

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO E
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE FARO

QUALIDADE DE VIDA E SOLIDÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Ana Luísa Vicente Marrachinho

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof^ª. Doutora Carolina Moreira da Silva de Fernandes de Sousa

2014

UNIVERSIDADE DO ALGARVE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E COMUNICAÇÃO E
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE FARO

QUALIDADE DE VIDA E SOLIDÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Ana Luísa Vicente Marrachinho

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Prof^ª. Doutora Carolina Moreira da Silva de Fernandes de Sousa

Faro, Setembro de 2014

QUALIDADE DE VIDA E SOLIDÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Declaração de Autoria de Trabalho:

Declaro ser a aurora deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam da lista de referências incluídas.

Copying Ana Luísa Vicente Marrachinho

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

Dedico este trabalho

*Ao meu Avô Gilberto
e à minha Minha Avó Francisca,
que cuidaram de mim com esmerado cuidado,
cuja rectidão de carácter tem sido até hoje ,
meu referencial de vida*

Agradecimentos

Quero agradecer a Deus a Fé e a Esperança de levar a bom termo a caminhada que resolvi empreender ao realizar o Mestrado de Gerontologia Social.

Seguidamente a todos os Professores que lecionaram as diferentes Unidades Curriculares e possibilitaram o meu enriquecimento Pessoal e Académico.

Agradeço à Professora Doutora Carolina de Sousa que com dedicação competência e profissionalismo, confiou no meu trabalho.

Ao Professor Hugo Mártires, doutorando da Universidade de Huelva, que se disponibilizou para me apoiar na elaboração da base de dados o meu muito obrigada pelo seu contributo no desenvolvimento da análise estatística deste estudo.

Ao grupo de investigação Português da WHOQOL-Bref, pela autorização de aplicação do instrumento de recolha de dados, particularmente à Professora Doutora Cristina Canavarro.

Quero igualmente agradecer ao Professor Doutor Félix Neto, pela autorização concedida em aplicar a escala de Solidão, UCLA.

Aos responsáveis institucionais e funcionários que viabilizaram a implementação dos diferentes questionários. Em especial ao Reverendíssimo Padre Domingos com quem falei pessoalmente.

A todos os idosos que participaram no presente estudo, sem os quais não teria sido possível a realização desta investigação.

Aos meus amigos de sempre, os quais me motivaram e aos que apesar de distantes no tempo contribuíram de uma forma ou de outra para a realização do mesmo. Aos meus amigos a todos sem exceção que tentaram compreender as minhas ausências. Não quero deixar de mencionar a minha pequena mas grande amiga Carolina que me faz acreditar todos os dias que é possível envelhecer ao lado dos mais velhos com um carinho muito especial no sorriso que expressa ao evocar o bizinha.

Ao meu Avô à minha Avó e à Madrinha a quem eu vi envelhecer em família e que me ensinaram a crescer.

À minha família, em especial à minha mãe pelo suporte afetivo que sempre me transmitiu, na força de ânimo para atingir os meus objetivos. Um reconhecido agradecimento ao meu irmão Pedro pelas suas gracinhas. À minha sobrinha Júlia por me fazer acreditar no amanhã junto dos mais velhos.

A todos sem exceção, um grande obrigada.

Resumo

A temática deste trabalho prende-se com a Qualidade de Vida e Solidão em idosos Institucionalizados, dado o envelhecimento da população ser uma problemática da atualidade, à qual Portugal não é indiferente.

O presente estudo tem como principal objetivo conhecer a Qualidade de Vida e a Solidão dos Idosos Institucionalizados, nomeadamente na Aldeia de S. José de Alcalar (Portimão), Santa Casa da Misericórdia de Portimão, Lar Esperança (Portimão), Lar o Nosso Ninho em Lagoa e a Santa Casa da Misericórdia de Lagos.

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, com suporte numa metodologia de carácter transversal. Utilizámos como instrumentos de recolha de dados, um questionário sociodemográfico, o questionário WHOQOL-Bref, (desenvolvido pela OMS na sua versão abreviada) versão Portuguesa e a escala UCLA, traduzida e validada para a população Portuguesa por Neto (1989). A amostra do estudo foi constituída por 160 idosos, com recurso ao tratamento estatístico SPSS, versão 21.

Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas para a perceção da qualidade de vida no que se refere, ao sexo ao nível do Domínio Psicológico, na escolaridade no Domínio Social, na variável doença existem diferenças ao nível da Faceta Geral, Domínio Físico, Psicológico. Existem igualmente diferenças ao nível das diferentes instituições, motivos de institucionalização, participação em atividades, quantidade de amigos e frequência de contacto com estes. Relativamente à solidão não se registaram diferenças ao nível do sexo e estado civil, existindo diferenças entre Lar (tradicional) e Lar/Aldeia. Verificam-se diferenças estatisticamente significativas com nível de confiança de 99% entre a QV e a Solidão, correlações negativas, logo relação inversa entre variáveis, assim quanto maior fôr a QV menor a perceção de Solidão (ou o inverso).

Em termos de considerações finais do estudo, tudo indicia que será necessário manter os idosos funcionais, evitar o isolamento social (privação de convívio), para uma melhor QV e menor Solidão destes, em que o “grupo” se pode apresentar como um recurso precioso para intervenção, pelo que se devem delinear novas estratégias, reformular as políticas socioeducativas e idealizar novas estruturas visando intervir ao nível da promoção de saúde.

Palavras Chave: Envelhecimento, Qualidade de Vida, Solidão, Idoso Institucionalizado.

Abstract

The present work in this project, reflects the main theme that we are about to discuss “Quality of Life and Loneliness in Institutionalized Elderly in Caring Homes”, because of the late age of the population that is a problem in today’s society, in which we include Portugal.

This project’s main goal is to know Quality of Life and Loneliness of the Elderly in Caring Homes, in these places: Aldeia de São José de Alcalar (Mexilhoeira Grande – Portimão), Santa Casa de Misericórdia de Portimão, Lar Esperança (Portimão), Lar “O Nosso Ninho” (Lagoa) and Santa Casa da Misericórdia de Lagos.

It’s a descriptive study, with multidisciplinary methods. We gathered instruments of collecting data, a socialdemographic survey, the survey in Portuguese WHOQOL-Bref (developed by Worldwide Health Organization, in a brief version) and the scale UCLA, translated and validated for the Portuguese population by Neto (1989). This work, was done with a gathered sample of 160 elderly people. The data was introduced in SPSS Statistics System, version 21.

It was found, significant differences in the perception of quality of life, in which refers to the gender in the level of Psychological Domain, the level of education on the Social Domain, in the disease variable there are differences in the General Facet, physical and Psychological Domain. There are also differences in the level of the different institutions, reasons for institutionalization, activity participation, number and frequency of friends that are still in touch. Regarding to the solitude there are no differences in the variable gender and civil status, although there some differences between the traditional caring home and Caring Home in a Village. The present study has a level of trust of 99% between QV and Loneliness, Negative Correlations, Inverse relation between variables, as bigger as QV, as less perception of solitude as the inverse.

We would like to say in this final words of the study, that all indicates that will be necessary preserve the elderly functional, avoid social lonesomeness (care privation), for a best QV and less solitude, in which the group can be presented as a precious resource for intervention, in which we have to design new strategies, redesign social and education politics, and construct new structures in order to interact on the level of promoting health.

Keywords: Aging; Quality of Life, Loneliness, Institucionalized Elderly

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	18
Capítulo I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	
1. ENVELHECIMENTO	
1.1 - Pensar o Envelhecimento.....	22
1.2 - Pensar os Tipos de Envelhecimento.....	26
1.3 - Pensar Quando Começamos a Envelhecer.....	30
2. QUALIDADE DE VIDA	
2.1 - Pensar a Qualidade de Vida.....	34
2.2 - Perspetiva Histórica do Conceito de Qualidade de Vida.....	36
2.3 - Conceito de Qualidade de Vida.....	38
2.4 - Qualidade de Vida nos Idosos.....	41
2.5 - Qualidade de Vida Apresentada pelo Grupo WHOQOL.....	48
3. SOLIDÃO	
3.1 - Pensar a Solidão.....	51
3.2 – Definição de Solidão.....	58
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	
1. Problemática de Investigação.....	69
2. Objetivos de Investigação.....	71
3. Tipo de Estudo.....	72
4. População e Amostra.....	73
5. Variáveis de Estudo.....	75
5.1 - Variáveis Independentes.....	75

5.2 – Variáveis dependentes.....	80
6. Hipóteses.....	80
7. Instrumentos.....	82
7.1 - Questionário Sociodemográfico.....	82
7.2 - Escala de Qualidade de Vida – WHOQOL – Bref.....	83
7.3 - Escala de Solidão UCLA.....	86
8 - Procedimentos Ético Legais.....	88
8.1 - Procedimentos.....	89

CAPITULO III – APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

1. Análise Descritiva.....	94
2. Análise Inferencial.....	115

CAPITULO IV – DISCUSSÃO

Discussão.....	138
Considerações Finais.....	158
Referências Bibliográficas.....	164

ANEXOS

Anexo I - Questionário Sociodemográfico.....	171
Anexo II - Escala WHOQOL – Bref.....	174
Anexo III - Escala de Solidão UCLA.....	179
Anexo IV - Pedido para Aplicação do Instrumento de QV e UCLA.....	181
Anexo V - Resposta à Solicitação de Autorização dos Instrumentos.....	184

Anexo VI - Consentimento Informado.....	187
Anexo VII - Modelo de Carta para Pedido de Autorização e Apresentação do Estudo às Instituições e Aplicação dos Instrumentos.....	188
Anexo VIII – Resposta ao pedido de Autorização de aplicação dos Instrumentos em Instituição.....	191

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico n.º 3.1 – Gráfico da idade.....	95
Gráfico n.º 3.2 – Distribuição da amostra segundo a idade por classes.....	96
Gráfico n.º 3.3 – Distribuição da amostra segundo o sexo.....	97
Gráfico n.º 3.4 – Distribuição da amostra segundo a escolaridade.....	98
Gráfico n.º 3.5 – Distribuição da amostra segundo a profissão exercida por classes.....	99
Gráfico n.º 3.6 – Distribuição da amostra segundo a instituição.....	100
Gráfico n.º 3.7 – Distribuição da amostra segundo o estado civil.....	101
Gráfico n.º 3.8 – Distribuição da amostra segundo a doença atual.....	102
Gráfico n.º 3.9 – Distribuição da amostra segundo as tipologias de doença.....	103
Gráfico n.º 3.10 – Distribuição da amostra segundo a prática de uma religião.....	104
Gráfico n.º 3.11 – Distribuição da amostra segundo o motivo institucionalização.....	105
Gráfico n.º 3.12 – Distribuição da amostra segundo o regime da institucionalização....	106
Gráfico n.º 3.13 – Distribuição da amostra segundo o tempo em instituição.....	107
Gráfico n.º 3.14 – Distribuição da amostra segundo a frequência da ausência da instituição.....	108
Gráfico n.º 3.15 – Distribuição da amostra segundo a sua opinião a favor ou contra a instituição.....	109
Gráfico n.º 3.16 – Distribuição da amostra segundo a participação em atividades da instituição.....	110
Gráfico n.º 3.17 – Distribuição da amostra segundo o tipo de atividades em que participa na instituição.....	111
Gráfico n.º 3.18 – Distribuição da amostra segundo a percepção de ter amigos.....	112
Gráfico n.º 3.19 – Distribuição da amostra segundo a frequência de contato com amigos.....	113
Gráfico n.º 3.20 – Distribuição da amostra segundo o tipo de visitas.....	114

ÍNDICE TABELAS

Tabela n.º 1.1 – Sentimentos associados à Solidão.....	63
Tabela n.º 2.1 – Número de indivíduos por concelho e instituição que participam no estudos.....	74
Tabela n.º 2.2 – Fiabilidade da Versão Portuguesa WHOQOL-Bref domínios e total de itens.....	84
Tabela n.º 2.3 – Locais de aplicação do estudo/Instituições por concelho.....	91
Tabela n.º 3.1 – Estatísticas descritivas da idade.....	94
Tabela n.º 3.2 – Distribuição da amostra segundo a idade por classes.....	95
Tabela n.º 3.3 – Distribuição da amostra segundo o sexo.....	96
Tabela n.º 3.4 – Distribuição da amostra segundo a escolaridade.....	97
Tabela n.º 3.5 – Distribuição da amostra segundo a profissão exercida por classes.....	98
Tabela n.º 3.6 – Distribuição da amostra segundo a Instituição.....	99
Tabela n.º 3.7 – Distribuição da amostra segundo o estado civil.....	100
Tabela n.º 3.8 – Distribuição da amostra segundo a doença atual.....	101
Tabela n.º 3.9 – Distribuição da amostra segundo a tipologia de doenças.....	102
Tabela n.º 3.10 – Distribuição da amostra segundo a prática de uma religião.....	103
Tabela n.º 3.11 – Distribuição da amostra segundo o motivo da institucionalização.....	104
Tabela n.º 3.12 – Distribuição da amostra segundo o regime institucionalização.....	105
Tabela n.º 3.13 – Distribuição da amostra segundo o tempo em instituição.....	106
Tabela n.º 3.14 – Distribuição da amostra segundo a frequência da ausência da instituição.....	107

Tabela n.º 3.15 – Distribuição da amostra segundo a sua opinião a favor ou contra a instituição.....	108
Tabela n.º 3.16 – Distribuição da amostra segundo a participação em atividade da instituição.....	109
Tabela n.º 3.17 – Distribuição da amostra segundo o tipo de atividades em que participa na instituição.....	110
Tabela n.º 3.18 – Distribuição da amostra segundo a perceção de ter amigos.....	111
Tabela n.º 3.19 – Distribuição da amostra segundo a frequência de contato com amigos.....	112
Tabela n.º 3.20 – Distribuição da amostra segundo a preferência do tipo de visitas.....	113
Tabela n.º 3.21 – Estatísticas descritivas das escalas de Qualidade de Vida e Solidão.....	115
Tabela n.º 3.22 – Testes de Normalidade.....	116
Tabela n.º 3.23 – Estudo comparativo entre n.º de itens e valores de α entre os valores originais da escala de Qualidade de Vida e da escala de Solidão e valores de o presente estudo.....	117
Tabela n.º 3.24 – Correlação de Person entre idade e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida	118
Tabela n.º 3.25 – Estatísticas descritivas do sexo por Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	119
Tabela n.º 3.26 – Teste t Student entre o sexo e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	119
Tabela n.º 3.27 – Estatísticas descritivas entre a Escolaridade e o Domínio TWD3-Domínio Social da Qualidade de Vida.....	120
Tabela n.º 3.28 – Teste ANOVA entre a Escolaridade e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	121

Tabela n.º 3.29 – Estatísticas descritivas do teste T Student entre a Presença de doença e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	122
Tabela n.º 3.30 – Teste t de Student entre a Presença de doença e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	122
Tabela n.º 3.31 – Teste t de Student entre as crenças Religiosas e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	123
Tabela n.º 3.32 – Teste ANOVA entre a Instituição de acolhimento e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	124
Tabela n.º 3.33 – Teste ANOVA entre o motivo da institucionalização e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	125
Tabela n.º 3.34 – Estatísticas descritivas do teste t de Student entre o regime de institucionalização e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	127
Tabela n.º 3.35 – Teste t de Student entre o Regime de institucionalização e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	128
Tabela n.º 3.36 – Estatísticas descritivas do teste t de Student entre participação nas atividades da instituição e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	129
Tabela n.º 3.37 – Teste t Student entre a participação nas atividades da instituição e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	129
Tabela n.º 3.38 – Teste ANOVA entre a variável consideração da quantidade de amigos que os idosos têm e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	130
Tabela n.º 3.39 – Teste ANOVA entre a variável frequência de contacto com os amigos e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.....	131
Tabela n.º 3.40 – Estatísticas descritivas do teste t de Student entre o género e a escala de Solidão.....	132
Tabela n.º 3.41 – Teste t de Student entre o género e a Escala de Solidão.....	132

Tabela n.º 3.42 – Estatísticas descritivas entre o estado civil e a Escala de Solidão.....	133
Tabela n.º 3.43 – Teste ANOVA entre o estado civil e a Escala de Solidão.....	133
Tabela n.º 3.44 – Estatísticas descritivas do teste t de Student entre o regime de institucionalização e a Escala de Solidão	134
Tabela n.º 3.45 – Teste t de Student entre o regime de institucionalização e a escala de Solidão.....	134
Tabela n.º 3.46 – Estatísticas descritivas do teste r de Person entre a Escala de Qualidade de Vida e a Escala de Solidão.....	135
Tabela n.º 3.47 – Teste r de Person entre a Escala de Qualidade de Vida e a Escala de Solidão.....	136

ÍNDICE FIGURAS

Figura n.º 1.1 – Estrutura do Instrumento WHOQOL-Bref: Facetas e Domínio.....	50
--	----

ABREVIATURAS

Anova - Análise de Variância

INE - Instituto Nacional de Estatística

n.º - Número

OMS- Organização Mundial de Saúde

QV- Qualidade de Vida

WHO – World Health Organization

WHOQOL - World Health Organization Quality Of Life

WHOQOL-100- World Health Organization Quality Of Life Assessment

WHOQOL-bref - World Health Organization Quality Of Life – Brief Form

WDG - Faceta Geral

TWD1 – Domínio Físico

TWD2 - Domínio Físico

TWD3 – Domínio Psicológico

TWD4 – Domínio Ambiental

INTRODUÇÃO

Esta investigação tem por tema uma das problemáticas transversais a diferentes áreas do conhecimento a Qualidade de Vida e Solidão nos Idosos Institucionalizados. Neste sentido aprofundamos conhecimentos e questionamo-nos a nós próprios sobre como estamos a cuidar dos nossos idosos, que valores estamos a transmitir aos nossos filhos? Somos bons cuidadores? Estamos a deixar os nossos idosos envelhecer sozinhos? Que queremos para o nosso envelhecimento? Queremos melhorar a forma de cuidar? Como cuidar mais e melhor? Estas e outras perguntas que colocamos a nós próprios e por isso tentámos desvendar um pouco desse mundo que é envelhecer com Qualidade de vida e o menos só possível. É neste sentido que nos propomos tentar investigar a forma como de algum modo poderemos dar o nosso contributo, ajudando a melhorar a Qualidade de Vida e Solidão do Idoso Institucionalizado no concelho de Portimão, Lagos, Lagoa logo no barlavento Algarvio.

Com o crescente aumento demográfico da terceira idade, aumenta a preocupação com a qualidade de vida desta população que, por sua vez contribui para o desenvolvimento e alargamento de novas áreas das ciências humanas e sociais, como também a necessidade de reformular novas políticas, comprometendo assim entidades governamentais a uma tomada de decisão. O aumento generalizado do número de idosos faz com que surja a necessidade crescente de prestação de cuidados, atenção que potencie capacidades físicas, psíquicas, manutenção de autonomia, e um envelhecimento ativo bem sucedido. Neste sentido a Qualidade de Vida e a Solidão dos Idosos constitui uma mais valia no sentido de melhor entender a dinâmica dos idosos institucionalizados.

O envelhecimento é um processo universal complexo e contínuo que acompanha a pessoa humana ao longo da sua vida.

Envelhecer é um dos mais importantes desafios do século XXI, visto obrigar-nos a ponderar questões existenciais, políticas, económicas, sociais e a existência de idade de reforma, qual o lugar e o poder das pessoas idosas na sociedade, relacionamento entre gerações, a educação permanente, desenvolvimento ao longo do ciclo da vida, a

sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e a qualidade de vida das pessoas com idade avançada (Diener & Suh, 1998), tratando-se também de um privilégio a não desaproveitar.

Assim sendo, quando se fala de pessoas de idade avançada fala-se de pessoas que têm as suas características específicas e que são portadoras de um imenso conjunto de experiências, conhecimentos e aprendizagens feitas ao longo da vida. Não podem, nem devem ser estigmatizadas pela sociedade, são pessoas que têm as suas necessidades básicas, necessidades de reconhecimento, valorização, carinho e autonomia.

A partir de determinada idade, a pessoa torna-se mais vulnerável às agressões do meio envolvente. Com o avançar da idade, as agressões são causadoras de um enfraquecimento físico generalizado. Os problemas de saúde que surgem durante o envelhecimento são na maior parte, representantes de um declínio ao nível das funções físicas, mentais (Saldanha, 2009).

Deste modo, torna-se cada vez mais imprescindível intervir ao nível da promoção de um envelhecimento saudável, ou seja em envelhecimento autónomo, independente durante o maior período de tempo possível (Sequeira, 2010).

A Promoção de saúde é caracterizada pelo entendimento de saúde, sendo esta de vasto espectro de fatores, relacionados com qualidade de vida, incluindo uma adequada alimentação, habitação, saneamento, boas condições de trabalho, oportunidades de educação ao longo da vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, estilo de vida responsável e adequados cuidados de saúde Buss (2000 *cit.* por Melo, Souza, Leandro, Maurício, Silva & Oliveira 2009). De acordo com os mesmos autores a promoção de saúde deve auspiciar resolver múltiplos problemas de saúde que afetam populações, propondo a articulação entre o saber técnico e o popular mobilizando recursos institucionais e comunitários, públicos e privados numa tentativa de resolução.

Consideramos que a promoção da saúde e qualidade de vida são muito importantes em idosos, pois é fundamental que estes aprendam a lidar com as transformações do seu corpo, tirem proveito das suas condições físicas e psicológicas, no sentido de prevenir possíveis défices na saúde e promover a sua autonomia. Assim, é necessário que se procure e se trabalhe para encontrar um estilo de vida ativo, integrando atividades físicas na sua vida quotidiana e que estes encontrem qualidade de vida na nova etapa que estão a atravessar.

Só conhecendo esta população e as suas necessidades; é que poderemos ajudá-los onde mais carecem, através do desenvolvimento de interações direcionadas à promoção da saúde no idoso e no envelhecimento ativo.

Investigar o envelhecimento é um desafio, quer por se tratar de um área relativamente recente, quer por se tratar de um domínio que abrange quase todas as áreas da ciência e ciências humanas, até mesmo por ser um tema que se dirige diretamente a inúmeras facetas da vida individual.

Ao longo deste trabalho investigámos idosos institucionalizados em Lar-Aldeia e Lar (tradicional) no Concelho de Portimão, Lagoa e Lagos e neste sentido percecionamos a sua Qualidade de Vida e Solidão e os fatores que poderão estar a influencia-los.

O presente trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos. Assim, no primeiro capítulo apresenta-se uma reflexão sobre Envelhecimento, Qualidade de Vida e Solidão. Já o segundo capítulo é constituído pela metodologia, em que são enunciados a problemática do estudo, os seus objetivos, as hipóteses, a caracterização da investigação, a população, a amostra, as variáveis, os instrumentos, os procedimentos de recolha de dados e os procedimentos ético legais.

O terceiro capítulo integra a apresentação de dados e sua análise inferencial.

Por seu turno, no quarto capítulo apresenta-se a discussão de dados.

O trabalho finaliza com as considerações finais a que se seguem referências bibliográficas e os anexos, devidamente paginados.

CAPITULO I
ENQUADRAMENTO TEÓRICO

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1 – ENVELHECIMENTO

1.1 - Pensar o Envelhecimento

O aumento da esperança média de vida e o envelhecimento da população são fenómenos que todas as cidades do Mundo enfrentam e Portugal não é indiferente. Processando-se a um ritmo muito acelerado, assistindo-se a um aumento das pessoas mais idosas no topo da pirâmide e a uma diminuição dos indivíduos que nascem (na base). Segundo Fernandes (2001), trata-se de “involução demográfica, enquadra-se na tendência dominante da dinâmica das populações dos países desenvolvidos e da população mundial”.

A melhoria das condições de vida aliadas ao desenvolvimento da tecnologia e da ciência, adicionados a outros avanços sociais e demográficos, proporcionam o aumento da expectativa de vida e o crescimento do número de idosos. O envelhecimento populacional é uma tendência proporcionada por vários fatores. Entre eles destacam-se o declínio da taxa de mortalidade infantil, a redução do índice de fecundidade e o aumento das expectativas de vida. Todavia, é necessário mencionar que este processo não ocorreu de forma idêntica nas diferentes nações. Nos países desenvolvidos, o fenómeno do envelhecimento populacional foi gradativo e iniciado há mais de cem anos contrastando com os países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, nestes o envelhecimento é algo relativamente recente e que se processa de forma rápida (Silva, 2005). A humanidade está a atravessar um processo de mudança populacional denominado de “transição demográfica” em que diferentes sociedades humanas deixaram de possuir uma população predominantemente jovem para se transformarem em sociedades cada vez mais envelhecidas (Netto, 1997).

São diversas as abordagens sobre o processo de envelhecimento (Zarit & Knight, 1996; Alves, 1997; Costa, 1998; Brown & Lewis, 2003; Lima, 2004; Fonseca, 2005 *cit.* por Rebelo, 2007), a par destas abordagens existem representações sociais sobre envelhecimento que são na sua maioria, conotadas com atribuições negativas, onde o idoso surge associado a: frágil, dependente, pobre assexuado, infantil, esquecido (Rebelo, 2007), estando também à doença como senilidade, demência, pobreza, fealdade e outras ideias estereotipadas (Fernandes, 1996).

Em Portugal o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, dá particular interesse ao “Envelhecimento Ativo” propondo orientações de intervenção para a ocorrência da reorganização dos cuidados aos idosos numa perspetiva multidisciplinar e intersectorial, adequando os cuidados às necessidades específicas, atuando sobre determinantes de autonomia e independência, promovendo e desenvolvendo ambientes capacitantes de autonomia e independência (Ministério da Saúde, 2004), pretende com isso que a pessoa possa “viver o mais tempo possível, de forma independente, no seu meio habitual de vida, tem que ser um objetivo individual de vida e uma responsabilidade coletiva para com as pessoas idosas”(p 4).

Envelhecer segundo (Neri, 2001; Teixeira, 2006 *cit.* por Dalsenter & Matos, 2009), representa um processo ativo, universal, que evolui gradualmente com transformações no organismo e que se inicia no nascimento e irá terminar com a morte. Para Lima (2010), o termo envelhecimento é-nos familiar, mas a sua definição não é simples nem linear, tratando-se de um fenómeno complexo e multideterminado, para a generalidade das pessoas reporta-se a um processo biológico de sentido nocivo o que alguns autores designam de senescência. Iniciamos o envelhecimento na altura da conceção e continuamos dia após dia. Envelhecer trata-se pois de um processo constante que é previsível, envolvendo crescimento, e desenvolvimento, não podendo ser evitado. Contudo, a forma como envelhecemos depende de muitos fatores, como a nossa constituição genética, influências ambientais e do estilo de vida que possamos adotar.

De acordo com Paúl e Fonseca (1999), a OMS define o conceito de saúde como “um estado físico, psicológico e social de completo bem-estar, que implica não só a ausência de doença e de comportamentos de risco, mas também a qualidade de vida” (p.348). Para Paúl e Fonseca (2001), o envelhecimento é um processo complexo de evolução biológica dos organismos vivos, mas também um processo psicológico e social. Com o passar dos anos

ocorrem, alterações funcionais e de papéis sociais, existindo uma adaptação constante na busca de novos equilíbrios, internos e externos.

O envelhecimento é um processo Universal complexo e contínuo que acompanha a pessoa humana ao longo da sua vida, relaciona-se pois com um fenómeno normal, inerente à própria vida, com evolução mais rápida e notória, que se observa nas últimas fases da vida das pessoas (Santos, 1999). Martins (1999), refere o envelhecimento como um processo que acompanha toda a vida humana, deterioração endógena e irreversível da estrutura e funcionalidade de vários órgãos e tecidos. Existindo também a contribuição de fatores extrínsecos para o envelhecimento e para o modo como se envelhece. Fenómeno inerente à própria vida equivalente a um programa de desenvolvimento e diferenciação.

Para Agree e Freedman (2001), envelhecimento é um processo individual e coletivo, pois cada ano de existência de vida de cada indivíduo é sinal de envelhecimento, assim como o aumento da proporção da população considerada idosa.

Para Paúl e Fonseca (2008), envelhecer é uma experiência comum a todos aqueles que conseguem ter o apanágio de viver longas vidas, sendo o processo de envelhecimento muito diferenciado de pessoa para pessoa, uma vez que é assinalado por diferentes experiências das vivências pelas quais passam.

Envelhecer é um dos mais importantes desafios do século XXI, visto obrigar-nos a ponderar questões existenciais, políticas, económicas, sociais e a existência de idade de reforma, qual o lugar e o poder das pessoas idosas na sociedade, relacionamento entre gerações, a educação permanente, desenvolvimento ao longo do ciclo da vida, a sustentabilidade dos sistemas de segurança social e de saúde e a qualidade de vida das pessoas com idade avançada (Diener & Suh, 1998).

A partir de determinada idade, a pessoa torna-se mais vulnerável às agressões do meio envolvente. Com o avançar da idade, as agressões são causadoras de um enfraquecimento físico generalizado. Os problemas de saúde que surgem durante o envelhecimento são na maior parte, representantes de um declínio ao nível das funções físicas e mentais (Saldanha, 2009).

Segundo Zimerman (2000), envelhecer pressupõe alterações de ordem física e psicológica no indivíduo. A forma natural e gradual das transformações que ocorrem ao longo

da vida, poderão estar associadas às características genéticas individuais, e principalmente ao modo de vida de cada um.

De acordo com Baltes e Baltes (1990 *cit.* por Cupertino, Rosa, & Ribeiro, 2007), o envelhecimento é definido como um processo multifatorial, para Staudinger, Mariske e Baltes (1995 *cit.* por Cupertino *et al.*, 2007), as perdas no envelhecimento poderão ser compensadas por meios de reservas e de capacidade de resiliência e de ganhos que poderão ser obtidos com a seleção e otimização das competências geradas no envelhecimento. Estes autores Rowe e Kahn (1998 *cit.* por Cupertino *et al.*, 2007), referem o envelhecimento normal, patológico e saudável. A definição de envelhecimento saudável dá prioridade ao baixo risco de doenças e de incapacidade funcional relacionada com estas, funcionamento mental e físico excelentes e um envolvimento ativo com a vida.

Uma outra contribuição para o estudo do envelhecimento, Aldwin (1994, *cit.* por Cupertino *et al.*, 2007), alega que os idosos, na presença de acontecimentos de perda conseguem lidar muito bem com o stress, na maioria das vezes os idosos são mais eficientes de que adultos mais jovens nas respostas de enfrentamento ao stress. A autora refere ainda que acontecimentos considerados marcantes ao longo da vida vão aumentar a possibilidade de que durante o envelhecimento, estes possuam uma maior quantidade de estratégias de enfrentamento, podendo estas tornar-se mais eficazes com o passar do tempo.

De acordo com OMS (1995 *cit.* por Dalsenter & Matos, 2009), à medida que a pessoa envelhece a sua qualidade de vida é fortemente marcada pela capacidade em manter autonomia e independência, uma vez que autonomia é caracterizada pela possibilidade de tomar decisões por si, sobre como deverá viver diariamente em concordância com as suas próprias regras e preferências, tendo a independência que ver com a capacidade de realizar atividades relacionadas com a vida diária.

No que diz respeito ao processo de envelhecimento Mincato e Freitas (2007 *cit.* por Lima, Lima & Ribeiro, 2010), acredita-se que a sociedade deverá entender que este processo é dinâmico, progressivo distinguindo-se por manifestações a nível biológico, psíquico e social que sucedem ao longo da vida do indivíduo de modo diferenciado.

Para Fontaine (2000), o envelhecimento é o conjunto de processos que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento. Envelhecimento e desenvolvimento são fenómenos

dinâmicos que evocam transformações do organismo de natureza biológica e psicológica em função do passar do tempo.

O envelhecimento pode ser encarado como um problema, no entanto é uma parte natural do ciclo de vida, sendo desejável que constitua uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o mais tempo possível.

Segundo Ramos (2003, *cit.* por Lima, Lima & Ribeiro, 2010), o envelhecimento saudável “é a interação multidimensional entre saúde física, saúde mental, independência na vida diária, integração social, suporte familiar e independência económica” (p. 347).

Carvalho e Dias (2011), referem que o envelhecimento é um fenómeno complexo que não envolve somente aspetos demográficos da população, mas também aspetos de cariz sociocultural, económico e políticos, estando estes em permanente interação com a dimensão biológica e subjetiva de cada pessoa.

Para melhor definir envelhecimento humano, é necessário considerar que este é um fenómeno biológico, psicológico e social que atinge o ser humano na plenitude da sua existência, modificando a sua relação com o tempo, o seu relacionamento com o mundo e a sua própria história (Teixeira, 2006).

1.2 - Pensar os Tipos de Envelhecimento

De acordo com Cancela (2007), os indivíduos envelhecem de formas muito diversas e em ritmos diferentes, podendo destacar-se três tipos de envelhecimento e três tipos de idades: envelhecimento biológico ou idade biológica; envelhecimento psicológico ou idade psicológica; envelhecimento social ou idade social. O *envelhecimento biológico*, ou idade biológica está aliada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de se autorregular torna-se menos eficaz. O processo de envelhecimento não é efetuado todo ao mesmo tempo, verificando-se que cada sector do organismo envelhece num determinado tempo. Trata-se de um processo contínuo que ocorre durante toda a vida, não acontecendo de modo igual para todos nem ao mesmo tempo.

O envelhecimento biológico pressupõe uma sucessão de alterações nas funções orgânicas e mentais devido a efeitos de idade avançada, causando no indivíduo perda de

capacidade em manter o equilíbrio e todas as funções fisiológicas começam por diminuir (Straub, *et al.*, 2001 & Leite, 1990 *cit.* por Teixeira, 2006).

De acordo com Figueiredo (2007), a nível físico, podemos dizer que envelhecimento pode ser separado da doença, uma vez que existe uma relação entre normal e patológico, existindo transformações nesta fase da vida que não devem ser consideradas patológicas sendo exemplo disso as rugas. Ainda de acordo com este autor normal e patológico sobrepõe-se, pois o envelhecimento normal acima de um determinado limiar é considerado patológico. Sendo exemplo disso o grau de descalcificação dos ossos, não se considerando patológico até a doença atingir um determinado limite.

Para Lidz (1983), o envelhecimento é dividido em três fases sucessivas, podendo estas ser ou não progressivas, (*fase do idoso* - o indivíduo ainda se considera autónomo; *fase da senescência* - o indivíduo inicia por ter necessidade de procurar ajuda de outras pessoas; *fase da senilidade* - o indivíduo é um ser completamente dependente de cuidados de toda a ordem).

Segundo Filho (1996, *cit.* por Granja, 2006), a senescência é entendida pelas “alterações orgânicas, morfológicas e funcionais que ocorrem em consequência do processo de envelhecimento; por senilidade, as modificações determinadas pelas afeções que frequentemente acontecem acometem os indivíduos idosos” (p.60).

O *envelhecimento psicológico* ou idade biológica, Cancela (2007), relaciona-a com competências comportamentais que o indivíduo poderá mobilizar em resposta às mudanças do ambiente, inclui inteligência, memória e motivação. No que diz respeito à influência dos fatores psicológicos no envelhecimento, sabe-se pouco, desconfia-se que o indivíduo, que durante a sua vida tivera acesso à riqueza criativa, intelectual ou artística nestes a deterioração dos rendimentos intelectuais e mnésicos produzir-se-á mais tardiamente e com maior lentidão. Este autor, destaca ainda outro aspeto que está relacionado com os conflitos psicológicos, derivando estes de conflitos afetivos e frustrações, pertencentes a épocas anteriores da sua vida, que irão acumular-se nas dificuldades psicológicas na idade avançada.

Segundo Oliveira (2005), o envelhecimento psicológico dá importância ao estudo das expectativas e crenças da sociedade relacionadas com as pessoas mais velhas.

Para Mestre (1999), o envelhecimento psicológico pressupõe a diminuição das faculdades psíquicas e físicas, sugerem ao idoso sentimentos de solidão, inutilidade e

desadaptação ao meio envolvente, perda de objetivos, afastamento gradual de família e amigos, dependências económica e física.

Zimerman (2000), para além das alterações visíveis a nível corporal, o envelhecimento oferece mudanças psíquicas que podem resultar em dificuldades de adaptação a novos papéis, mudanças rápidas que poderão ser dramáticas; necessidade de trabalhar perdas orgânicas, afetivas e sociais; alterações psíquicas que necessitam de tratamento especializado; baixa autoestima e autoimagem.

