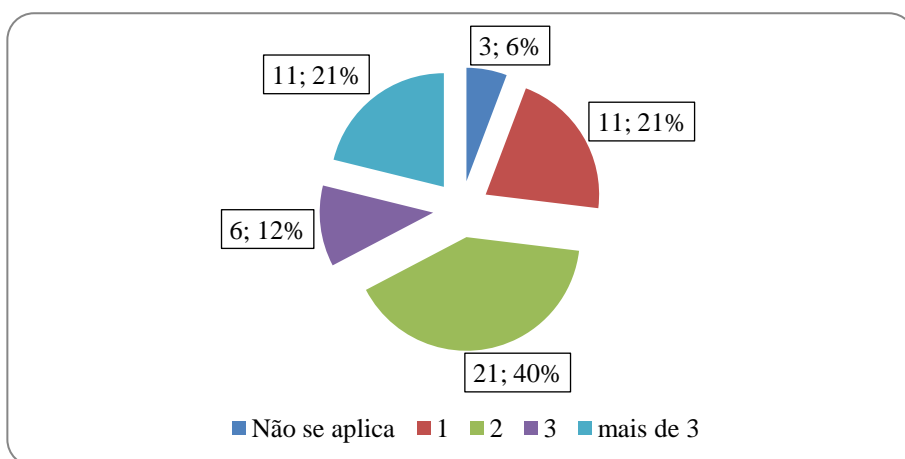


Gráfico 9 – Agregado Familiar

Quanto ao número de elementos do agregado familiar, 11 dos idosos da amostra disseram que vivem sozinhos, e 40% da amostra afirmou que o agregado familiar era

composto por dois elementos; neste caso, a maioria refere residir com o cônjuge. Os 3 idosos institucionalizados não souberam especificar quantos seriam os idosos na sua instituição, por isso criou-se a opção “não se aplica”. 12% dos idosos desta amostra, o correspondente a 6 idosos, referiram que viviam num agregado familiar composto por 3 elementos e 11 idosos disseram que viviam num agregado familiar com mais de 3 pessoas.

2. Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados Referentes às Variáveis em Estudo

Para Fortin (2009), a finalidade da análise dos resultados passa por considerar em detalhe os resultados que se obtiveram, no sentido de realçar o importante.

No momento de interpretar os resultados, deve ter sido em conta o tipo de investigação que foi realizada. Os estudos descritivos têm por objetivo “saber como se reparte uma dada população em relação aos conceitos ou às variáveis estabelecidas ou medir a frequência dos diferentes valores de uma característica numa população.”. (Fortin, 2009)

A escala de solidão da UCLA “não questiona diretamente os sujeitos sobre se se sentem sós, mas procura avaliar a solidão indiretamente.”. (Neto, 1989) Portanto, procedeu-se à apresentação individual de cada um dos itens que compõe a escala de solidão da UCLA.

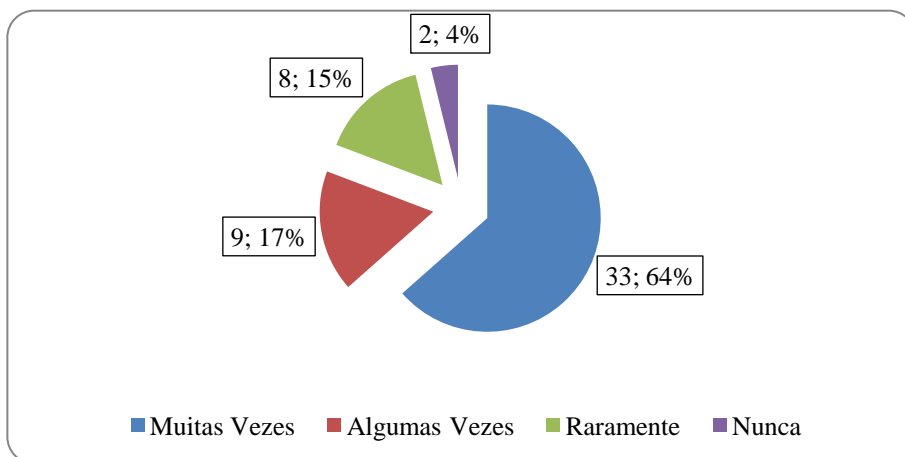


Gráfico 10 – “Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta”

Relativamente ao primeiro item da escala de solidão da UCLA, uma grande parte da amostra, 33 idosos, referiu sentir-se em sintonia com as pessoas que estão à sua volta. 9 idosos afirmaram que se sentiam em sintonia com as pessoas que estavam à sua volta algumas vezes. 15% da amostra disse que raramente se sentia em sintonia com as pessoas que estavam à sua volta. Apenas 2 idosos disseram que nunca se sentiam em sintonia com as pessoas que estavam à sua volta.

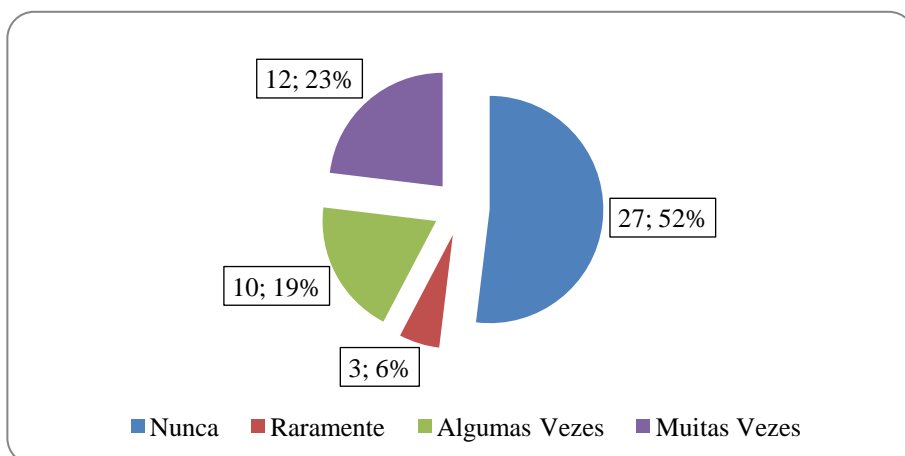


Gráfico 11 – “Sinto falta de camaradagem”

O segundo item desta escala está relacionado com a camaradagem. Segundo o dicionário português, a camaradagem tem como sinónimo a convivência amigável entre camaradas. Da amostra, 27 idosos, o correspondente a 52%, afirmaram que nunca sentiram falta de camaradagem; 23% referiu ter sentido falta de camaradagem muitas

vezes. 10 idosos responderam que sentiram falta de camaradagem algumas vezes. Uma pequena parte da amostra, 6%, afirmou que raramente sentiram falta de camaradagem.

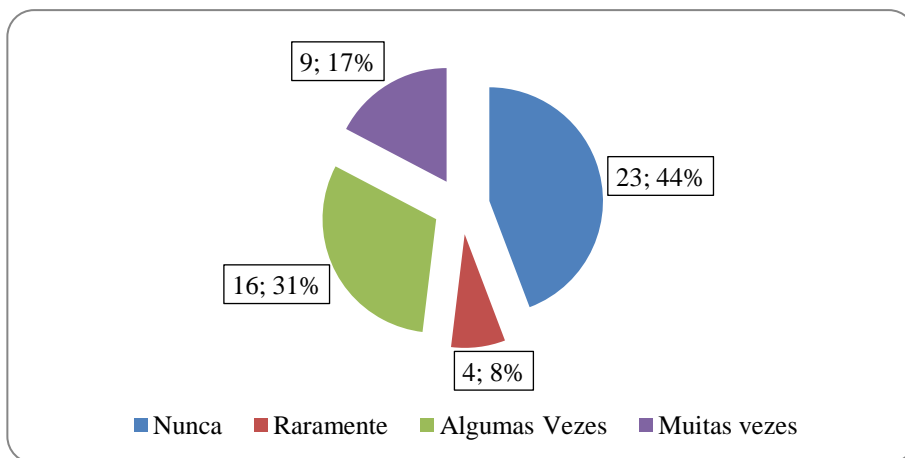


Gráfico 12 – “Não há ninguém a quem possa recorrer”

No terceiro item da escala, 23 idosos referiram que nunca sentiam que não tinham ninguém a quem recorrer. 31% da amostra afirmou que algumas vezes não tinha a quem recorrer. 9 idosos, o correspondente a 17% da amostra, declarou que muitas vezes não tinham ninguém a quem pudessem recorrer. Somente 8% da amostra disse que raramente sentiam que não havia ninguém a quem pudessem recorrer.