Petersen e Reichards (s.d. *cit.* por Costa 1998), falam de envelhecimento psicológico, identificando diferentes tipos de características (construtivos, dependentes, defensivos, hostis, pessimistas). *Construtivos* idosos que se encontram bem integrados a nível pessoal, familiar e social. Estes idosos durante a sua vida tiveram estabilidade e responsabilidade, passando por poucas tensões. Detendo uma personalidade de autocontrolo, cientes das suas realizações, frustrações e limites. São pessoas otimistas, que não lastimam o passado e pretendem continuar a construir, almejando ainda grandes realizações. *Dependentes*, estes idosos detêm padrões de vida acima das suas responsabilidades. Idosos otimistas e passivos, cautelosos com amizades e ambições. A reforma faculta a ausência de responsabilidades não detendo um plano para qualquer tipo de atividade. *Defensivos* idosos que detêm um comportamento social reservado. As atividades profissionais nunca representaram fonte de prazer, servindo sim para atingir um futuro promissor. Detêm uma atitude pessimista face à velhice. *Hostis*, idosos pouco ambiciosos e competentes, revelando constantemente sentimento de fracasso. Dão indivíduos agressivos, competitivos e preconceituosos, nos seus insucessos atribuem a culpa aos outros. Envelhecer assusta-os. Pessoas que agarram arduamente o trabalho. *Pessimista*, pessoas que vivem em constante conflito e são muitas vezes vítimas das circunstâncias. Não se interessam pelos outros, considerando a velhice uma etapa triste da vida, mas nada realizam para mudar ou para construir algo de novo. A morte representa, a possibilidade de se libertarem da vida sem sentido e insatisfatória, por esse sentido não receiam a morte.

Para Fonseca (2005), a nível psicológico mais do que o processo de envelhecimento, são sucessivas crises pelas quais o idoso via passando ao longo da vida, tais como lutos, perda de papéis sociais, mudanças que ocorrem ao longo da vida.

O *envelhecimento social ou idade social* para Cancela (2007), diz respeito ao papel, estatutos e hábitos do indivíduo, relativamente aos outros. Esta idade é fortemente determinada pela cultura e história de um país. No que diz respeito ao nível sócio cultural, o idoso é caracterizado pelo isolamento e pela solidão sentida, por vezes mesmo quando vive acompanhado por familiares e outros. A solidão e isolamento sentido muitas vezes são criados pela impossibilidade de intimidades nas relações. A nível social, o facto de o idoso não contribuir produtivamente para a sociedade faz com que seja tratado de modo diferente, não contribuindo para a sua integração social, mas para uma marginalização.

Segundo Figueiredo (2007), paralelamente com as alterações físicas e psicológicas que ocorrem na terceira idade, encontram-se associadas transformações ao nível dos papéis sociais, exigindo a adaptação do idoso às novas condições de vida.

Fontaine (2000), refere que o envelhecimento social diz respeito ao papel, estatuto e hábitos do indivíduo comparativamente aos membros da sociedade.

No tocante ao envelhecimento social Duarte (2002), o idoso é diariamente confrontado com fantasmas do envelhecimento, que o afligem e manifestam-se em medo da solidão, do desconhecido e da morte.

Figueiredo (2007), diz-nos ainda que a velhice caracteriza-se pela mudança de papéis e pela perda de alguns deles, como o estatuto profissional, mudança nas relações familiares e nas redes sociais.

Desta forma o envelhecimento carrega consigo perdas a nível biológico psicológico e social, existem ganhos a anotar quando esta etapa da vida é vivida de forma a acumular todas as aprendizagens em fases anteriores do desenvolvimento (Costa, 1998; Fonseca, 2005; Lima, 2004a; Zarit & Knight, 1996 *cit.* por Rebelo, 2007). No tocante à terceira idade Rebelo (2007), diz-nos se tivermos a possibilidade de integrar os ganhos e as perdas relacionadas com esta idade, poderemos questionar nos se esta transição representa um foco de stresse diferente de uma outra qualquer do ciclo de vida. Todas as transições que ocorrem ao longo da vida colocam o indivíduo perante a necessidade de mudança, não devendo por isso ser imputada à velhice um risco acrescido. As vivências das transformações desta idade são individuais e influenciáveis pelo contexto de vida, logo o envelhecimento é universal e heterogéneo (Ferreira-Alves, 1997; Fonseca, 2005; Knight, 1996 *cit.* por Rebelo 2007). Na opinião deste autor a gerontologia tenta mostrar-nos como envelhecer retrata uma experiência mais positiva do que a sociedade ocidental assim o previa.

1.3 - Pensar Quando Começamos a Envelhecer

Para diferentes autores o processo através do qual a velhice se instala depende das características de cada indivíduo e /ou influências do meio.

A velhice é a última etapa da vida, mas o processo de envelhecimento ocorre desde a concepção até à morte, sendo várias as alterações que o Ser Humano experimenta com o passar dos anos. Para Ballesteros (2009), após um período de crescimento rápido e de estabilidade relativa, o ser humano vai deparar-se com a perda de eficiência biológica.

Segundo a OMS (s/d, *cit.* por Lima 2010), a terceira idade tem início por volta dos 60 e os 65 anos, mas presentemente os 65 anos surgem como principal fronteira para delimitar a transição para a velhice. Para Oliveira (2008), esta idade poderá variar conforme o país em questão, uma vez que em países em desenvolvimento a média de vida é muito mais baixa, e nos países desenvolvidos poderá ser por volta dos 70 a 75 anos, pois a média de esperança de vida é superior. Atribui-se erroneamente a Ottovon Bismark o fixar dos 65 anos como a marca de entrada na velhice (Lima, 2010), sendo o primeiro a desenhar um programa de segurança social para pessoas mais velhas, com o intuito de promoção de bem-estar dos trabalhadores idosos alemães e manter a economia no máximo. Nesta altura foi estabelecida, como idade de reforma os 70 anos, então o autor deste ideal teria então 74 anos, e só anos mais tarde é que se baixou para os 65 anos, Bismark nesta altura já estava morto. Deste modo velhice cronológica, deverá ser definida com facto de se possuir os sessenta e cinco anos, apresentando uma vantagem de que todas as pessoas nascidas no mesmo ano tem todas a mesma idade e por isso representam uma unidade de análise social. A idade cronológica representa um critério para a organização do ciclo de vida e acontecimentos que se nos deparam, lembrando no entanto que não existe nada previamente programado para acontecer aos 65 anos, ocorrendo o nosso desenvolvimento de forma continua (Lima, 2010). Calixto (2008), refere que uma maior longevidade adquirida possibilita a criação de sub-categorias, podendo-se recorrer, entre outras, à divisão apresentada no recenseamento americano: velhos-novos (*young old*) dos 65 aos 74 anos, velhos (*old-old*) dos 75 aos 84 anos, e velhos-velhos (*oldest-old*) a partir dos 85 anos. Lima (2010), o desenvolvimento faz-se de modo contínuo, existindo acontecimentos na nossa vida de ordem biológica ou cultural como a menopausa e a

reforma compulsiva, que representam marcos no nosso ciclo de vida. Torna-se mais importante compreender o comportamento humano que é tocado pela experiências da passagem do tempo do que o tempo por si só. Para Birren e Schroots (1996, *cit.* por Lima, 2010), a idade por si só não nos poderá explicar muito, Lima diz-nos ainda que para Simões, “a idade é uma variável vazia” (Lima, 2010, p.40).

A velhice é uma fase da vida adulta, no entanto inúmeros autores alertam para os perigos de compartimentar este período de vida, sendo normalmente dividida por fases, dada a complexidade desta fase de vida, sendo proposto pela maioria dos autores que seja tida em consideração na entrada e na delimitação das fases e diferentes critérios são tidos em conta, como critérios, o biológico, funcional, psicológico (emocional e cognitivo) e o social. Lima (2010).

O envelhecimento é mais do que o avançar dos anos cronológicos, e nessa perspectiva, Birren e Cunningham (1985, *cit.* por Fontaine, 2000), consideram que o indivíduo detém três idades diferentes, *idade biológica, psicológica, e social*.

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

No tocante à fase de jovem adulto para Levinson (s.d, *cit.* por Lima, 2010), esta representa uma altura em que existem muitas oportunidades e ao mesmo tempo compromissos, tornando-se necessário optar. Na fase seguinte meia-idade, início de uma gradual diminuição das capacidade biológicas, mas permitem uma vida enérgica, socialmente proveitosa, grandiosa satisfação. No entanto as estruturas de vida que surgem nesta altura variam na satisfação que propiciam. Existem adultos que não conseguem uma construção de vida adequada, então a meia-idade poderá representar constrangimento e declínio. Pelo contrário aqueles que conseguem uma boa estrutura de vida a nível social mas tendo pouco desenvolvimento pessoal, poderão sentir que possuem uma vida interior pobre e sem sentido. Podendo ainda representar para outros este período poderá representar o período mais criativo de ciclo de vida. Estes últimos sentem-se menos escravizadas pelas ambições, ilusões de quando se é mais jovem, mas encontrando maior ligação nas relações com os outros e consigo próprio.

Estes adultos de meia-idade poderão ou não viver uma crise, irão reforçar na maioria das vezes o sentimento da sua individualidade e identidade, adquirindo uma visão aprimorada do mundo, detendo laços mais independentes e mais intensos com o mundo Marchand (2005 *cit.* por Lima 2010).

Agora a partir dos 65 anos, Levinson (1990, *cit.* por Lima, 2010), idade adulta tardia, última era da vida adulta, estes indivíduos agora têm que se confrontar “sobretudo, à adaptação ao declínio físico e aos problemas psicológicos decorrentes da perda de juventude”.

O envelhecimento populacional, associado à inevitável perda de eficiência biológica tem sido acompanhado pelo aumento da morbidade e pelo conseqüente declínio da qualidade de vida. Uma vez que com a idade aumenta a incidência de doenças crônicas e degenerativas, que conduzem, na sua maioria, a situações de dependência. As doenças que mais se manifestam após os 65 anos são doenças cardiovasculares, doenças músculo-esqueléticas, doenças do aparelho respiratório e alguns tipos de cancro com o do estômago, pulmão e colon (Saldanha, 2009).

Para se poder viver durante mais anos e com melhor saúde é essencial a adoção de estilos de vida saudáveis e uma atitude participativa na promoção do autocuidado, pois nunca é tarde de mais para se alterar o modo de vida. Na opinião de Fernández-Ballesteros (2000, *cit.* por Fonseca), para se compreender um envelhecimento satisfatório deverão ser tidos em conta uma série de fatores como capacidade funcional, tempo de reação, satisfação com a vida, amplitude das redes sociais.

A linha de recomendação da Organização Mundial de Saúde segundo Schroots, Fernández-Balesteros e Rudinger (1999, *cit.* por Fonseca), é no sentido de educar as pessoas a partir da meia-idade em estilos de vida saudáveis, gestão de stress, exercício físico, nutrição adequada e ainda na prevenção da perda de autonomia e na doença.

Existem idosos que envelhecem de forma saudável, mantendo-se ativos na sociedade ultrapassando facilmente situações adversas (próprias do processo de envelhecimento) e mantendo-se independentes nas suas atividades (Saldanha, 2009).

Paúl, Fonseca, Martín e Amado (2005), referem que ao longo do processo de envelhecimento podemos deparar-nos com idosos que envelhecem de forma saudável e ativa, mas também com idosos incapazes, cuja autonomia se encontra limitada quer pela presença de doenças, quer pelo contexto em que vivem.

O envelhecimento, como parte integrante do ciclo de vida, pode integrar-se como uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma, o que implica uma ação ao nível da mudança de comportamentos e atitudes pela população. Envelhecer de forma saudável, autónoma e durante o maior período de tempo possível constitui um desafio individual e coletivo que se traduz de forma significativa no desenvolvimento económico de um país (DGS).

2 – QUALIDADE DE VIDA

2.1 - Pensar a Qualidade de Vida

A Qualidade de Vida (QV), é uma temática de interesse generalizado, que tem ocorrido nas últimas décadas, devendo-se à multidimensionalidade do conceito, permitindo que o mesmo seja utilizado por diversas disciplinas Canavarro (2010), “qualidade de vida” reporta-se a uma expressão de diferentes usos e interpretações, apresentando diferentes significados tanto de senso comum como nas disciplinas mais académicas, (Quartilho, 2010). A QV é utilizada nos domínios da avaliação, intervenção clínica, em tomadas de decisões políticas e em saúde. (Canavarro, 2010).

Nunes e Menezes (2014), falam em QV, como a duração ou extensão da vida, existindo alguns que associam-na a um estilo de vida de um determinado grupo, com nível económico mais elevado, podendo também estar associada à satisfação com atributos físicos e emocionais, bem como relacionada com o conceito de bem-estar pessoal e social, e ainda a aspetos económicos. Nunes e Menezes (2014), constataram que a qualidade de vida de muitos dos Portugueses, tem sofrido um agravamento com a crise económica, desemprego e com as perdas sociais das pessoas com o resultado destas perturbações financeiras, tanto nacionais como europeias, sendo estas geradoras de situações de fome, desemprego, miséria que se traduzem numa má qualidade de vida. Quartilho (2010), dá-nos o exemplo de um economista e de um médico, que devem pensar de modo diferente para encontrarem uma definição para este conceito. O economista irá pensar mais no valor do dinheiro, enquanto o médico poderá interessar-se com a funcionalidade, logo para um determinado indivíduo, os elementos objetivos da QV representam as condições materiais e existenciais do indivíduo, para o outro será a rentabilidade económica, podendo deter maior importância do que uma dimensão subjetiva e cristalizada na sua experiência de felicidade. Nunes e Menezes (2014), concluíram que o conceito encontra-se arrolado com assuntos económicos, profissionais e sociais dos indivíduos com o agravamento das situações de vida, ocorrendo ainda uma limitação na saúde dos indivíduos, logo existe uma relação entre dificuldades e saúde. A QV vai determinar um conjunto de condições que possibilitem a felicidade, estando incluídos a satisfação com a

profissão, possibilidades financeiras, com a vida no geral e com o bem-estar em saúde Jesus (2007 *cit.* por Nunes & Menezes 2014).

Para Paúl, Fonseca, Martin, Amado (2005), a saúde representa uma área fulcral da qualidade de vida, daí também o interesse no conceito. O conceito de QV foi introduzido na área da saúde aquando da mudança da abordagem de saúde, passando de uma ênfase biomédica, para uma ênfase biopsicossocial e mais holística. Ou seja, as intervenções médicas deixaram de ter em conta unicamente os resultados em termos de morbidade e mortalidade, passando a ter em conta a melhoria do bem-estar geral dos indivíduos. Assim de uma visão centrada na doença passou-se para um conceito dinâmico de saúde, incluindo um estado de bem-estar físico, mental e social que implica a promoção de saúde e prevenção de doença, deste modo a saúde é determinante na qualidade de vida dos indivíduos no geral, tratando-se da importância positiva da saúde no bem-estar e na qualidade de vida esta continua a ser investigada por muitos (Siqueira, Jesus e Oliveira, 2007 *cit.* por Nunes & Menezes 2014). A saúde não representará o fim em si mesmo, mas um meio para atingir a satisfação física, psíquica e social. A saúde é muito importante na visão transmitida pela Psicologia Positiva, pois esta apresenta uma visão positiva e construtiva mesmo em situações negativas de doença dando ênfase às emoções positivas, à felicidade, otimismo, amor e ao bem-estar das pessoas e das comunidades. Apresentando um papel fundamental de prevenção de disfunções pessoais e sociais procurando transmitir a capacitação de terem uma vida feliz e produtiva Jesus (2007 *cit.* por Nunes & Menezes 2014).

A qualidade de vida e o bem-estar nos idosos tem particularidades, nestas idades a maioria das pessoas já são reformadas, vivem com alguma solidão, outras serão viúvas, com reformas baixas outras residem em lares, detém alguma limitação de mobilidade. Com este tipo de enquadramento a vida destes idosos não será muito boa sendo necessário encontrar medidas positivas como companhia, convivência, atividade física como forma de lhes proporcionar melhorias na felicidade Lopes (2006 *cit.* por Nunes & Menezes 2014).

Assim a QV está relacionada com uma avaliação global das condições de vida dos indivíduos, dependendo da benevolência da vida, ao mesmo tempo um balanço entre a posição social dos indivíduos. Deste modo o que permite classificar a vida de boa ou má para os investigadores irá depender dos contextos e das características sociodemográficas focando-se para outros nas perceções dos indivíduos. Existindo uma dicotomia que é característica da necessidade de evolução do conceito sendo esta referida por diferentes autores (Phillips 2006; Rapley 2003 & Canavarro, 2010).

2.2 - Perspetiva Histórica do Conceito Qualidade de Vida

A sociedade atual apoia-se de forma incontestável, nas escolas e nas correntes de filosofia clássica grega e nos seus conceitos-base. Podendo-se destacar duas referências com especial importância e consequências até ao presente. A visão Aristotélica de felicidade humana, aquela que tem a perspetiva eudemonista, ou seja o caminho mais virtuoso para o homem, ou seja aquele em que o caminho se orienta para alcançar a excelência física e moral. Uma outra perspetiva que se encontra em contraste com a anterior e inspiradora das concepções mais modernas de bem-estar. Aqui o hedonismo e o epicurismo são pilares na conceptualização da felicidade, ou seja o desejo de obtenção de máximo de prazer em detrimento do sofrimento e dor, nas diferentes áreas do viver do indivíduo (Canavarro, 2010).

A QV é referida por Oliver, Huxley, Bridges e Mohamad (1996 *cit.* por Canavarro 2010), como a mediação entre o bem-estar das populações, sendo durante muito tempo influenciado pelo mercantilismo, onde os indicadores económicos estariam na base para uma avaliação da QV das pessoas. Esta perspetiva, prevaleceu até à primeira metade do século XX, estando o bem-estar diretamente dependente dos níveis económicos, estando por isso associado ao crescimento económico de um País e ao bem-estar da população. Durante a 2ª Guerra Mundial, a situação económica dos Estados Unidos colocou em causa a visão economicista do bem-estar humano, embora se vivesse um crescente económico, aspetos sociais, como segurança pessoal, confiança no governo e a solidariedade familiar deteriorava-se. Não existindo uma consonância entre prosperidade, desenvolvimento económico bem-estar da população, estimulando ao desenvolvimento de outras medidas que proporcionem quantificar o bem-estar da população em geral sem que ocorra uma ligação tão próxima de modelos economicistas.

Qualidade de vida foi pela primeira vez utilizada por Pigou em 1920, num livro de economia e bem-estar material, neste eram discutidos o suporte governamental dos indivíduos de classes sociais desfavorecidas e o impacto nas suas vidas e sobre o orçamento estado, este termo não foi notado nem valorizado caído no esquecimento (Wood-Dauphinee, 1999).

A origem do conceito de QV data de 1964 quando pela primeira vez o Presidente Lyndon Johnson, o utilizou associado à economia, para explicar a insuficiência de indicadores económicos para avaliação do bem-estar das populações, mencionando que o progresso de um

país não poderia ser unicamente calculado através do equilíbrio da balança bancária mas sim através da QV que propiciam às pessoas Rapley (2003, Canavarro, 2010).

Na América do Norte a University of Michigan insere a primeira medição da qualidade de vida, estas eram feitas através de análise da influência de certas áreas como educação, saúde, família, vida pessoal, trabalho, meio ambiente, condições económicas, sobre o bem-estar dos indivíduos (Wood-Dauphinee, 1999).

De acordo com Oliver *et al.*, (1996 *cit.* por Canavarro 2010), a temática da QV tem por base fatores sociais adicionados aos níveis de rendimento económico, pontos como correntes de força laboral e de emprego; o estado de desenvolvimento do conhecimento da tecnologia; o grau de envolvimento nas atividades políticas do governo e dos cidadãos; a acessão a serviços de recreio e saúde e de educação; mudanças na vida familiar e estratificação social. Este movimento é defensor da consideração de indicadores sociais na avaliação da QV das populações este tem sido desenvolvido até à atualidade. A partir da década de oitenta, a sua adequação tem sido posta em causa por dois fatores: primeiro por ocorrerem mudanças ao nível do bem-estar material, de desigualdades na distribuição económica e de aspetos da vida social não correspondendo a uma mudança significativa na forma como os indivíduos percecionam a vida; em segundo lugar a fraca existência entre condições materiais ou objetivas de vida e a forma como as pessoas se sentem em relação às suas vidas, sendo visível na forma como países com alto índice de desenvolvimento socioeconómico apresentam contrariamente elevados índices de consumo e abuso de substâncias e suicídio. Deste modo estes dois fatores mostram um carácter muito subjetivo da qualidade de vida e da sua avaliação (Oliver *et al.* 1996 & Phillips, 2006 *cit.* por Canavarro 2010).

Em 1948 a OMS define “saúde” como “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente com ausência de doença”, daí a lidação do termo QV ao estado de saúde, esta definição originou que as iniciativas de promoção de saúde, passassem de uma promoção direcionada para controlo de sintomas, diminuição da mortalidade ou aumento da esperança de vida passando para uma que contempla, igualmente bem-estar e a qualidade de vida dos indivíduos.

O uso da perspetiva subjetiva da QV inclina-se para eliminar a descrição de condições de vida externas e materiais, privilegiando condições como bem-estar, autoavaliações globais,

em substituição de dimensões negativas por outras medidas mais positivas Diener e Sush (1997 *cit.* por Canavarro 2010).

O bem-estar subjetivo pode ser equacionado como a combinação de experiências psicológicas que abarcam a satisfação, o pensamento, o sentimento, a vontade, as percepções e a experiência de felicidade. As conclusões apresentadas pelos estudos não consensuais nos seus determinantes. Assim idade, sexo, e etnia tem mostrado fracas associações com a QV, enquanto rendimentos, situação de emprego, rede de relações pessoais e sociais e algumas variáveis psicológicas, tendem a demonstrar relações fortes com o conceito Oliver *et al.*, (1996 *cit.* por Canavarro 2010).

2.3 - Conceito de Qualidade de Vida

O termo de Qualidade de Vida surge na década de 60, com o objetivo de superar limitações existentes, na qual o bem-estar encontra-se relacionado com aspetos económicos, tendo na sua conceção uma natureza complexa, abstrata e diversificada sendo decisivo para a sociedade, ciências médicas e psicológicas, bem como nas políticas que dizem respeito às populações.

“Reduzindo-se a expressão à sua semântica o termo “qualidade” refere-se a um determinado grupo de atributos ou características dadas a um objeto (neste caso vida), já para o termo “vida” esta apresenta-se como uma ampla categoria onde se inserem todos os seres vivos, nasce deste modo um problema, pois a vida pode ser analisada de variadas perspetivas Qualidade de vida é portanto um conceito multidimensional” (Fernández-Ballesteros, 1998, p. 388).

A QV em cada época tem sido definida pelos valores que cada grupo social atribui à forma de viver. Para Dosil (2004), com a constante evolução da sociedade, as variáveis que definem QV evoluem dependendo de aspetos culturais, económicos e sociais.

Até à primeira metade do século XX, foi predominante a análise mercantilista do bem-estar que segundo Canavarro (2010), está intimamente dependente de níveis económicos, daí a associação entre crescimento económico de uma nação e bem-estar da população, sendo esta definição posta em causa após a segunda Guerra Mundial, não se verificando equilíbrio entre crescimento económico nos Estados Unidos da América e as problemáticas sociais.

Para Fernandes (1996), a qualidade de vida em gerontologia está relacionada com a maneira como o sujeito experiencia o seu próprio envelhecimento e velhice.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), apresenta-nos em 1996 uma definição de QV, referindo-se “às percepções do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro de um contexto de sistemas de cultura e valores nos quais está inserido em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

As definições desenvolvidas na década de 80 e 90 para avaliação da QV, segundo Diener e Sush (1997), podem ser classificadas nas que valorizam indicadores sociais, como saúde e níveis de criminalidade; as que determinam indicadores subjetivos e bem-estar, através da autoavaliação efetuada pelos indivíduos acerca das suas vidas e das sociedades em geral; e as que remetem para índices económicos.

Segundo Heinemann (2000, *cit.* por Canavarro 2010), na área da QV normalmente são descritos os componentes numa organização piramidal assim os mais específicos na base da estrutura os mais abstratos e gerais no topo. Os componentes mais referenciados na definição do conceito são: estado físico, capacidades funcionais, estado psicológico e bem-estar, as interações sociais, o estado e os fatores profissionais e económicos e o estado religioso espiritual.

Para Boer (2002), a QV, refere-se ao bem-estar geral quotidiano das pessoas podendo ser dividido em três componentes principais: saúde física, mental e social.

Segundo Neri (2001), diferentes autores definem QV como sendo o nível de satisfação com a vida, dependo do envolvimento com diferentes fatores, como hábitos de vida, de atividade física, de percepção de bem-estar, das condições físicas e ambientais, do relacionamento familiar e de amizade.

Para Campos (2007), a qualidade de vida é um tema abrangente, envolvendo variadas definições, as quais têm que ver com a ideia de bem-estar físico, emocional, social, económico, satisfação com a própria vida, as boas condições de saúde, educação, moradia, transporte, lazer e o próprio crescimento individual.

Os indivíduos apresentam conceções bem definidas do que é ter uma boa vida, no entanto é menos consensual quais são os aspetos positivos da vida. Algumas das razões para que isto suceda, estão ligadas à partilha das necessidades básicas, que o Homem tem, e ao não serem satisfeitas provocam infelicidade. Os indivíduos apresentam gostos e preferências pessoais, logo têm considerações diferentes do que é ter uma “boa vida”. Deste modo a convergência das diversas componentes positivas e negativas da vida vão interagir e ser

modificadas pelas estruturas sociais, normas culturais e partilha de experiências vividas (Daatland e Hansen, 2007).

Para Oliver *et al.*, (1996 cit. por Canavarro 2010), existe a necessidade de ir à origem do termo, onde o termo *qualidade* pode ser interpretado como , grau ou estado de excelência atribuído a alguém, a alguma coisa e o termo *vida*, poderá ser observado como o reunir do estado de completo da atividade funcional de uma pessoa, onde está incluído comportamento, desenvolvimento, fontes de prazer/sofrimento e estilo de vida em geral.

De acordo Lima, Lima e Ribeiro (2010), o conceito de qualidade de vida como a manifestação da melhor satisfação subjetiva de uma pessoa numa determinada circunstância, relativamente à rede de atenção de que dispõe e à capacidade de autodeterminar vontades, desejos, necessidades e a capacidade de orientar a própria vida. Desta forma para Oliveira (2006, *cit.* por Lima, Lima & Ribeiro 2010), dá-se primazia a uma série de construtos que agrupados, dão lugar ao viver bem, satisfação com a vida, e principalmente a garantia das necessidades individuais para uma vida digna, de acordo com princípios de cidadania.

Ribeiro (1994) realça dois sentidos para o conceito de QV, referente a saúde, primeiro uma mais geral no que diz respeito ao sistema de cuidados de saúde e um segundo mais específico para cada uma das doenças.

De acordo com Ribeiro (1997) para intervir na promoção da QV temos de considerar alguns pressupostos subjacentes ao próprio conceito de QV como: a QV não é ausência de doença; a QV manifesta-se ao nível do bem-estar e da funcionalidade; a QV apresenta uma configuração de bem-estar pois trata-se da dimensão auto-percebida; A QV abarca aspetos físicos, mentais, sociais e ambientais; a QV é um processo dinâmico.

Com a necessidade de uma definição do conceito de qualidade de vida, e de instrumentos capazes de avaliar este conceito, com base científica surge na década de noventa ao abrigo da Organização Mundial de Saúde, um grupo de peritos pertencentes a diferentes culturas para dar resposta a esta necessidade (Fonseca & Paúl, 2008) sendo a QV definida como “a perceção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” WHOQOL Grup (1994 *cit.* por Fonseca & Paúl, 2008). Esta definição acompanha a perspectiva de que a QV refere-se a uma avaliação subjetiva que tem incorporado o contexto cultural, social e ambiental. O Conceito de QV é amplo, tem em conta não só a saúde física do indivíduo, mas também o seu estado psicológico, nível de independência,

relações sociais, crenças pessoais e as relações com o ambiente em que o indivíduo vive (WHOQOL Group, *cit.* por Canavarro, Simões, Perreira e Pintassilgo).

Existem diferentes definições para o termo QV, para Zhan (1992 *cit.* por Vitorino, Paskulin e Vianna 2013) os aspetos culturais, éticos, religiosos e pessoais influenciam a forma como é percebida, verificando-se no entanto consonância entre a grande maioria dos autores de que é necessária uma abordagem multidisciplinar.

2.4 - Qualidade de Vida nos Idosos

Desde que a QV passou a ser vista como um indicador de adaptação ao envelhecimento, emergiu uma crescente preocupação e investigação no âmbito da QV das pessoas idosas. O envelhecimento da população tem vindo a fomentar o interesse pela temática (Paúl & Fonseca, 2005).

Hein e Aragak (2012), ao analisarem catorze dissertações acerca de QV, constataam que nas pessoas mais velhas a QV está dependente de diferentes fatores como independência, autonomia, vida saudável, alimentação, sono, atividades de lazer, participação nos grupos de promoção de saúde e em bons relacionamentos.

Jacob (2007), realizou uma revisão de estudos sobre QV e constatou que esta está dependente sobretudo dos seguintes determinantes: a) possuir autonomia para executar as atividades do dia-dia; b) manter uma relação familiar e/ou com o exterior de forma regular; c) possuir recursos económicos suficientes; d) realizar atividades lúdicas e recreativas constantemente.

No Reino Unido um rastreio sobre QV, Bowling, Banister e Sutton (2003 *cit.* por Paúl, Fonseca Martin e Amado, 2005), estes autores concluíram que os aspetos mais valorizados pelos idosos que residiam em comunidade eram: a) ter boas relações com a família e amigos, b) desempenhar papéis sociais, como voluntariado e hobbies; c) ter boa saúde e funcionalidade; d) possuir uma boa casa numa zona simpática e com boa vizinhança; d) possuir uma visão positiva da vida e manter o controlo e a independência.

Para Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005), a saúde continua a ser ponto fundamental da qualidade de vida principalmente para os idosos.

Apesar destes resultados deverá sempre, ser tida em conta que, a QV da pessoa varia de pessoa para pessoa, consoante o contexto social, as experiências de vida e outros

determinantes pessoais. Os idosos estão sujeitos a estas e outras particularidades do processo de envelhecimento, podendo contribuir para uma diminuição da QV. Na literatura constatamos a existência de outros determinantes, como o estilo de vida, apoios sociais e de saúde, a disposição, a espiritualidade, as redes sociais, o desempenho de atividades, o bem-estar físico, emocional, cognitivo e social (Sousa e col., 2004; Paúl & Fonseca, 2005; Santos, 2008). Assim a maior ou menor QV das pessoas idosas está dependente do contexto e das circunstâncias em que estas vivem.

A compreensão da QV na velhice está ligada ao significado atribuído pelos mais velhos. Devendo assim referir-se às mudanças do corpo, imagem desse corpo, contrastes sociais e culturais que distinguem o curso da vida, no passado encontra-se marcado pela busca de sobrevivência, pelo trabalho com poucas garantias ou não, e se na atualidade quando mais velhos sobrevivem com a ajuda de familiares ou são independentes (Lima, Lima & Ribeiro, 2010).

Para Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005), o envelhecer pode apresentar diferentes perspetivas: por um lado pode ocorrer ativamente e de modo bem-sucedido, em que o indivíduo procura lutar contra os défices fisiológicos ou, pelo contrário, acontece inativamente, a autonomia apresenta limitações por situações de doença e pelo contexto onde reside. O vivenciar um processo de vida que apresenta uma série de défices pode interferir, na forma como a QV é percebida.

O envelhecimento bem-sucedido é influenciado pelas oportunidades educacionais e sociais, pela saúde física e mental e pelo estilo de vida, variáveis estas que exercem um papel importante na determinação do envelhecimento. Capacidades intelectuais podem permanecer desde que as condições biológicas e intelectuais permaneçam. As particularidades cognitivas relacionadas com a profissão, vida diária e de sabedoria em relação às existenciais crescem. A personalidade conserva na sua estrutura os mecanismos de autorregulação em idades mais avançadas e estas são mantidas desde que a integridade do organismo e a interação social estejam presentes (Neri, 2001).

Segundo Mincato e Freitas (2007), a qualidade de vida da pessoa idosa é proporcional à duração de sua vida, estando esta assegurada se o idoso vive na sua habitação. Deste modo devem fazer-se todos os esforços para procurar manter a pessoa mais velha na sua habitação. A habitação deve ser um lugar onde cada indivíduo se sente importante, útil, único e

desempenhando o seu papel. Podendo a QV ser aludida pela competência que o idoso tem em desempenhar atividades básicas de vida diária de modo independente.

A preocupação com a QV com o estilo de vida das pessoas nas diferentes faixas etárias, sobretudo nos idosos, cresceu em importância no final do século passado e no início do novo milênio estando associada a fatores como estilo de vida, satisfação no trabalho, nas relações familiares, disposição espiritualidade, dignidade, relações familiares, bem-estar físico, psicológico, social e cognitivo (Shephard, 1997; Silva, 1999; Guabiane, 2000 *cit. por* Conte & Lopes 2005).

A QV é influenciada pelo estilo de vida que cada um tem, um estilo de vida saudável incluindo atividade física regular, bons hábitos alimentares, sono adequado, controle de peso e baixo consumo de álcool e de tabaco (Sharkey, 2001, *cit. por* Conte & Lopes, 2005).

De acordo com Vivian e Argimon (2009), na percepção de saúde, na generalidade os idosos (ambos os sexos), consideram-na como má. Quando utilizadas estratégias de suporte social, idosos com apoio nomeadamente casados apresentam benefícios para a sua condição geral de idoso institucionalizado.

Para Hortelão (2004), a maioria dos idosos vê o envelhecimento como algo destrutivo, condicionando a forma como as pessoas encaram esta fase da vida. Para este autor a QV dos idosos está relacionada à conjugação entre a ausência de doença, o suporte social e o bom funcionamento físico e cognitivo.

De acordo com Vieira (1996 *cit. por* Miranda & Banhato, 2008), existem fatores como aceitar mudanças, prevenir doenças, estabelecer relações familiares positivas e duradouras, senso de humor elevado, autonomia e suporte social, contribuem para a promoção de bem-estar geral e naturalmente vão influenciar uma melhor qualidade de vida.

Segundo Fonseca e Paúl (2008), o peso da saúde na qualidade de vida é polémico (controversa) de acordo com Rothermund e Brandtstater (2003, *cit. por* Fonseca e Paúl 2008), as dificuldades dos idosos no que diz respeito à saúde e desempenho comportamental e associação a doenças e perdas irreversíveis, não representam obrigatoriamente um grande impacto negativo na qualidade de vida percebida. Podendo esta ser explicada através de um mecanismo de coping (ajustamento às dificuldades) Brandtstater (2003, *cit. por* Fonseca e Paúl 2008): *coping assimilativo* e *coping acomodativo*. Assim o *coping assimilativo* diz respeito a uma tentativa para diminuir as perdas atuais ou antecipadas através de ações de compensação (tentar transformar as situações negativas em situações ajustáveis aos objetivos,

diminuindo a discrepância entre o estado atual e o desejado ou ideal); *coping acomodativo* tem que ver com alteração para objetivos e padrões mais baixos de nível ou exigência, possibilitando manter o sentido de autoeficácia e controle sobre a vida. Estes autores referem ainda que os esforços compensatórios aumentam até cerca dos 70 anos, a partir daí ocorre um reajuste de expectativas ao nível do desempenho possível, pois os esforços tornam-se menos eficazes. A partir daí passa a predominar *coping acomodativo* permitindo uma percepção positiva da qualidade de vida, estando esta dependente da existência de recursos externos (equipamentos e serviços) disponíveis para esta faixa etária.

Para Paúl *et al.*,(2005), num estudo realizado em Portugal cujo objetivo era avaliar as condições psicossociais dos idosos rurais foi utilizada a versão reduzida e em Português WHOQOL (Fleck e col., 1999 *cit.* por Paúl *et al.*, 2005) que separa quatro componentes Qualidade de Vida (QV); QV Física (saúde); QV Psicológica; QV Social; QV Ambiental, variando estes indicadores globalmente:

- QV varia com o grupo etário (conforme a idade aumenta, diminui a qualidade vida no geral);

- QV varia com a autoavaliação da saúde (os indivíduos que se avaliam como tendo melhor saúde são os que apresentam melhor qualidade de vida);

- a QV varia com todas as subescalas de ânimo, com as quais existem correlações positivas e significativas (quanto melhor for a qualidade de vida no geral, é menor tanto a solidão/insatisfação como a ansiedade/depressão e as atitudes face ao envelhecimento são mais positivas).

Os mesmos autores Paúl *et al.*, (2005), fizeram uma análise parcelar em relação a outras variações destacando que:

- a QV Física varia com as atividades de vida diária (beneficiando o seu desempenho);

- a QV Psicológica varia com o sexo (beneficiando os homens), com o estado civil (favorecendo os casados), o nível de educação e rendimento (beneficiando os mais instruídos e com maior disponibilidade financeira);

- a QV Social varia também como o nível de educação e rendimento (beneficiando os mais instruídos e os com mais dinheiro disponível), com a existência de maior número de amigos e ainda com atividades de vida diária, favorável a uma qualidade de vida social;

- a QV Ambiental varia positivamente com o rendimento e com todos os indicadores de relações sociais, ocorrendo uma avaliação positiva do ambiente com base em aspetos relacionais.

Os mesmos autores Paúl *et al.*, (2005), realizaram um outro estudo em que propunham avaliar a satisfação e a QV em idosos Portugueses, puderam constatar que os idosos rurais revelam um nível de autonomia mais elevado do que idosos urbanos. Concluindo então que idosos urbanos apresentam maior número de atitudes negativas face ao envelhecimento.

De acordo com Torres *et al.*, (2008), os idosos que vivem em condomínio apresentam maior QV, a idade da pessoa apresenta valores significativos, quanto mais velho mais vulnerável e menor QV, implicando aumento de apoio familiar e consequentemente recurso à institucionalização.

Para Moreira (2000, *cit.* por Hein & Aragaki 2012), a QV está intimamente relacionada com o trabalho.

Segundo (Gomes, 2000; Tahan 2009 *cit.* por Hein & Aragaki 2012), a QV está intimamente ligada à participação em práticas grupais, como universidades séniores, grupos de convivência, grupos de dança entre outras práticas sociais. Deste modo a pertença a um grupo é tido como importante mas nem sempre está claramente relacionado com QV como é comprovado por Gomes (2001 *cit.* por Hein & Aragaki 2012), assim as práticas grupais têm sido essenciais na estruturação do presente, projeção do futuro no prosseguimento de novos caminhos de vida numa idade mais adiantada, não individual mas de toda uma geração.

Num estudo realizado por Taham e Carvalho (2010), através da análise de conteúdo das entrevistas foi possível perceber a QV dos idosos é percebida como algo bom, relacionado com o facto de ter saúde e bem-estar, convívio com outros (seja familiar ou amigos), participação em atividades de lazer, apoio social e condição financeira favorável.

Para (Santos, Costa Santos, Fernandes & Henriques *cit.* por Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette 2007), a QV do idoso está relacionada com capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e autoproteção de saúde.

Um outro autor Frutuoso (1999 *cit.* por Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette 2007), alude que muitos estudos referem que idosos com vida social intensa apresentam um aumento da qualidade de vida e de longevidade. Outros autores referem ainda que a existência de uma relação direta entre relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional, verificando-se no entanto uma relação inversa destes fatores no que diz respeito à depressão (Albuquerque, 2003; Fleck *et al.*, 2002; Xavier, Ferraz, Bertollucci, Poyares & Moriguchi, 2001 *cit.* por Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette 2007). Os dados em questão segundo Capitanini (2000, *cit.* por Carneiro, Falcone, Clark, Prette & Prette 2007),

apoiam a importância dos relacionamentos sociais no bem-estar físico e mental dos idosos logo uma vida com qualidade.

Vários são os estudos que realçam que as relações sociais podem de várias formas fomentar melhoria nas condições de saúde (Ramos, 2002; Silberman *et al.*, 1995 *cit.* por Carneiro *et al.*, 2007). No entanto a falta de convívio social motiva graves efeitos negativos na capacidade cognitiva no geral, Katz e Rubin (2000 *cit.* por Carneiro *et al.*, 2007), e Freire e Sommerhalder, (2000, *cit.* por Carneiro *et al.*, 2007) como também a depressão. Andrade e Vaitsman, (2002, *cit.* por Carneiro *et al.*, 2007), referem que a pobreza de relações sociais representam um factor de risco à saúde, sendo encarada como tão prejudicial como fumo, pressão arterial elevada, obesidade e ausência de atividade física. Deste modo Ramos (2002, *cit.* por Carneiro *et al.*, 2007), refere que este conjunto de evidências aponta para que a deterioração na saúde possa ser causada não só pelo desgaste normal do organismo, sedentarismo, consumo de tabaco mas também pela redução da quantidade ou qualidade das relações sociais. Assim, Dressler, Balieiro e Santos (1997, *cit.* por Carneiro *et al.*, 2007), alegam que pessoas com mais contacto social vivem mais e com melhor saúde do que pessoas com menor contacto social. Para Carmona e Melo (2000, *cit.* por Carneiro *et al.*, 2007), uma pessoa com comportamento interpessoal efetivo é capaz de redes sociais de apoio, funcionando estas como fatores mais relevantes na recuperação e prevenção dos problemas de saúde mental. Para Cobb (1976, *cit.* por Carneiro *et al.*, 2007), o apoio social contribui para que o indivíduo acredite que é querido, amado e estimado fazendo parte de uma rede social com comprometimento mútuo.

Assim Gray, Ventis e Hayslip (1992, *cit.* por Carneiro *et al.*, 2007), alvitram que capacidade de interagir socialmente é indispensável para o idoso, para conquistar e manter redes de apoio social e naturalmente garantir uma melhoria na qualidade de vida.

Factos como a reforma, casamento de filhos e por vezes viuvez podem proporcionar que os idosos passem a participar em algum tipo de atividade (Miranda & Banhato, 2008).

Existem autores que demonstram que a música desempenha um papel importante entre os idosos proporcionando uma melhor qualidade de vida (Miranda & Banhato, 2008). Souza (2002 *cit.* por Miranda & Banhato, 2008), declaram que o contacto com a música é benéfico para o idoso, pois a música atua nas áreas cognitivas e límbicas, implicando a evocação da memória e o aprimorar da consciência rítmica e emotividade. O ritmo estimula respostas imediatas, atenção coordenação de movimentos. Existindo também um redescobrir de

músicas que fizeram parte do passado e assim recuperar emoções antigas, estimulando também a memória a curto prazo. Através do canto os indivíduos podem também elevar a autoestima permitindo uma maior autoconfiança e socialização.

Segundo Miranda e Banhato, (2008), a religião também poderá influenciar positivamente a qualidade de vida dos idosos, grupos com cariz religioso, ambiente de amor fraterno, solidariedade, fé parecer ser promissor para ocorrência, manutenção de relações interpessoais diminuindo a impressão de solidão. Para Goldstein e Sommerhalder (2002, *cit.* por Miranda & Banhato, 2008), a prática religiosa regular e frequência de espaços de culto propicia um suporte social, estes autores referem que a religiosidade é algo que deverá ser estudo nesta idade pelo valor informativo e terapêutico. A fé aparece como forma de lidar com momentos difíceis e com a eminência do desconhecido, uma vez que a morte aparece cada vez mais próximo à medida que se envelhece (Goldstein e Sommerhalder 2002, *cit.* por Miranda & Banhato, 2008).

Averiguaram que as habilidades sociais estão relacionadas com uma melhor qualidade de vida (Caballo, 1991; Collins & Collins, 1992; Goleman, 1995; Ickes, 1997 *cit.* por Carneiro *et al.*, 2007), estimulando o interesse de especialistas pela investigação. Pelo contrário o compromisso das aptidões sociais normalmente encontram-se ligadas a dificuldades nas relações pessoais e ao nível de diferentes transtornos psicológicos (como isolamento social, timidez, suicídio e depressão) (Z. A. Del. Prette & A. Del. Prette, 1999, 2002, *cit.* por Carneiro *et al.*, 2007).

Num estudo elaborado sobre funcionalidade dos idosos Botelho (2005), evidencia que: a) a grande maioria dos idosos é independente em locomoção e apresentam um estado cognitivo não demenciado; b) a maioria destes apresentavam estado nutricional dentro da normalidade, apresentando no entanto tendência para excesso de peso, o estado afetivo era não deprimido, apresentando alguma atividades física e autonomia para a realização das atividades diárias de autocuidado; c) cerca de metade dos idosos tinha acompanhamento social (encontrando-se a outra metade isolada) nas tarefas instrumentais de adaptação ao ambiente eram autónomos; d) uma pequena minoria dos idosos era de classe social média ou alta.

Teixeira (2010), no seu estudo demonstrou a existência de correlações positivas entre depressão e solidão e negativas entre qualidade de vida e as duas anteriores, comprovando ainda que algumas variáveis sociodemográficas, como o meio de residência e a satisfação na

relação com os amigos, influenciavam a percepção da solidão, da depressão e da qualidade de vida.

Para Hein e AragaKi (2012) a qualidade de vida em pessoas mais velhas é algo amplo integrativo para diferentes fatores como pessoais e interpessoais atribuindo-se grande importância à participação em grupos.

2.5 - Qualidade de Vida Apresentada pelo Grupo WHOQOL

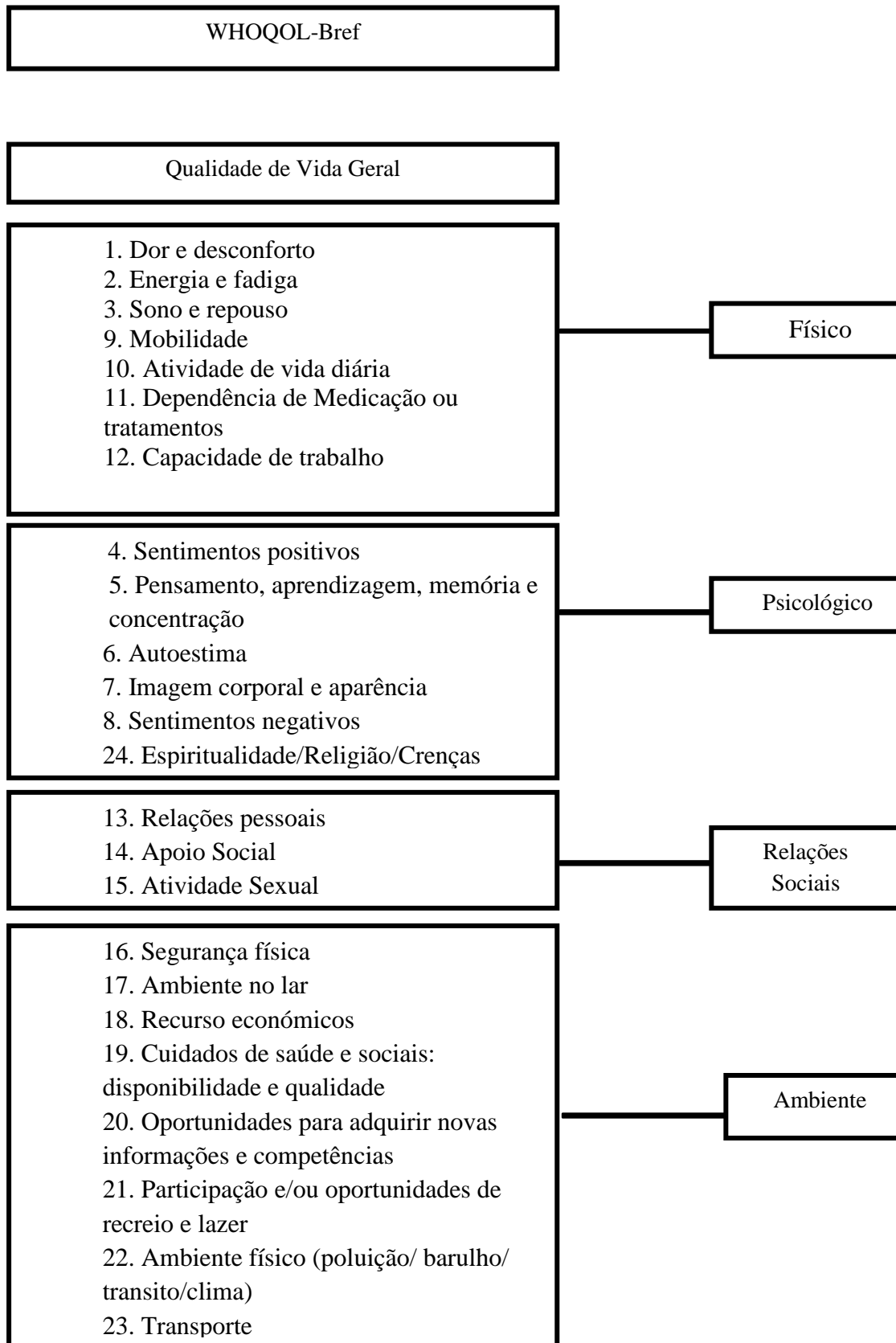
O conceito QV definido pelo grupo WHOQOL (World Helthy Organization Quality of Life Group), apareceu na década de 90. Tratando-se de conceito abrangente, influenciado pela saúde física do indivíduo, psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais, e relações significativas no ambiente em que o individuo vive (WHOQOL, 1994 *cit.* por Canavarro, Pereira, Simões, Pintassilgo). A carência de um instrumento capaz de avaliar a QV que privilegiasse a perspectiva transcultural e subjetiva juntamente com a importância clínica, fez com que a OMS (Organização Mundial de Saúde), desenvolvesse um projeto colaborativo. Segundo (Fleck, Leal, Luzada, Xavier, Chachamovich, Vieira Santos & Pinzon, 1999), apesar de não existir concordância a respeito do conceito de Qv, há conformidade entre os grupos pesquisadores experts de diferentes culturas acerca de três aspetos do constructo da *qualidade de vida*: (1) subjetividade; (2) multidimensionalidade; (3) presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor) (Fleck *et al*, 1999).

O consenso levou `definição de QV como “ a percepção do indivíduo da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL Group, 1995 *cit.* por Fleck *et al.* 1999b). A construção deste conceito reflete a multidimensionalidade, do mesmo, assim a sua estrutura é baseada em seis domínios: domínio físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religião e meio envolvente (Fleck *et al.* 1999).

O grupo WHOQOL desenvolveu em Portugal através de Canavarro, Pereira, Simões, Pintassilgo (2005), um instrumento de avaliação da qualidade de vida com cem questões. Existindo a necessidade que existam instrumentos breves, por requerem pouco tempo de preenchimento, mas com características psicométricas satisfatórias, faz com que o grupo WHOQOL desenvolva uma versão abreviada deste instrumento, WOQOL-bref consta de vinte e seis itens para avaliação da QV, e está organizada em quatro domínios: (Físico,

Psicológico, Relações Sociais e Ambientais) e ainda uma faceta geral, dois itens vão avaliar a qualidade de vida no geral e a perceção geral da saúde (Canavarro, Serra, Pereira, Simões, Quartilho, Gameiro, Carona, Paredes, 2010) visível na Figura n.º 1.

Figura n.º 1 - Estrutura do instrumento WHOQOL-bref: facetas e domínios



3 - SOLIDÃO

3.1 - Pensar a Solidão

A solidão é universal, algo intrínseco à própria condição humana, podendo ser descrita como um sentimento não confortável de alheamento, perda e isolamento Augusto, Oliveira e Pocinho (2008). A solidão adota também uma função desenvolvimental quando incita o ser humano na procura, no estabelecer e na manutenção de relações interpessoais sólidas, vinculativas, imprescindíveis para o seu bem-estar Baumeister e Leary (1995, *cit.* por Augusto *et al.*, 2008). De acordo com Lopes, Lopes e Camara (2009), a solidão acarreta sentimentos de vazio interior, podendo estar presente no indivíduo nas diferentes fases da vida, tendo propensão em pessoas mais velhas. Parece que fatores sociais e psicológicos estarão arrolados com o aparecimento de depressão, luto, isolamento social e mesmo abandono (Goldarb, 1998; Guidetti & Pereira, 2008; Pedrozo, Portella, 2003; Porto e Koller, 2006; Worden, 1998 *cit.* por Lopes *et al.*, 2009).

Para Neto (2006) a solidão é experienciada por crianças, adolescentes e adultos e em diferentes culturas. A solidão, é afinal um sentimento que a todos preocupa em maior ou em menor grau. Surgem sentimentos de solidão, com frequência com a chegada da reforma, saída dos filhos do núcleo familiar, podendo os indivíduos dispor de todo o tempo do mundo sem ter possibilidade de o ocupar socialmente, sendo possível ainda acrescentar perda natural de amigos ou do companheiro(a) sentimental, as possibilidades de relação com “outros” em muitos momentos irão diminuindo gradualmente.

E é com frequência que existe uma associação entre solidão e velhice, tratando-se tão só de uma crença pois a investigação não a confirma (Lima, 2010). A existência desta associação está relacionada com a confusão frequente entre solidão e isolamento social e o viver só (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004 *cit.* por Lima, 2010). Segundo (Lima, 2010), possuir uma vasta rede social não é sinónimo de relações próximas, ou ausência de solidão, viver só não é sinónimo de estar sozinho ou de solidão, nem todos os indivíduos que vivem sozinhos estão isolados, contudo a maioria dos isolados vivem sós. O isolamento das populações envelhecidas apresenta alguns riscos como, perda de autonomia, solidão, depressão e suicídio, Branco e Gomes (1994, *cit.* por Nunes & Menezes 2014).

Para Nunes e Menezes (2014), solidão e isolamento operam culturalmente como situações para ideias de suicídio, apresentando maior incidência nestas idades, principalmente nas pessoas que se afastam dos vizinhos, família e amigos. Victor e colaboradores (2000, *cit.* por Lima, 2010) definiram quatro tipos de combinações entre isolamento social e solidão: nem solitário nem isolado; isolado mas não solitário; solitário mas não isolado; isolado e solitário. Relacionaram solidão e isolamento social e acontecimentos de vida. Estes autores dão o exemplo que pessoas que vivem sós, são mais sensíveis à solidão; solidão e isolamento sendo mais comum entre muitos dos idosos (motivados por fatores de saúde); mulheres tendem a sentir mais solidão e isolamento provavelmente por apresentarem maior facilidade em assumi-la.

Lima (2010) chama a atenção para não negligenciar as pessoas idosas que verdadeiramente se sentem sozinhas e aquelas outras que teriam gosto em ampliar a quantidade e a qualidade das suas relações interpessoais.

Para Lopes, *et al.*, (2009), a solidão afeta as atividades de vida diária e a qualidade de vida, sendo pouco investigada e reconhecida pelos profissionais de geriatria e gerontologia.

Na atualidade a solidão encontra-se relacionada com as alterações que ocorrem na família. As condições de vida moderna são favoráveis ao surgimento da solidão nas pessoas mais velhas, pois o estilo de vida das pessoas e a própria estrutura familiar sofreram muitas alterações, Capitanini (2000, *cit.* por Tier, Fontana & Soares, 2004). As relações familiares alteraram-se, os mais velhos perderam a autoridade, deixando de ser coordenadores passando a coordenados o que, segundo Lopes (2006, *cit.* por Nunes & Menezes 2014) lhes causa angústia. Com o acabar da família nuclear, o aparecimento da viuvez, o viúvo ou a viúva encontram-se mais sós, existe um agravamento da vida, ficando mais vulneráveis, tornando-se por vezes necessário ir para a casa dos filhos ou para um lar. De acordo com Gaspar (2012), é frequente existir uma associação entre velhice e quebra de comunicação com os “outros”, sendo caracterizada por isolamento e solidão, e por um pronunciado afastamento familiar, morte do companheiro(a). Para Gaspar (2012), a solidão atualmente, representa um dos problemas mais importante das nossas sociedades, apesar de acompanhar o homem ao longo da sua história, sendo nos idosos que atinge proporções mais gravosas.

A solidão é frequente nas pessoas mais velhas pois ocorreu um afastamento dos familiares, a viuvez, a limitação de autonomia são fatores que contribuem para o instalar da solidão na opinião de Nunes e Menezes (2014), necessitando de contacto com outras pessoas,

mesmo de contacto físico, por esse motivo apresentam uma preferência por fisioterapia, massagens, evidenciando a necessidade de convívio e contacto físico com os outros.

Sadler (1987 *cit.* por Neto & Barros, 2001), refere que “muitos de nós no mundo de hoje estamos a viver à beira de uma vida solitária” (p.72) afirmando que muitos de nós devido à forma como a vivenciamos nos tornamos debilitados, deprimidos e desmoralizados. Para Pedrozo e Portella (2003), as emoções das pessoas mais velhas são pouco analisadas, tratando-se de um problema individual, para o qual se procuram encontrar soluções individuais compartilhadas com a família.

Perante as situações cada indivíduo apresenta um modo de resolução diferenciado, sendo comum enfrentar as perdas sem enfrentar a situação causadora da crise.

Envelhecer, não é sinónimo de adoecer, no entanto certas enfermidades são mais habituais nestas idades, por esse motivo, alguns idosos considera o corpo um fardo, rejeitando o tratamento e desejando a própria morte. Os amigos partiram, a companheira(o), já não trabalha, os filhos não se encontram tão próximo como desejado, não existe vida social ativa e é neste panorama que surge a solidão nos idosos. Nos tempos atuais a solidão dos idosos está relacionada com as alterações que ocorrem na família nos dias de hoje. As condições da vida moderna são favoráveis ao surgimento de solidão nos mais velhos, pois o estilo de vida e a estrutura familiar sofreram intensas modificações (Tier, Fontana & Soares, 2004).

Machado Pais (2006) no seu livro “*Nos rastros da solidão*” retrata diferentes vivências sociais da solidão, assumindo-se como sociólogo, participante natural da realidade que observa. A solidão, segundo o autor é uma transformação de fenómenos concretos e conteúdos específicos. Na solidão, são as vivências que lhe dão forma, o que interessava no seu estudo foi a exploração, as mediações entre o social e o individual nas suas interdependências. O autor pretendeu desvendar o social nas representações sociais, daí a aplicação do método sociológico que explora a solidão no emaranhado do indivíduo com o social. O estímulo é observar a sociedade a nível dos indivíduos e ao mesmo tempo observar como se manifesta na vida dos diferentes indivíduos. Retratou diferentes percursos, sem abrigos, loucos sem razão ou loucos sãos, bêbados e alcoólicos, idosos e viúvos, amantes virtuais, crentes religiosos, donos de animais de estimação e emigrantes de leste, são estes que formam os rastros de vivências individuais e sociais, dando rosto à solidão retratados pelo autor.

O autor dá-se conta da diversidade da solidão, utilizando como método de estudo, o “estudo de caso”. Através dos diferentes estudos de caso foi possível encontrar uma homologação que possa abranger multiplicidade de vivências de solidão, e várias formas de solidão. A solidão que pode ser vivenciada, quando se está com outros não significativos, isto num centro comercial, num lar de idosos, numa taberna ou até mesmo na família. Por vezes o indivíduo sente-se só, mesmo quando existe a presença física de alguém. Este estar só, não depende da presença ou ausência física de um outro ou outros, mas sim do tipo de relação que se estabelece ou não com outros e ainda com o sentir interno, subjetivo e emocional.

Para Machado Pais (2006), a solidão pode ser opção de vida, não se identificando com o abandono, vazio, neste caso nem é sentida como algo negativo, poderá ser voluntária, sendo importante ao desenvolvimento emocional de cada um.

No caso de alguns sem abrigo a solidão poderá representar o ganho da liberdade por opção, ou pela vida vivida a sós. De acordo com Machado Pais (2006) a solidão apresenta diferentes rostos: o rosto do ressentimento, pessoas cujo desejo de amor em relação aos outros foi de tal forma perturbado, sofrido, que muito dificilmente conseguirão viver novas experiências sem sentir dor ou sofrimento sem reviver experiências anteriores. É exemplo o de uma senhora em que o casamento poderá caracterizar uma fuga à solidão, ao medo de envelhecer só. Mas o casamento pode revelar-se uma forma de prisão, perda de liberdade de autonomia, podendo representar ainda uma prisão interna do indivíduo na forma como são vivenciadas as rotinas, a falta de comunicação, a incapacidade de escuta, ressentimentos, ofensas, lembranças dolorosas, poderão revelar-se numa forma de vivenciar a solidão. Pelo contrário a solidão da perda é sentida na perda do outro (ausência) com valor significativo, alguém com quem era possível vivenciar uma vida plena, alguém em quem era possível confiar, com quem se estabeleceu uma relação profunda, sólida podendo ser de amor ou de amizade, alguém a quem se dá e de quem se recebe afeto. É ainda exemplo de uma solidão de perda, os diferentes rostos daqueles que ficaram destroçados com a perda dos seus animais de estimação. Fala de uma forma de solidão que é social, ao estar junto com outros, estes outros que se encontrem desprovidos de significado e afeto. É o resultado de uma separação do que no passado foi uno, um só e passou a deixar de estar. O conceito pretende indicar aqueles que por diferentes razões, são deixados sós mesmo que acompanhados, é exemplo disso o caso dos imigrantes de leste. Este caso de solidão é o resultado de múltiplas rejeições embora que ténues, assim sendo, a partir do momento da rejeição adquirem uma rotina diária, deixa de ser

adversidade para ser norma. Este sentimento de rejeição não é somente a baixa autoestima mas o tomar conhecimento que existe uma falta de compreensão.

Machado Pais (2006) continua a dar-nos exemplos de como a Solidão de procura, é a sentida pelos rostos daqueles que buscam incessantemente a conexão, para estabelecer redes de comunicação com o outro. Na sociedade contemporânea existem ganhos ao nível da individualidade mas indubitavelmente existem perdas relativas ao sentimento de pertença comunitária. Ao existir uma não socialização existe uma busca incessante de conexão. Procura-se que o “outro” seja ator de uma peça que a imaginação constrói. Por vezes o outro recusa o desempenho de tal papel, ou então joga-se mal e ou ocorre o sentimento de desconforto. Ao constatar-se que ninguém quer ser um ator no cenário dos desejos o que pressupõe a existência de cumplicidades, ocorre-se então em desconforto e mantém-se a solidão.

Os namoros por computador motivam a comunicação mas não é certo que neste tipo de comunicação existam o mesmo tipo de interesses. Trata-se de relações de “um” com “outro imaginário”, assim sendo comunica-se a impossibilidade de comunicar (ausência de outro).

O autor ao referir-se à solidão possessória refere-se aos diferentes rostos dos loucos sem razão ou loucos são, tratando-se da necessidade de preenchimento de um vazio interno ou seja vazio do ser com a necessidade de ter, loucura de consumir (possuir como forma de preencher um mal estar existencial). O oposto da solidão dos despossuados é habitual nos sem-abrigo, pedintes, estes rostos pelo contrário vivem uma condição de privação de bens essenciais de subsistências. Este tipo de solidão pode ser vista como oportunidade ou a capacidade de reagir à indiferença dos outros ou à ausência destes tendo por base o mecanismo de sobrevivência.

A solidão depressiva é o resultado de encontros lacunares ou seja consigo próprio ou com outros. Podendo ser vivido em alguns imigrantes mas também em idosos que são consumidos pela dor do abandono, consumidores compulsivos, pessoas que vivem sentimentos de perda. A solidão evidencia o seu rosto mais desesperante quando deixam de existir oportunidades de encontro, surgindo então o vazio, existindo uma insegurança para preencher esse vazio, é aí que a solidão ilustra o que há de mais perturbador. Vazio, termo utilizado por muitos dos entrevistados ao abordar a solidão segundo Machado Pais (2006) independentemente do nome encontrado para designar a solidão o mais importante é tentar entender o vazio encontrando uma explicação, um significado. O nome que se possa atribuir a

vazio não é por certo o mais importante, importante sim é tentar encontrar diferentes significados.

Solidão por opção, é a construção de uma autoridade por opção. O indivíduo está virado para si próprio na sua interioridade, redescobre-se, renova sentimentos de pertença, questiona a sua própria relação com os outros.

Solidão da descrença é aquela que não apresenta nem afetos nem esperança. Solidão, retratada na velhice, onde os idosos em estado terminal são colocados no piso do fundo como Machado Pais (2006) nos retrata ou seja solidão dos moribundos.

Nas sociedades em que não existiam meios técnicos para fazer face ao sofrimento e à morte, o doente, em estado terminal era ameigado por familiares e amigos. Nestas sociedades não existia uma negação da morte ou do sofrimento, havia a necessidade de dar um sentido à morte. A religião detinha um lugar natural ajudando a encarar a própria morte. Pelo contrário em sociedades em que o consumismo é abundante, os sujeitos de poder económico não conseguem encontrar alívio para o seu mal existencial no consumo desenfreado. A religião também poderá funcionar como uma possibilidade de encontrar respostas para vivenciar a solidão.

Solidão da indiferença, tem parecenças com a solidão da disfunção, o indivíduo está centrado em si próprio ou poderá ser a individualização do social. Diz respeito à forma como os carenciados são olhados pelos outros; olhar de indiferença. Esta solidão está no sentir que estes expressam, na falta de significado que os outros lhes atribuem, sentindo-se olhados de lado ou mesmo ignorados, como é o caso dos bêbados, mendigos ou sem abrigo. Machado Pais (2006) diz-nos que relacionada com a solidão da indiferença está também a solidão do enclausuramento o que acontece com imigrantes ou loucos, revelada na falta de comunicação. Manifestando-se pela falta de respeito pelo outro ou no que tem de diferente em relação aos outros. O sujeito ao sentir-se olhado como diferente pelo outro vai fazer um afastamento em relação a esse outro. Falta de abertura para com os outros, comunicação e união. Machado Pais (2006) encontra diferentes tipos de solidão o produto da investigação é retratado através de diferentes rostos de solidão que são máscaras utilizadas quotidianamente apresentadas através das diferentes personagens.

Segundo Neto (2000), a solidão “constitui um lado perturbante da atração” (p. 315). Revelando-se uma experiência dolorosa quando as relações sociais que mantemos não são as adequadas.

Para McWhirter (1990, *cit.* por Neto & Barros, 2001), a solidão tem surgido ligada a doenças como depressão, suicídio, hostilidade, alcoolismo, a um fraco autoconceito e a doenças psicossomáticas.

De acordo com Bastos (2005, *cit.* por Augusto *et al.*, 2008), a solidão pode ser psicológica quando aparece encoberta num relacionamento aparentemente estável, sendo esta forma de vivenciar a solidão mais angustiante e dolorosa.

A solidão é o estado de quem se sente só, traduzindo isolamento de acordo com (Fernades, Luft & Guimarães *cit.* por Lopes *et al.*, 2009). O isolamento das populações segundo Branco e Gomes (1994 *cit.* por Nunes & Menezes, 2014) apresenta alguns riscos, como perda de autonomia, depressão e suicídio. Para Lopes *et al.*, (2009), a incapacidade física e outras comorbilidades entre elas a demência pode colaborar no aparecimento de depressão isolamento social e solidão. Paúl (1991), refere que se poderia ponderar solidão/isolamento “como de inexistência ou não funcionamento das redes sociais de apoio, determinantes do stress e com consequências em termos de saúde física e psicológica dos sujeitos” (p. 198). A solidão é condição emocional, inerente à disposição biológica do homem, que faz com que haja uma tendência para manter a proximidade de outros e evitar o isolamento, aumentando o sentido de segurança e identidade pessoal (Bowlby, 1969 *cit.* por Paúl 1991). Para Lillyman e Land (2007, *cit.* por Wilson, Harris, Hollis & Mohankumar, 2010), o isolamento social coloca sérios riscos de saúde para os idosos. A solidão é a reação pessoal ao isolamento social, tendo impactos emocionais desagradáveis, mencionando outros como elevadas taxas de depressão clínica, desnutrição, subnutrição, várias doenças crónicas, cuidados de saúde não resolvidos, entre outros problemas de saúde, até mesmo a morte prematura são relatos de vários autores (Brummett *et al.*, 2001; Locher *et al.*, 2005; McCrae, *et al.*, 2005; Victor *et al.*, 2005; Murphy, 2006; Paul *et al.*, 2006; Choi & Kimbell, 2009 *cit.* por Wilson *et al.*, 2010). No que diz respeito a uma definição para isolamento social na maioria das vezes (Lillyman & Land 2007, *cit.* por Wilson *et al.*, 2010) referenciam como a ausência de laços ou relacionamentos. O que os estudos revelam é que sem intervenção não existirá possibilidade de fazer inversão no número crescente de idosos isolados, pois existe a tendência de crescimento de idosos nos países desenvolvidos e ou em desenvolvimento, aumento de adultos mais velhos a vier sem cônjuges ou sem filhos (Lutz *et al.*, 2008; Grenade & Boldy, 2008 *cit.* por Wilson *et al.*, 2010). A população mundial está envelhecendo e crescendo continuamente e a solidão interfere na qualidade de vida dos indivíduos que se encontram privados de convívio, ocorrendo um empobrecimento no contacto social que afeta

as atividades de vida diária (Litvoc & Brito, 2004; Papaleo Netto, 2002 *cit. por Lopes et al.*, 2009).

Para Rebelo (2009), solidão não é sinónimo de depressão, podendo no entanto resultar da solidão, não existindo uma causalidade entre ambos. A pessoa solitária é levada a estabelecer novos relacionamentos no sentido de eliminar a angústia, pelo contrário o indivíduo deprimido, tem resistência em compartilhar a infelicidade com “outros”, acarretando um gradual afastamento. Solidão difere de luto, o processo emocional resultante da perda do marido ou da esposa por morte ou por quebra de relação pode conduzir à vivência dessa situação mas não são equivalentes. O luto é causado pela viuvez, decorre de um período de tempo mais ou menos longo, sendo acompanhado de sofrimento intenso tendo que ver com a privação do ente querido. A solidão não estará presente em todos os momentos do luto mas em momentos em que a saudade é mais intensa.

Ser idoso não significa, encontrar-se limitado intelectualmente, perda de razão, perda de vida e de semelhanças identificadoras com “outros” as pessoas idosas poderão continuar a ser ativas e a colaborar na qualidade de vida dos próprios e dos “outros” Neto (1998, *cit. por Melo & Neto* 2003). As mudanças de vida representam um desafio para a posição dos idosos em quase todas as sociedades e Portugal não é exceção Neto (1992, *cit. por Melo & Neto* 2003).

3.2 - Definição de Solidão

A solidão é experienciada pelo ser humano em qualquer lugar do Mundo. Torna-se difícil imaginar uma pessoa que não se tenha sentido sozinha alguma vez na sua existência. Os primeiros tempos na escola, na fábrica, na caserna, numa mudança de país, de residência, o fim de um relacionamento íntimo são situações que experienciam solidão (Neto, 1993b, 1997a *cit. por Neto*, 2000).

Definição para solidão é algo difícil, pois trata-se de um conceito vago, subjetivo e idiossincrático, podendo apresentar muitos significados (Augusto *et al.*, 2008). A expressão cognitiva implica a perceção do próprio indivíduo como sozinho e isolado, desprovido de proximidade, convivência ou ligação com “outros”, estando subjacente divergência entre as relações sociais desejadas pelos sujeitos e os relacionamentos atuais, quer quantitativamente quer qualitativamente. Na componente afetiva, estão compreendidas as experiências

emocionais negativas que são expressas na desorientação e na perda (Peplau e Perlman, 1982; Rotenberg 1994 *cit. por Augusto et al.*, 2008).

Vários são os autores que têm tentado definir solidão, não existindo no entanto uma definição que possa ser universal e aceite por todos. As diversas definições resultam do reflexo de diferentes teorias estando relacionadas com aspetos da contextualização do conceito.

Para Rebelo (2009), solidão é definida como “ um estado mental angustiante e persistente através do qual um indivíduo se sente afastado ou rejeitado pelos seus pares, embora se encontre faminto da intimidade que sabe existir nos relacionamentos emocionais profundos e na atividade com os outros”(p. 167).

No sentido de perceber melhor as definições de solidão e compreender melhor o fenómeno, apresentamos diferentes definições apresentadas por Neto (2000), assim Sullivan (1953 *cit. por Neto 2000*), solidão como algo desagradável, e motivante, surgindo uma necessidade não encontrada de intimidade interpessoal; Lopata (1996 *cit. por Neto 2000*), “diz-nos que a solidão é um sentimento sentido por uma pessoa (...) (experienciando) um desejo por uma forma ou um nível de interação diferente do que se experiencia no presente ”; para Weiss (1973 *cit. por Neto 2000*),

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

Weiss (1973 *cit. por Neto 2000*, p. 322).

Jong-Gierveld (1978, *cit. por Neto, 2000*), “solidão é um hiato entre as relações interpessoais concretizadas e desejadas como sendo desagradável ou inaceitável, em particular quando a pessoa percebe uma incapacidade pessoal para concretizar as relações interpessoais desejadas num período de tempo razoável” (p. 323); Perlman e Peplau (1981, *cit. por Neto 2000*), para estes autores a solidão é uma experiência desagradável, que ocorrerá quando a rede de relações sociais de uma pessoa é deficiente em algum aspeto importante seja ele quantitativamente quer qualitativamente; Derleg e Margulis (1982, *cit. por Neto, 2000*) na perspetiva destes autores a solidão são causadas pela ausência de parceiro social apropriado no sentido de poder ajudar na realização objetivos dependentes de outras pessoas, e do desejo continuado de tais contactos sociais; Young (1982, *cit. por Neto, 2000*),

“... define solidão como a ausência percebida de relações satisfatórias acompanhadas de sintomas de mal estar psicológico que estão relacionadas com a ausência atual ou percebida...Proponho que as relações sociais possam ser

tratadas como um classe particular de reforço ... Por isso, a solidão pode ser vista como uma resposta à ausência de reforços sociais importantes.”