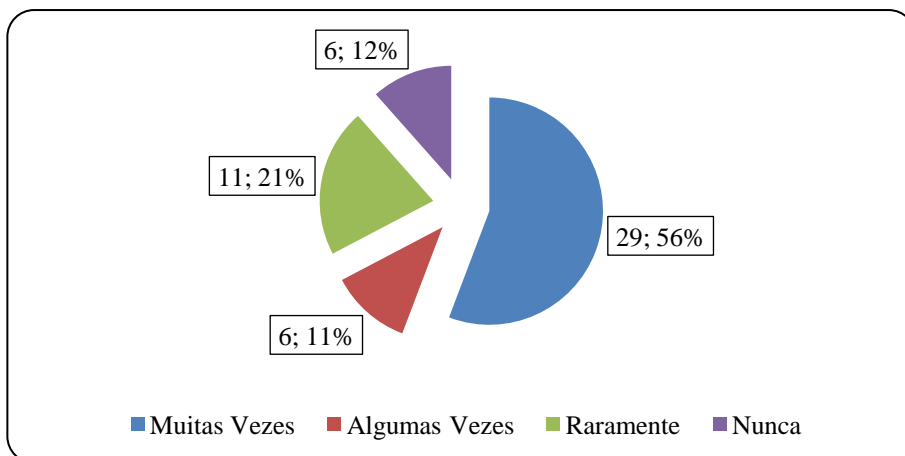


Gráfico 13 – “Sinto que faço parte de um grupo de amigos”

O quarto item da escala de solidão da UCLA questiona os indivíduos sobre a sua inclusão num grupo de amigos. Mais de metade da amostra, 56%, respondeu que sentia muitas vezes que fazia parte de um grupo de amigos. Em contrapartida, 6 idosos disseram que nunca sentiam que faziam parte de um grupo de amigos. O mesmo número de idosos afirmou que algumas vezes sentia que fazia parte de um grupo de amigos. Desta amostra, 11 idosos declararam que raramente sentiam que faziam parte de um grupo de amigos.

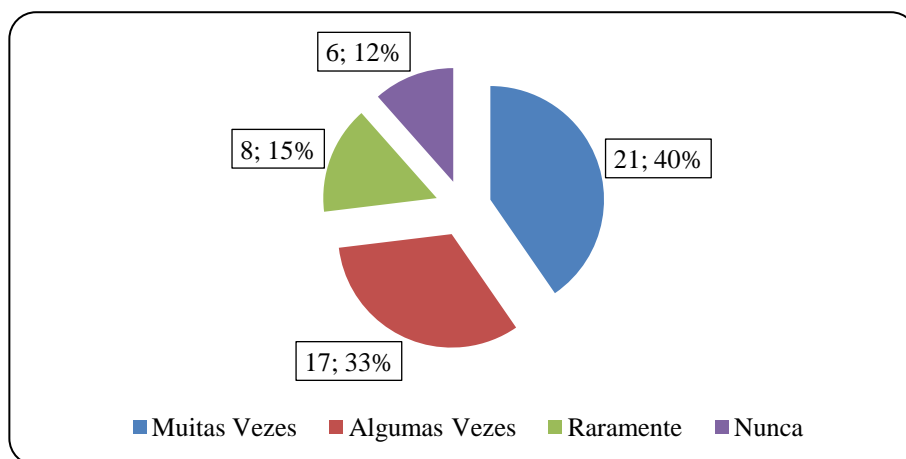


Gráfico 14 – “Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam”

Relativamente à afirmação “tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam”, 40% dos idosos inquiridos respondeu «muitas vezes», 17 idosos responderam «algumas vezes», 15% dos idosos respondeu «raramente» e 6 idosos responderam «nunca».

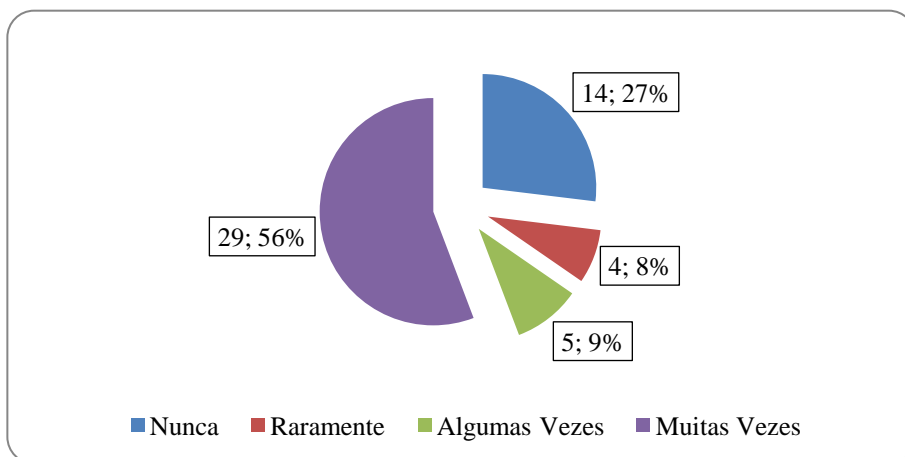


Gráfico 15 – “Já não sinto mais intimidade com ninguém”

No que diz respeito à expressão “já não sinto mais intimidade com ninguém”, mais de metade da amostra, 56% referiu que já não sentia intimidade com ninguém muitas vezes. Em contrapartida, 14 idosos responderam que nunca sentiam que a sua intimidade com alguém terminou. 4 idosos responderam que raramente não sentiam intimidade com ninguém e 5 idosos afirmaram que já não sentiam intimidade com ninguém, algumas vezes.

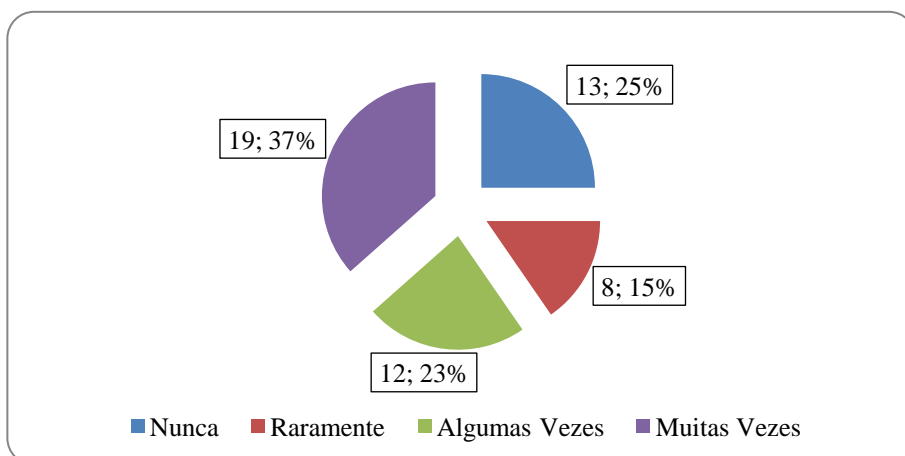


Gráfico 16 – “Os meus interesses e ideias já não são partilhados por aqueles que me rodeiam”

O sétimo item está relacionado com a partilha de interesses e ideias. Relativamente a esta afirmação, 19 idosos responderam que muitas vezes não acontecia partilha de interesses e de ideias pelas pessoas à sua volta; 12 idosos, o correspondente a 23% da amostra, afirmou sentir esta fragilidade algumas vezes. Foram 13 os idosos que

declararam nunca sentir que os seus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que os rodeiam e 8 idosos disseram que raramente lhes aconteceu os seus interesses e ideias não serem partilhados pelas pessoas à sua volta.

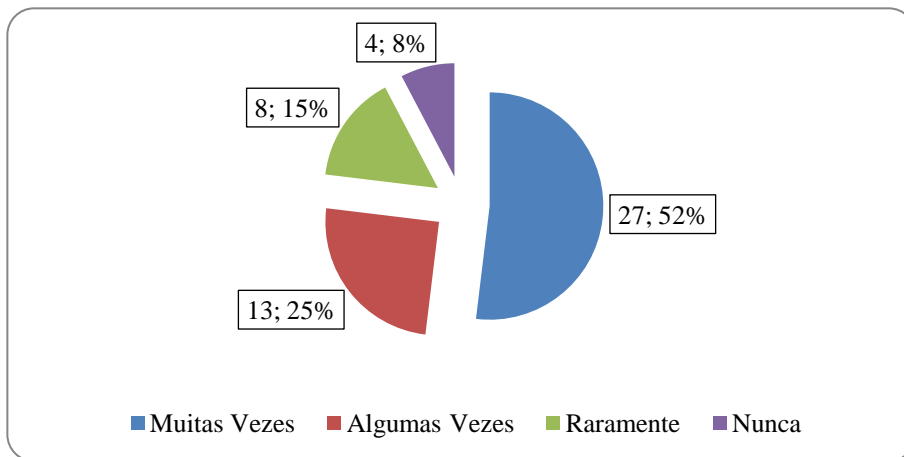


Gráfico 17 – “Sou uma pessoa voltada para fora”

Mais de metade da amostra, o equivalente a 52%, afirmou que era uma pessoa voltada para fora muitas vezes. Pelo contrário, apenas 4 idosos responderam que nunca eram voltados para fora. Já 13 idosos disseram que algumas vezes conseguiam ser pessoas voltadas para fora e 15% da amostra referiu que raramente eram pessoas voltadas para fora.

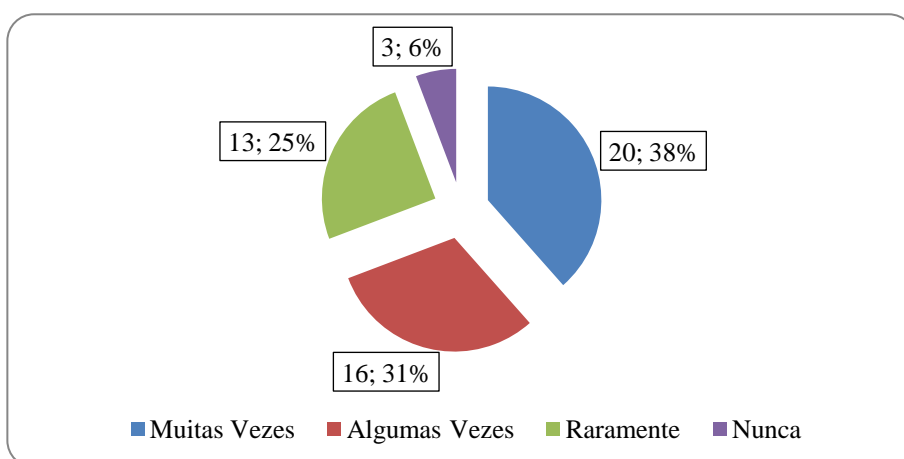


Gráfico 18 – “Há pessoas a quem me sinto chegado”

Na 9ª afirmação da escala de solidão da UCLA, 20 idosos afirmaram que sentiam muitas vezes que havia pessoas a quem se sentiam chegados; 16 idosos responderam que algumas vezes existiam pessoas das quais se sentiam próximos. 25% dos idosos desta amostra declarou que raramente sentiam as pessoas chegadas a eles; apenas 6% disseram que nunca sentiam que existiam pessoas a quem se sentiam chegados.

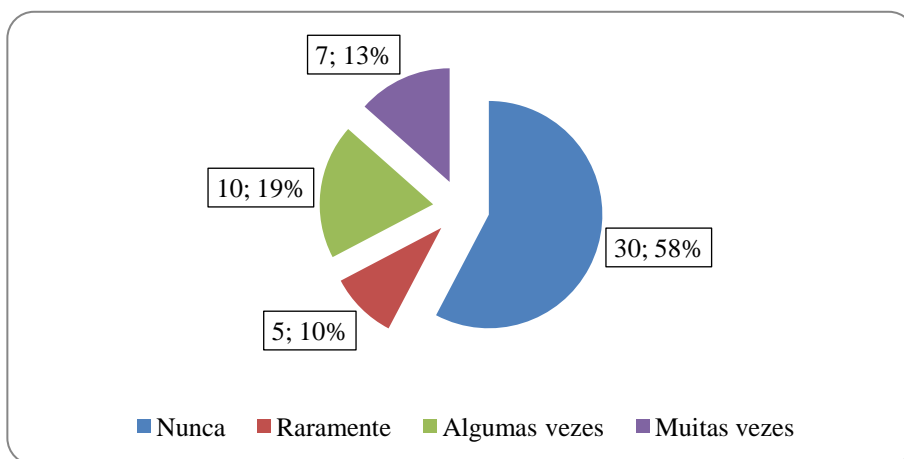


Gráfico 19 – “Sinto-me excluído/a”

Relativamente à afirmação “sinto-me excluído/a”, 58% dos idosos disse que nunca se sentiu excluído. Apenas 7 idosos sentiram a exclusão muitas vezes. 19% da amostra admitiu que já sentiu a exclusão algumas vezes e 5 idosos raramente se sentiram excluídos.

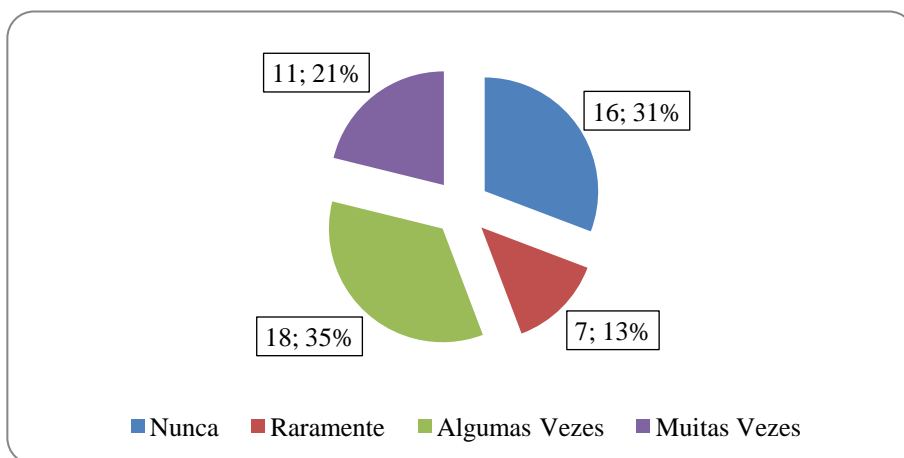


Gráfico 20 – “Ninguém me conhece realmente bem”

Na frase “ninguém me conhece realmente bem” 16 idosos, o equivalente a 31% da amostra, revelou que nunca sentiram que ninguém os conhece realmente bem; 7 idosos da amostra referem sentir raras vezes. 35% da amostra mencionou que já sentiu algumas vezes que ninguém os conhecia realmente bem e 11 idosos disseram que sentiram muitas vezes que ninguém os conhecia realmente bem.

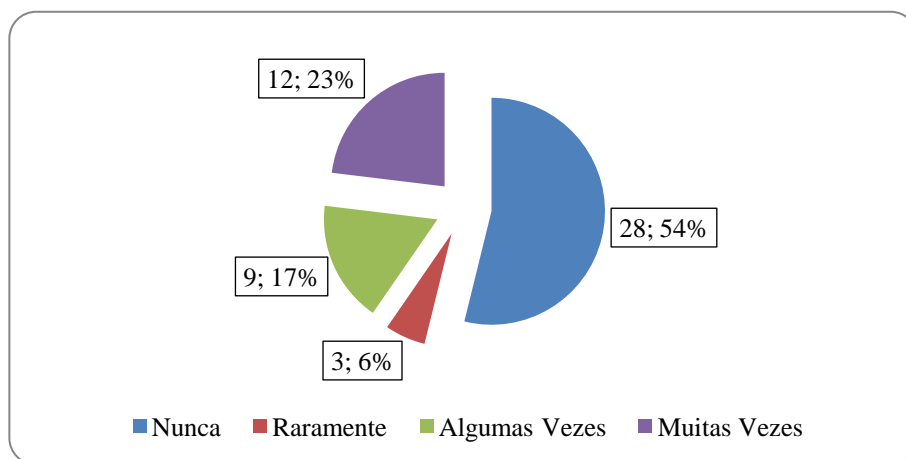


Gráfico 21 – “Sinto-me isolado/a dos outros”

No 12º item da escala de solidão da UCLA, 28 idosos, o equivalente a 54% da amostra, revelou que nunca se sentiu isolado das pessoas que estão à sua volta. Um número reduzido de idosos, 3, referiu que raramente se sentiu isolados dos outros. 17% da amostra afirmou sentir-se isolado dos outros algumas vezes, e 12 idosos revelaram que já o sentiram muitas vezes.

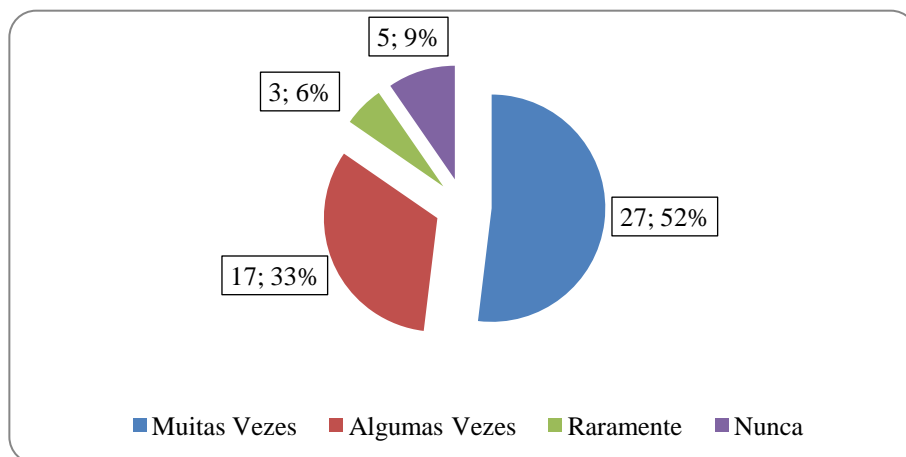


Gráfico 22 – “Consigo encontrar camaradagem quando quero”

À afirmação “consigo encontrar camaradagem quando quero”, 27 idosos responderam que o conseguiam muitas vezes, 33% da amostra revelou que o conseguia algumas vezes, 3 idosos responderam que raramente o conseguiam e 5 idosos afirmaram que nunca o conseguiam.