Young (1982, *cit.* por Neto, 2000, p. 323);

para Rook (1984a, *cit.* por Neto 2000) trata-se de:

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

Rook (1984a, *cit.* por Neto 2000, p. 323).

Para Neto (2000), a solidão pode ser encarada como um traço de personalidade ou seja um atributo estável ao longo do tempo, pessoas solidárias aquelas que referem histórias longas de sentimentos frequentes e intensos de solidão, podendo também encarar um estado psicológico em que as pessoas experienciam solidão em diferentes momentos temporais da sua vida, da pessoa, podendo ser uma pessoa com uma experiência de solidão ou sentir-se só.

Weiss (1973, *cit.* por Neto 2000), distinguiu *solidão social* de *solidão emocional*. Na *solidão social* a pessoa sente-se insatisfeita e só devido à falta de rede social de amigos e pessoas conhecidas, na *solidão emocional* a pessoa está insatisfeita e só, devido a relação pessoal íntima. Rebelo (2009), fala-nos de uma solidão com privação de isolamento emocional tendo como causa fundamental a quebra de um relacionamento íntimo significativo, dando exemplo da provocada pelo divórcio ou morte do companheiro. A privação da pessoa amada só poderá ser preenchida por uma nova vinculação, ou seja um novo relacionamento suscetível de ser expresso através de uma nova união. Rebelo (2008), primeiramente para definir solidão social, define isolamento como a dificuldade que apresentamos ao vivenciarmos, constituir pontes de relacionamento com “outros”, até nos aspetos mais frequentes de convívio, como em ligações de amizade, bem como a dificuldade em encontrar espaço na comunidade ou que um grupo de pessoas nos aceite. Esta solidão está dependente da personalidade, educação entre outros fatores, não estando relacionada com a quebra abrupta de laços afetivos intensos, é o resultado dos atos voluntários do sujeito.

A solidão pode ainda ser tida como uma experiência subjetiva, não sendo sinónimo de isolamento social concreto. Sendo possível o indivíduo estar isolado sem se sentir só, ou sentir solidão quando rodeado de muitas pessoas (Peplau & Perlman, 1982 *cit.* por Augusto *et al.*, 2008). No entanto segundo McWhirter (1990 *cit.* por Augusto *et al.*, 2008) no seu estudo é importante que as experiências objetivas (ou seja tempo em que o indivíduo está só), sejam consideradas, enquanto que as subjetivas, tem que ver com as experiências agradáveis ou

desagradáveis desse tempo. Para Augusto *et al.*, (2008), apenas os indivíduos que experienciam dor psicológica poderão ser considerados pessoas sós.

A solidão para Fromm-Reichman (1959 *cit.* por Augusto *et al.*, 2008), pode diminuir a motivação do indivíduo ou originar a sensação de paralisia bloqueadora de esperança fomentando apatia. Para (Sullivan, 1953; Weiss, 1973 *cit.* por Augusto *et al.*, 2008), este sentimento pode ser impulsionador, uma vez que representa uma motivação para o envolvimento em relações sociais, apesar das ansiedades que possam provocar.

Para Augusto *et al.*, (2008), deverá ser tida em conta uma componente temporal, podendo esta ser transitória ou persistente, podendo estar presente durante um longo ou curto período de tempo do indivíduo, em função da variedade de causas e consequências.

Segundo (Rook 1984a, *cit.* por Augusto *et al.*, 2008), a solidão é uma condição duradora com dor emocional surgindo quando o indivíduo sente-se incompreendido ou rejeitado pelos “outros “ ou sente falta de uma rede social de apoio, para a realização de atividades desejadas sobretudo aquelas que são facilitadoras de integração social e oportunidades para intimidade emocional.

Através das diferentes definições podemos constatar que, solidão é um conceito vago, sendo influenciado por diferentes determinantes sociais pessoais e institucionais. Estes diferentes significados derivam da forma que cada um de nós perante diferentes situações avalia o seu estado de solidão, e a forma como lida com a mesma situação, podendo a solidão ter manifestações diferentes de acordo com estados emocionais de cada pessoa.

Para Gomes (2001, *cit.* por Moreira & Callou, 2006) a solidão do ponto de vista sociológico pode ser entendida como subproduto da construção social do indivíduo,

Ao afirmar sua individualidade, o homem afirma também a fragmentação do universo social e o isolamento do outro. Esse isolamento, porém, pode tornar-se insuportável e gerar a tentativa de ser superado por meio da relação interpessoal. Do ponto de vista sociológico, a solidão é assim, o resultado da produção social de um homem “egocêntrico”, individualista, narcisista.

(Moreira & Callou, 2006, p.69).

Em termos psicológicos a solidão pode ser caracterizada pela ausência afetiva do outro e com a sensação de estar só. O “outro” pode ser próximo geograficamente não existindo aproximação psicológica, logo falta de interação e comunicação emocional (Moreira & Callou, 2006). Indo ao encontro de Neto (1989) quando este refere que a solidão pode ser entendida não apenas quando estamos efetivamente sozinhos mas também sentida quando

estamos na companhia de outras pessoas. No essencial na questão de solidão é a insatisfação que o indivíduo sente em relação ao relacionamento social que possui (Neto, 1989).

Ainda numa outra definição Paúl (1991, *cit.* por Fernandes, 2007) diz-nos que solidão é uma condição emocional, inerente à disposição biológica do homem, em que o homem tem tendência para manter proximidade dos outros e deste modo evitar o isolamento, aumentando o sentido de segurança e identidade.

As definições, todas elas acarretam que a solidão é o resultado de deficiências nas relações sociais da pessoa só. Segundo Peplau e Perman (1982, *cit.* por Neto 2000) nas definições de solidão existem três aspetos comuns que são partilhados: a solidão é uma experiência subjetiva que pode estar relacionada com isolamento objetivo; a experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; a solidão resulta de uma forma deficiente de relacionamento.

Um estudo efetuado por Lopata (1969 *cit.* por Neto, 2000) com pessoas viúvas possibilitou mostrar diversos sentimentos que os indivíduos podem manifestar ao experienciar diferentes sentimentos de solidão como: desejar estar com o marido; querer ser amada por alguém; querer amar e tratar de alguém; querer partilhar experiências quotidianas com alguém; querer ter alguém por casa; precisar de alguém para partilhar o trabalho; desejo de uma forma prévia de vida; experienciar falta de estatuto; experienciar falta de outras pessoas, como consequência de ter perdido o marido; temer a sua incapacidade para fazer novos amigos. Assim a solidão abrange o desejo do passado, desapontamento com o presente e temores acerca do passado.

A partir de inquérito efetuado por Rubenstein e Shaver, (1982, *cit.* por Neto, 2000) na população em geral, foi possível encontrar associação entre quatro conjuntos de sentimentos que as pessoas dizem possuir quando estão sós (desespero, depressão, aborrecimento impaciente e auto depreciação). Abaixo apresentamos a Tabela n.º1 com os diferentes sentimentos, apercebemo-nos assim da complexidade da solidão e dos sentimentos que a ela podem estar ligados (Rubenstein e Shaver, 1982a *cit.* por Neto, 2000)

Tabela n.º 1.1 - Sentimentos Associados à Solidão

Desespero	Depressão	Aborrecimento Impaciente	Auto depreciação
Desespero	Triste	Impaciente	Pouco atrativo
Aterrorização	Deprimido	Aborrecido	Severo consigo
Desamparo	Vazio	Desejo de estar noutra local	Estúpido
Assustado	Isolado	Inquieto	Envergonhado
Sem esperança	Pesaroso	Zangado	Inseguro
Abandono	Melancólico	Incapaz de se concentrar	
Vulnerável	Alienado		
	Desejo de estar com uma pessoa particular		

Nota: (Rubenstein e Shaver, 1982a *cit.* por Neto 2000)

Os investigadores tem utilizado duas abordagens conceituais para avaliação da solidão, a multidimensional e a unidimensional. Na abordagem multidimensional, a solidão é considerada como um fenómeno multifacetado, sendo vista de uma forma global. Esta abordagem não se centra na experiência comum de solidão mas em tentar diferenciar diferentes tipos de solidão existentes. Na abordagem unidimensional, a solidão é considerada um fenómeno unitário, em que é essencialmente a intensidade experienciada por cada indivíduo. Subentende-se que existem temas comuns na experiência de solidão, contudo existindo particularidades que afetam os indivíduos que as vivenciam. Este tipo de abordagem pressupõe, que a mesma escala de solidão deve ser sensível em diferentes situações.

Young (1982 *cit.* por Augusto *et al.*, 2008), identificou três tipos de solidão: a transicional, situacional e crónica. Deste modo a *transacional* poderá ocorrer durante alguns minutos e horas não apresentando sintomas graves; *situacional*, resulta de um acontecimento importante, ou seja o fim de uma relação, apresentando sintomas como ansiedade, insónias, dores de cabeça; e a *crónica* apresenta a duração de mais de dois anos não resultando de um acontecimento traumático recente.

Pedrozo e Portella (2003), através dos conteúdos das entrevistas dos idosos, encontrou cinco categorias como significado da solidão, como aflição emocional; momentos de solidão

como momentos de revisão de vida; solidão é um vazio deixado pelas perdas; é esquecer de viver; sentir-se menos acompanhado; é não ter sonhos; não ter propósitos. Foram também encontradas razões para a solidão: como consequência de uma enfermidade, ninho vazio, o vazio como resultado da reforma.

Num estudo realizado em Portugal por Ferreira-Alves, Magalhães, Viola & Simões (2014), foram entrevistados adultos com cinquenta e mais anos, os resultados revelaram que a solidão não era prevalente, assim 12% dos entrevistados revelam sentirem-se solitários, muitas vezes ou quase sempre, contra 40% que revelaram nunca se sentirem sós. Os resultados revelam que quando analisados em conjunto as variáveis idade, estado civil, tipo de habitação, condições de saúde, satisfação social, isolamento social, falta de interesse e transporte são preditores de sentimentos de solidão.

Sundstrom, Fransson, Malmberg & Davey (2009) elaboram um estudo com os Europeus mais velhos, verificaram semelhanças com estudos anteriores em que a solidão era mais comum em Países do Mediterrâneo do que no Norte da Europa. A convivência com o cônjuge/companheiro foi consistentemente associada com menor prevalência de solidão entre os países. A combinação de viver sozinho e ter problemas de saúde foi associada a probabilidades dez vezes maiores de se sentir sozinho, em comparação com a vida junto de alguém e ter boa saúde. Em relação ao género e saúde, foram encontrados sinais de diferença em relação aos países na forma como foram associados à solidão. Os resultados indicam a importância das características contextuais e expectativas culturais na interpretação da solidão.

Nas sociedades direcionadas para o individualismo (Augusto *et al.*, 2008), os níveis de solidão são menores por contraste com as sociedades mais norteadas para a comunidade, apresentando estas uma maior sensibilidade ao sentimento de exclusão. Assim é possível concluir que a sensibilidade à solidão varia de cultura para cultura. De acordo com estudos Europeus Portugal e Grécia são os países onde os idosos revelam com maior frequência sentimentos de solidão. Os países que apresentam menor solidão na população são a Dinamarca e a Suíça.

Para Paúl (1991), a solidão está intimamente ligada à viuvez, “pela perda de uma relação íntima muito particular” (p. 205). As pessoas viúvas, a maior parte das vezes isolam-se, são um tipo de isolados involuntários que encaram um penoso período de adaptação a um

novo estado. É talvez de todos os acontecimentos que ocorrem na vida (a perda por morte de um ente querido) o mais relevante provocador de stress.

Segundo Ussel (2001), a viuvez é encarada como um dos acontecimentos mais nefastos para as pessoas mais velhas, anuncia o fim de uma relação amorosa, adquirindo contornos muitos dolorosos e difíceis de ultrapassar. As pessoas idosas devido à sua idade dificilmente irão vivenciar algo semelhante no tempo que lhes resta de vida. Provocando alterações a nível pessoal social mas também familiar. Ussel (2001), menciona que por norma os idosos sentem um mal-estar psicológico como depressão, desilusão com a vida, insónias. As complicações nos homens são mais sérias, pois estes não se encontram preparados para viver sozinhos, não estando habituados a tarefas como cozinhar, passar a ferro, lavar roupa e refere ainda que quando a viuvez ocorre em idades ainda mais avançadas, acabam por ficar ainda mais sós, na maioria das vezes os filhos já não residem com eles. A solidão nestes casos é constante, os idosos tiveram que alterar toda a sua rotina (passam a morar totalmente sozinhos), vão viver com familiares ou ainda porque têm de ir para uma instituição e estas alterações podem não ser vividas da forma mais positiva.

Segundo Paúl (1991), a transição para a viuvez é mais significativa para a depressão do que para o luto em si, sendo também mais preocupante em termos de saúde. O stress que experienciam na continuidade da perda, aumenta a perturbação dos indivíduos que se adaptam melhor quando alimentam novos interesses e possuem uma forte rede social de apoio. No que diz respeito à situação de viuvez, o papel das redes sociais é extremamente importante na adaptação do idoso ao seu novo estado, existindo vários estudos que averiguam o apoio dado pelos filhos nestas situações. Existindo duas facções nas investigações, aquela que realce às características dos filhos que influenciam a tarefa de apoiar as viúvas, e uma outra que se foca nas atitudes das viúvas no que diz respeito à independência, e à forma e grau que elas confiam nos outros, nomeadamente nos filhos.

A velhice ou envelhecimento são reconhecidos como um problema para a maioria das pessoas, para os quais nunca se está preparado, são várias as modificações e perdas que acontecem nesta fase. Ocorrem transformações físicas, próprias de um organismo que envelhece, transformação social, em função das perdas e limitações que advêm com a velhice, o que faz com que muitas vezes o ser humano recorra ao isolamento e à solidão. Existindo três fatores que influenciam de alguma forma a solidão: a *idade*, o *género*, o *estado civil*. Segundo Neto (2000) na nossa cultura existe um estereótipo que as pessoas idosas são mais solitárias, de acordo com as investigações recentes o que se encontra nos estudos é que a

solidão diminui com a idade. À medida que a idade avança a vida social torna-se mais estável conduzindo a maiores habilidades sociais e expectativas mais realistas no que concerne às relações sociais. No que diz respeito ao género, os estudos não são conclusivos em relação à diferença de géneros. É do senso comum que as mulheres, são mais emotivas que os homens, apresentam maiores taxas de doenças mentais Clancy e Gove (1974, *cit.* por Neto, 2000). Seria de esperar, que tendo as mulheres reações emocionais negativas com maior frequência, fossem elas a sofrerem mais de solidão do que os homens não só por expressarem com maior facilidade os sentimentos. Contudo os estudos não apresentam dados conclusivos sobre as diferenças de género na solidão. Existe dúvida por parte dos homens em assinalarem solidão, encontrando-se em consonância com os estereótipos sexuais, não esperando que os homens expressem as suas “fraquezas” emocionais (Neto, Williams & Widner, 1991, *cit.* por Neto 2000). No que diz respeito ao estado civil Weiss (1982, *cit.* por Neto, 2000), as pessoas solteiras têm mais tendência a sofrer de solidão do que as casadas, nas viúvas e divorciadas, a solidão está mais presente que nas restantes mulheres não casadas. Deste modo os estudos vão no sentido de que a solidão está mais interligada com a perda de relação conjugal do que pela ausência de companheiro. O sexo interage com estado civil. Entre casais as mulheres mencionam mais solidão, mas ao verificar-se rutura na relação pela separação, morte ou divórcio os homens vão revelar mais solidão (Rubenstein e Shaver, 1982b *cit.* por Neto, 2000).

Segundo Machado Pais (2006), a solidão provoca um sentimento de vazio interior, presente no ser humano nas diferentes fases da vida, mas mais frequente com o envelhecimento.

A solidão para Machado Pais (2006), é uma “doença” social que faz maior número de vítimas entre as pessoas da terceira idade. Tendo estas percorrido muitos caminhos, sofreram adversidades, acordaram de todos os sonhos, encontrando-se no declínio da vida, meditando e vivendo num passado remoto, povoado de saudades, esperando apenas o fim. A solidão provoca um sentimento de vazio interior, presente no ser humano em diferentes fases da vida mas com maior frequência no envelhecimento.

Machado Pais (2006), defende que estar só é diferente de solidão. Para ele o conceito de solidão pode significar rutura com contextos, laços sociais a que se chama “desenlaces” ou ainda perda de autonomia para desenvolver atividades diárias, encerrando as redes de relações sociais.

Para Machado Pais (2012), a solidão é tanto mais solitária quanto mais preenchida de memórias. A perda do sentimento de pertença é um dos fatores mais associados à solidão e ao desencanto com a vida. Machado Pais (2006) numa pesquisa feita em lares, muitos dos idosos lamentavam a falta de visitas ou seja de amigos ou familiares, muito pontualmente recebem chamadas telefónicas. No sentido de combater a solidão aliam-se à televisão, os apresentadores passam a constituir a sua família, falando-lhes diariamente, sorriem-lhes, dão-lhes novidades, dão-lhes imagens do que se passa no exterior. Os idosos ao fazer balanços da vida por vezes lamentam os rumos que a vida tomou, uns culpam o destino, outros culpam-se a si próprios, detendo pensamentos enganadores sobre o que poderia ter ocorrido e não ocorreu. Exceccionalmente atribuem a razão do seu desamparo ao abandono que os filhos lhes sujeitam. Com maior frequência apontam os “azares da vida”, as pensões reduzidas, com as quais não conseguem comprar medicamentos, ou até a própria idade que lhes retira capacidade de proatividade. Vários são os idosos que confessam ter-lhes passado “coisas pela cabeça” (Machado Pais, 2006), forma de expressar sentimentos negativos, no sentido de colmatar infelicidades da vida. Antigamente a morte era visível, reconhecida e ritualizada, ocorrendo em casa, agora morre-se com mais frequência em lares, asilos, hospitais, longe da família, apenas na companhia de desconhecidos, máquinas e solidão como companhia. Tratando-se de uma “morte civilizada,” que silencia a exteriorização do sentimento perante a dor, o sofrimento, a morte. Hoje com as mudanças económicas e demográficas, o problema que se vive não é apenas o da sucessão mas da coexistência solidária das gerações. O aumento da esperança de vida, a baixa taxa de natalidade a Europa em crise coloca nas agendas governamentais o problema.

CAPITULO II
METEDOLOGIA

METODOLOGIA

A investigação é definida segundo Fortin (2003) como, “um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam de investigação” (p.15). A investigação científica para Fortin (2009), “consiste em descrever, em explicar, em predizer e em verificar factos, acontecimentos ou fenómenos” (p.4).

A metodologia é tida como a base do trabalho de pesquisa, sendo através dos métodos e técnicas que todo o processo de investigação científica é orientado. Para o reconhecimento do problema os investigadores necessitam de pesquisar os elementos da situação problemática e partir do concreto para o abstrato. Deste modo o investigador irá definir quais os métodos a utilizar, de forma a obter respostas para os problemas e questões desenvolvidas (Fortin, 2009). É neste campo de intervenção que o presente trabalho tem como finalidade tentar conhecer/compreender a Qualidade de Vida e Solidão dos idosos Institucionalizados, bem como a perceção que o idoso tem da sua qualidade de vida.

É nossa pretensão a obtenção de dados que nos permitam responder à nossa questão inicial de investigação que é a seguinte: *Quais os aspetos que interferem na Qualidade de Vida e Solidão dos idosos Institucionalizados?*

1. Problemática de Investigação

Partindo do fenómeno a estudar, emergem as questões de pesquisa, para Fortin (2009), qualquer investigação tem como ponto de partida a situação considerada problemática que previsivelmente obriga uma explicação ou uma melhor compreensão do fenómeno a observar.

A população, Mundial está a vivenciar uma profunda alteração demográfica, assistindo-se ao aumento do número de pessoas idosas quer o aumento da esperança de vida. (Lima, 2010). Ao falar-se de envelhecimento reporta-se ao aumento dos diferentes elementos que compõe os respetivos grupos com mais idade em comparação com os de menor idade.

Assim, decorrente do crescente envelhecimento populacional e da problemática que envolve esta população surge a preocupação crescente com as diversas necessidades que os idosos apresentam e da importância de oportunamente identificar as necessidades para delinear estratégias que possam ajudar a suprimi-las logo são-nos colocados desafios sociais que vão mudando em virtude da enorme heterogeneidade desta população.

A presente questão de investigação surge pela necessidade de pensar/repensar as soluções que a sociedade apresenta ou irá apresentar num futuro próximo, para a resolução da problemática do envelhecimento e todas as questões que as pessoas mais velhas trazem às famílias e à população em geral, desafios estes para os quais não se encontram preparados.

Efetivamente, o envelhecimento é algo natural inerente ao ciclo de vida comportando progressivos défices e limitações, tornando-se necessário adequar os cuidados às necessidades das pessoas idosas (Ministério da Saúde, 2004). O envelhecimento populacional é uma realidade que não é possível ignorar. E Portugal não fica indiferente a esta problemática, que parece acentuar-se, em 2006, a população idosa com mais de 65 anos representava cerca de 17,3%, da população total, a esperança média de vida estava situada nos 78,5 anos (nas mulheres 81,8 anos e nos homens 72,2). Estimando-se que nos próximos 25 anos o número de idosos seja o dobro do número de jovens. Se nos anos 90 por cada 100 jovens residentes, em Portugal habitavam cerca de 68 idosos, em 2006 este valor ascende por cada 100 jovens, 112 idosos de acordo com o INE (2007, *cit.* por Lima 2010), o que afigura, uma população ativa em declínio e uma população idosa em ascensão. Assim de acordo com as projeções do INE da população residente em Portugal para (2008-2060) é previsível que nos próximos 50 anos, Portugal deverá continuar com cerca de 10 milhões de residentes, existindo a tendência de envelhecimento demográfico, estimando-se que em 2060 possam residir no território nacional cerca de 3 idosos por cada jovem de acordo com o INE (2009).

Para Fonseca (2006), ao pensar-se em idosos, deverá considerar-se, as condições que envolvem todo o processo de envelhecimento e que são essenciais para o seu bem-estar. Deste modo, deverá pensar-se em saúde sempre que se pensa na promoção do envelhecimento.

Nem sempre é possível obter as condições benéficas e adaptadas às condições da pessoa idosa recorrendo-se muitas vezes à institucionalização. Para a maioria dos idosos a institucionalização parece comportar um conceito negativo, surgindo como um meio, cada vez mais utilizado pela maioria das famílias, como tal importa avaliar a perceção face a este recurso (Cordão, 2009).

Só conhecendo este tipo de população e as suas necessidades, é que podemos ajudá-los onde mais carecem, através do desenvolvimento de intervenções direcionadas para a promoção da saúde no idoso e no envelhecimento.

O presente estudo terá como principal objetivo perceber a forma como os idosos percebem a sua qualidade de vida e a existência ou não de solidão nos idosos institucionalizados. Tratando-se de um tema pertinente, visto que Portugal enfrenta um grave problema de envelhecimento. O que poderá ser problemático se se verificar uma ausência, insuficiência ou a inadequação de respostas sociais para a satisfação das necessidades humanas básicas diárias, ou uma articulação deficitária entre indivíduos e a sociedade, sendo que a sociedade somos todos nós e para que existam alterações teremos todos que deter um papel interventivo. É neste enquadramento que se coloca a nossa questão de investigação.

2. Objetivos da Investigação

Após a definição da questão de investigação surge a necessidade de delinear os objetivos da mesma. De acordo com Fortin (2009) através da definição dos objetivos, o investigador é levado a precisar os conceitos que pretende estudar, a população alvo e a informação que pretende obter. No processo de investigação os objetivos de estudo revelam de forma explícita o que o investigador pretende fazer (Fortin, 2003).

O objetivo geral da investigação consiste em conhecer a Qualidade de Vida e a Solidão dos Idosos Institucionalizados.

Deste emergem os seguintes objetivos específicos:

- Conhecer os idosos institucionalizados nos Lares.
- Descrever as variáveis que mais influenciam a perceção da Qualidade de Vida de acordo com o idoso e a Institucionalização.
- Identificar se existe Solidão em idosos institucionalizados.
- Compreender se a Solidão afetar a Qualidade de Vida do idoso Institucionalizado.

Devemos referir que foram definidos como idosos institucionalizados aqueles que se encontram a viver em lar.

Estimamos que através desta investigação, e dos resultados obtidos possamos promover uma melhor compreensão da temática em estudo e deste modo vir a implementar estratégias de melhoria da Qualidade de Vida desta população.

3. Tipo do Estudo

A metodologia é a base do trabalho de investigação, pois é através dos métodos e técnicas que será orientada a elaboração de todo o processo de investigação científica. A seleção do método de investigação a utilizar é uma das principais decisões que o investigador tem que tomar, contudo a natureza da questão de investigação indica a maior parte das vezes qual o melhor método a seguir (Polit & Hungler, 1995).

Nesta investigação face ao anteriormente exposto optou-se por efetuar um estudo tipo descritivo uma vez que, neste trabalho, procurou-se discriminar fatores importantes para descrever determinado fenómeno. Para Fortin (2003), cada tipo de estudo corresponde a “um desenho que especifica as atividades que permitirão obter respostas fiáveis às questões de investigação ou às hipóteses” (p. 133). São também procuradas relações entre conceitos a fim de se obter um perfil geral do fenómeno. Esta autora refere ainda que os estudos descritivos visam obter informação quer sobre as características de uma população quer sobre os fenómenos em que não existem muitos trabalhos de investigação.

O estudo será de carácter transversal, pois centra-se num único grupo representativo da população, e os dados são recolhidos num determinado período de tempo limitado (de Dezembro a Maio de 2014). Decorreu, na região do barlavento Algarvio, concelho de Portimão, Lagos e Lagoa.

A metodologia de investigação utilizada é a quantitativa que tem a pretensão de descrever e quantificar as variáveis em estudo. Fortin (2009), diz-nos que o método de investigação quantitativo está intimamente ligado ao paradigma positivista, mencionando que a verdade é absoluta e que os factos existem independentemente do contexto histórico, social e do investigador, podendo ser isolados e conseqüentemente medidos. O método quantitativo é caracterizado pela medida de variáveis e pela conseqüente obtenção de resultados numéricos que são suscetíveis de serem generalizados a outras populações. Para Fortin (2009), “o método quantitativo visa, sobretudo explicar e predizer um fenómeno pela medida das variáveis e pela análise e dados numéricos”.

Segundo esta autora (Fortin, 2009), alguns dos objetivos da investigação passam pelo estabelecimento de fatores, por colocar em evidência relações entre variáveis através da verificação de hipótese e por verificar teorias, pretendendo-se pois a obtenção de resultados

que poderão posteriormente ser utilizados no plano prático, podendo ser utilizados para uma melhoria das situações estudadas.

4. População e Amostra

A população de uma investigação corresponde ao total de indivíduos ou objetos que apresentam características semelhantes e sobre as quais se pretende retirar conclusões (Hill & Hill, 2005). Para Fortin (2009) existem dois tipos de população, nomeadamente a população alvo (diz respeito à população que o investigador pretende estudar e sobre a qual pretende fazer generalizações) e a população acessível (fração da população alvo que se encontra ao alcance do investigador, podendo estar limitada a uma região de uma instituição). A população para a realização deste estudo serão os grupos de idosos institucionalizados no Concelho de Portimão, Lagos e Lagoa ou seja Aldeia-Lar e instituições tradicionais. Como é difícil estudar por inteiro uma população, a investigadora constituirá uma amostra.

Para Fortin (2009), a amostra é “a fração da população que integra o objeto de estudo”. No presente estudo, importa definir a amostra por se tratar de um subconjunto de elementos retirados da população para participar no estudo (Fortin, 2003).

Existem alguns aspetos a ter em conta, no que diz respeito à determinação do tamanho da amostra, estes prendem-se com o objetivo do estudo, o número de variáveis, o tipo de estudo, o nível de significância e o efeito esperado (Fortin, 2009). Para Hill e Hill (2005), quanto maior for a amostra maior representatividade fornecerá da população. Para que uma amostra seja representativa da população em estudo é necessário que a mesma e a população sejam muito semelhantes em termos de características relevantes para o estudo. A amostra deverá ser o mais homogénea possível recorrendo-se a critérios que permitam definir as características a encontrar nos elementos constituintes da mesma (Fortin, 2009). Quanto maior for a amostra maior representatividade fornecerá da população (Hill & Hill, 2005).

O tipo de amostragem é por conveniência e o seu método é não-probabilístico por acessibilidade. Considerámos uma amostra 160 indivíduos estando dependente da população residente nas diferentes instituições e com possibilidade de responder às nossas questões, sendo ainda do género feminino e masculino.

A amostra irá ao encontro da disponibilidade e adesão por parte da população alvo e terá as seguintes características:

- Ser idoso (igual ou superior a 65 anos de idade).
- Nacionalidade Portuguesa.
- Ser idoso institucionalizado em instituição Aldeia-Lar ou instituição tradicional.
- Apresentar função cognitiva adequada para colaborar com as indicações verbais fornecidas.

A amostra desta investigação é representativa da população estudada na medida em que todos os idosos que fazem parte desta população, apresentavam todos a mesma possibilidade de fazer parte da amostra, desde que cumprissem os critérios de inclusão delineados no estudo.

A seleção da amostra foi efetuada obedecendo aos critérios de inclusão no estudo, assim como vontade/disponibilidade do idoso institucionalizado em participar. A amostra tentou englobar o maior número possível de elementos para, tentar ser representativa da população.

Na Tabela n.º 2.1 é possível visualizar o número de indivíduos por Instituição que colaboraram na investigação e autorizaram a aplicação dos questionários.

Tabela n.º 2.1 – Número de Indivíduos por Concelho e Instituição que participaram no estudo

Concelho	Instituição	Amostra
Portimão	Santa Casa da Misericórdia de Portimão	17
	Lar Esperança (Portimão)	07
	Centro Paroquial da Mexilhoeira - Grande- Aldeia de São José de Alcalar (Portimão)	61
Lagoa	Centro Popular de Lagoa - “O Nosso Ninho”(Lagoa)	35
Lagos	Santa Casa da Misericórdia de Lagos - Lar José Fialho (Lagos)	40

A amostra ficou constituída por 160 pessoas idosas, distribuídas por diferentes instituições. Para além destes 160 inquiridos, ficaram de fora da amostra alguns questionários, por se encontrarem com dados incompletos, ou por terem idade inferior a 65 anos ou ainda por em conversa informal apresentarem alguma desorientação. Constatamos a existência de

utentes que se recusaram a responder às questões, ou por recearem que os dados tivessem outra utilidade, que não a investigação.

Os 160 utentes que conosco colaboraram e que constituem a nossa amostra fizeram-no de livre vontade, após terem sido esclarecidos sobre o procedimento.

5. Variáveis do Estudo

De acordo com Fortin (2003), as variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações sendo estruturadas numa investigação. Neste estudo irão ser utilizadas variáveis independentes e dependentes. A autora Fortin (2003), considera que o investigador manipula as variáveis independentes para poder medir o seu efeito na variável dependente; ao passo que no caso da variável dependente é esta que sofre o efeito esperado das variáveis independentes.

As variáveis dependentes deste estudo serão a Qualidade de Vida e a Solidão.

As variáveis independentes que incluímos no estudo para responder às hipóteses correspondem ao género, idade, estado civil, escolaridade, anterior profissão, Instituição, crença numa religião, causa da Institucionalização, regime de Institucionalização, tempo de permanência em Instituição, ausentar-se da Instituição, favorável ao regime de Institucionalização, participação em atividades da Instituição, amizades, contacto com amigos, visitas.

5.1 - Variáveis Independentes

As variáveis independentes integram o questionário sociodemográfico (Anexo I), acontecendo que este questionário apresenta alguns dados repetidos relativamente à parte inicial da escala WHOQOL- Bref (Anexo II), pois após autorização e cedência pela Professora Dr.^a Canavarro nós já tínhamos este instrumento elaborado.

Seguidamente apresentamos as variáveis independentes e a forma como foram aplicadas no estudo, pela ordem que se apresentam no modelo de análise:

- Idade

A idade apresenta-se como questão aberta sendo expressa em números absolutos. No capítulo descritivo deverá ser operacionalizada em classes no sentido de facilitar a sua análise.

- Sexo

Variável apresentada na forma de questão fechada, a natureza da variável é dicotómica logo masculina e feminina.

- Escolaridade

A escolaridade foi operacionalizada mediante as seguintes categorias:

- Não sabe ler nem escrever;
- Saber ler e /ou escrever
- Instrução primária – 1 a 4 anos de escolaridade
- 5 a 6 anos de escolaridade
- 7 a 9 anos de escolaridade
- 10 a 12 anos de escolaridade
- Estudos Universitários

- Profissão exercida

Dada a natureza das profissões e multiplicidade existente, parece-nos importante agrupar as profissões exercidas por grupos de atividades laborais. É de referir que todos os inquiridos são reformados. Trata-se de uma variável aberta que posteriormente transformámos em classes para uma melhor análise estatística.

- Trabalhadores rurais
- Operários não qualificados
- Balconistas e serviços
- Licenciados com profissões liberais

- Instituição de Acolhimento

Aqui é feita referência à instituição, em que os indivíduos inquiridos se encontram a residir.

- Santa Casa da Misericórdia de Portimão (Concelho de Portimão);
- Lar Esperança, Portimão (Concelho de Portimão);
- Centro Paroquial da Mexilhoeira Grande- Aldeia de São José de Alcalar (Concelho de Portimão)

- Lar “O Nosso Ninho” – Lagoa (Concelho de Lagoa);
- Santa Casa da Misericórdia de Lagos - Lar José Fialho (Concelho Lagos).

- Estado Civil

De acordo com a natureza dos itens e de modo a facilitar a apresentação dos dados e análise desta variável, na parte da análise agrupamos os itens casado(a), bem como os itens separado(a) e divorciado(a), uma vez que apresentam a mesma natureza e o número de respostas não é relevante na base de dados e facilita a interpretação dos mesmos. Esta variável é avaliada por uma questão fechada e operacionalizada através dos seguintes itens:

- Solteiro (a)
- Casado (a)/União de facto
- Divorciado (a)/Separado (a)
- Viúvo (a)

- Doença atual

Esta variável surge da perceção dos idosos da doença que possam apresentar. Esta variável foi operacionalizada em sim e não.

- Tipologia das doenças

Esta variável surge em questão aberta, apresentando uma multiplicidade de doenças possíveis. Esta variável foi transformada em classes para uma melhor análise estatística. Sendo operacionalizada do seguinte modo:

- Doenças Cardiovasculares
- Doenças Endócrinas e Metabólicas
- Doenças Músculo - Esqueléticas
- Doenças Psicológicas e Mentais
- Doenças Respiratórias
- Doenças Gástricas e Digestivas
- Sem Doenças

- Crenças Religiosas

Refere-se ao acreditar em alguma religião por parte dos idosos a variável nominal dicotômica, operacionalizada em sim e não.

- Motivo da Institucionalização

Refere-se à razão que levou ao internamento do indivíduo em instituição. Sendo operacionalizada em:

- Doença
- Isolamento
- Incapacidade Física
- Viuvez
- Solidão
- Outra situação

- Regime de Institucionalização

Refere-se ao tipo de instituição que os indivíduos residem, sendo operacionalizado em:

- Lar
- Lar/Aldeia

- Tempo em Instituição

Diz respeito ao tempo que reside em instituição, varia em menos de um ano a vários anos.

- Frequência da ausência da Instituição

Refere-se à frequência com que o indivíduo que reside em instituição costuma sair. É classificada consoante a frequência com que os idosos consideram que ocorre. Tendo sido operacionalizada da seguinte forma:

- Todos os dias
- Aos fins-de-semana
- Semanalmente
- Mensalmente

- Raramente
- Dias especiais
- Nunca

- Opinião a favor ou contra a Instituição

Tem que ver com a opinião do indivíduo que reside em instituição. Esta variável apresenta-se sobre questão dicotómicas, apresentando duas opções favorável ou contra a institucionalização.

- Participação em atividades da Instituição

Apresenta a operacionalização, negativa e outra favorável e se favorável quais as atividades em que participa, logo demonstra a envolvimento por parte dos utentes na dinâmica da instituição.