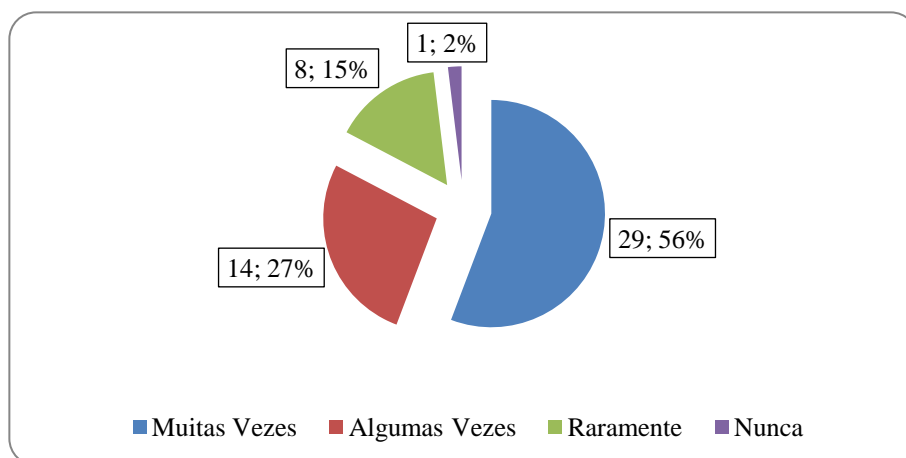


Gráfico 23 – “Há pessoas que me compreendem realmente”

Mais de metade da amostra, 56% revelou que existiam pessoas que os compreendiam realmente muitas vezes. 14 idosos, o correspondente a 27% da amostra disse que existiam pessoas que os compreendia realmente algumas vezes e 8 idosos disseram que raramente havia pessoas que os compreendiam realmente. Apenas um idoso respondeu a esta afirmação com a resposta «nunca».

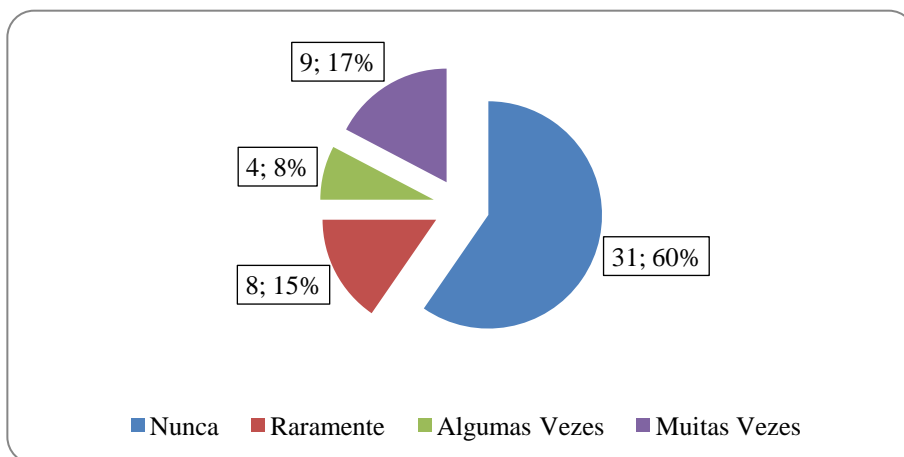


Gráfico 24 – “Sou infeliz por ser tão retraído/a”

Através do gráfico anterior, podemos observar que 31 idosos responderam que nunca era infelizes por serem retraídos. Pelo contrário, 9 idosos, 17% da amostra, revelaram que eram muitas vezes infelizes por serem tão retraídos. 4 idosos disseram que eram algumas vezes infelizes por serem tão retraídos e 8 idosos afirmaram que raramente eram infelizes por retração.

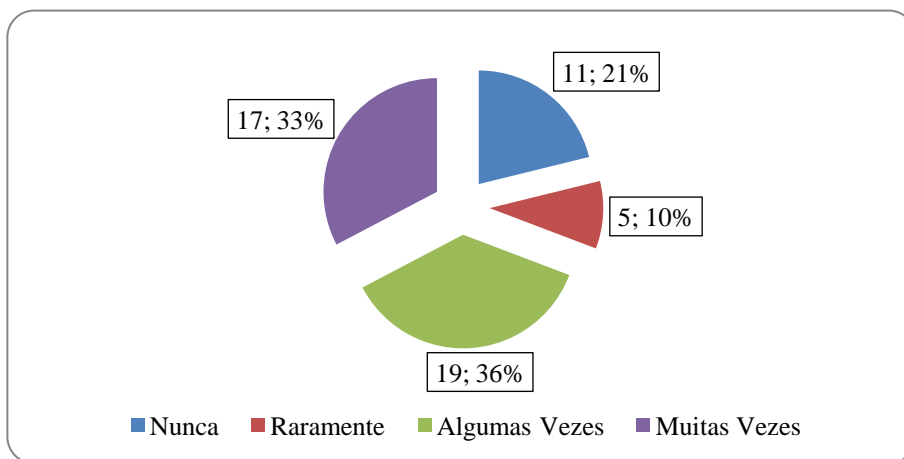


Gráfico 25 – “As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo”

Dos idosos inquiridos, 17 destes afirmaram que sentiam muitas vezes que as pessoas estavam à sua volta, mas que na realidade não estavam com eles; 36% da amostra afirmou que sentia algumas vezes que as pessoas estavam à sua volta, mas não estavam com eles; 11 idosos responderam a esta afirmação dizendo que nunca sentiram que as

peças estivessem à sua volta, mas não estarem com eles. Apenas 5 idosos referiram que raramente sente isto.

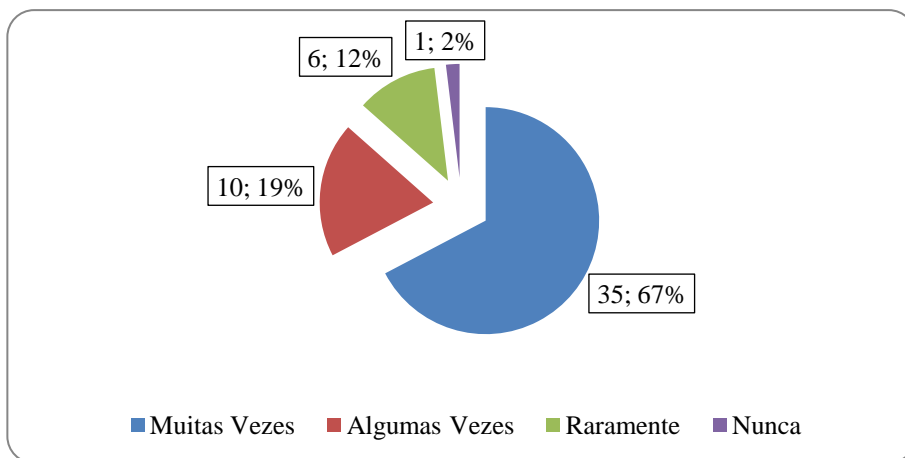


Gráfico 26 – “Há pessoas com quem consigo falar”

A grande maioria dos idosos afirmou que existiam pessoas com quem conseguiam falar: 67% da amostra afirmaram-no muitas vezes e 19% afirmaram-no algumas vezes. Apenas 6 idosos revelaram que raramente existiam pessoas com quem conseguiam falar e 1 idoso que admitiu que nunca havia pessoas com quem conseguia falar.

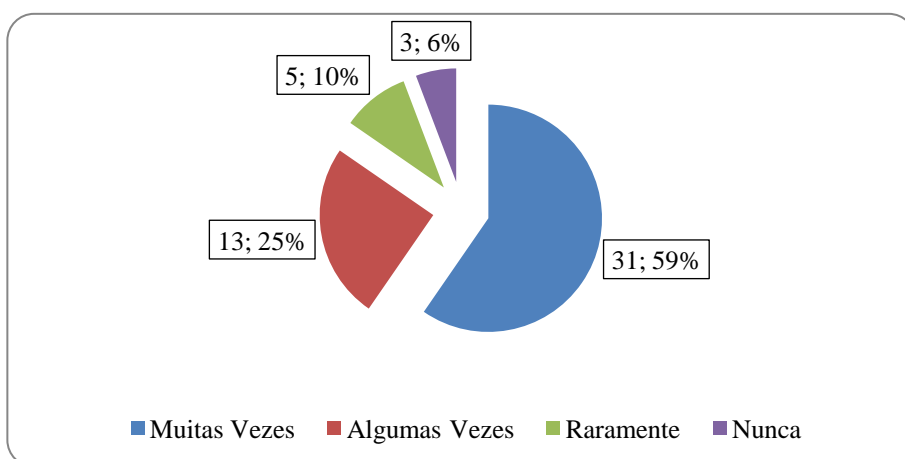


Gráfico 27 – “Há pessoas a quem posso recorrer”

Finalmente, à última afirmação da escala de solidão da UCLA 31 idosos revelaram que havia, muitas vezes, pessoas a quem recorrer e 13 idosos afirmaram que essas pessoas

só existiam algumas vezes. Apenas 10% da amostra disse que raramente existiam pessoas a quem podiam recorrer e 6% admitiu que nunca existiam essas pessoas.

Tendo por base o objetivo geral deste estudo, conhecer o nível de solidão nos idosos de Ponte de Lima, obtiveram-se os seguintes resultados:

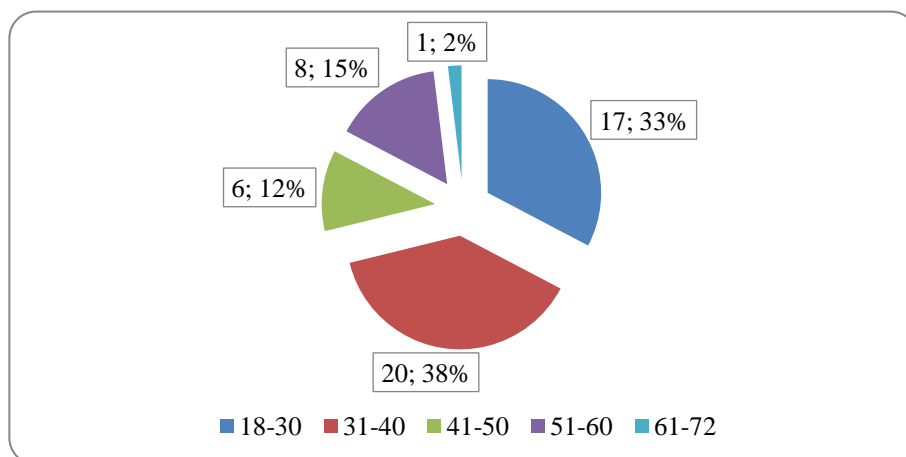


Gráfico 28 – Nível de solidão dos idosos de Ponte de Lima

17 idosos, o correspondente a 33% da amostra apresentou níveis mínimos de solidão [18-30]; 38% da amostra apresentou níveis de solidão entre [31-40]; 6 idosos, 12% da amostra, apresentavam níveis médios de solidão [41-50]; 15% da amostra apresentou níveis de solidão entre [51-60]. Apenas existiu um idoso que apresentou níveis máximos de solidão.

De uma forma geral, a maioria dos idosos de Ponte de Lima apresentou níveis baixos de solidão.

Os resultados obtidos não vão de encontro a alguns estudos já realizados, mas podem ser suportados por um fator: as diferenças que as pessoas apresentam na facilidade em reconhecer ou admitir a solidão. O medo que as pessoas sentem pelo estigma associado à solidão pode, indubitavelmente, afetar as suas respostas. (Neto, 2000)

Segundo um estudo de Paúl (1996) (*cit in* Marques e Barbosa, 2003), a solidão é vista “como o aspeto central de toda a problemática relativa ao bem-estar subjetivo do idoso, tendo sido frequente a verbalização deste sentimento independentemente do respetivo contexto.”.

Num estudo realizado por Neto e Barros (2001) cujo objetivo era detetar diferenças na solidão em pessoas de três grupos etários (adolescentes, adultos e idosos), os idosos e os adolescentes sentiam mais a solidão que os adultos. Neste mesmo estudo, os idosos apresentaram uma média de solidão de 42,9.

Barroso e Tapadinhas (2006) realizaram um estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados sobre os sentimentos de solidão e depressão face ao envelhecimento que demonstrou que os idosos que viviam em instituições apresentavam mais sentimentos de solidão.

Segundo Pedrozo e Portella (2003), alguns idosos mencionam a dor física, outros, trazem a dor da perda da identidade corporal e o isolamento social, mas, em todos os casos, há solidão e tristeza.

Considerou-se pertinente neste estudo, cruzar algumas das variáveis sociodemográficas com os níveis de solidão dos indivíduos.

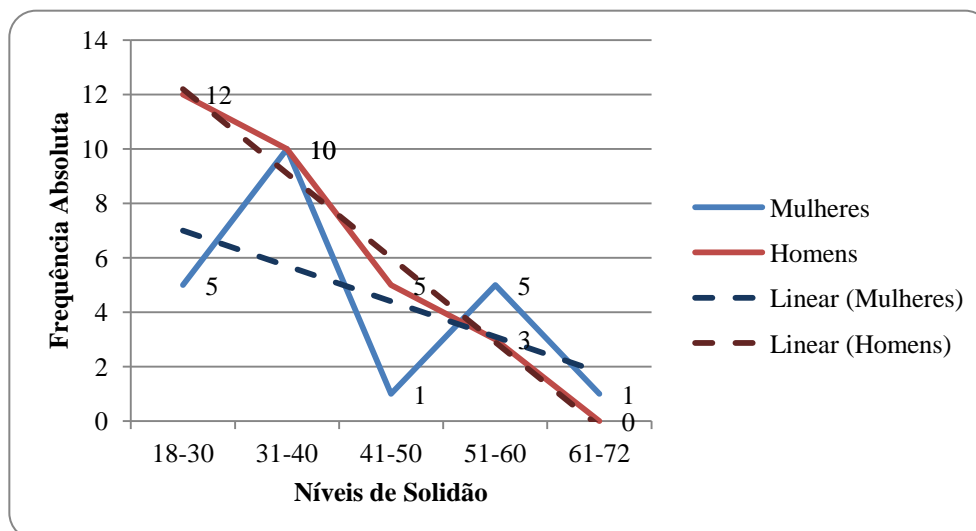


Gráfico 29 – Género Vs Solidão

Através deste gráfico, pode-se verificar que os níveis de solidão diferem nos géneros, feminino e masculino. Os idosos do sexo masculino de Ponte de Lima experimentaram níveis mais baixos de solidão em relação às mulheres idosas de Ponte de Lima.

De acordo com o estudo realizado por Lopes *et all* (2009), as mulheres sentem-se mais solitárias do que os homens: “parece que o sentimento de solidão é sentido mais em mulheres do que em homens pela forma de construção e expressão do afeto diferente entres os sexos.”. De acordo com Veras (1988) (*cit in Lopes et all, 2009*), existem dois fatores que originam um período mais extenso de solidão para as mulheres viúvas (ou separadas) em relação aos homens. O primeiro fator está intimamente ligado com a longevidade que a vida da mulher atinge, tornando o número de viúvas maior do que o número de viúvos; o segundo fator tem a ver com o facto de a mulher casar mais jovem do que o homem.

Para Barreto (1984) (*cit in Marques e Barbosa, 2003*) afirmam que a solidão é mais frequente nas mulheres, porém em termos afetivos atinge uma profundidade maior nos homens: quando o isolamento atinge o homem surge como algo forçado, causando-lhe frustração; pelo contrário, a mulher encara o isolamento de forma mais natural, pois foi-se preparando para ele ao longo da vida.

Num estudo realizado por Neto e Barros (2001), o feito principal do género não revelou grande significância, no entanto, os idosos do género masculino apresentavam um valor médio dos níveis de solidão de 41,8 e os idosos do género feminino apresentavam uma média de 43,9 dos níveis de solidão. Para Clancy e Gove (1974) (*cit in* Neto e Barros, 2001) assume-se frequentemente que as mulheres, em relação aos homens, são mais emotivas e apresentam maiores taxas de certas doenças mentais.