- Tipo de atividades em que participa na Instituição

Diz respeito à participação de alguns dos idosos que residem nas instituições nas diferentes atividades que lá se realizam. Trata-se de uma variável aberta e tem que ver com as preferências dos idosos, sendo operacionalizada da seguinte forma:

- Prática Desportiva
- Sensibilização Musical
- Jogos de Mesa
- Animação
- Prática Religiosa
- Nenhuma

- Perceção de ter amigos

Refere-se à perceção que o idoso tem das pessoas que considera como amigos. Operacionalizada em:

- Muitos amigos
- Mais ou menos amigos

- Poucos amigos
- nenhuns

- Frequência de contacto com os amigos

Diz respeito à percepção que o idoso tem da frequência com que recebe visitas de pessoas amigas. Foi operacionalizada da seguinte forma:

- Muita frequência
- Mais ou menos frequência
- Pouca
- Nenhuma

- Preferência do tipo de visitas

Refere-se à forma como o idoso percebe a qualidade das visitas que recebe. Operacionalizada em:

- Família
- Amigos
- Amigos e família
- Outros

5.2 Variáveis Dependentes

A Qualidade de Vida integra a segunda parte do questionário WHOQOL-Bref, uma vez que na primeira foram contempladas pelos autores variáveis independentes que se encontram associadas ao questionário sociodemográfico. Deste modo, a nossa variável dependente é a Qualidade de Vida e a Solidão dos idosos a residir em instituição o questionário da Qualidade de vida e Solidão encontram-se descritos posteriormente em Instrumentos.

6. Hipóteses

De um modo geral, as hipóteses de investigação indicam o enunciado do problema para uma previsão definida de resultados esperados. Para Fortin (2003), “uma hipótese é um resultado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis” (p.102). A hipótese combina o problema e o objetivo no sentido de predizer resultados ou explicações para o

estudo. A hipótese distingue-se da questão de investigação por predizer resultados da investigação, indicando os resultados se a hipótese é confirmada ou infirmada. Para Fortin (2009), “a hipótese estabelece uma ligação de associação ou de causalidade entre variáveis” (p.47) representando um resultado antecipado entre variáveis. Deste modo as hipóteses deverão satisfazer algumas questões: como ser clara, devendo ainda ser formulada de forma afirmativa e deverá colocar em evidência as variáveis, ser plausível, verificável, e ser apoiada em bases teóricas logo deverá ter a finalidade de explicar o fenómeno em estudo (Fortin, 2009). Face às variáveis apresentadas anteriormente definem-se as seguintes hipóteses.

H₁- Os idosos institucionalizados com maior idade apresentam uma menor qualidade de vida.

H₂ - Há diferença nas mulheres idosas institucionalizadas apresentam uma percepção menor da QV.

H₃ - Idosos com um grau mais elevado de escolaridade apresentam uma percepção de maior QV.

H₄ - Idosos com doença apresentam uma menor percepção de QV.

H₅ - Idosos com crenças religiosas apresentam maior percepção da QV.

H₆ - Idosos institucionalizados em Aldeia-Lar apresentam maior QV que idosos residentes em Lares tradicionais.

H₇ - A pessoa idosa apresenta uma maior percepção da QV dependendo do motivo da institucionalização.

H₈ - A pessoa idosa apresenta uma maior percepção da QV dependendo do regime institucionalização.

H₉ - A pessoa idosa que participa nas atividades da institucionalização apresenta maior percepção de QV.

H₁₀ - A pessoa idosa que percebe amigos tem uma maior QV.

H₁₁ - A pessoa idosa que considera que está em contacto com os amigos percebe que tem uma maior QV.

H₁₂ - Há diferenças na Solidão e no que diz respeito ao sexo.

H₁₃ - Há diferenças na Solidão no que diz respeito ao estado civil.

H₁₄ - Viver em Aldeia-Lar relaciona-se positivamente com uma menor Solidão do que viver em Lar tradicional.

H₁₅ - A pessoa idosa apresenta uma maior solidão quanto menor for a percepção de QV.

7. Instrumentos

Para Fortin (2009), os dados são elementos de informação recolhidos junto dos participantes, trata-se de uma das etapas da investigação e poderá levar muito tempo. Os tipos de métodos de recolha de dados são vários.

Segundo Quivy e Campenhout (1992), o instrumento selecionado neste caso o questionário, está dependente dos objetivos da investigação, do modelo de análise e das características do estudo. Referem ainda que o questionário apresenta como vantagens a possibilidade de quantificar uma pluralidade de dados possibilitando imensas análises de correlação. Permitindo igualmente, em períodos curtos de tempo obter muita informação.

No nosso caso, os instrumentos selecionados para a investigação foram os questionários e para recolha de informação da instituição e do idoso um questionário sociodemográfico elaborado por nós, tendo em atenção as características da investigação. Como instrumentos de avaliação aplicados foram: questionário sociodemográfico, Escala de Qualidade de Vida - WHOQOL-Bref, Escala de Solidão da UCLA que seguidamente apresentamos detalhadamente.

7.1 - *Questionário Sociodemográfico*

Realizou-se um questionário *sociodemográfico* (Anexo I), composto por questões de fácil compreensão, com o intuito de se caracterizar a amostra para a futura investigação. O questionário é composto por questões abertas e fechadas cuja finalidade assenta na colheita de informações sobre o idoso e a instituição.

Este questionário foi aplicado oralmente junto de elementos constituintes da amostra, existindo o cuidado de falar pausadamente e quando necessário dever-se-á adaptar a linguagem de modo a ser mais facilmente compreendida. Tendo sido dada ênfase às questões relacionadas com a idade, sexo, escolaridade, estado civil, profissão exercida, crença religiosa, motivo de internamento em instituição, instituição de origem; tempo de institucionalização, participação nas atividades da instituição, ausentar-se da instituição, amizades e visitas.

7.2 - Escala de Qualidade de Vida - WHOQOL-Bref

A QV tem sido uma preocupação crescente da OMS que necessitou de criar instrumentos de medida para a avaliar de forma a privilegiar a perspetiva transcultural e subjetiva (Canavarro *et al.*, 2010). Inicialmente, a OMS, desenvolveu um instrumento mais extenso WHOQOL-100, constituído por seis domínios (*Físico, Psicológico, Nível de Independência, Relações Sociais, Ambiente e Espiritualidade, Religião, Crenças Pessoais*). Cada um destes seis domínios é composto por facetas que são avaliados por quatro perguntas. O instrumento original é constituído por 100 perguntas, organizadas em 24 facetas específicas que compõem os seis domínios do instrumento, e uma faceta geral, que inclui quatro perguntas de avaliação global e perceção geral da saúde (Canavarro *et al.*, 2010).

Em Português, a primeira versão surge no Brasil, as variações linguísticas e a existência de um contexto cultural distinto acarreta a necessidade de criar uma versão de Português de Portugal. A WHOQOL-Bref foi desenvolvida no sentido de permitir uma avaliação adequada da QV em situações em que o espaço fosse restrito ou em que se tivesse que minimizar o esforço dos respondentes (Canavarro *et al.*, 2007; Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004 *cit. por.* Canavarro *et al.*, 2010). De acordo com a autora o questionário pode ser utilizado em múltiplas populações, designadamente em diversas populações, doentes psiquiátricos, doentes crónicos, doentes que apresentam limitações e até em indivíduos saudáveis. O WHOQOL, na versão abreviada, é composto por 26 itens, apresenta-se organizado em quatro domínios: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambientais, e uma faceta geral (Faceta Geral de QV) composta por dois itens que avaliam a QV geral e a perceção geral de saúde como é visível na Figura n.º 1 (Canavarro *et al.*, 2010).

A fiabilidade do instrumento, diz respeito à consistência interna da medida, bem como à estabilidade temporal dos resultados. Em Portugal foi avaliada a consistência interna da escala WHOQOL-Bref que permitiu validar para Portugal assim a consistência interna através do coeficiente α de Cronbach é aceitável, quer se considerem as 26 perguntas que compõem o instrumento (.92), ou os domínios individualmente, variando .64 (*Relações Sociais*) e .87 (*Físico*) visível na Tabela n.º 2.2 (Canavarro *et al.*, 2010).

Tabela n.º 2.2 – Fiabilidade da versão Portuguesa WHOQOL-Bref, domínios e total dos itens.

QV	Nº de Itens	α de Cronbach	Correlação de Person
D1- Físico	7	0,87	0,79*
D2 - Psicológico	6	0,84	0,85*
D3 – Social	3	0,64	0,65*
D4 - Ambiental	8	0,78	0,66*
Faceta Geral	2	0,83	0,71*
Total dos Itens	26	0,92	

* $p < .001$

A cotação, é feita em formato Likert, a resposta é dada sob a orientação de uma escala ordinal de intensidade de 1 a 5. Obtida a totalidade de respostas, efetuam-se o somatório da pontuação para cada domínio, mediante o manual do utilizador e sintaxe (tendo sido cedido pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro). Os resultados referentes a cada domínio evidenciam a perceção da QV de forma individual, direcionada ao âmbito do domínio analisado. Assim, as pontuações mais elevadas indicam uma melhor QV, uma vez que os itens estão dispostos de forma positiva. Algumas das facetas apresentam um carácter invertido e como tal terão de ser recodificadas para que os resultados finais correspondam a uma avaliação lógica, estas são as questões 3, 4, e 26.

A QV foi definida pelo grupo de QV da Organização Mundial de Saúde como “a perceção do indivíduo de uma posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”(Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 2000, p.179).

A avaliação da Qualidade de Vida é uma importante medida para a avaliação da saúde. No início dos anos 90 a Organização Mundial de Saúde constituiu um grupo denominado de WHOQOL-group, formado por elementos de quinze culturas diferentes, com o intuito de discutir o conceito de Qualidade de Vida e desenvolver um instrumento para avaliação da mesma, projeto colaborativo. Os instrumentos de avaliação da WHOQOL-group são os mais utilizados mundialmente, pois têm um carácter transcultural e valorizam a perceção individual. Estes instrumentos podem ser aplicados em diversos grupos e situações (Canavarro *et al.*, 2010). O instrumento em questão já foi traduzido em vários idiomas e

validado em vários países. A existência de contextos culturais diferentes, bem como as variações linguísticas criam essa necessidade. Em Portugal, o desenvolvimento de uma versão do instrumento para Português, ficou a cargo do Centro Português para Avaliação da Qualidade de Vida (Canavarro *et al.*, 2008; Canavarro *et al.*, 2010).

No presente estudo iremos utilizar a versão portuguesa adaptada por Canavarro *et al.* (2006, *cit.* por Canavarro *et al.*, 2007) da WHOQOL-Bref (*Brief Version of World Health Organization Quality of Life Questionnaire*), desenvolvida pela World Health Organization Quality of Life Group em 1994, com o intuito de avaliar a qualidade de vida, de acordo com a definição da Organização Mundial de Saúde (OMS). A necessidade de instrumentos de avaliação breves faz com que o grupo de Qualidade de Vida da OMS (Organização Mundial de Saúde) desenvolvesse uma versão reduzida.

Assim o WHOQOL-Bref (Anexo II) surge como uma versão abreviada da WHOQOL-100, devido à necessidade de se recorrer a um instrumento de avaliação da qualidade de vida que permitisse realizar uma análise mais apropriada, rápida e simples, respeitando os critérios de consistência interna, validade e fiabilidade do instrumento anterior (Fleck *et. al.*, 2000; Canavarro *et al.*, 2007).

A versão final é composta por 26 questões, em que a primeira se refere à avaliação da qualidade de vida do indivíduo e a segunda à satisfação da pessoa com a própria saúde. As restantes 24 perguntas estão divididas em quatro domínios, designadamente: (1) físico; (2) psicológico; (3) relações sociais; e (4) ambiente (Fleck *et. al.*, 2000).

O domínio físico inclui as questões 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18. No segundo domínio – o psicológico – aborda as questões 5, 6, 7, 11, 19 e 26. As relações sociais são avaliadas através das questões 20, 21 e 22. No último domínio (ambiente), encontram-se as questões 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25 (Canavarro *et. al.*, 2007).

As questões são classificadas de 1 a 5, em que 1 corresponde a uma percepção muito má da sua qualidade de vida e 5 a uma muito boa. Contudo, existem três questões formuladas negativamente (3, 4 e 26), para as quais é necessário uma recodificação, para que as pontuações altas signifiquem melhor qualidade de vida. Para cada domínio é calculada a média dos valores (Canavarro *et. al.*, 2007).

O Centro de Avaliação da Qualidade de Vida para Português Europeu, em articulação com a OMS, decidiram organizar os resultados numa escala de 0 a 100. Os resultados mais elevados, resultantes da análise direta do instrumento, representam uma melhor qualidade de

vida. Não existe uma pontuação total do instrumento, pelo que os resultados devem ser interpretados de acordo com as pontuações obtidas nos quatro domínios. As indicações acerca da qualidade de vida são conseguidas pelos resultados das duas primeiras perguntas de carácter geral (Canavarro *et al.*, 2007).

O WHOQOL-Bref é uma medida genérica, multidimensional e multicultural, para a avaliação subjetiva da qualidade de vida de indivíduos adultos, podendo ser utilizada num vasto conjunto de distúrbios psicológicos e físicos, bem como em indivíduos saudáveis da população geral (Canavarro *et al.*, 2007).

A aplicação deste instrumento pode ser feita através do auto preenchimento ou por entrevista, pelo que é, apenas exigido que o indivíduo tenha a aptidão para compreender as questões que compõem a escala. No entanto, em determinadas condições (dificuldades físicas ou associadas ao nível de instrução do participante) a sua aplicação poderá ser assistida pelo entrevistador (leitura das instruções, explicação da forma de preenchimento do questionário e esclarecimento de dúvidas) (Canavarro *et al.*, 2007).

7.3 - Escala de Solidão da UCLA

Para Perlman e Peplau (1982, *cit.* por Neto, 2000) a solidão é um sentimento que se tem quando se verifica discrepância entre o tipo de relações sociais que temos e aquelas que realmente desejamos.

A solidão é avaliada através da Escala de Solidão (revista) de UCLA (*University of California at Los Angeles*) (Anexo III) é uma adaptação Portuguesa da *Original Revised UCLA Loneliness Scale*, de Russel, Peplau e Cutrona (1980, *cit.* por Neto, 1992). Os seus autores pretenderam um instrumento psicologicamente adequado de fácil administração e uma forma de estímulo à investigação empírica sobre a temática.

A versão Portuguesa da escala de Solidão, foi administrada numa amostra de 286 estudantes dos três primeiros anos que frequentavam a Universidade do Porto em 1987, eram do sexo feminino 62,2% e do sexo masculino 38,8%. A média de idade é 19,6 anos (D.P.=1,8). Foram realizadas comparações entre os resultados médios da solidão para o sexo masculino e feminino não tendo sido encontradas diferenças significativas. No sentido de avaliar a consistência interna foi utilizada o coeficiente de Cronbach (1960). O coeficiente no total da amostra de 286 indivíduos foi de .87, valor relativamente alto. A versão portuguesa da escala, foi ainda examinada em relação a vários critérios. A correlação obtida entre uma

questão de autoavaliação acerca de solidão e a nota global obtida é bastante significativa ($r=.46$, $p<.001$). Indivíduos com pontuações elevadas na escala de solidão descrevem-se como sentindo-se mais sós que outras pessoas. A pontuação da escala está significativamente correlacionada com sentir-se abandonado ($r=.35$), aborrecido ($r=.13$), angustiado ($r=.24$), ansioso ($r=.19$), culpabilizado ($r=.17$), deprimido ($r=.29$), desvalorizado ($r=.36$), frustrado ($r=.38$), incompreendido ($r=-.38$), insatisfeito ($r=.35$), insociável ($r=.45$), rejeitado ($r=.44$), triste ($r=.19$), envergonhado ($r=.28$) e com não sentir amor ($r=.23$) (Neto, 2000).

Em resumo, a adaptação Portuguesa da Escala de Solidão UCLA apresenta uma boa consistência interna: A validade é mostrada através das relações entre as pontuações da escala as autoavaliações da solidão atual. As correlações entre as pontuações de solidão e os diversos estados emocionais também são favoráveis à validade da escala.

A pontuação da escala é dada através da soma dos 18 itens, existem itens que são invertidos estes são: 1, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 17, 18 logo 1=4; 2=3; 3=2, 4=1.

A versão Portuguesa da escala de Solidão, foi administrada numa amostra de 286 estudantes dos três primeiros anos que frequentavam a Universidade do Porto em 1987, eram do sexo feminino 62,2% e do sexo masculino 38,8%. A média de idade é 19,6 anos (D.P.=1,8). Foram realizadas comparações entre os resultados médios da solidão para o sexo masculino e feminino não tendo sido encontradas diferenças significativas. No sentido de avaliar a consistência interna foi utilizada o coeficiente de Cronbach (1960). O coeficiente no total da amostra de 286 indivíduos foi de .87, valor relativamente alto. A versão portuguesa da escala, foi ainda examinada em relação a vários critérios. A correlação obtida entre uma questão de autoavaliação acerca de solidão e a nota global obtida é bastante significativa ($r=.46$, $p<.001$). Indivíduos com pontuações elevadas na escala de solidão descrevem-se como sentindo-se mais sós que outras pessoas. A pontuação da escala está significativamente correlacionada com sentir-se abandonado ($r=.35$), aborrecido ($r=.13$), angustiado ($r=.24$), ansioso ($r=.19$), culpabilizado ($r=.17$), deprimido ($r=.29$), desvalorizado ($r=.36$), frustrado ($r=.38$), incompreendido ($r=-.38$), insatisfeito ($r=.35$), insociável ($r=.45$), rejeitado ($r=.44$), triste ($r=.19$), envergonhado ($r=.28$) e com não sentir amor ($r=.23$) (Neto, 2000).

No que diz respeito à escala de solidão, existe uma correlação negativa entre solidão e autoconceito e uma correlação positiva entre solidão e ansiedade social Neto (1989b *cit.* por Neto, 2000).

Segundo Neto (2000), a experiência da solidão é um problema doloroso, existindo por isso uma necessidade crescente de estudar a problemática. Um pré-requisito para se poder investigar sobre aspetos psicossociais da solidão é dispor de um instrumento de avaliação adequado.

A escala de solidão UCLA, (Anexo III) avalia a solidão e os sentimentos associados à mesma, visa perceber a solidão como um fenómeno unitário que varia de intensidade experienciada, daí tratar-se de uma escala de abordagem unidimensional (Neto, 1992).

Os autores desta escala tinham como pretensão, criar um instrumento de avaliação da solidão psicometricamente adequado e de fácil administração.

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

De acordo com Neto (1992), a Escala de Solidão UCLA também levanta alguns potenciais problemas, um deles terá que ver com a possibilidade de enviesamento de resposta, isto porque os itens foram escritos todos numa mesma direção, um outro problema tem que ver com a desajustabilidade social, um determinado estigma que possa estar ligado à solidão podendo os indivíduos inquiridos adulterar as respostas subvalorizando a sua experiência de solidão.

Esta escala foi escolhida para esta investigação por constituir um instrumento que não questiona diretamente os sujeitos sobre se sentem solidão, mas procura avaliar a solidão indiretamente.

8. Procedimentos Ético Legais

Para Fortin (2009), sejam quais forem os aspetos a estudar, a investigação deverá ter em consideração o respeito e os direitos da pessoa humana. A mesma autora refere que ao

serem estudados fatores biopsicossociais, os investigadores poderão causar danos na integridade ou na vida privada da pessoa podendo mesmo chegar a causar-lhe prejuízo.

As investigações implicam sempre, questões éticas a partir do momento em que são efetuadas junto de seres humanos. Para Fortin (2009), a ética na investigação com seres humanos é algo considerado fundamental. Pelo presente facto o consentimento informado faz parte do presente estudo. As diferentes pessoas envolvidas no estudo, foram devidamente esclarecidas, sendo-lhes transmitida toda a informação essencial sobre o estudo, conhecendo deste modo o conteúdo do mesmo, no sentido de entenderem o seu envolvimento no processo de investigação. A investigadora manteve o anonimato dos dados obtidos durante e após a realização do estudo, mantendo-se a confidencialidade dos mesmos.

No sentido de realização da investigação, foram inicialmente dirigidas cartas às diferentes instituições (pedidos de autorização) e posteriormente às pessoas que fizeram parte da amostra, no sentido de obtenção de consentimento por parte das instituições e posteriormente consentimento informado por parte dos diferentes utentes que acederam participar na investigação e obedeciam aos critérios por nós definidos. A informação por nós obtida foi exclusivamente utilizada no âmbito da nossa investigação.

8.1 Procedimentos

O presente trabalho, de investigação, é composto por momentos diferentes sem os quais não teria sido possível realizá-lo.

Num primeiro momento, foi necessário recolher o máximo de informação possível sobre o fenómeno em estudo começando por se definir a temática da nossa investigação, qualidade de vida e solidão. Paralelamente foi necessário determinar a população de estudo e critérios que iriam, constituir a nossa amostra, determinamos igualmente os instrumentos a utilizar e prepará-los para a aplicação na amostra em estudo.

Agora não iremos descrever os instrumentos uma vez que já o realizámos anteriormente neste trabalho, estes foram: a Escala de Qualidade de Vida WHOQOL-bref, Escala de Solidão da UCLA, e o questionário Sociodemográfico (informações sobre os indivíduos e a instituição). É de salientar que efetuámos diligências no sentido de obter autorização para aplicação dos mesmos (Anexo IV). Adquirimos consentimento favorável dos autores dos diferentes instrumentos Dr.^a Cristina Canavarro como Dr. Félix Neto (Anexo V).

Num segundo momento, após a preparação dos instrumentos, a necessidade da escolha das instituições onde o estudo poderia realizar-se. Foi também necessário determinar a população do estudo e critérios de pertença para, construção da futura amostra de estudo. A população deste estudo foram os idosos institucionalizados no concelho de Portimão, Lagoa e Lagos, logo barlavento Algarvio. A escolha destes concelhos prendeu-se com o facto de a investigadora ser natural do concelho de Portimão, logo a proximidade e a limitação de tempo para a execução da investigação. Após a seleção da população pretendida procedeu-se ao envio de ofícios (Anexo n.º VI), a solicitar autorização para realização da investigação. Segundo Fortin (1996), “A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população” (p.202). As pessoas que foram inquiridas, aquelas que à data de aplicação dos instrumentos tinham, idade igual ou superior a 65 anos; pessoas institucionalizadas no concelho de Portimão Lagos e Lagoa; pessoas com condições cognitivas para aplicação dos diferentes instrumentos. Seguidamente apresentaremos uma Tabela n.º 2.3, que ilustra os contactos por nós feitos, logo as diferentes instituições que manifestaram interesse na investigação e por isso viabilizaram a realização da mesma (a aplicação dos diferentes instrumentos).

Apresentamos em anexo as respostas favoráveis (Anexo VII), respostas obtidas por carta, via internet, outras ainda o parecer foi obtido via telefone. As restantes instituições, que não participaram, não apresentaram qualquer resposta à solicitação de aplicação dos questionários emitida por nós através de correio registado com exceção da Aldeia de Alcalar em que falamos diretamente com o Pároco que nos disse que não tinha nada a opor, mas deveríamos entrar em contacto com a Diretora Clínica. Assim, a amostra cingiu-se às diferentes instituições que responderam afirmativamente, abaixo apresentamos uma Tabela n.º 2.3 que ilustra as diferentes respostas obtidas.

Tabela n.º 2.3 - Locais de aplicação do estudo/Instituições por Concelho

Concelho	Instituição	Locais de aplicação do estudo
Portimão	Santa Casa da Misericórdia de Portimão	Sim
	Lar Esperança	Sim
	Centro de Apoio a Idosos de Portimão - Residenciais Vilavó	Não
	Centro de Apoio a Idosos de Portimão – Lar de Idosos “Diogo Gonçalves”	Não
	Centro de Apoio a Idosos de Portimão – “Lar Alto da Raminha”	Não
	Santa Casa da Misericórdia de Alvôr	Não
	Casa de Repouso de Alvôr, Lda	Não
	Centro Paroquial da Mexilhoeira Grande-Aldeia de São José de Alcalar	Sim
Lagoa	Centro Popular de Lagoa - “O Nosso Ninho”	Sim
Lagos	Santa Casa da Misericórdia de Lagos- “Lar José Fialho”	Sim

O período de aplicação dos questionários rondou os seis meses de Dezembro de 2013 a Maio de 2014. Tentamos reunir condições semelhantes para todos os sujeitos, ambiente calmo com alguma privacidade, cada pessoa foi abordada individualmente e os questionários foram pela autora da investigação aplicados.

Para dar prosseguimento à investigação, procedeu-se à colheita de dados com recurso a três instrumentos a aplicar na amostra. A primeira escala avalia a qualidade de vida (*World Health Organization Quality of Life – Bref*) (Anexo II) a segunda avalia a solidão *UCLA (University of California at Los Angeles)*, tratando-se de uma adaptação portuguesa da original *Revises UCLA Loneliness Scale* (Anexo III), e aplicaremos ainda um questionário sociodemográfico. A caracterização da nossa amostra foi feita através de um questionário, que permitiu obter informações relevantes para o desenvolvimento deste projeto de estudo. Devendo realçar que a população a que se destina o estudo é uma população envelhecida, muitos dos indivíduos apresentam níveis de instrução básicos, muitos não sabiam ler em escrever, e apresentavam limitações visuais acentuadas. O consentimento informado (Anexo VI) foi lido por nós e explicado por nós, bem como todas as perguntas dos diferentes questionários. Deste modo todas as perguntas foram lidas pela investigadora que assinalou as respostas dadas pelas pessoas entrevistadas, deste modo todos sem exceção obtiveram as mesmas condições.

Em todas as instituições, a investigadora foi extremamente bem recebida. Os diretores clínicos manifestaram interesse no estudo e solicitaram os resultados da mesma que foi prometida na carta de apresentação.

Num terceiro momento, o número total de questionários foram 160 depois de recusados alguns questionários ou porque a idade se encontrava abaixo dos 65 anos ou por alguma pergunta ter ficado por responder.

Num quarto momento procedeu-se à introdução dos dados num programa estatístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) para efetuar a análise dos dados obtidos, procurando encontrar possíveis explicações para os resultados obtidos, como podemos observar nos próximos capítulos deste trabalho.

CAPITULO III
APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

1. Análise Descritiva

A apresentação dos resultados será feita através de gráficos e tabelas nos quais os títulos apresentam o título de distribuição apresentada. A análise dos dados é antecedida à sua demonstração gráfica e/ou tabelar.

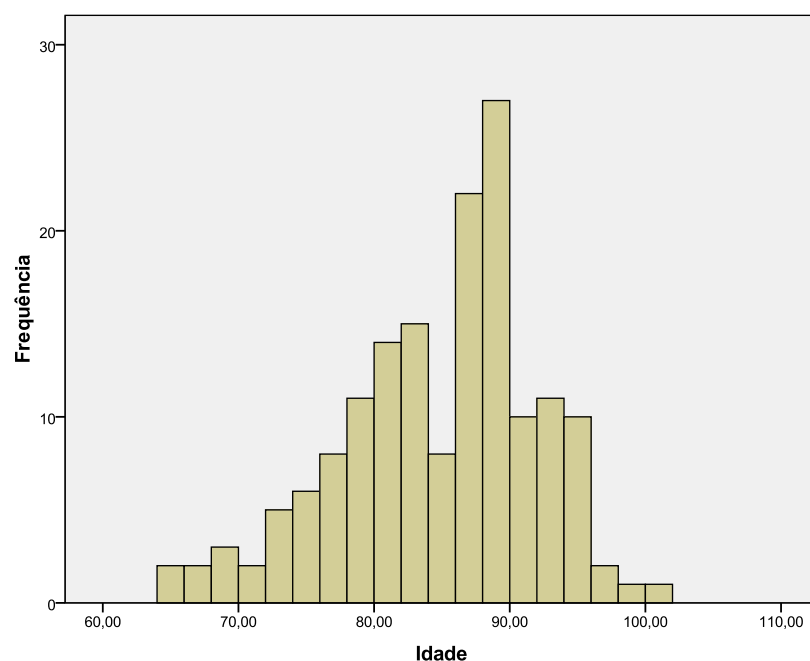
Serão aqui apresentadas as estatísticas descritivas de todas as variáveis, utilizando a Média, a Moda, o Desvio Padrão (D.p.), o Mínimo (Min.), o Máximo (Máx.) e ainda as Frequências Absolutas (F), as frequências relativas percentuais (%) e as frequências relativas percentuais acumuladas (% acum.).

No que diz respeito à idade, através da leitura da Tabela n.º 3.1 e do Gráfico n.º 3.1 (histograma) podemos verificar que a média de idade dos respondentes é de 84,23 anos e a moda de 88 anos.

Tabela n.º 3.1 - Estatísticas descritivas da Idade

Variável	Média	Moda	D.p.	Min.	Máx.
Idade	84.23	88	7.23	65	100

Gráfico n.º3.1 - Gráfico da Idade

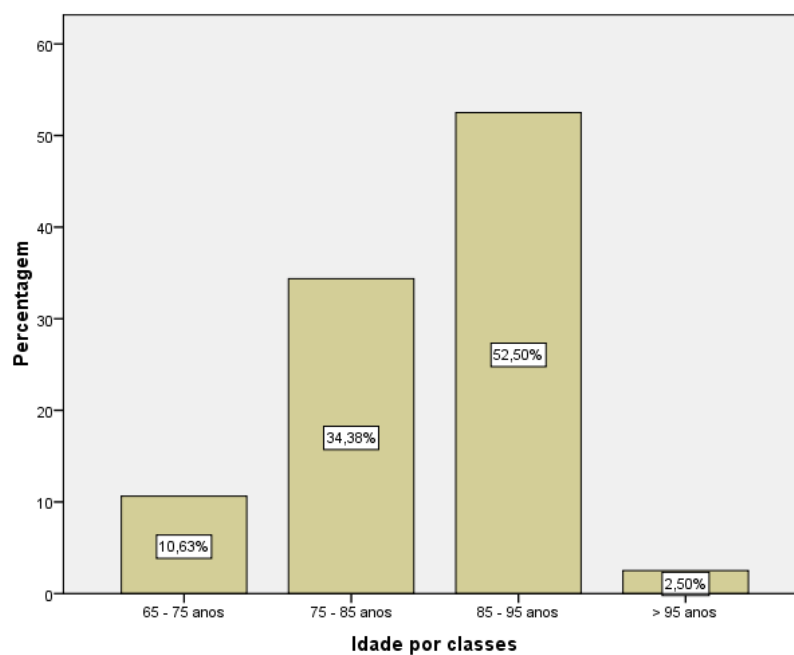


Relativamente à Idade agrupada por classes, apresentada na Tabela n.º 3.2, podemos verificar que a classe modal é a de 85 – 95 anos e que (45% dos idosos têm até 85 anos, pelo que) a maioria, 55% dos idosos têm mais de 85 anos.

Tabela n.º 3.2 - Distribuição da amostra segundo a Idade por classes

Idade por classes	F	%	% acum.
65 - 75 anos	17	10,6	10,6
75 - 85 anos	55	34,4	45,0
85 - 95 anos	84	52,5	97,5
> 95 anos	4	2,5	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.2 - Distribuição da amostra segundo a Idade por classes



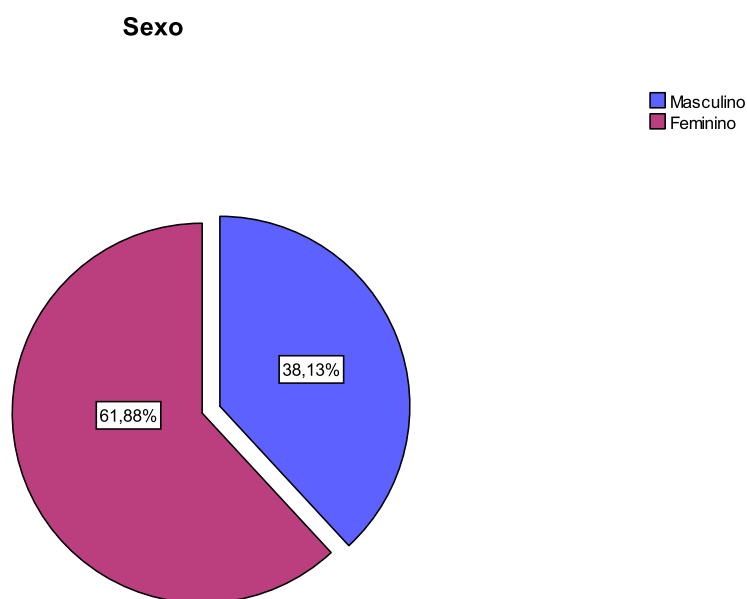
Sexo

A maioria dos idosos inquiridos (61,9%) é do sexo feminino, conforme podemos constatar na Tabela n.º 3.3 e Gráfico n.º 3.3.

Tabela n.º 3.3 - Distribuição da amostra segundo o Sexo

Sexo	F	%	% acum.
Masculino	61	38,1	38,1
Feminino	99	61,9	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.3 - Distribuição da amostra segundo o Sexo



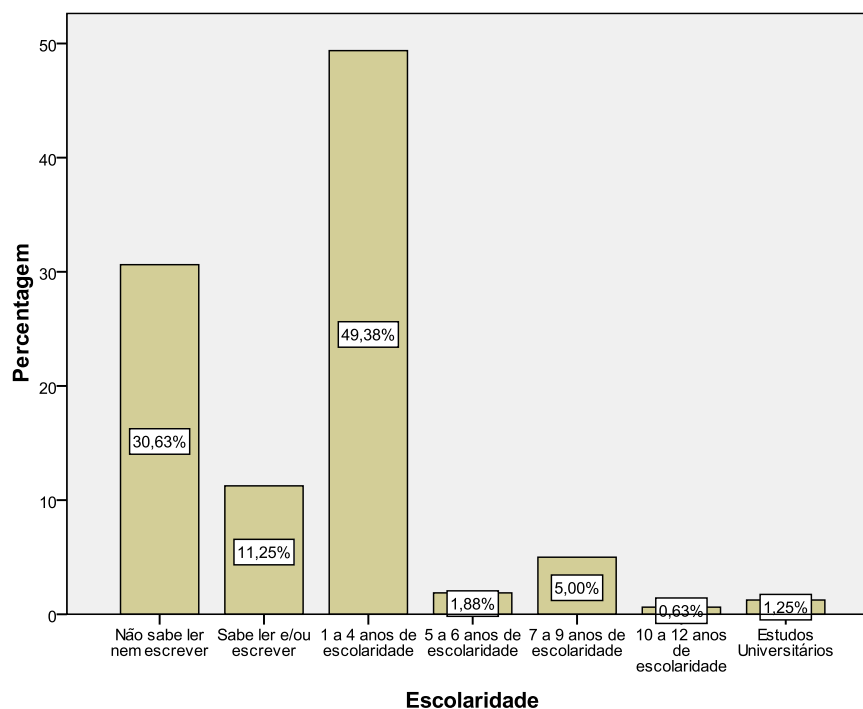
Escolaridade

Podemos verificar na Tabela n.º 3.4 e Gráfico n.º 3.4, que uma percentagem significativa (30,6%) da nossa amostra não sabe ler nem escrever. A grande maioria (60,7%) sabe apenas ler e escrever ou tem entre 1 e 4 anos de escolaridade e que apenas 1,3% possui estudos Universitários.

Tabela n.º 3.4 - Distribuição da amostra segundo a Escolaridade

Escolaridade	F	%	% acum.
Não sabe ler nem escrever	49	30,6	30,6
Sabe ler e/ou escrever	18	11,3	41,9
1 a 4 anos de escolaridade	79	49,4	91,3
5 a 6 anos de escolaridade	3	1,9	93,1
7 a 9 anos de escolaridade	8	5,0	98,1
10 a 12 anos de escolaridade	1	,6	98,8
Estudos Universitários	2	1,3	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.4 - Distribuição da amostra segundo a Escolaridade



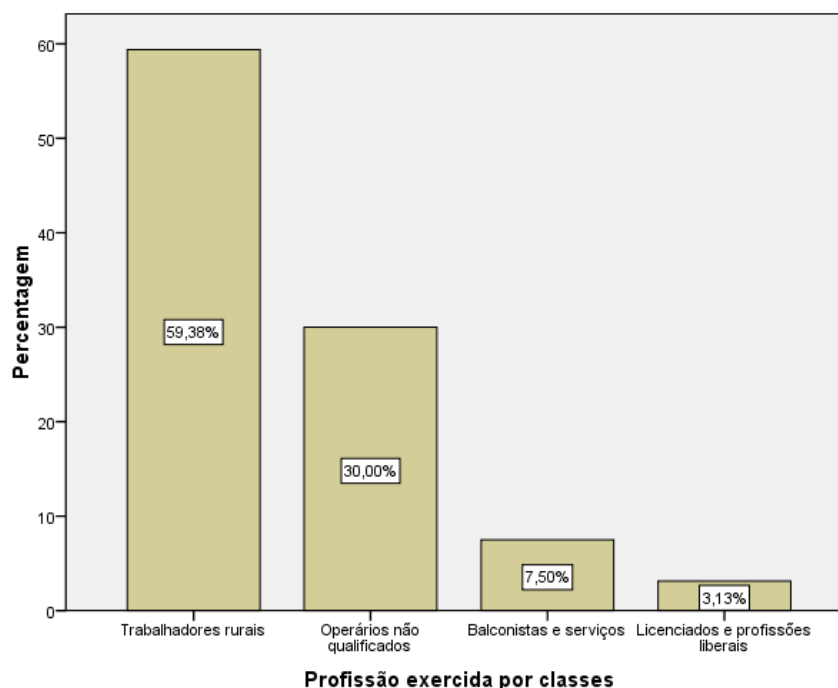
Profissão exercida por classes

Relativamente às categorias da profissão exercida, verificamos na Tabela n.º 3.5 e Gráfico n.º 3.6 que a grande maioria exercia profissões rurais e de operários não qualificados (89,4%) e apenas 3,1% de Licenciados e profissões liberais. Ressalva-se aqui, por comparação como a escolaridade, onde apenas 1,3% têm estudos Universitários que, profissões chamadas de liberais como Professores, Farmacêuticos e Enfermeiros, não eram na altura detentores de Licenciaturas.

Tabela n.º 3.5 - Distribuição da amostra segundo a profissão exercida por classes

Profissão por Classes	F	%	% acum.
Trabalhadores rurais	95	59,4	59,4
Operários não qualificados	48	30,0	89,4
Balconistas e serviços	12	7,5	96,9
Licenciados e profissões liberais	5	3,1	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.5 - Distribuição da amostra segundo a profissão exercida por classes



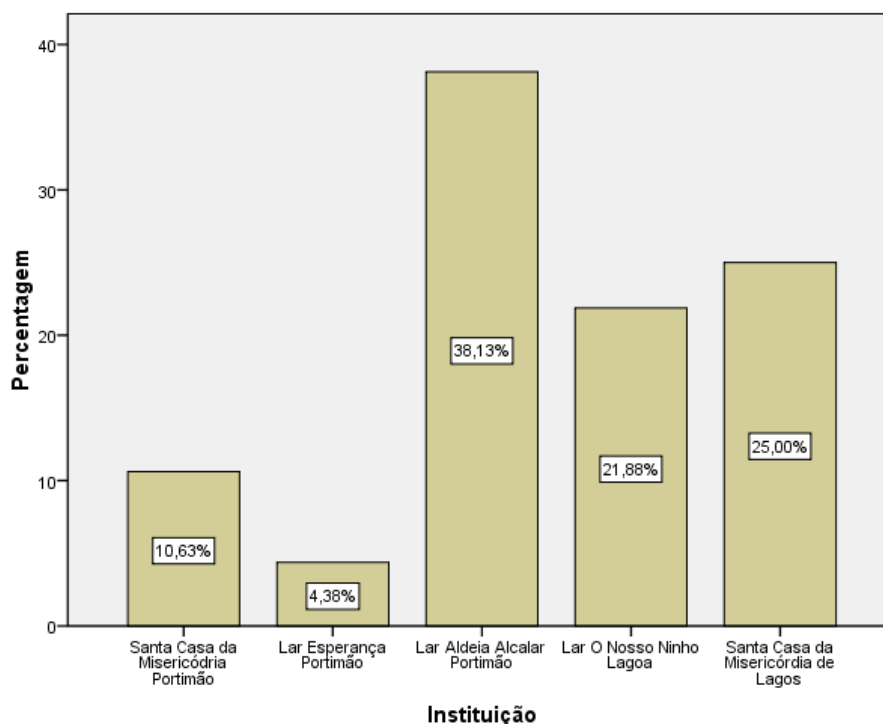
Instituição de origem

A instituição com maior número de respondentes é o Lar Aldeia São José de Alcalar - Portimão (38,1%) seguido da Santa Casa da Misericórdia de Lagos com (25,0%). A instituição com menos respondentes é o Lar Esperança em Portimão visível na Tabela n.º 3.6. e Gráfico n.º3.6.

Tabela n.º 3.6 - Distribuição da amostra segundo a Instituição

Instituições	F	%	% acum.
Santa Casa da Misericórdia Portimão	17	10,6	10,6
Lar Esperança - Portimão	7	4,4	15,0
Lar Aldeia São José de Alcalar	61	38,1	53,1
Lar O Nosso Ninho - Lagoa	35	21,9	75,0
Santa Casa da Misericórdia de Lagos	40	25,0	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.6 - Distribuição da amostra segundo a Instituição



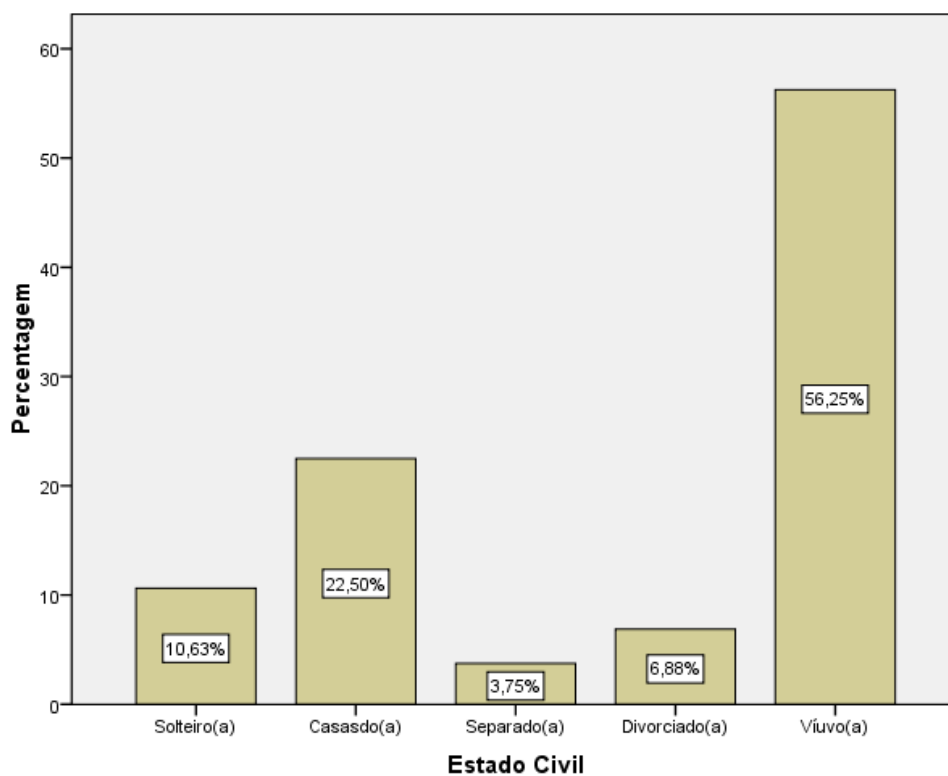
Estado Civil

Quanto ao estado civil dos idosos da nossa amostra, podemos verificar na Tabela n.º 3.7 e Gráfico n.º 3.7 que, a grande maioria são viúvos/as (56,3%), casados 22,5% e Solteiros 10,6%. Salienta-se que com uma média de idades da nossa amostra de 84,23 anos, 6,9 % são divorciados.

Tabela n.º 3.7- Distribuição da amostra segundo o estado civil

Estado Civil	F	%	% acum.
Solteiro(a)	17	10,6	10,6
Casado(a)	36	22,5	33,1
Separado(a)	6	3,8	36,9
Divorciado(a)	11	6,9	43,8
Viúvo(a)	90	56,3	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.7 - Distribuição da amostra segundo o estado civil



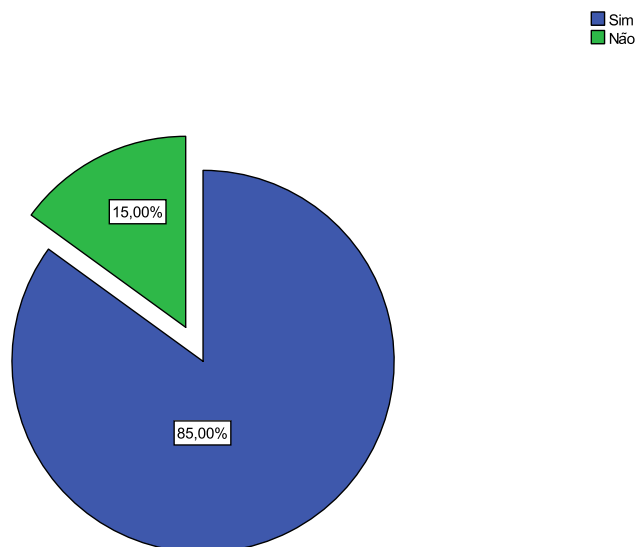
Doença atual

Da leitura da Tabela n.º 3.8 e Gráfico n.º 3.8 podemos verificar que na sua maioria (58,0%) referem ter algum tipo de doença.

Tabela n.º 3.8 - Distribuição da amostra segundo a doença atual

Doença Atual	F	%	% acum.
Sim	136	85,0	85,0
Não	24	15,0	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.8 - Distribuição da amostra segundo a doença atual



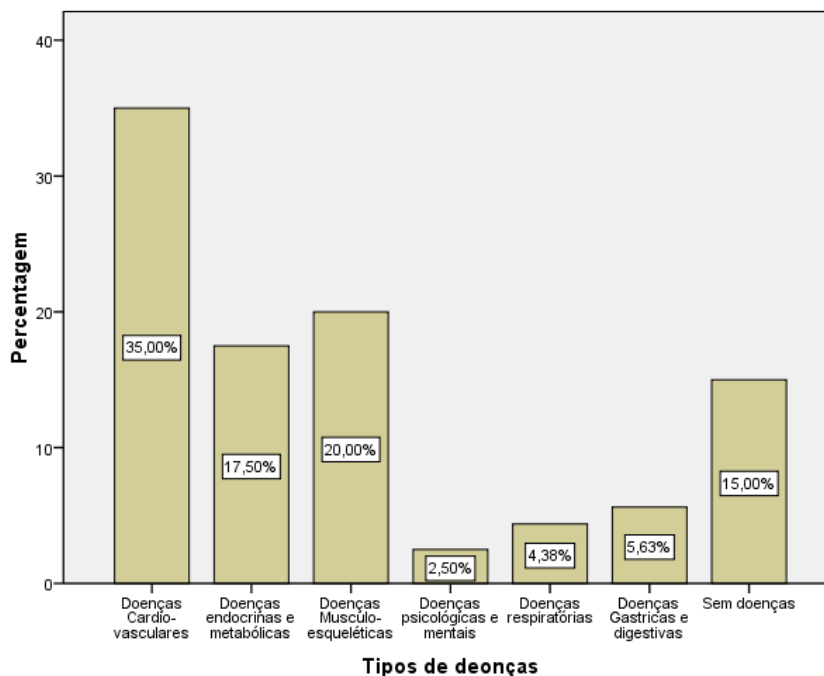
Tipologias de doenças

Relativamente aos tipos de doenças referidas pelos idosos, podemos verificar na Tabela n.º 3.9 e Gráfico n.º 3.9 que, as doenças cardiovasculares são as mais citadas com 35,0%, seguidas das doenças Músculo-Esqueléticas (20,0%) e das doenças Endócrinas e Metabólicas com 17,5%.

Tabela n.º 3.9 - Distribuição da amostra segundo as tipologias de doenças

Tipologia de doenças	F	%	% acum.
Doenças Cardiovasculares	56	35,0	35,0
Doenças Endócrinas e Metabólicas	28	17,5	52,5
Doenças Músculo-Esqueléticas	32	20,0	72,5
Doenças Psicológicas e Mentais	4	2,5	75,0
Doenças Respiratórias	7	4,4	79,4
Doenças Gástricas e Digestivas	9	5,6	85,0
Sem Doenças	24	15,0	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º3.9 - Distribuição da amostra segundo as tipologias de doenças



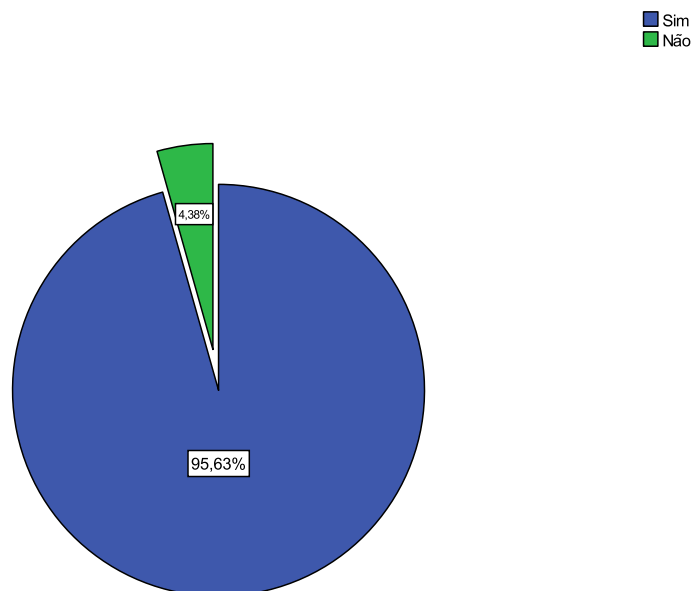
Crença numa Religião

Quanto à crença em uma religião, observando a Tabela n.º 3.10 e o Gráfico n.º 3.10, podemos constatar que na sua grande maioria (95,6%), os idosos manifestam que tem crença em uma religião.

Tabela n.º 3.10 - Distribuição da amostra segundo a crença em uma Religião

Prática de Religião	F	%	% acum.
Sim	153	95,6	95,6
Não	7	4,4	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.10 - Distribuição da amostra segundo a crença em uma Religião



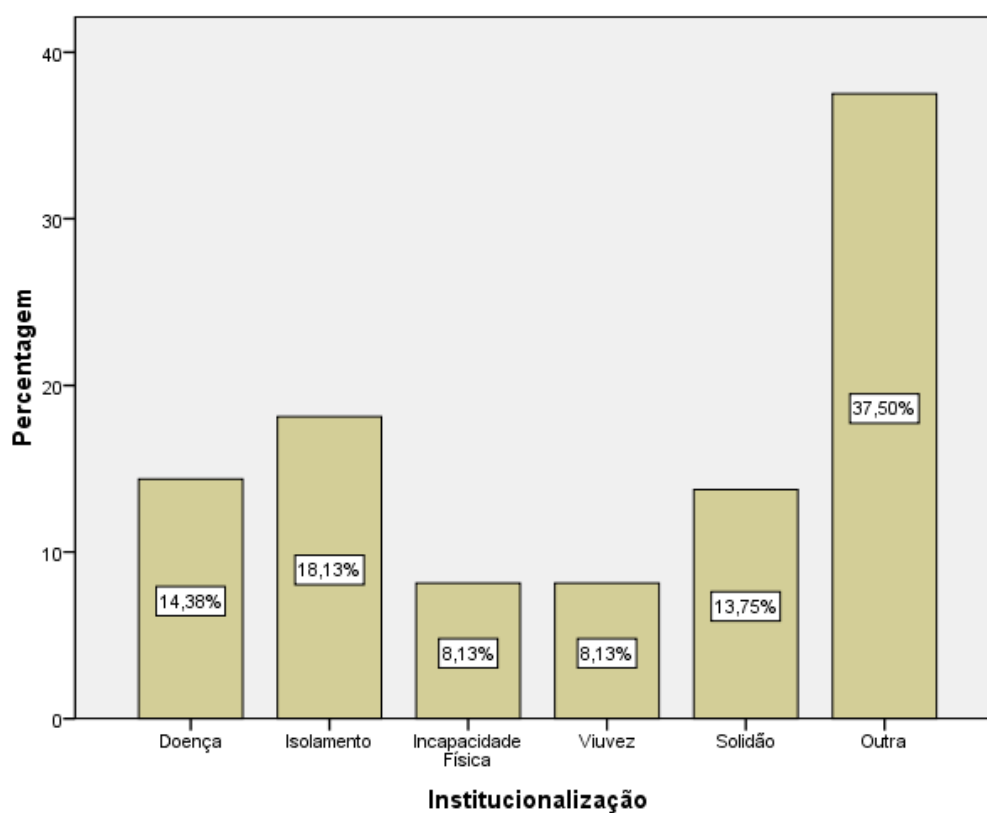
Motivo da institucionalização

Da leitura da Tabela n.º3.11, podemos identificar Outros motivos não identificados como a maior causa de institucionalização (37,5%), seguida pelo motivo de isolamento com 18,1%.

Tabela n.º 3.11 - Distribuição da amostra segundo o motivo da institucionalização

Motivo da Institucionalização	F	%	% acum.
Doença	23	14,4	14,4
Isolamento	29	18,1	32,5
Incapacidade Física	13	8,1	40,6
Viuvez	13	8,1	48,8
Solidão	22	13,8	62,5
Outra	60	37,5	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.11 - Distribuição da amostra segundo o motivo da institucionalização



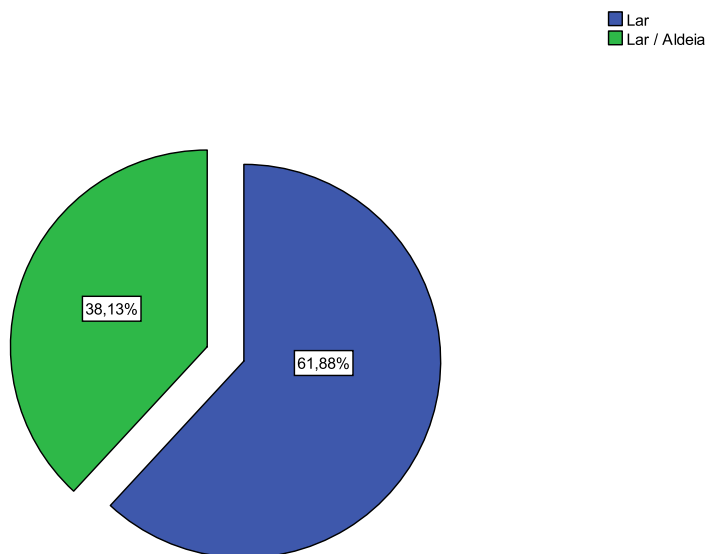
Regime Institucionalização

Relativamente ao regime de institucionalização, podemos ler na Tabela n.º3.12 que a maioria dos idosos se encontra em regime de Lar com 61,9 % e apenas 38,1% no Lar/Aldeia.

Tabela n.º 3.12 - Distribuição da amostra segundo o regime Institucionalização

Regime de Institucionalização	F	%	% acum.
Lar	99	61,9	61,9
Lar / Aldeia	61	38,1	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º3.12 - Distribuição da amostra segundo o Regime de Institucionalização



Tempo em Instituição

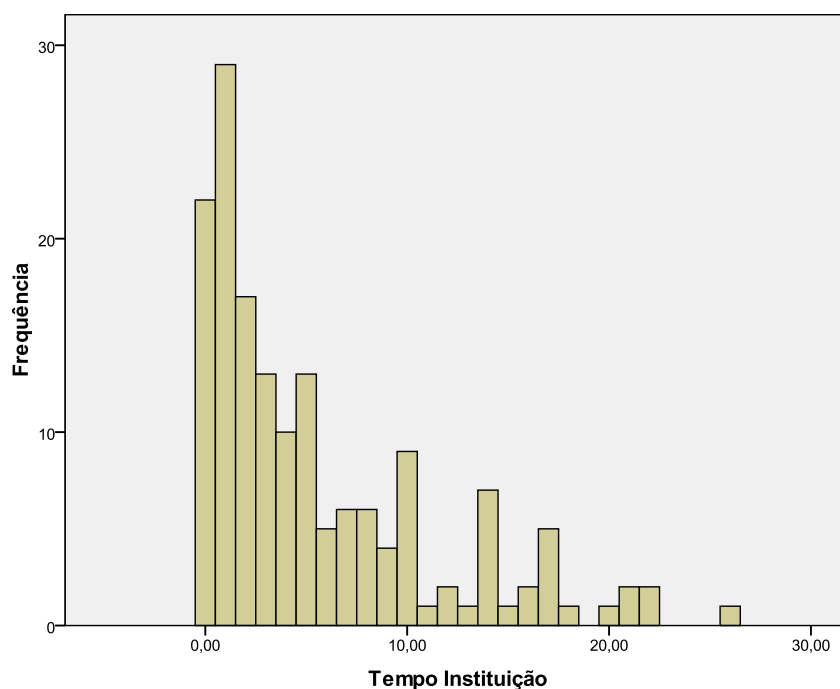
Da duração do tempo de institucionalização apresentada na Tabela n.º 3.13 e no Gráfico n.º 3.13, podemos verificar que tem uma média de 5,5 anos e uma moda de 1 ano e que há muitos idosos (13,8%) com um ano e menos de um ano de instituição.

Tabela n.º 3.13 - Distribuição da amostra segundo o tempo em instituição

Variável	Média	Moda	D.p.	Min.	Máx.
Tempo instituição (anos)	5,5	1	5,78	0*	26

* Menos de um ano (F=22; 13,8%)

Gráfico n.º 3.13 - Distribuição da amostra segundo o tempo em instituição



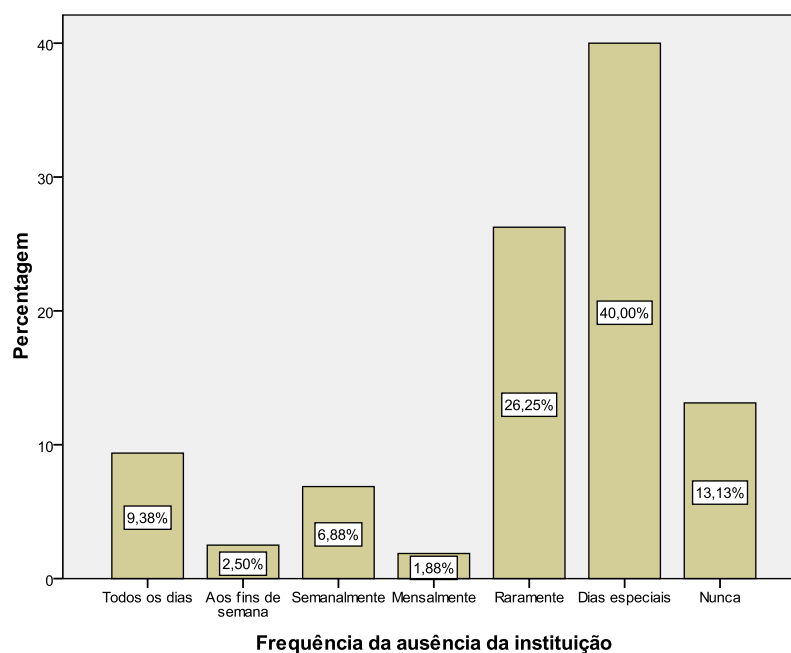
Frequência da ausência da Instituição

Da leitura da Tabela n.º 3.14 e Gráfico n.º 3.14, podemos verificar que os idosos se ausentam pouco da instituição, 40,0% referem que se ausentam apenas em dias especiais, 26,3% raramente e 13,1% nunca se ausentam.

Tabela n.º 3.14 - Distribuição da amostra segundo a frequência da ausência da Instituição

Ausência da Instituição	F	%	% acum.
Todos os dias	15	9,4	9,4
Aos fins-de-semana	4	2,5	11,9
Semanalmente	11	6,9	18,8
Mensalmente	3	1,9	20,6
Raramente	42	26,3	46,9
Dias especiais	64	40,0	86,9
Nunca	21	13,1	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.14 - Distribuição da amostra segundo a frequência da ausência da Instituição



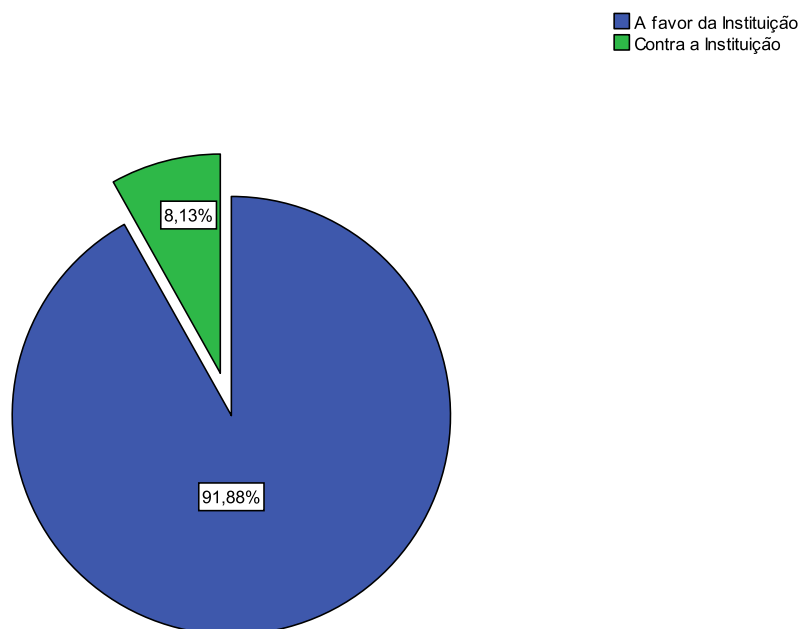
Opinião a favor ou contra a instituição

Da Tabela n.º 3.15 podemos constatar que a grande maioria dos idosos (91,9%) está a favor da instituição, enquanto que (8,1%) que diz estar contra.

Tabela n.º 3.15 - Distribuição da amostra segundo a sua opinião a favor ou contra a instituição

Opinião sobre a Institucionalização	F	%	% acum.
A favor da Instituição	147	91,9	91,9
Contra a Instituição	13	8,1	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.15 - Distribuição da amostra segundo a sua opinião a favor ou contra a instituição



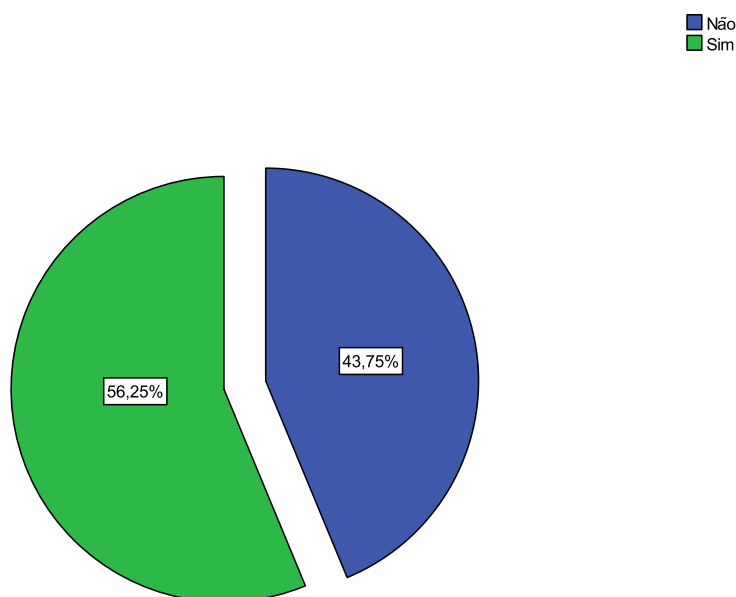
Participação em atividades da instituição

Relativamente às atividades e recorrendo á Tabela n.º 3.16 e Gráfico n.º 3.16, verificamos que na sua maioria (56,3%) referem participar em atividades na instituição e 43,8% dizem não participar.

Tabela n.º 3.16 - Distribuição da amostra segundo a participação em atividades da instituição

Participação em Atividades	F	%	% acum.
Não	70	43,8	43,8
Sim	90	56,3	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.16 - Distribuição da amostra segundo a participação em atividades da instituição



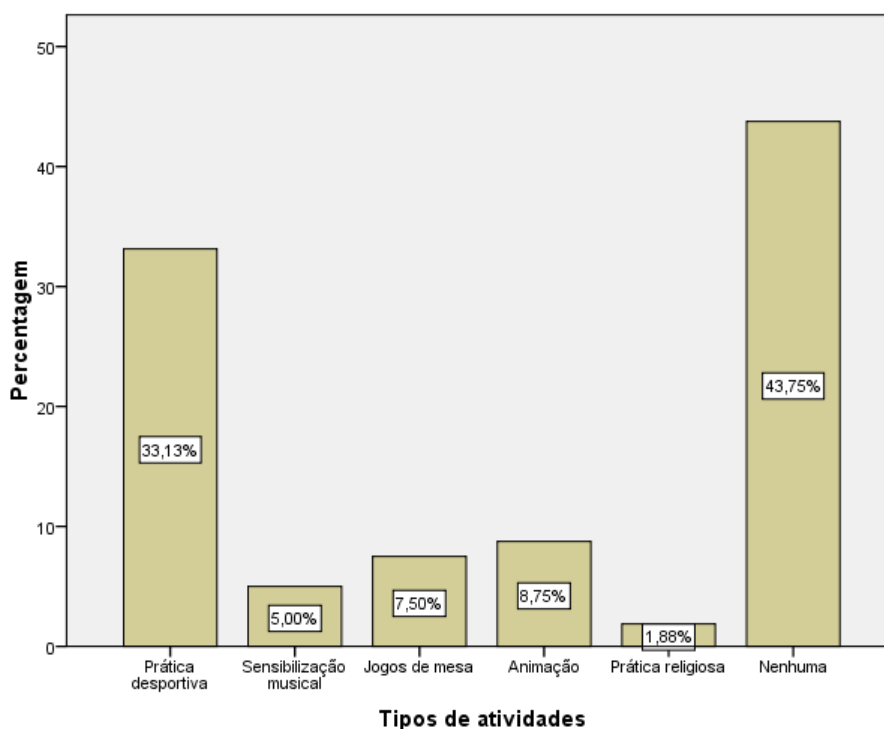
Tipo de atividades em que participa na instituição

Relativamente à participação dos idosos em atividades na instituição e analisando a Tabela n.º 3.17 e o Gráfico n.º 3.17, podemos verificar que, 43,8% não participa em qualquer atividade e que 33,1 % participa nas práticas desportivas.

Tabela 3.17 – Distribuição da amostra segundo o tipo de atividades em que participa na instituição

Participação em Actividades	F	%	% acum.
Prática desportiva	53	33,1	33,1
Sensibilização musical	8	5,0	38,1
Jogos de mesa	12	7,5	45,6
Animação	14	8,8	54,4
Prática religiosa	3	1,9	56,3
Nenhuma	70	43,8	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.17 – Distribuição da amostra segundo o tipo de atividades em que participa na instituição



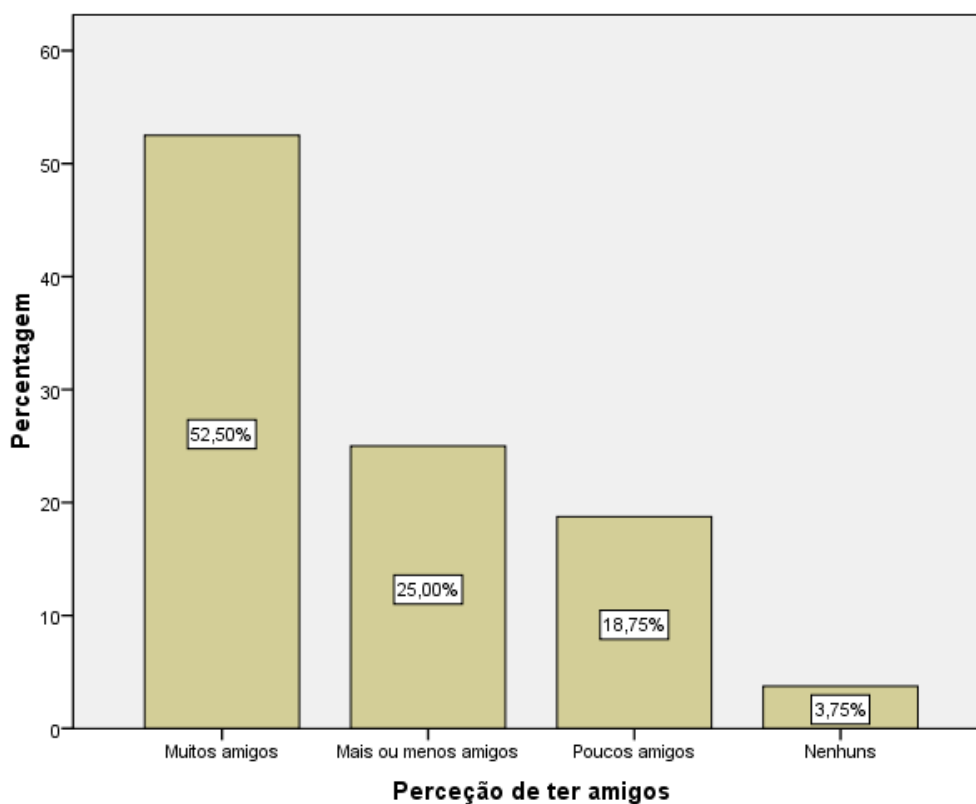
Perceção de ter amigos

Da Tabela n.º 3.18 podemos verificar que a maioria dos idosos (52,5%), dizem ter muitos amigos, não deixando de contrastar com os preocupantes 3,8% que dizem não ter nenhuns amigos visível no Gráfico 3,18.

Tabela n.º 3.18 – Distribuição da amostra segundo a perceção de ter amigos

Perceção de ter amigos	F	%	% acum.
Muitos amigos	84	52,5	52,5
Mais ou menos amigos	40	25,0	77,5
Poucos amigos	30	18,8	96,3
Nenhuns	6	3,8	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.18 – Distribuição da amostra segundo a percepção de ter amigos



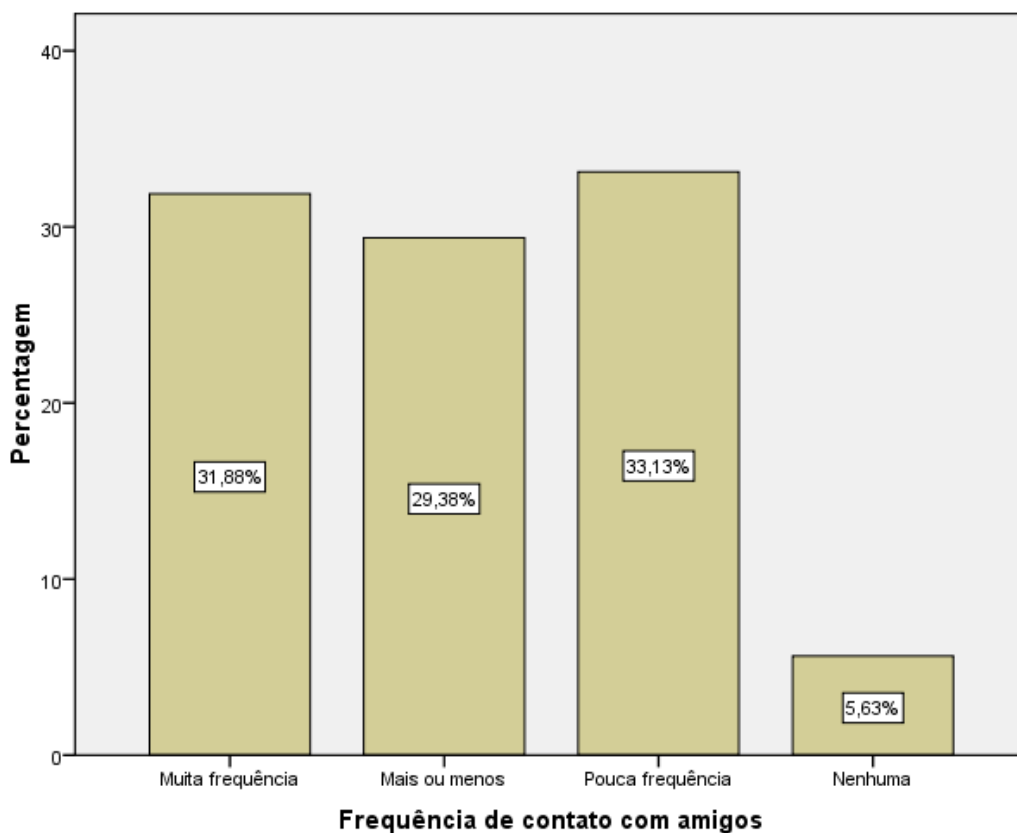
Frequência de contato com os amigos

A frequência dos contatos com amigos espelhada na Tabela n.º 3.19 e Gráfico n.º 3.19, deixa perceber que 61,3 % dos idosos, contata com os seus amigos com alguma frequência, mas os preocupantes 5,6% dizem não ter qualquer contato com os seus amigos.