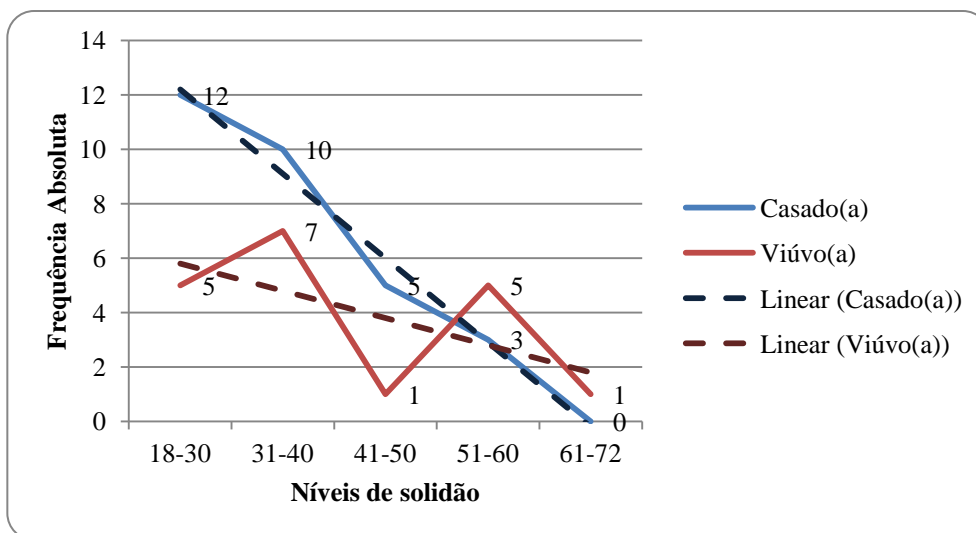


Gráfico 30 – Estado Civil Vs Solidão

O gráfico acima representado mostra que os idosos casados que participaram neste estudo sentem níveis mais baixos de solidão do que os idosos viúvos. Apenas se cruzaram estes dois estados civis porque a amostra em estudo era maioritariamente composta por idosos casados e idosos viúvos. Neste estudo participaram 30 idosos casados e 19 idosos viúvos.

Esta constitui uma evidência apoiada por alguns estudos e autores. Weiss (1982) (*cit in* Neto, 2000) afirmou que as pessoas casadas sofrem menos de solidão do que as pessoas que não estão casadas.

Barroso e Tapadinhas (2006), através do seu estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados sobre sentimentos de solidão e

depressividade face ao envelhecimento constataram que os solteiros e divorciados assumiam níveis mais elevados de solidão do que os casados.

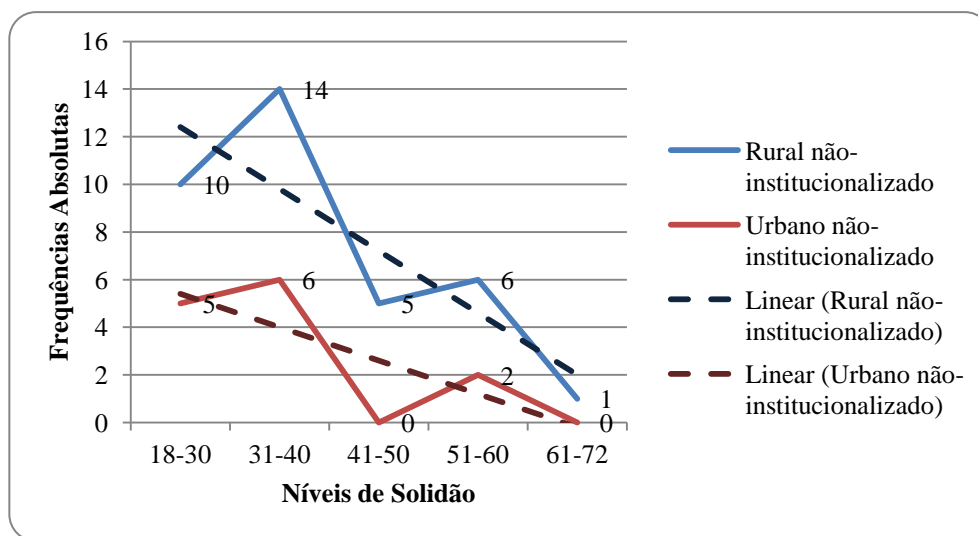


Gráfico 31 – Residência Vs Solidão

Como na amostra apenas existiam três idosos institucionalizados (um do meio rural e dois do meio urbano), optou-se por comparar os níveis de solidão nos 36 idosos não institucionalizados do meio rural e nos 13 idosos não institucionalizados do meio urbano. Admitiu-se que as aldeias pertencentes ao concelho de Ponte de Lima constituiriam o meio rural e a vila de Ponte de Lima o meio urbano. Ainda que o número de idosos não institucionalizados a viver em meio rural seja superior nesta amostra, pode observar-se que apenas existem dois idosos não institucionalizados a residir em meio urbano com níveis de solidão [51-60].

No entanto, estes resultados são contrapostos por Marques e Barbosa (2003) que afirmam que o meio urbano, ao gerar várias dinâmicas de relacionamento entre os indivíduos, tem uma tendência para “marginalizar os mais fracos e desfavorecidos, incapazes de manter o seu ritmo e a apagá-los, retirando-lhes qualquer visibilidade social.”. As autoras acrescentam ainda: “envelhecer na cidade é arriscar-se a acabar os seus dias cada vez mais só.”.

Por sua vez, num inquérito sobre a solidão realizado por Rubenstein e Shaver (1982) (*cit in* Neto, 2000) não existem diferenças nos níveis de solidão entre as pessoas que residem em zonas rurais e as que residem em zonas urbanas.

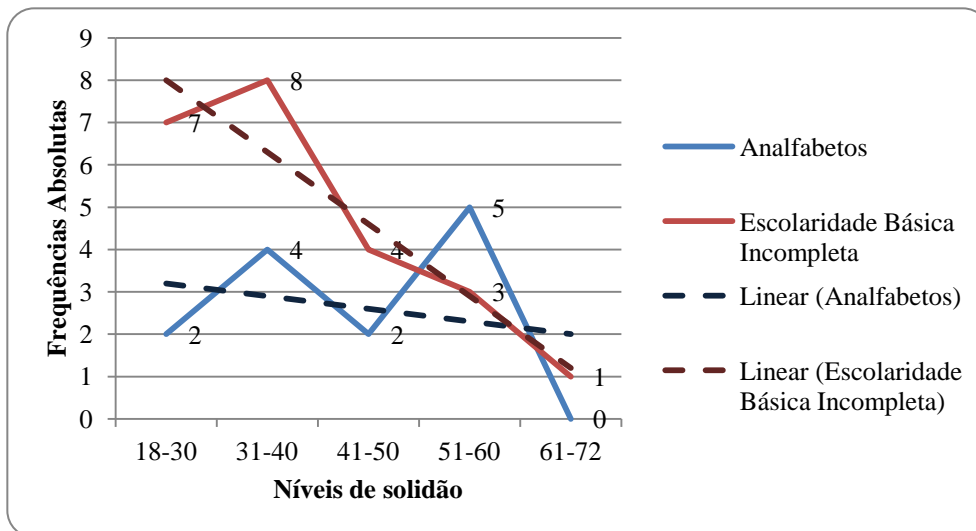


Gráfico 32 – Nível de Escolaridade Vs Solidão

Assim como nos gráficos anteriores, foram selecionados os dois níveis de escolaridade mais comuns da amostra: analfabetos e escolaridade básica incompleta. Esta última foi categorizada como “outro” nos dados referentes à caracterização demográfica dos idosos em estudo, porque a maioria dos idosos não apresentava níveis de escolaridade que se integrassem nas outras categorias apresentadas no questionário. Assim, na amostra existiam 13 idosos analfabetos e 23 idosos com a escolaridade básica incompleta. Pode-se constatar através do gráfico 32 que os idosos analfabetos experimentam níveis mais elevados de solidão do que aqueles com a escolaridade básica incompleta.

Num estudo conduzido por Paúl (1992) (*cit in* Marques e Barbosa, 2003) verificou-se que os idosos analfabetos apresentavam níveis mais elevados de solidão devido à dificuldade que sentiam no acesso às informações, escritas ou faladas, fortalecendo assim o seu isolamento. Estas conclusões vão de encontro aos resultados obtidos neste estudo.

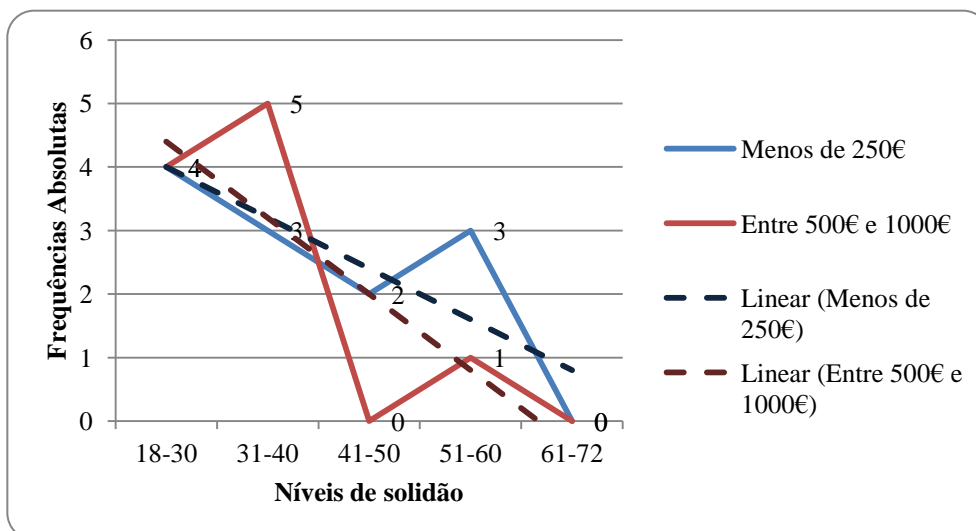


Gráfico 63 – Rendimento Mensal Vs Solidão

A amostra deste estudo era composta por 12 idosos com rendimento mensal inferior a 250€ e 10 idosos com rendimentos mensais entre 500€ e 1000€. Para além destes intervalos de valores, existiam outros idosos na amostra com rendimentos entre 250€ e 500€ e mais de 1000€. O gráfico evidencia que os idosos que recebiam entre 500€ e 1000€ experimentavam níveis de solidão mais baixos do que os idosos que recebiam menos de 250€.