Tabela n.º 3.19 - Distribuição da amostra segundo a frequência de contato com amigos

Contacto com os amigos	F	%	% acum.
Muita frequência	51	31,9	31,9
Mais ou menos	47	29,4	61,3
Pouca frequência	53	33,1	94,4
Nenhuma	9	5,6	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.19 - Distribuição da amostra segundo a frequência de contato com amigos



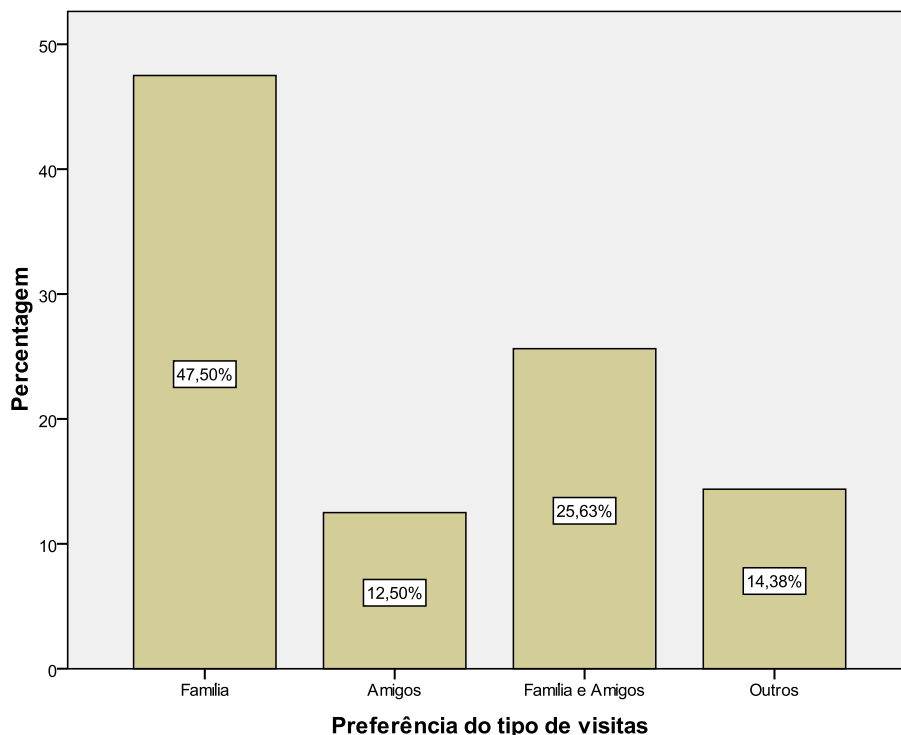
Preferência do tipo de visitas

Quanto às preferências das visitas que gostaria de ter, a maior percentagem recai na família (47,5%), no entanto 12,5 % preferia a visita de amigos visível na Tabela n.º 3.20 e Gráfico 3.20.

Tabela n.º 3.20 - Distribuição da amostra segundo a preferência do tipo de visitas

Preferência do tipo de visitas	F	%	% acum.
Família	76	47,5	47,5
Amigos	20	12,5	60,0
Família e Amigos	41	25,6	85,6
Outros	23	14,4	100,0
Total	160	100,0	

Gráfico n.º 3.20 - Distribuição da amostra segundo a preferência do tipo de visitas



Escala de Qualidade de Vida e Solidão

Da Escala de Qualidade de Vida, podemos verificar na Tabela n.º 3.21 que, quer na faceta geral quer nos quatro domínios ou na Qualidade de Vida total (26 itens), a média obtida é superior a 50 o que significa que os idosos apresentam uma média ligeiramente superior a metade do máximo score possível (uma vez que foi aplicada uma transformação de scores para variar entre 0 e 100).

Na Faceta Geral, podemos verificar que obteve um mínimo de 00.00, este dado não significa ausência de resposta, mas sim que houve idosos que nos dois itens que a compõem responderam pela nota mínima (1) e que houve idosos que responderam nos dois itens nota máxima (5), obtendo assim o máximo de 100.

Na Escala de Solidão, podemos verificar que o mínimo atingido é muito próximo do mínimo possível (18) e um máximo de 66 um pouco afastado do máximo possível (72), com uma média de 36,27, valor muito próximo da metade do score máximo possível.

Tabela n.º 3.21 - Estatísticas descritivas das escalas de Qualidade de Vida e Solidão

Variáveis	Média	Moda	D.p.	Min.	Máx.
WDG Faceta Geral	57,0313	50,00	19,90976	00,00	100,00
TWD1 Domínio Físico	59,3750	71,43	18,35448	14,29	96,43
TWD2 Domínio Psicológico	57,9427	70,83	16,50734	12,50	95,83
TWD3 Domínio Social	65,8854	66,67	12,28579	33,33	91,67
TWD4 Domínio Ambiental	50,6055	50,00	11,51002	25,00	93,75
QVtot. Qualidade de vida total (26 itens)	58,1680	43,54 ^a	12,47159	29,94	88,78
Escala de Solidão	36,2688	31,00	8,74856	19,00	66,00

2. Análise Inferencial

A análise que se segue permite-nos tomar conhecimento acerca das hipóteses testadas e deste modo, validar ou refutar cada uma das hipóteses que seguidamente iremos apresentar.

Neste capítulo são apresentadas as estatísticas inferenciais resultantes dos testes de hipóteses selecionados para cada uma das hipóteses colocadas.

O nível de confiança estipulado é de 95% e $\alpha = 0.05$.

Em primeiro lugar é feito o estudo da normalidade das distribuições das escalas utilizadas QV e Solidão para selecionar o tipo de testes a utilizar: paramétricos ou não-paramétricos.

Do teste de normalidade, devemos ler o valor de p (na coluna do Sig.) no teste de Kolmogorov-Smirnov, porque a nossa amostra é superior a 50.

Lendo os valores de p (Sig.) verificamos que apenas a QV total tem um $p > 0.05$, o que indica que apenas a QV total apresenta uma distribuição normal. No entanto esta variável QV total apenas foi construída para comparar os valores com o autor. Por essa razão os testes são feitos com os domínios e não com o total.

Todas as dimensões ou domínios da Escala de Qualidade de Vida e a escala de Solidão, não apresentam uma distribuição normal (como é muito frequente em ciências sociais).

A normalidade é uma condição exigida para o uso de testes paramétricos (mais potentes). Não se verificando normalidade teremos de utilizar testes não-paramétricos.

No entanto como temos uma amostra de 160 sujeitos, (considerada uma amostra grande), o problema da não normalidade é diminuído e poder-se-á utilizar os paramétricos, devido ao efeito do teorema do limite central que diz que uma amostra suficientemente grande se aproxima da distribuição normal.

Tabela n.º3.22 - Testes de Normalidade

	Tests of Normality					
	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
WDG	,138	160	,000	,958	160	,000
TWD1	,103	160	,000	,977	160	,009
TWD2	,095	160	,001	,981	160	,024
TWD3	,207	160	,000	,938	160	,000
TWD4	,092	160	,002	,979	160	,016
QVtotal	,045	160	,200*	,991	160	,375
Solidão	,127	160	,000	,954	160	,000

a. Lilliefors Significance Correction

*. This is a lower bound of the true significance.

Relativamente aos indicadores de consistência interna (α) podemos verificar que os valores obtidos no nosso estudo estão próximos do estudo original de Qualidade de Vida como é visível através da Tabela n.º 3.23.

Tabela 3.23 - Estudo comparativo entre n.º de itens e valores de α entre os valores originais da escala de Qualidade de Vida e da escala de Solidão e valores do presente estudo.

Variáveis	Estudo original		Presente estudo	
	n.º itens	α de Cronbach	n.º itens	α de Cronbach
WDG	2	0,83	2	0,637
TWD1	7	0,87	7	0,818
TWD2	6	0,84	6	0,698
TWD3	3	0,64	3	0,459
TWD4	8	0,78	8	0,671
QVtotal	26	0,92	26	0,891
Solidão	18	0,87	18	0,854

Seguidamente apresentamos as diferentes hipóteses de análise por nós colocadas.

Testes de Hipóteses

H1 - Os idosos institucionalizados com maior idade apresentam uma menor qualidade de vida.

H1 - Há relação entre a Idade e a perceção de Qualidade de Vida.

Foi utilizado o teste de correlação de Pearson, uma vez que a variável independente Idade é medida numa escala intervalar, assim como os scores de todos os domínios e a Faceta Geral da Escala de Qualidade e Vida.

Da análise da Tabela n.º 3.21, podemos afirmar que, com todos os valores de $p > 0.05$, rejeitamos a hipótese estatística H1 e aceitamos H0, pelo que, podemos concluir não existir relação ou associação entre a idade e a perceção de Qualidade de Vida.

Tabela n.º 3.24 – Correlação de Pearson entre Idade e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida

Idade	Valor de teste r	p
WDG Faceta Geral	0.032	0.690
TWD1 Domínio Físico	-0.066	0.404
TWD2 Domínio Psicológico	0.000	0.997
TWD3 Domínio Social	-0.050	0.526
TWD4 Domínio Ambiental	-0.068	0.394

H2 - Há diferença nas mulheres idosas institucionalizadas apresentam uma percepção menor da QV.

H2 – Há relação entre o sexo e a percepção de Qualidade de vida

Para testar esta hipótese seleccionámos o teste t de Student, uma vez que a variável Sexo é nominal dicotómica.

Da análise do Tabela n.º 3.25 e n.º 3.26, retiramos que, o único domínio com diferenças estatisticamente significativas ($p= 0.007$) é o domínio psicológico, pelo que rejeitamos H1 e aceitamos H0. No entanto podemos concluir que entre homens e mulheres há diferenças na percepção do domínio psicológico e que, (da leitura da Tabela n.º 3.25, analisando as médias obtidas) as mulheres apresentam valores mais baixos (55.22).

Tabela n.º 3.25 – Estatísticas descritivas do Sexo por Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida

Domínios	Sexo	N	Média
WDG	Masculino	61	57,3770
	Feminino	99	56,8182
TWD1	Masculino	61	60,6557
	Feminino	99	58,5859
TWD2	Masculino	61	62,3634
	Feminino	99	55,2189
TWD3	Masculino	61	66,5301
	Feminino	99	65,4882
TWD4	Masculino	61	52,8689
	Feminino	99	49,2109

Tabela n.º 3.26 – Teste t de Student entre o Sexo e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida

Sexo	Valor de teste t	p
WDG Faceta Geral	0.172	0.864
TWD1 Domínio Físico	0.692	0.490
TWD2 Domínio Psicológico	2.712	0.007
TWD3 Domínio Social	0.520	0.604
TWD4 Domínio Ambiental	1.970	0.051

H3 - Idosos com um grau mais elevado de escolaridade apresentam uma percepção de maior QV.

H3 – Há diferenças entre a escolaridade e a percepção da Qualidade de vida.

Para levar a teste esta hipótese foi selecionado o teste de Análise da variância (ANOVA), uma vez que a variável escolaridade tem mais de três categorias.

Da análise dos resultados de teste, Tabela n.º 3.28, podemos verificar que a única diferença estatisticamente significativa é entre a Escolaridade e o Domínio TWD3 – Domínio Social com $p = 0.000$ (altamente significativo). Razão pela qual rejeitamos H1 e aceitamos H0.

No entanto, como há uma categoria com menos de dois casos, não é possível executar o teste Post Hoc com a correção de Bonferroni, ainda assim, podemos inferir dos resultados da Tabela n.º 3.27 das estatísticas descritivas que, quanto maior é a Escolaridade mais baixa é a percepção do Domínio Social da Escala de Qualidade de Vida.

Tabela n.º 3.27 – Estatísticas descritivas entre a Escolaridade e o Domínio TWD3 – Domínio Social da Qualidade de Vida

Domínio Social	Escolaridade	N	Média
TWD3	Não sabe ler nem escrever	49	72,4490
	Sabe ler e/ou escrever	18	69,9074
	1 a 4 anos de escolaridade	79	62,1308
	5 a 6 anos de escolaridade	3	61,1111
	7 a 9 anos de escolaridade	8	60,4167
	10 a 12 anos de escolaridade	1	58,3333
	Estudos Universitários	2	50,0000
	Total	160	65,8854

Tabela n.º 3.28 – Teste ANOVA entre a Escolaridade e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.

Escolaridade	Valor de teste F	p
WDG Faceta Geral	0.583	0.743
TWD1 Domínio Físico	1.261	0.279
TWD2 Domínio Psicológico	1.937	0.078
TWD3 Domínio Social	5.701	0.000
TWD4 Domínio Ambiental	1.320	0.251

H4 - Idosos com doença apresentam uma menor percepção de QV de vida.

H4 – Há diferenças entre a presença de doença nos idosos e a percepção de Qualidade de Vida.

Para testar esta hipótese seleccionámos o teste t de Student, uma vez que a variável presença de doença é nominal dicotómica.

Da análise dos resultados obtidos, podemos rejeitar a H1 e aceitar H0, no entanto, podemos afirmar haver diferenças estatisticamente significativas entre a presença de doença e a faceta geral ($p=0.000$), a TWD1 – Domínio Físico ($p=0.001$) e TWD2 – Domínio Psicológico ($p=0.013$), visível na Tabela n.º 3.30 concluindo que a presença de doença afeta negativamente estes três aspetos da percepção de qualidade de vida nos idosos.

Tabela n.º 3.29 – Estatísticas descritivas do teste t de Student entre a Presença de doença e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida

	Doente	N	Média
WDG	Sim	136	54,5037
	Não	24	71,3542
TWD1	Sim	136	57,3004
	Não	24	71,1310
TWD2	Sim	136	56,5870
	Não	24	65,6250
TWD3	Sim	136	65,3799
	Não	24	68,7500
TWD4	Sim	136	50,0000
	Não	24	54,0365

Tabela n.º 3.30 – Teste t de Student entre a Presença de doença e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida

Presença de doença	Valor de teste t	p
WDG Faceta Geral	-3.999	0.000
TWD1 Domínio Físico	-3.523	0.001
TWD2 Domínio Psicológico	-2.514	0.013
TWD3 Domínio Social	-1.241	0.216
TWD4 Domínio Ambiental	-1.592	0.113

H5 - Idosos com crenças religiosas apresentam maior percepção da QV.

H5 – Há diferenças entre as Crenças Religiosas e a percepção de Qualidade de Vida.

Para testar esta hipótese seleccionámos o teste t de Student, uma vez que a variável Crenças Religiosas é nominal dicotómica.

Da análise da Tabela n.º 3.31, verificamos que nenhum dos valores de p é inferior a 0.05, pelo que rejeitamos por completo a hipótese H1 colocada, concluindo não haver diferenças estatisticamente significativas entre as Crenças Religiosas e a percepção de Qualidade de Vida.

Não são apresentadas as estatísticas descritivas do teste t de Student entre as Crenças Religiosas e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida, por não haver diferenças em qualquer das suas componentes.

Tabela n.º 3.31 – Teste t de Student entre as Crenças Religiosas e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida

Crenças Religiosas	Valor de teste t	p
WDG Faceta Geral	0.955	0.341
TWD1 Domínio Físico	-1.481	0.140
TWD2 Domínio Psicológico	0.325	0.745
TWD3 Domínio Social	1.405	0.162
TWD4 Domínio Ambiental	-0.277	0.782

H6 - Idosos institucionalizados em Aldeia-Lar apresentam maior QV que idosos residentes em Lares tradicionais.

H6 – Há diferenças entre a Instituição de acolhimento e a percepção de Qualidade de Vida.

Para levar a teste esta hipótese foi selecionado o teste de Análise da variância (ANOVA), uma vez que a variável Instituição de acolhimento tem mais de três categorias.

Da Tabela n.º 3.32, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre as diferentes instituições em estudo e a percepção de Qualidade de Vida em todos os domínios, excetuando a Faceta Geral.

Tabela n.º 3.32 – Teste ANOVA entre a Instituição de acolhimento e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida

Instituição de acolhimento	Valor de teste F	p
WDG Faceta Geral	1.890	0.115
TWD1 Domínio Físico	2.760	0.030
TWD2 Domínio Psicológico	5.225	0.001
TWD3 Domínio Social	10.312	0.000
TWD4 Domínio Ambiental	3.491	0.004

Para esclarecer, entre que instituições se situam as diferenças, recorreremos ao teste Post Hoc, segundo o método de Bonferroni.

No teste Post Hoc, podemos observar que não há diferenças estatisticamente significativas na Faceta Geral da Qualidade de Vida entre as Instituições de acolhimento.

No TWD1 Domínio Físico, o Lar Aldeia Alcalar de Portimão obtém melhor percepção neste Domínio que a Santa Casa da Misericórdia de Portimão ($p=0.044$) e que a Santa Casa da Misericórdia de Lagos com $p=0.038$.

No TWD2 Domínio Psicológico a única diferença entre instituições encontra-se entre o Lar Aldeia São José de Alcalar (Portimão) e a Santa Casa da Misericórdia de Portimão com $p=0.044$.

No TWD3 Domínio Social, o Lar Aldeia de São José Alcalar (Portimão), continua a ter melhores resultados e com diferenças estatisticamente significativas entre a Santa Casa da Misericórdia de Portimão, com $p=0.000$, o Lar Esperança em Portimão com $p=0.012$ e o Lar Nosso Ninho de Lagoa, com $p=0.000$.

Relativamente TWD4 Domínio Ambiental, o Lar Esperança em Portimão é a instituição que apresenta melhores resultados, obtendo diferenças estatisticamente

significativas relativamente à Santa Casa da Misericórdia de Portimão, com $p=0.013$, com o Lar Nosso Ninho de Lagoa, com $p=0.004$ e com a Santa casa da Misericórdia de Lagos com $p= 0.016$.

Podemos assim concluir que, há diferenças entre instituições e a percepção de Qualidade de Vida, em que o Lar Aldeia de São José de Alcalar (Portimão) é maior.

H7 - A pessoa idosa apresenta uma maior percepção da QV dependendo do motivo da institucionalização.

H7 – Há diferenças entre o motivo de Institucionalização e a percepção de Qualidade de Vida.

Para levar a teste esta hipótese foi selecionado o teste de Análise da variância (ANOVA), uma vez que a variável Motivo da institucionalização tem mais de três categorias.

Da análise Tabela n.º 3.33, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os diversos motivos de institucionalização e a percepção de Qualidade de Vida na sua Faceta Geral e em todos os seus domínios. Podemos concluir assim, que aceitamos H1 e rejeitamos H0.

Tabela n.º 3.33 – Teste ANOVA entre o motivo da institucionalização e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.

Motivo da Institucionalização	Valor de teste F	p
WDG Faceta Geral	6.022	0.000
TWD1 Domínio Físico	8.540	0.000
TWD2 Domínio Psicológico	5.721	0.000
TWD3 Domínio Social	4.133	0.001
TWD4 Domínio Ambiental	4.876	0.000

Para esclarecer, entre que motivos de institucionalização se situam as diferenças, recorreremos ao teste Post Hoc, segundo o método de Bonferroni.

Das estatísticas descritivas e do teste Post Hoc, podemos constatar que o motivo que mais afeta negativamente a Qualidade de Vida na sua Faceta Geral da Qualidade de Vida é a Incapacidade Física (Média de 41.35), seguida da Doença (Média de 44.02).

Esses valores da Incapacidade Física sendo mais baixos, apresentam diferenças estatisticamente significativas entre Outra ($p=0.021$) e com o Isolamento ($p=0.001$).

No entanto a Doença não apresenta diferenças estatisticamente significativas entre a Incapacidade Física ($p=1.000$) a Viuvez (0.734) e a Solidão (0.057).

No TWD1 Domínio Físico, os motivos mais negativos para a Qualidade de Vida são: a Incapacidade Física (Média de 37.09), a Doença (Média de 48.91) e Outra (Média de 61.90).

Ainda assim, a Incapacidade Física obtém valores mais baixos, estatisticamente significativos de Qualidade de Vida, que todos os outros motivos com $p=0.000$, com a exceção da Doença ($p=0.609$), onde não foram verificadas essas diferenças.

No TWD2 Domínio Psicológico, é a Incapacidade Física e a Doença que apresentam valores médios mais baixos com uma média de 43.27 e 49.64 respetivamente, não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre elas ($p=0.000$).

Por sua vez, o Isolamento apresenta valores mais elevados de Qualidade de Vida (Média de 65.52) e com diferenças estatisticamente significativas em relação à Incapacidade Física ($p=0.000$) e à Doença ($p=0.011$).

A “Outra” motivo que também apresentam valores mais elevados de Qualidade de Vida (Média de 61.32) e com diferenças estatisticamente significativas em relação à Incapacidade Física ($p=0.003$) e à Doença ($p=0.035$).

No TWD3 Domínio Social, os motivos que apresentam piores valores de Qualidade de Vida são a Incapacidade Física (média de 55.77) e a Viuvez (média de 60.26) não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre elas ($p=1.000$).

Os valores mais elevados de Qualidade de Vida verificam-se nas causas, Isolamento (Média de 70.98) e Outra (média de 67.92), não se verificando de igual forma diferenças estatisticamente significativas entre elas ($p=1.000$).

As únicas diferenças estatisticamente significativas encontradas são entre a Incapacidade Física e o Isolamento ($p= 0.002$) e Outra ($p= 0.013$) que têm valores de Qualidade de Vida mais elevados.

No TWD4 Domínio Ambiental, a Incapacidade Física (Média de 42.79) e a Doença (Média de 47.97) são as causas que registam piores valores de Qualidade de Vida não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre elas ($p= 1.000$).

A causa com melhores valores de Qualidade de Vida é o Isolamento (Média de 58.52) e apresenta diferenças de médias estatisticamente significativas com a Doença ($p= 0.010$), a Incapacidade Física ($p=0.000$), a Solidão ($p= 0.019$) e com Outra ($p=0.018$).

H8 - A pessoa idosa apresenta uma maior perceção da QV dependendo do regime institucionalização.

H8 – Há diferenças entre o regime de institucionalização e a perceção de Qualidade de Vida.

Para testar esta hipótese seleccionámos o teste t de Student, uma vez que na variável Regime de institucionalização apenas se verificaram dois tipos de regime.

Tabela n.º 3.34 – Estatísticas descritivas do teste t de Student entre o regime de institucionalização e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.

	Regime Institucionalização	N	Média
WDG	Lar	99	55,0505
	Lar / Aldeia	61	60,2459
TWD1	Lar	99	57,9365
	Lar / Aldeia	61	61,7096
TWD2	Lar	99	54,5034
	Lar / Aldeia	61	63,5246
TWD3	Lar	99	61,5320
	Lar / Aldeia	61	72,9508
TWD4	Lar	99	49,6528
	Lar / Aldeia	61	52,1516

Não tendo verificado valores estatisticamente significativos em todos os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida, aceitamos H0 e rejeitamos H1.

No entanto da análise do teste apresentada na Tabela n.º 3.35, podemos verificar que apenas há diferenças estatisticamente significativas entre Lar e Lar/Aldeia no Domínio Psicológico ($p= 0.001$) e no Domínio Social ($p= 0.000$). Analisando a Tabela n.º 3.34 podemos verificar que a média do Lar/Aldeia é maior nos dois casos, permitindo-nos concluir que no Lar/Aldeia há uma perceção de melhor Qualidade de Vida nos Domínios Psicológico e Social.

Tabela n.º 3.35 – Teste t de Student entre o Regime de institucionalização e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida

Regime de Institucionalização	Valor de teste t	p
WDG Faceta Geral	-1.611	0.109
TWD1 Domínio Físico	-1.265	0.208
TWD2 Domínio Psicológico	-3.472	0.001
TWD3 Domínio Social	-6.384	0.000
TWD4 Domínio Ambiental	-1.337	0.183

H9 - A pessoa idosa que participa nas atividades da institucionalização apresenta maior perceção de QV.

H9 – Há relação entre a participação nas atividades da instituição e a perceção de qualidade de vida.

Para testar esta hipótese seleccionámos o teste t de Student, uma vez que a variável participação nas atividades da instituição é nominal, dicotómica.

Da análise do Tabela n.º 3.37 podemos dizer que aceitamos H1 e rejeitamos H0, podendo concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre a participação nas atividades da instituição e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.

Da leitura do Tabela n.º 3.36, analisando as médias obtidas, podemos afirmar que os idosos que participação nas atividades da instituição têm uma percepção de melhor Qualidade de vida, que os idosos que dizem não participar, em todos os Domínios e na Faceta Geral.

Tabela n.º 3.36 – Estatísticas descritivas do teste t de Student entre participação nas atividades da instituição e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.

	Atividades	N	Média
WDG	Não	70	52,3214
	Sim	90	60,6944
TWD1	Não	70	52,6531
	Sim	90	64,6032
TWD2	Não	70	52,9167
	Sim	90	61,8519
TWD3	Não	70	62,6190
	Sim	90	68,4259
TWD4	Não	70	46,2054
	Sim	90	54,0278

Tabela n.º 3.37 – Teste t de Student entre a participação nas atividades da instituição e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida

Participação nas atividades	Valor de teste t	p
WDG Faceta Geral	-2.690	0.008
TWD1 Domínio Físico	-4.305	0.000
TWD2 Domínio Psicológico	-3.516	0.001
TWD3 Domínio Social	-3.042	0.003
TWD4 Domínio Ambiental	-4.5174	0.000

H10 - A pessoa idosa que percebe amizade tem uma maior QV.

H10 – Há diferenças entre a consideração da quantidade de amigos que os idosos têm e a percepção de qualidade de vida.

Para levar a teste esta hipótese foi selecionado o teste de Análise da variância (ANOVA), uma vez que a variável consideração da quantidade de amigos que os idosos têm, tem mais de três categorias.

Da análise da Tabela n.º 3.38, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre a consideração da quantidade de amigos que os idosos têm e a percepção de Qualidade de Vida na sua Faceta Geral e em todos os seus domínios. Podemos concluir assim, que aceitamos H1 e rejeitamos H0.

Das estatísticas descritivas e do teste Post Hoc, podemos constatar que quanto maior for a quantidade de amigos que os idosos consideram ter, maior é a Qualidade de Vida percebido pelos idosos na sua Faceta Geral e em todos os seus Domínios.

Tabela n.º 3.38 – Teste ANOVA entre a variável consideração da quantidade de amigos que os idosos têm e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.

Consideração da quantidade de amigos que os idosos têm	Valor de teste F	p
WDG Faceta Geral	9.986	0.000
TWD1 Domínio Físico	3.520	0.017
TWD2 Domínio Psicológico	17.863	0.000
TWD3 Domínio Social	18.777	0.000
TWD4 Domínio Ambiental	9.899	0.000

H11 - A pessoa idosa que considera que está em contacto com os amigos percebe que tem uma maior QV

H11 – Há diferença entre a frequência de contacto com os amigos e a percepção de qualidade de vida.

Para levar a teste esta hipótese foi selecionado o teste de Análise da variância (ANOVA), uma vez que a variável frequência de contato com os amigos, tem mais de três categorias.

Da análise Tabela n.º 3.39, podemos concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável frequência de contato com os amigos e a percepção de Qualidade de Vida na sua Faceta Geral e em todos os seus domínios. Podemos concluir assim, que aceitamos H1 e rejeitamos H0.

Das estatísticas descritivas e do teste Post Hoc, podemos constatar que quanto maior for frequência de contato com os amigos, maior é a Qualidade de Vida percebido pelos idosos na sua Faceta Geral e em todos os seus domínios.

Tabela n.º 3.39 – Teste ANOVA entre a variável frequência de contato com os amigos e os Domínios e Faceta Geral da Qualidade de Vida.

Frequência de contato com os amigos	Valor de teste F	p
WDG Faceta Geral	5.226	0.002
TWD1 Domínio Físico	2.665	0.050
TWD2 Domínio Psicológico	7.608	0.000
TWD3 Domínio Social	9.961	0.000
TWD4 Domínio Ambiental	6.450	0.000

H12 - Há diferenças na Solidão e no que diz respeito ao Sexo.

H12 - Há diferenças entre o Sexo e a Solidão.

Para testar esta hipótese selecionámos o teste t de Student, uma vez que a variável Sexo é nominal, dicotómica.

Da análise da Tabela n.º 3.41, verificamos não haver diferenças estatisticamente significativas ($p=0.586$) entre o Sexo e a Escala de Solidão. Rejeitamos assim H1 e aceitamos H0.

No entanto as mulheres são as que apresentam índices de Solidão mais elevadas, mesmo que essas diferenças não sejam significativas.

Tabela n.º 3.40 – Estatísticas descritivas do teste t de Student entre o Género e a Escala de Solidão.

	Género	N	Média
Solidão	Masculino	61	35,7869
	Feminino	99	36,5657

Tabela n.º 3.41 – Teste t de Student entre o Género e a Escala de Solidão

Género	Valor de teste t	p
Escala de Solidão	-0.546	0.586

H13 - Há diferenças na Solidão no que diz respeito ao estado civil

H13 - Há diferenças entre o Estado Civil e a Solidão.

Da Tabela n.º 3.43, podemos constatar que não existem diferenças estatisticamente significativas ($p= 0.07$) entre o Estado Civil e a Escala de Solidão, pelo que aceitamos H0 e rejeitamos H1.

Da Tabela n.º 3.42 podemos dizer que, de forma unicamente descritiva que os Divorciados e Solteiros são os grupos que apresentam melhores médias, mesmo sem diferenças significativas.

Tabela n.º 3.42 – Estatísticas descritivas entre o Estado Civil e a Escala de Solidão.

Estado Civil	N	Média
Solteiro(a)	17	37,5882
Casado(a)	36	33,3889
Separado(a)	6	35,3333
Divorciado(a)	11	41,6364
Viúvo(a)	90	36,5778
Total	160	36,2688

Tabela n.º 3.43 – Teste ANOVA entre o Estado Civil e a Escala de Solidão

Estado Civil	Valor de teste	p
Escala de Solidão	F 2.218	0.070

H14 - Viver em Aldeia -Lar relaciona-se positivamente com uma menor Solidão do que viver em Lar tradicional.

H14 - Há diferenças entre o regime de institucionalização e a Escala de Solidão.

Para testar esta hipótese seleccionámos o teste t de Student, uma vez que a variável Regime de institucionalização apenas apresenta duas categorias.

Ao analisar a Tabela n.º 3.45, da leitura que podemos fazer do valor de $p= 0.000$, afirmamos haver diferenças estatisticamente muito significativas entre a instituição Lar e Lar/Aldeia e a Escala de Solidão, sendo que, (lendo a Tabela n.º 3.44), verificamos que o Lar apresenta indicadores (Média) de maior Solidão que o Lar/Aldeia.

Tabela n.º 3.44 – Estatísticas descritivas do teste t de Student entre o regime de institucionalização e a Escala de Solidão.

	Regime Institucionalização	N	Média
Solidão	Lar	99	39,4545
	Lar / Aldeia	61	31,0984

Tabela n.º 3.45 – Teste t de Student entre o regime de institucionalização e a Escala de Solidão

Regime de Institucionalização	Valor de teste t	p
Escala de Solidão	6.609	0.000

H15 - A pessoa idosa apresenta uma maior Solidão quanto menor for a percepção de QV.

H15 - Há relação entre a Escala de Qualidade de Vida e a Escala de Solidão.

Para levar a teste esta hipótese, utilizamos o teste de Correlação de Pearson, por termos em análise duas variáveis medidas em escala intervalar.

Observando a Tabela n.º 3.47, podemos decidir estatisticamente aceitar H1 e rejeitar H0, concluindo haver diferenças estatisticamente bastante significativas (com um nível de confiança de 99%). Retiramos ainda da mesma Tabela que, observando o valor de (r) que as correlações são negativas, o que nos indica haver uma relação inversa entre as variáveis, permitindo afirmar que, quanto maior for a Qualidade de Vida em todos os seus Domínios e na sua Faceta Geral, menor é a percepção de Solidão (ou o inverso).

Da Tabela n.º 3.46, podemos concluir que o Domínio Social e o Domínio Físico são os que desempenham um papel mais importante na associação com a Escala de Solidão.

Tabela n.º 3.46 – Estatísticas descritivas do teste r de Pearson entre a Escala de Qualidade de Vida e a Escala de Solidão.

	Média
Solidão	36,2688
WDG Faceta Geral	57,0313
TWD1 Domínio Físico	59,3750
TWD2 Domínio Psicológico	57,9427
TWD3 Domínio Social	65,8854
TWD4 Domínio Ambiental	50,6055

Tabela n.º 3.37 – Teste r de Pearson entre Escala de Qualidade de Vida e a Escala de Solidão.

Escala de Solidão	Valor de teste r	p
WDG Faceta Geral	-0.460*	0.000
TWD1 Domínio Físico	-0.267*	0.001
TWD2 Domínio Psicológico	-0.533*	0.000
TWD3 Domínio Social	-0.576*	0.000
TWD4 Domínio Ambiental	-0.514*	0.000

* Correlações significantes ao nível de 0.01 (99% de confiança).

CAPITULO IV
DISCUSSÃO

DISCUSSÃO

Ao iniciarmos a discussão deste trabalho tivemos em linha de conta, os resultados apresentados no capítulo anterior. Iremos evidenciar os assuntos de maior relevância do estudo mantendo um fio condutor com os conteúdos teóricos que estiverem na base da execução desta investigação. Este trabalho teve por base a reflexão/compreensão da QV e Solidão dos idosos a viver em instituições e das possíveis variáveis que possam interferir, para que num futuro próximo possamos compreender melhor o envelhecer através de importantes aspetos que deverão ser tidos em conta pela subjacente conjugação de fatores possíveis de ser observados na Solidão e na QV como físicos, psicológicos, sociais, ambientais e gerais na vivência de uma idade mais avançada.

Porém há escassez de estudos no sentido da nossa investigação. Tratando-se de um estudo com população idosa com média de idades nos 84, 23 anos e estando em consonância com estudos realizados por (Almeida & Rodrigues, 2008; Martins, 2004), em que a média de idosos institucionalizados se situa nos 80,05 anos.

Através de um estudo comparativo de idosos a viver na comunidade e em instituições de longa permanência Vitorino, Paskulin e Viana (2013), constataram que a maior concentração de idosos se encontrava naqueles com 80 ou mais anos que viviam em instituição. Segundo Kim, Harada, Miyashite, Lee, Park e Nakamura (2011), estudo realizado na Coreia, país em desenvolvimento, os resultados foram idênticos aos de Vitorino *et al.* (2013), em que a média de idades entre idosos em comunidade é menor do que idosos institucionalizados. Num estudo realizado no Canadá os idosos a residir em Instituições de longa permanência, em média apresentam mais dez anos. Poder-se-á então pensar que a idade avançada poderá funcionar como um preditor para a Institucionalização pois com o passar das décadas a incapacidade funcional aumenta bem como o desenvolvimento de doença daí a necessidade de alguém capaz de prestar cuidados.

No nosso estudo, testamos a nossa primeira hipótese e verificámos a não existência de relação entre a idade e a qualidade de vida relativamente a todos os domínios da QV. O que poderá ser relevante uma vez que independentemente da idade que a pessoa idosa tenha esta é independente da perceção de QV. Estando de acordo com diferentes estudos (Torres *et al.*, 2008; Ozcan *et al.*, 2005; Nobrega *et al.*, 2009; Ribeiro 2011), em que a idade não apresenta valores significativos. Pelo contrário o estudo de Mwanyangala *et al.*, (2010), a QV desta população reduz de forma significativa mediante o aumento da idade do indivíduo, poder-se-á pensar que na origem desta diferença poderá estar o número de idosos participantes no estudo ter sido muito elevado ou o contexto, pois este realizou-se em meio rural.

No que diz respeito ao sexo, verificámos que a maioria dos idosos inquiridos (61,9%) é pertencente ao sexo feminino, o que confirma a tendência dos estudos em que existe uma feminização da velhice, segundo Gonçalves, Costa Martins, Nassar e Zunino (2011), encontrando-se assim em consonância com a maioria dos estudos (Dalsenter & Matos, 2009; Augusto *et al.*, 2008; Almeida & Rodrigues 2008; Oliveira, Gomes & Paiva, 2011).