Weiss (1972) (*cit in Neto, 2000*) afirma que a solidão é mais comum nas pessoas pobres do que nas ricas, que vem de encontro aos resultados obtidos: “boas relações podem manter-se mais facilmente quando as pessoas têm tempo e dinheiro para atividades de lazer.”.

Barreto (1984) (*cit in Marques e Barbosa, 2003*) referiu que os níveis mais elevados de solidão em classes mais baixas acontecem porque existem poucos interesses específicos assim como uma baixa capacidade de ocupação em atividades de satisfação pessoal.

IV – CONCLUSÃO

Este trabalho de investigação teve um percurso organizado metodologicamente que permitiu, com rigor, encontrar resultados que proporcionam a elaboração de conclusões, sendo que a conclusão é apenas um ponto de partida para um novo começo de novos procedimentos que deverão ser desenvolvidos no percurso de tentar conhecer melhor e mais profundamente o fenómeno da solidão nos idosos de Ponte de Lima.

Na revisão bibliográfica deste projeto de investigação, foi abordado, primeiramente o envelhecimento com o intuito de perceber as mudanças, não só biológicas, que ocorrem nesta última etapa do ciclo vital.

Os meios de comunicação continuam a dar ênfase a alguns fenómenos que ocorrem em grupos vulneráveis, como é são protagonistas os idosos. A solidão com que os idosos se deparam no quotidiano e as consequências nefastas deste sentimento continuam também a ser objeto de preocupação de muitas áreas da investigação. Se os indivíduos devem ser vistos de uma forma holística, então quem cuida deles deverá ter presentes as fragilidades biológicas, psicológicas e sociais do ser humano, sabendo que existe sempre uma interligação entre elas.

Os objetivos enumerados para este projeto foram cumpridos. Foi concluído que os idosos de Ponte de Lima apresentam baixos níveis de solidão, considerando a escala de avaliação da solidão da UCLA. Quanto à relação entre o nível de solidão e o género, concluiu-se que as idosas de Ponte de Lima apresentam níveis de solidão mais elevados do que os idosos de Ponte de Lima. Foi também avaliada a relação entre o nível de solidão e o estado civil: os idosos casados que participaram neste estudo sentem níveis mais baixos de solidão do que os idosos viúvos. No que diz respeito à relação existente entre o nível de solidão e a residência, este estudo demonstrou que os idosos residentes em meio rural apresentam níveis mais elevados de solidão. Relativamente ao nível de escolaridade, os idosos analfabetos experimentam níveis mais elevados de solidão do que aqueles que possuem algum nível de escolaridade. Por fim, avaliou-se a relação entre o nível de solidão e o rendimento mensal: os idosos que recebem entre 500€ e

1000€ experimentam níveis de solidão mais baixos do que os idosos que recebem menos de 250€.

Perante estas conclusões, considera-se que o presente estudo apresenta algumas limitações que podem auxiliar a formulação de algumas sugestões. A par da colheita de dados, evidenciou-se que os idosos participantes no estudo demonstravam mais necessidade de exprimir as suas emoções, os seus sentimentos e as suas necessidades do que em responder concretamente às questões incluídas no questionário. Assim, torna-se pertinente projetar um estudo com abordagem qualitativa, a fim de aprofundar o problema em estudo através do conhecimento dos contextos que envolvem o fenómeno.

Urge também a necessidade de formar a sociedade e, mais concretamente, as organizações sociais e as famílias, de modo a construir um processo de sensibilização para os fenómenos do envelhecimento, do isolamento e da solidão.

Para cumprir o princípio da justiça (Lo (2008)), pretende-se divulgar os resultados obtidos até ao momento através deste estudo, a fim de dar conhecimento de alguns parâmetros da realidade estudada.

Os contextos de realização do presente estudo, realizado aquando do processo de formação no âmbito da graduação em enfermagem, fez eclodir obstáculos múltiplos, como a inexperiência em investigação e os limites de tempo, que se foram progressivamente transformando em desafios para o desenvolvimento científico e organizacional, pela obrigatoriedade em gerir de forma harmoniosa, todos os recursos disponíveis para a concretização, em tempo útil, dos objetivos do estudo presente.

V – BIBLIOGRAFIA

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação. Da Conceção à Realização*. 3ª Edição. Loures, Lusociência.

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas do Processo de Investigação*. 4ª Edição. Loures, Lusociência.

Ghiglione, R. e Matalon, B. (2005). *O Inquérito. Teoria e Prática*. 4ª Edição. Oeiras, Celta Editora.

Marconi, M. e Lakatos, E. (2007). *Técnicas de Pesquisa*. 6ª Edição. São Paulo, Editora Atlas S.A.

McGhie, A. (1979). *Psicologia para Estudantes de Enfermagem*. Lisboa. Editora Antídoto.

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

Netto, M. (2006). O Estudo da Velhice: Histórico, Definição do Campo e Termos Básicos. In: Freitas, E. et alii (Ed.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.

Pais, J. (2006). *Nos Rastos da Solidão. Deambulações Sociológicas*. 2ª Edição. Porto, Âmbar.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais. Trajetos*. 1ª Edição. Lisboa, Gradiva.

Paúl, C. e Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Climepsi Editores.

Ruiperez, I e Florence, P. (1998). *Guias para a Prática de Enfermagem – Geriatria*. Rio de Janeiro, Editora Macgraw-Hill.

Spirduso, W. (2005). *Dimensões Físicas do Envelhecimento*. Brasil, Editora Manole.

Almeida, M. (1999). Cuidar o Idoso: Revelações da Prática de Enfermagem. In: Costa, M. et alii. (Ed.) *O Idoso. Problemas e Realidades*. 1ª Edição. Coimbra, Formasau.

Berger, L. (1995). Contexto dos Cuidados em Gerontologia. In: Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (Ed.) *Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global*. 1ª Edição. Lisboa, Lusodidacta.

Jeckel-Neto, E. e Cunha, G. (2006). Teorias Biológicas do Envelhecimento. In: Freitas, E. et alii (Ed.) *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2ª Edição. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan.

Lo, B. (2008). Abordando Questões Éticas. In: Hulley, S. et alii (Ed.) *Delineando a Pesquisa Clínica. Uma Abordagem Epidemiológica*. 3ª Edição. Porto Alegre, Artmed.

Mailloux-Poirier, D. (1995). As Teorias do Envelhecimento. In: Berger, L. e Mailloux-Poirier, D. (Ed.) *Pessoas Idosas. Uma Abordagem Global*, 1ª Edição. Lisboa, Lusodidacta.

Rodrigues, C. (2007). Psicologia da Saúde e Pessoas Idosas. In: Teixeira, J. (Ed.) *Psicologia da Saúde. Contextos e Áreas de Intervenção*. 1ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores, pp. 235-248.

Silva, M. (2005). Saúde Mental e Idade Avançada. Uma Perspetiva Abrangente. In: Paúl, C. e Fonseca, A. (Ed.) *Envelhecer em Portugal*. 1ª Edição. Lisboa, Climepsi Editores.

Barroso, V. e Tapadinhas, A. (2006). Orfãos Geriatras: Sentimentos de Solidão e Depressividade Face ao Envelhecimento. [Em linha]. Disponível em <<http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Orf%C3%A3os%20Geriatras.pdf>>. [Consultado em 12/12/2011].

Basto, M. *Investigação em Enfermagem - Temáticas atuais a nível académico*. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.ice-mac.org/pdf/colectanea/3.pdf>>. [Consultado em 11/06/2010].

Marques, P. e Barbosa, C. (2003). A Solidão na Terceira Idade. [Em linha]. Disponível em <<http://www.esse.ualg.pt/gerontologia/jacinto/A%20Solid%C3%A3o%20na%20Terceira%20Idade.htm>>. [Consultado em 25/03/2012].

Neto, F. (1989). Avaliação da Solidão [Em linha]. Disponível em <http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Avaliacao_Solidao_Felix_Neto.pdf>. [Consultado em 19/12/2011].

Direção Geral de Saúde. [Em linha]. Disponível em <<http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>>. [Consultado em 03/04/2012].

Infopédia. Enciclopédia e Dicionários Porto Editora. [Em linha]. Disponível em <<http://www.infopedia.pt/lingua-portuguesa/camaradagem>>. [Consultado em 30/06/2012].

Instituto Nacional de Estatística. Censos 2011 – Resultados Provisórios [Em linha]. Disponível em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=129675729&DESTAQUESmodo=2>. [Consultado em 27/03/2012].

Instituto Nacional de Estatística. Dia Internacional do Idoso [Em linha]. Disponível em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=73639&DESTAQUESmodo=2>. [Consultado em 27/03/2012].

Instituto Nacional de Estatística. Estatísticas Demográficas [Em linha]. Disponível em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=83386785&DESTAQUESmodo=2>. [Consultado em 27/03/2012].

Socialgest. [Em linha]. Disponível em <<http://www.socialgest.pt/cgi-bin/registos/scripts/redirect.cgi?redirect=EkkZkFVIVAliycHuGe>>. [Consultado em 04/04/2012]

Carrilho, M. (2009). A Situação Demográfica em Portugal Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, nº48 [Em linha]. Disponível em <http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=83358831&DESTAQUESmodo=2>. [Consultado em 18/03/2012].

Ferreira-Alves, J. e Novo, R. (2006). Avaliação da Discriminação Social de Pessoas Idosas em Portugal. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (1) [Em linha]. Disponível em <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4466/1/5.%20Jos%C3%A9%20Ferreira-Alves.pdf>>. [Consultado em 17/03/2012].

Lopes, R. *et alii* (2009). Entendendo a Solidão do Idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano* 6 (3/Set/Dez). [Em linha]. Disponível em <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/article/view/362/818>>. [Consultado em 12/04/2012].

Lourenço, R. e Veras, R. (2006). Mini-exame do Estado Mental: Características Psicométricas em Idosos Ambulatoriais. *Revista Saúde Pública* 40 (4) [Em linha]. Disponível em <<http://www.crde-unati.uerj.br/cipi/pdf/meem.pdf>>. [Consultado em 19/07/2012].

Martins, R. (2002). Envelhecimento Demográfico. *Millenium – Revista do ISPV, n° 26* [Em linha]. Disponível em <<http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/626/1/Envelhecimento%20demogr%C3%A1fico.pdf>>. [Consultado em 13/12/2011].

Neto, F. e Barros, J. (2001). Solidão em Diferentes Níveis Etários. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento* 3 (3) [Em linha]. Disponível em <<http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Solid%C3%A3o%20em%20diferentes%20n%C3%ADveis%20et%C3%A1rios.pdf>>. [Consultado em 25/03/2012].

Pedrozo, S. e Portella, M. (2003). Solidão na Velhice: Algumas Reflexões a Partir da Compreensão de um Grupo de Idosos. *Boletim da Saúde* 17 (2/Jul/Dez) [Em linha]. Disponível em <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_19solidaoVelhice.pdf>. [Consultado em 12/12/2011].

Rodrigues, R. (2008). Validação da Versão em Português Europeu de Questionário de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos. *Revista Panam Salud Publica* 23 (2) [Em linha]. Disponível em <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v23n2/06.pdf>>. [Consultado em 18/03/2012].

ANEXOS

Anexo 1: Declaração do Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Designação do Estudo

“A solidão nos idosos de Ponte de Lima”

Caro(a) Colaborador(a)

No âmbito de um trabalho de investigação eu, Luísa Maria da Costa Amorim Barbosa, aluna da Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências de Saúde – Unidade de Ponte de Lima, da Licenciatura em Enfermagem, pretendo efetuar um estudo sobre a solidão nos idosos de Ponte de Lima, cujo objetivo é verificar o nível de solidão nos idosos de Ponte de Lima.

Para participar, apenas terá de preencher um teste de avaliação cognitiva seguido de um questionário que se encontra dividido em duas partes: a primeira parte é constituída por questões sociodemográficas; a segunda parte consiste no preenchimento de uma escala sobre a solidão. Se por qualquer razão não quiser participar, tem todo o direito de o fazer. A sua participação é voluntária e pode ser interrompida a qualquer momento sem que para isso lhe seja imposta qualquer prejuízo ou penalização. As suas respostas serão tratadas de forma anónima e a análise dos dados será apresentada como um todo, salvaguardando a confidencialidade da informação. De referir também que a utilização dos dados recolhidos se destina exclusivamente para fins de investigação.

Os meus agradecimentos pela atenção dispensada.

O investigador:

Luísa Maria da Costa Amorim Barbosa

Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, tomei conhecimento do objetivo da investigação e do que tenho que fazer para participar no estudo. Compreendi que tenho a possibilidade de recusar participar no estudo de investigação, sem que para isso precise de justificar a minha escolha. A informação dada para o estudo será apenas a que eu entender dar, com a garantia de que será respeitada a confidencialidade dos dados no momento da divulgação dos resultados. Além disso, foi-me transmitido que tenho o direito de interromper a minha participação a todo o tempo no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo pessoal. Por isso, consinto que me seja aplicado o método e instrumentos propostos pelo investigador, para a realização do respetivo estudo.

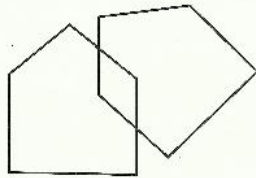
Anexo 2: Mini Exame do Estado Mental

MINI-MENTAL STATE - MMS	
NOME: _____	DATA: ____ de ____ de ____
IDADE: ____ Anos	
1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta).	
Em que ano estamos?	_____
Em que mês estamos?	_____
Em que dia do mês estamos?	_____
Em que dia da semana estamos?	_____
Em que estação do ano estamos?	_____
Em que país estamos?	_____
Em que distrito vive?	_____
Em que terra vive?	_____
Em que casa estamos	_____
Em que andar estamos	_____
	Nota: _____
2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida). "Vou dizer três palavras; queria que as repetísse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cór".	
Pêra	_____
Gato	_____
Bola	_____
	Nota: _____
3. ATENÇÃO E CÁLCULO (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas.) "Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".	
27 __ 24 __ 21 __ 18 __ 15 __	Nota: _____
4. EVOCAÇÃO (1 ponto por cada resposta correcta.) "Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".	
Pêra	_____
Gato	_____
Bola	_____
	Nota: _____
5. LINGUAGEM (1 ponto por cada resposta correcta).	
a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:	
Relógio	_____
Lápis	_____
	Nota: _____
b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"	
	Nota: _____
c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa", (ou "sobre a cama", se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.	
Pega com a mão direita	_____
Dobra ao meio	_____
Coloca onde deve	_____
	Nota: _____
d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto ler-se a frase.	
Fechou os olhos	_____
	Nota: _____
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.	
	Nota: _____

Collier, Folstein e McHugh, 1977, segundo atribuição portuguesa de Marlene Guemir e outros, 1993. Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz, Lisboa, 5ª edição

6. **HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto pela cópia correcta.)
Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar, tremor ou rotação.

DESENHO



CÓPIA

(Máximo 30 pontos)

TOTAL:

**Pontos de Corte
(População Portuguesa)**

Considera-se com Defeito Cognitivo:

- Analfabetos ≤ 15
- 1 a 11 anos de escolaridade ≤ 22
- Com escolaridade superior a 11 anos ≤ 27

FECHE OS OLHOS

Anexo 3: Instrumento de Colheita de Dados

I – Parte – Caracterização da amostra

Questionário nº _____

1. Idade: _____ anos

2. Género

Feminino

Masculino

3. Estado civil

Solteiro(a)

Casado(a)

Divorciado(a)

Viúvo(a)

União de facto

Outro: _____

4. Residência: _____

5. Nível de escolaridade

Analfabeto

Educação básica

Educação secundária

Educação superior

Outro: _____

6. Rendimentos

Menos de 250€

Entre 250€ e 500€

Entre 500€ e 1000€

Mais de 1000€

Outros: _____

7. Com quem vive

Sozinho

Com cônjuge

Com filhos

Com cônjuge e com filhos

Com irmão (s)

Outros: _____

8. Agregado familiar: elementos

II – Parte: ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA**(Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989)**

Por favor, leia cada uma das frases e, em seguida, desenhe um círculo à volta de um dos números de cada linha, para indicar se a frase corresponde ao não, em diferentes graus, àquilo que pensa e sente. Não existem respostas certas ou erradas. Algumas das afirmações podem parecer iguais. Mas cada uma é diferente e deve ser classificada por si própria.

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

Muito obrigada pela colaboração!**Luísa Maria da Costa Amorim Barbosa**