Relativamente à nossa segunda hipótese, quanto ao sexo e à perceção da Qualidade de Vida, verificámos que se registaram diferenças estatisticamente significativas no Domínio Psicológico da QV, existindo uma média mais elevada no sexo masculino logo concluímos que entre homens e mulheres há diferença na perceção da QV, logo através da observação da Tabela nº 3.25 as mulheres apresentam mais baixos valores ao nível das médias, logo validamos a nossa H0, em que as mulheres idosas institucionalizadas apresentam uma menor perceção da QV. Para Vitorino *et al.*, (2012), vários estudos confirmam que o homem idoso apresenta maiores scores em todos os domínios da QV, em relação às mulheres, sendo confirmado pela influência das questões do género representadas na QV. O envelhecimento é percebido pela mulher de forma mais negativa, comprometendo por isso os domínios da QV. Em nosso entender poderemos pensar que a mulher poderá apresentar mais dificuldades em adaptar-se a novos papéis, dificuldade em planejar o futuro, capacidade de desenvolver estratégias de adaptação eficazes, acentuado sentimentos de fragilidade, dependência e insegurança. Estes resultados estão em consonância com (Ribeiro, 2011; Mwanyangala *et al.*, 2010), em que o sexo feminino apresenta uma perceção menor da QV em relação ao sexo oposto.

Pela observação dos resultados do nosso estudo, relativamente à escolaridade é possível constatar na Tabela n.º 3.4 que (30,6%) não sabe ler nem escrever e que a grande maioria (60,7%), sabe apenas ler e escrever ou tem 1 a 4 anos de escolaridade, indo de acordo

com o estudo de (Dalsenter & Matos, 2009), em que o nível de escolaridade é baixo (81,8%) não tendo concluído o ensino fundamental e desses (9%) referem ser analfabetos estando conjugado com o baixo nível socioeconómico e de proveniência rural podendo estas ser as razões de baixa escolaridade. Ainda para Araújo, Onofre, Silva e Pena (2010), constataram que dos 32 participantes (84,2%) tinham o ensino fundamental e (7,8%) ensino médio e (7,8%) analfabetos.

Dos resultados que obtivemos foi possível verificar que a única diferença estatisticamente significativa foi no Domínio Social, deste modo rejeitamos a nossa hipótese H1 e aceitamos a nossa H0, assim é possível verificar que quanto maior for a Escolaridade mais baixa é a percepção que os idosos apresentam no Domínio Social da Escala de QV.

Nesta situação, em nosso entender as pessoas idosas poderão tornar-se mais seletivas na escolha de pares para a sua interação o que poderá representar alguma dificuldade na inserção grupal ou seja, neste caso na institucionalização e nos seus relacionamentos, levando o idoso a isolar-se socialmente, logo a fechar-se com seus pares quando estes existam, evitando de certo modo possíveis conflitos que possam surgir da diversidade de interesses e hábitos na comunidade institucional.

Para Lai *et al.*, (2005), num estudo com idosos de Taiwan, residentes em instituições de longa permanência, este revela que a QV dos idosos aumenta com a escolaridade.

Ribeiro (2011), no seu estudo a escolaridade, profissão e recursos económicos da pessoa idosa não manifesta diferenças significativas para a variável QV, por esse motivo as hipóteses referentes a estas variáveis foram refutadas. Referindo como motivo do sucedido o processo de institucionalização, considerando que a pessoa idosa independentemente do grau de escolaridade, profissão e recursos económicos que apresenta não vê a sua percepção de QV alterada por estes fatores. Entendendo-se que nas instituições as pessoas são tratadas de forma igual, independentemente das suas diferenças Fernandes (2000 *cit.* por Ribeiro, 2011).

Vitorino *et al.*, (2012), no seu estudo relativamente aos níveis de escolaridade, apenas o meio ambiente apresentou significância na WHOQOL-Bref, verificando-se diferenças de pontuação da QV entre idosos sem escolaridade e aqueles com ensino fundamental. Deste modo os idosos sem escolaridade apresentam em média, menores valores nas pontuações em relação ao meio ambiente, revelando-se contrários aos resultados por nós observados.

No que diz respeito à variável doença 85% dos idosos questionados consideram ter algum tipo de doença visível na Tabela nº3.8. De acordo com Dalsenter e Matos (2009),

referem que 61,4% apresentam problemas de saúde tendencialmente aumentando com a idade. Destes idosos 90,9% referem ter alguma limitação física. Chamando a atenção que nesse estudo os idosos não se encontram preocupados com a sua incapacidade física e demonstraram satisfação com a sua QV, onde idosos com idade superior a 90 anos apresentam maiores scores em todas as facetas da QV, tratando-se de um dado controverso que demonstra que com o avançar da idade aumenta o número de doenças incapacitantes, ocorrendo uma diminuição de autonomia e como consequência de QV. Segundo estes autores o facto que poderá contribuir para explicar esta discordância com estudos de diferentes autores, poderá ser que os idosos participantes do estudo mantêm um envelhecimento saudável, independentemente do não uso de terapia medicamentosa e não apresentando doenças possíveis de interferir nas atividades de vida diária.

De acordo com a avaliação da QV e da presença da variável doença através da nossa quarta hipótese podemos constatar que aceitamos a nossa H0 em que é possível afirmar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a presença de doença e a Faceta Geral; Domínio Físico; Domínio Psicológico. Podemos assim deste modo concluir que a presença de doença afeta negativamente estes três aspetos da percepção de QV no idoso. Se considerarmos que com o avanço da idade aparecem limitações de várias ordens que poderão ter repercussões no tempo, tanto físicas, intelectuais e sociais, podendo estas ser explicadas através do próprio envelhecimento, em causa poderão estar diferentes situações como por exemplo as atividades de vida diária o que lhes entristece contribuindo para estar dependente de alguém. Se pensarmos em alterações físicas muitas estão associadas, a cronicidades, diminuição de capacidade funcional acarretando consigo alterações de estilo de vida.

Para Almeida e Rodrigues (2008), as pessoas idosas referem ter algum problema de saúde 83,9%, assim como 42,3% dos indivíduos referem sofrer de uma ou mais patologias, habitualmente crónicas, apresentando também maior probabilidade de fragilidade, associado a estas patologias usualmente existe a presença de dôr. Para Lai *et al.*, (2005), a QV diminui com a presença de doenças crónicas. O domínio que se revelou mais significativo foi o físico, atribuindo importância à prevenção de incapacidade sendo algo de extrema importância para idosos que estão institucionalizados. Ribeiro (2011), ao fazer teste de hipóteses às variáveis institucionais; duração do internamento, doença atual e duração da mesma não obteve relações significativas, podendo ser justificado pelo facto da maioria dos idosos (72,4%) não apresentarem antecedentes anteriores ao internamento em instituição.

Se considerarmos que os idosos acham a diminuição do equilíbrio perda de capacidade funcional, então Ozcan *et al.*, (2005), refere que associado à baixa QV, está a diminuição do equilíbrio e perda de capacidade funcional. Para Vivian e Argimon (2009), na generalidade dos idosos (ambos os sexos) na perceção da saúde, consideram-na como má. Pela observação dos resultados de Nóbrega *et al.*, (2009), refere que a auto perceção da doença da pessoa idosa é um indicador relevante da QV.

No que diz respeito às crenças religiosas verificámos que 95,6% dos idosos questionados mencionam ter crença numa religião visível na Tabela n.º3.10.

Levantámos a nossa quinta hipótese, rejeitámos por completo a nossa H1, concluindo não haver diferenças estatisticamente significativas entre crenças religiosas e perceção de qualidade de vida em nenhum dos Domínios e Faceta Geral da QV. Em nosso entender esperaríamos que a crença numa religião influenciasse positivamente a QV das pessoas idosas, por transmitir amor ao próximo, logo amor fraterno, solidariedade e fé, permitindo deste modo a ocorrência e manutenção de relacionamentos interpessoais minimizando também a sensação de solidão ou vazio nestes contextos, a prática religiosa regular proporciona suporte social, de acordo com Miranda e Banhato (2008). Para Goldsten e Sommerhalder (2002 *cit.* por Miranda & Banhato, 2008) a religiosidade é referida como um fator imprescindível a ser pesquisado numa amostra de população da terceira idade devido ao seu valor informativo e terapêutico. Em nosso entender a crença religiosa poderá funcionar como fator protetor pois detínhamos a ideia que os sujeitos com crenças religiosas apresentariam mais esperança, segurança, consolo com o aproximar da morte, ao mesmo tempo a crença num Deus representaria como um meio de “impor”, indicar, algumas normas que determinam um prémio (a vida eterna). A crença para nós poderia ajudar as pessoas mais velhas a fazer uma aceitação positiva do fim da vida, o não desespero e uma melhor aceitação do tempo que passou. De acordo com a literatura a espiritualidade e a religiosidade apresentam relações com QV dos indivíduos, existindo vários estudos que o comprovam Dalsenter e Blumenau (2009).

No que concerne à nossa sexta hipótese, referente às diferenças entre instituição de acolhimento e a perceção de Qualidade de Vida foi possível concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre as instituições em estudo e a perceção QV em todos os Domínios com exceção da Faceta Geral.

No Domínio Físico, verificamos pois que o Lar Aldeia S. José de Alcalar (Portimão) obtém melhor perceção que a Santa Casa da Misericórdia de Portimão e que a Santa Casa da Misericórdia de Lagos.

No Domínio Psicológico a única diferença entre instituições encontra-se no Lar Aldeia de S. José de Alcalar (Portimão) e Santa Casa da Misericórdia de Portimão.

No Domínio Social, o Lar Aldeia de S. José de Alcalar (Portimão), continua a apresentar melhores resultados e com diferenças estatisticamente significativas entre a Santa Casa da Misericórdia de Portimão, Lar Esperança (Portimão) e o Lar Nosso Ninho (Lagoa).

No Domínio Ambiental, o Lar Esperança é a Instituição que apresenta melhores resultados, obtendo portanto diferenças estatisticamente significativas, relativamente à Santa Casa da Misericórdia de Portimão com $p=0,013$, Lar Ninho de Lagoa com $p= 0,004$ e a Santa Casa da Misericórdia de Lagos com $p=0,016$.

Podendo assim concluir que há diferenças entre Instituições e a perceção de QV, em que o Lar Aldeia de Alcalar (Portimão) apresenta uma melhor QV em diferentes domínios.

Devido à escassez de trabalhos podemos inferir por nós que a resposta Social Lar Aldeia de S. José de Alcalar (Portimão) freguesia da Mexilhoeira Grande retrata uma zona mais rural do concelho de Portimão, através deste modelo de institucionalização, modelo inovador devido sobretudo, às características da própria infraestrutura, que permite o acolhimento não só de idosos como de famílias idosas, sendo o principal objetivo o acolhimento de pessoas que se tornaram dependentes ou não, proporcionando-lhes a possibilidade de continuarem a deter uma casa onde possam viver e a hipótese de se entusiasmarem com as coisas que ainda são capazes de fazer, mais e melhor. Destacando-se este modelo de outras instituições no modo como os seus residentes se sentem em casa, oferecendo-lhes um outro tipo de estrutura que difere dos lares tradicionais (Fontes, 2011).

Em nosso entender Lar-Aldeia detém outras características diferenciadoras como a manutenção dos laços de afeto entre as pessoas a sociabilidade de uma aldeia tradicional, o jardim, o espaço de envolvência das casas, os serviços de que podem usufruir a predisposição das pessoas para participar na vida da Aldeia que se assemelha em tudo às nossas aldeias tradicionais, até mesmo o sentido de pertença a um lugar.

Fontes (2011), aponta como principais benefícios o desenvolvimento de sentimentos como autoestima, bem-estar, utilidade mas sobretudo, vontade de viver. Para a mesma autora, o modelo de autonomia institucional da Aldeia de S. José de Alcalar tem particular

importância pois é a partir da própria autonomia dos idosos e da participação na dinâmica da Aldeia que os profissionais se organizam.

Para nós, será por este motivo que Lar-Aldeia de S. José de Alcalar obtém melhor percepção no Domínio Físico, Domínio Psicológico e Domínio Social.

No Domínio Ambiental sobressai uma instituição Lar Esperança (Portimão) por julgarmos tratar-se de uma Instituição com capacidade para um reduzido número de utentes, estes mantêm entre si contacto e esta instituição aproxima-se da dinâmica familiar.

Num estudo realizado por Mincato e Freitas (2007), foi observado que o nível de qualidade de vida de idosos institucionalizados é menor quando comparado com idosos residentes em comunidade. Um outro estudo de Lima *et al.*, (2009), ilustra na sua investigação que quando comparadas diferentes instituições a QV, no Domínio Físico, Psicológico, e Ambiental observam-se diferenças estatisticamente significativas entre as médias dos domínios entre as instituições. Sobressaindo um determinado lar, com melhores índices de QV, provavelmente por oferecer mais atividades de lazer. Existe na instituição em causa incentivo às caminhadas e outras atividades. Segundo estes autores as práticas de atividade aumentam consideravelmente a QV dos idosos.

Ainda numa investigação levada a cabo por Mazuim (2005, *cit.* por Freitas & Scheicha 2010), constatou-se que tanto homens como mulheres antes de serem institucionalizados realizavam atividades rotineiras o que favorecia a autonomia e independência, após a institucionalização com a escassez de atividades sugeridas muitos perdiam a capacidade funcional. Em nosso entender no Lar-Aldeia as atividades são mantidas através de muitos hábitos e de uma participação em atividades rotineiras do nosso quotidiano, uma vez que continuam a possuir a sua própria moradia agora enquadrada com outros serviços de apoio em que os próprios poderão ter parte ativa, para além das diferentes atividades que são proporcionadas pela instituição.

Para nós, dever-se-á refletir à semelhança de (Cheng, Rosenberg, Wang, Yang & Li, 2011), sobre a importância dos conceitos de paisagem terapêutica, envelhecimento ativo e bem-estar contribuir para a compreensão das relações existentes entre envelhecimento, saúde e meio ambiente em contexto de idosos residentes em instalações de cuidados residenciais, em que para os autores o conceito de “paisagem terapêutica”, prende-se este com a importância do lugar.

Este conceito foi desenvolvido por Gesler (1992, *cit.* por Cheng *et al.*, 2011), lugares capazes de prestar cura física, mental e espiritual. Foi atribuída extrema importância ao “poder do lugar” que interage com a combinação de fatores físicos, sociais, individuais no sentido de moldar crenças em saúde e bem-estar. O conceito de paisagem terapêutica apresenta grande potencial no sentido de poder contribuir para futuros estudos no que diz respeito ao atendimento dos idosos.

Relativamente à nossa sétima hipótese e à existência de diferentes motivos de institucionalização, podemos inferir que existem diferenças estatisticamente significativas entre os diversos motivos de institucionalização e a percepção de Qualidade de Vida na Faceta Geral e em todos os Domínios. Podemos assim concluir que aceitamos H1 e rejeitamos H0, podemos observar que o motivo que mais afeta negativamente a qualidade de vida na Faceta Geral da QV é a Incapacidade Física, seguida da Doença. Estes resultados de Incapacidade Física sendo mais baixos, apresentam diferenças estatisticamente significativas entre Outra e com o Isolamento. Na Doença não são apresentadas diferenças estatisticamente significativas entre Incapacidade Física, Viuvez e a Solidão.

No Domínio Físico, os motivos mais negativos para a QV são a Incapacidade Física a Doença e “Outra”, a Incapacidade Física obtém valores mais baixos, estatisticamente significativos de QV em todos os outros motivos com exceção da doença onde não se registaram diferenças.

No Domínio Psicológico, a incapacidade Física e a Doença apresentam valores médios mais baixos, não se verificando diferenças estatísticas entre elas. No entanto, o isolamento apresenta valores mais elevados de QV (Média de 65,52) e com diferenças estatisticamente significativas em relação à Incapacidade Física e à Doença. A “Outra”, esta causa também apresenta valores mais elevados de QV (Média de 61,32) e com diferenças estatisticamente significativas em relação à Incapacidade e à Doença.

No Domínio Social, os motivos que apresentam valores piores de QV são a Incapacidade Física e a Viuvez não se verificando diferenças estatísticas significativas entre elas. Aqui os valores mais elevados de QV, registam-se nos motivos Isolamento (Média 70,98) e Outra (Média 67,92), não se verificando diferenças estatísticas entre elas. As únicas diferenças estatisticamente significativas encontradas são entre Incapacidade Física o Isolamento e Outra que apresentam valores de QV mais elevados.

No Domínio Ambiental, a Incapacidade Física (Média 42,79) e a Doença (Média 47,97) são os motivos que registam piores valores de QV, não apresentando diferenças estatisticamente significativas entre elas. O motivo que apresenta melhores valores de QV é o Isolamento (Média de 58,52) e apresenta diferenças de médias estatisticamente significativas como a Doença a Incapacidade Física, Solidão e com Outra.

Devido à escassez de estudos nesta área e à múltipla variedade de variáveis em análise constatamos que o motivo que obtém maior percentagem (37,5%) é “*Outra*”, este motivo não se encontra identificado, mas nós através de conversas informais com os nossos participantes, constatamos que neste motivo poderão ser incluídas diferentes questões: como medo de adoecer, problemas de saúde relacionados com um dos membros do casal ou do próprio, o não querer ser um fardo para os filhos, desculpabilizando-os, dizendo que têm a vida deles, aceder aos desejos dos filhos ou familiares próximos seguindo-se o isolamento com (18,1%) e da solidão (13,8%), doença (14,4%) seguida da incapacidade física e solidão com (8,1%).

Averiguamos através das diferentes estatísticas descritivas que a QV é afetada negativamente na sua Faceta Geral e nos seus diferentes Domínios. Constando-se deste modo que o motivo que mais afeta a qualidade de vida é a Incapacidade Física, encontrando-se presente em todos os domínios inclusivé na Faceta Geral.

O segundo motivo que mais afeta negativamente a QV é a Doença estando presente na Faceta Geral, Domínio Físico, Domínio Psicológico e Domínio Ambiental com exceção do Domínio Social.

O que nos faz pensar que de acordo com estudos realizados em Inglaterra por Lillyman e Land (2007 *cit.* por Wilson *et al.*, 2010), estes constataram que as pessoas mais velhas temem a imobilidade causada por problemas de saúde, levando a que muitas destas ficassem retidas em casa, levantando por isso a muitas preocupações relacionadas com saúde pessoal e incapacidade para resolver problemas. Em nosso entender a incapacidade física leva à imobilidade, impossibilidade de resolução de problemas, conduzindo ao isolamento e à perda de redes sociais. Nesse sentido dever-se-á dar prioridade à promoção da saúde ao longo da vida no sentido de evitar muitas situações incapacitantes para o próprio, difíceis para o cônjuge, quando existe, e ainda muitas vezes complicadas de resolver por parte dos familiares que devido às responsabilidades laborais e novas organizações familiares apresentam dificuldades em prestar-lhes os devidos cuidados. Para Hortelão (2003), têm surgido alterações demográficas e consequentes modificações familiares ao nível da estrutura e

organização, surgindo associadas também a alterações a nível das relações e solidariedades familiares. Indo ao encontro desta ideia Pinho (2005), encontrando-se associado a diferentes fenómenos como o ritmo de vida dos sujeitos e das famílias cada vez mais ativas e à participação das mulheres no mercado de trabalho, observam-se alterações ao nível das relações de cuidado dos idosos. Razões que nos levam a refletir a quem pertencerá a responsabilidade de cuidar? De nós, os familiares? ou de instituições que são desprovidas daqueles que mais nos amam, ou amaram? Levasseur, Desroiers e Tribble (2008), estudo efetuado com idosos a viver em domicílio e com diferentes graus de limitação física verificaram que a QV dos idosos é afetada tanto mais quanto maior fôr o seu nível de limitações físicas. Revelando-se a família como um fator importante, potenciando a QV em todos os domínios.

No tocante ao regime de Institucionalização 61,9% da nossa amostra foi recolhida em Lar tradicional e 38,1% em Lar-Aldeia. No que diz respeito à nossa oitava hipótese não se verificaram valores estatisticamente significativos em todos os Domínios e Faceta Geral da QV, aceitámos assim a nossa H0 e rejeitamos H1. A pessoa idosa apresenta uma maior perceção da QV dependendo do regime de institucionalização, podendo apenas verificar-se diferentes estatisticamente significativas entre Lar e Lar-Aldeia no Domínio Psicológico ($p=0,001$) e no Domínio Social ($p=0,000$), poderemos deste modo concluir que no Lar /Aldeia há perceção de melhor QV no Domínio Psicológico e Social. Em nosso entender tem que ver com o que anteriormente foi dito com as características de uma aldeia mais rural com laços entre as “gentes” que coabitam o espaço, com o ambiente (contexto) envolvente, com a vizinhança, com a entreatjada. Pensamos pois, que quanto mais ativas se encontrarem as pessoas, mais participativas desenvolvendo atividades do quotidiano mais contribuem para uma melhor QV.

Mazuin (2005 *cit.* por Micato & Freitas 2007), constatou que antes de serem institucionalizados homens e mulheres realizavam atividades rotineiras, atividades que favoreciam a manutenção de autonomia e independência e após a escassez de atividades sugeridas, muitos perdiam a capacidade funcional. O que nos leva a refletir que os idosos de Lar-Aldeia muitos deles continuam a manter atividades rotineiras de acordo com a estrutura da própria aldeia. Segundo Kane (2003 *cit.* por Lima 2010), são sugeridos onze indicadores de QV nas instituições: autonomia, dignidade, privacidade, individualidade, segurança, conforto físico, relações interpessoais, atividades com significado, competência funcional, diversão e

bem-estar espiritual, talvez estes indicadores estejam mais presentes em Lar-Aldeia do que num lar tradicional.

Existem autores que defendem segundo Lima (2010), a importância da preparação e acompanhamento na transição para a instituição, podendo funcionar como fator para uma maior satisfação e QV nas diferentes instituições. A instituição não deverá ser vista como “morte social” onde é acentuado o papel da exclusão social dos mais velhos, devendo sim representar uma alternativa. Existindo também a necessidade de salientar que uma boa QV numa instituição para idoso pode variar de cultura para cultura de país para país e de pessoa para pessoa.

Constata-se que a mudança para uma nova situação não é vivenciada por todos do mesmo modo, devendo ser tida em conta que as características individuais de cada um, como desconfiança, narcisismo ou agressividade dificultarão a integração em qualquer tipo de instituição de acordo com Lima (2010), pelo contrário um nível elevado de atividade facilita. Ferreira (2009), num estudo em que considera a perspectiva dos idosos sobre a sua qualidade de vida em diferentes contextos habitacionais ou seja institucionalizados, frequentadores de centro de dia e residentes em comunidades sem estar associado a qualquer instituição, não foram registadas diferenças estatisticamente significativas, assim deste modo na amostra em estudo, a variável não apresenta influência relativamente a qualquer dos domínios de QV. A mesma autora refere que em contexto português não foi encontrado nenhum estudo realizado em centro de dia que se debruçasse sobre a percepção da QV dos idosos. Pimentel (1995 *cit.* por Ferreira, 2009), diz que poderá estar relacionado com o facto de a institucionalização representar um espaço de estabilidade e segurança, constituindo uma garantia de apoio quando a família não apresenta capacidade de resposta às necessidades dos idosos. A mesma autora também refere que é possível que tenha ocorrido adaptação e esforço de aceitação às condições da institucionalização

Sequeira e Silva (2003), no seu estudo referem que o meio rural proporciona aos idosos que nele habitam um nível de atividade minimizante adequado às suas competências e necessidades, permitindo-lhes o continuar ativos e de acordo com o seu ritmo. A manutenção das atividades permite aos sujeitos não só participarem ativamente na vida da comunidade, partilhando, interesses e motivações, como também manterem o seu sentimento de competência de utilidade, fatores essenciais à promoção de satisfação de vida.

Ferreira (2009), num estudo em que avaliou a QV em diferentes contextos urbano e rural, suburbano, confirmou que a influência do contexto, particularmente no Domínio das Relações Sociais.

É descrito na literatura que a institucionalização supõe riscos e mesmo sofrimento encontrando-se os residentes submetidos a um quotidiano formalmente administrado, afastado da sociedade mais ampla, apresentando tendência para o fechamento, ocorrendo situações de dependência vivenciadas por muitas pessoas que aí residem. Os indivíduos que residem em instituição estão sujeitos a um conjunto de regras (implícitas ou explícitas) que regulamentam a vida em instituição, não potencializando a autonomia pessoal, interferindo na organização bloqueando o desenvolvimento de ligações e manifestações de afetos (Paúl 1991; Cordeiro 2000; Rodrigues 2000 *cit.* por Daniel 2009). Em nosso entender dever-se-á refletir neste tipo de resposta existente em sociedade e idealizar-se a conceptualização de novas respostas sociais que respondam às necessidades individuais dos indivíduos e seus contextos envolventes. Devemos ponderar que a institucionalização apresenta aspetos negativos e positivos devendo ser tido em conta a influência, de toda a envolvência ou seja o contexto e as diferenças dos diferentes indivíduos e capacidade de que cada um detém. Para Kahana (2001 *cit.* por Lima 2010), os esforços mais recentes das investigações são no sentido da identificação das condições do individuo e do ambiente que maximizam o bem-estar.

Assim, e de acordo com o anteriormente exposto pensamos que quanto mais ativo e participativo o idoso se encontrar independentemente do tipo de lar tradicional ou Lar- Aldeia mais QV poderão os idosos apresentar. Segundo Neri (1993, *cit.* por Lima *et al.*, 2010) quanto mais ativo o idoso, maior será a sua satisfação com a vida, logo apresentará melhor QV.

Ao analisarmos a nossa nona hipótese é possível verificar que aceitamos H1 e rejeitamos H0 podendo concluir a existência de diferenças estatisticamente significativas entre a participação nas atividades da instituição e os Domínios e a Faceta Geral da Qualidade de Vida, verifica-se que os idosos que participam nas atividades apresentam uma maior média logo têm uma perceção de melhor QV que idosos que dizem não participar incluindo Domínios e na Faceta Geral

Para nós, estes idosos estão mais ativos poderão procurar relacionar-se com outros no sentido de evitar o isolamento apresentando uma melhor perceção da QV. No estudo de Vitorino *et al.*, (2013) foi notório a maior prática de atividades de lazer entre idosos da comunidade. Para estes autores a limitação ou ausência de atividades de lazer que são

proporcionados pelas instituições de longa permanência em maior ou menor grau tratar-se-á pois de um fator que proporciona ou agrava o desenvolvimento de sedentarismo e comprometimento da atividade funcional além de sintomatologia depressiva. Para Parmelee, Harralson, Smith e Schumacher (s/d *cit.* por Vitorino *et al.*, 2013), a atividade de lazer detém uma forte influência sobre a socialização, desenvolvimento de saúde física e mental dos idosos.

Em nosso entender ao serem trabalhadas em instituição diferentes atividades estamos a promover o convívio, logo o não isolamento social, através dos nossos resultados é possível inferir que quanto mais variadas, criativas e adaptadas a todos os graus de escolaridade bem como ao nível socioeconómico melhor será, para o idoso institucionalizado. Por outro lado, existe a necessidade de implicar os indivíduos nas diferentes atividades, logo motivá-los. É possível constatar através dos dados 43,75% não participa em nenhuma atividade Tabela n.º 3.17, e que os restantes 56,3% participam em diferentes atividades de acordo com a sua preferência. Assim se conseguimos alterar a percentagem de indivíduos não ativos, aqueles que estão sedentários, iremos mobilizar a não sedentarização, alterar um estilo de vida para mais saudável que poderá incluir maior prática de atividade física entre outras atividades que possam ser disponibilizadas pelas diferentes instituições. Os estudos referenciam que a participação de idosos em algum tipo de atividade, por exemplo a inserção em grupos proporciona um suporte social capaz de criar mudança nestes idosos. Os sujeitos mesmo com limitações físicas terão possibilidade de convívio, exercendo um papel socialmente ativo. Podendo pensar-se em outras atividades como o contacto musical segundo Souza (2002), é benéfico para o sujeito uma vez que atua nas áreas cognitivas e límbicas, influenciando a evocação e a memória aprimorando a consciência rítmica e abordar a emotividade. O ritmo estimula respostas imediatas e espontâneas, agindo a nível da atenção e coordenação de movimentos. De acordo com Lillyman e Land (2007 *cit.* por Wilson *et al.*, 2010), reforçam a importância que deverá ser dada ao apoio social, sendo o entretenimento descrito por alguns participantes com o “oxigénio”, sugerindo que sistemas de apoio, devem ser postos em prática, para minimizar ou evitar o isolamento social. Referem no estudo que as pessoas mais velhas temem a imobilidade causada pelos problemas de saúde, sendo reveladas também preocupações de saúde pessoal e capacidade de resolver problemas Em nosso entender terá que se trabalhar no sentido de evitar a imobilidade, perda de contactos, socialização que influenciam bem-estar psíquico e social. Lillyman e Land (2007 *cit.* por Wilson *et al.*, 2010),

referem como estratégias eficazes para reduzir o isolamento aulas de ginástica em grupo, projetos de jardinagem de comunidade ou programas de arte.

Santos, Costa Santos, Fernandes e Henriques (2002 *cit. por* Carneiro, 2007), mostram que a qualidade de vida do idoso pode estar relacionada com os seguintes componentes; capacidade funcional, estado emocional, interação social, atividade intelectual e auto proteção de saúde.

Frutuoso (1999 *cit. por* Carneiro *et al.*, 2007), indica que muitos estudos fazem referência ao aumento da QV e da longevidade em idosos que apresentam vida social intensa. Existindo também uma relação direta entre relacionamentos sociais, capacidade funcional e QV e inversa com a depressão sendo apontada por diferentes autores (Albuquerque, 2003; Fleck *et al.*, 2002; Xavier, Ferraz, Bertollucci, Poyares & Moriguchi, 2001 *cit. por* Carneiro *et al.*, 2007). Constatamos com os nossos resultados que os idosos participantes nas diferentes atividades oferecidas pelas Instituições serão mais capazes de devolverem relacionamentos sociais, terão maior capacidade funcional, maior mobilidade, implicando realização em atividades que são propostas, apresentando assim melhor QV de acordo com os resultados em todos os Domínios e na Faceta Geral, estando assim em consonância com outros estudos.

Ao analisarmos a nossa décima hipótese foi possível concluir que existem diferenças estatisticamente significativas entre a quantidade de amigos que os idosos têm e a percepção de QV na sua Faceta Geral e em todos os Domínios, aceitamos assim a nossa H1 e rejeitamos H0. É possível observar que quanto maior for a quantidade de amigos que os idosos consideram ter, maior a QV percebida pelos idosos na sua Faceta Geral e em todos os seus Domínios.

Verificamos igualmente, na nossa décima primeira hipótese que existem diferenças estatisticamente significativas entre a variável frequência de contacto com os amigos e a percepção de Qualidade de Vida na sua Faceta Geral e em todos os Domínios visível na Tabela n.º3.39, assim aceitamos H1 e rejeitamos H0, existindo diferenças entre a frequência do contacto com os amigos, assim quanto maior fôr a frequência de contacto maior a Qualidade de Vida percebida pelos idosos na Faceta Geral e em todos os seus Domínios.

Constatando através destas duas hipóteses que quanto maior fôr a quantidade de amigos e maior fôr a frequência de contacto com estes, maior será a QV na Faceta Geral e nos seus Domínios.

Verificamos que 52,5% dizem ter muitos amigos contratando com os 3,8% que dizem não ter nenhum, o que nos deixa a pensar que mesmo na Instituição não consideram os colegas como pessoas com quem possam criar alguns laços de companheirismo. No que diz respeito à frequência de contacto é possível observar através da Tabela nº 3.19, que 61,3% contacta com os seus amigos com alguma frequência, revelando-se preocupante os 5,6% que dizem não dizem ter contacto.

De acordo, com os resultados que obtivemos, verificamos, que a variável quantidade de visitas e frequência de visitas (amigos), pessoas com alguma ou muita representação significativa para apoio e suporte dos idosos interferem numa maior QV. Indo de acordo com os estudos de Netuveli *et al.*, (2006), com idosos não institucionalizados, realçando como fatores positivos da QV as relações familiares e de amizade e de boa vizinhança. Ainda Tahan e Carvalho (2010), através da análise de entrevistas constata que a QV é percebida como algo de bom, encontrando-se relacionada com o facto de ter saúde e bem-estar, convívio com outros (família ou amigos), participação em atividades de lazer, apoio social e condições financeiras favoráveis. Encontrando os resultados de acordo com o que Ileck (2006, *cit.* por Vitorino, Pasculin & Viana, 2013), diz que sabe que idosos que apresentam vida social intensa possuem melhores perceções de QV, sendo contraditório com o que se sabe pois com o aumento da idade, a rede de relações tende a diminuir.

Ribeiro (2011), no seu estudo com idosos institucionalizados em RNCCI constata que a maioria dos idosos recebe visitas diariamente, os resultados não apresentam diferenças significativas no que refere à frequência, a pessoa considera importante receber apoio, mas a frequência com que são visitados não interfere na sua QV. Em consonância com a autora Pimentel (2001 *cit.* por Ribeiro, 2011), as pessoas em contexto de instituição ao estarem longe de tudo o que lhes é familiar, parece que os seus entes queridos muitas vezes, sobressaem como um escape à ausência da sua habitação.

Relativamente à nossa décima segunda hipótese verificámos não existir diferenças significativas entre o sexo e a Escala de Solidão, rejeitando assim H1 e aceitamos H0, no entanto as mulheres apresentam índices de Solidão mais elevados mesmo sem serem significativos. No entanto a maioria dos estudos verificam diferenças significativas entre sexos, apresentando as mulheres mais velhas propensão a sentir mais solidão do que os homens mais velhos (Jong Gierveld *et al.*, 2006; Jylha, 2004; Pinquart & Sorensen, 2001 *cit.*, por Ferreira-Alves *et al.*, 2004). Ferreira-Alves (2014), no seu estudo, as mulheres relataram maior solidão do que os homens, não se revelando no entanto diferenças significativas, o que

é concordante com o nosso estudo. Também Fernandes (2007), no seu estudo confirma a relação entre sexo e o nível de solidão global sentida. As idosas assumem sentir maior solidão que os homens, os resultados refutam os estudos não conducentes sobre diferenças sexuais na solidão, utilizando a escala UCLA, não foram encontradas diferenças (Neto, 2000), sendo do senso comum que as mulheres são mais emotivas que os homens, apresentando maiores taxas de doenças mentais Clancy e Gove (1974, *cit.* por Neto, 2000). As mulheres apresentam reações emocionais negativas com mais frequência não fossem elas que sofrem mais de solidão do que os homens e por expressar com maior facilidade os sentimentos. Pelo contrário um estudo realizado na Turquia revela que são os homens que apresentam maior solidão Koc (2012), descobrindo que o género não é um determinante definitivo da solidão e os resultados poderão ter sido influenciados por várias circunstâncias socioculturais.

Na nossa décima terceira hipótese constatámos que não existem diferenças estatisticamente significativas entre o estado civil e a Solidão pelo que aceitamos a H0 e rejeitamos a H1. Verificamos que apresentam índices de Solidão mais elevados os solteiros e divorciados mesmo sem diferenças significativas. Para Ferreira Alves *et al.*, (2014), o estado civil está fortemente associado à solidão, constando estes autores que existem duas vezes mais mulheres viúvas, que solteiras do que homens. Para estes autores a condição de ser viúvo ou solteiro é que está relacionado com solidão, constatando também que a percentagem de homens e mulheres divorciados é a mesma. No seu estudo a condição de ser casado é preditor do nível de solidão, os casados revelaram menos solidão.

Ferreira Alves *et al.*, (2014), constatara que noutros estudos o estado civil está associado à solidão, que aos níveis mais elevados de solidão estão associados a condição de não casado e viúvos dando o exemplo de estudos de (Perlman & Peplan, 1984; Saviko *et al.*, 2005 *cit.* por Ferreira Alves *et al.*, 2014). Sundstrom, Fransson, Malmberg e Davey (2009), constataram através de um levantamento internacional que o casamento tem um efeito em relação ao risco de solidão sendo consistente em todos os países. Foi observado que existe menor prevalência de solidão entre as pessoas que vivem junto de alguém e que tem boa saúde. Para Dysstra e Jong-Gierveld 2004; Stack, 1998 *cit.* por Fernandes Alves (2014) o casamento parece proteger contra a solidão.

Para (Sundstrom *et al.*, 2009), em toda a Europa os fatores individuais estão presentes como forte determinante de Solidão, no entanto o estudo aponta a importância do casamento para as pessoas mais velhas. Stack (1998 *cit.* por Sundstrom *et al.*, 2009), descobriu que é o casamento em si, em vez da coabitação que protege contra a solidão.

Segundo (Ferreira-Alves *et. al.*, 2014), as condições de vida também foram associadas, à solidão, sentindo-se mais sós aqueles que vivem sozinhos do que aqueles que vivem com alguém.

Jong-Gieveld (1987 *cit. por* Ferreira-Alves *et al.*, 2014), descobriram que viver sozinho é um fator de risco para a solidão em idosos.

Para Weiss (1982, *cit. por* Neto, 2000), as pessoas solteiras têm maior tendência a sofrer de solidão do que as casadas, nas viúvas e divorciadas a solidão está mais presente do que nas restantes mulheres não casadas. Os estudos vão no sentido de que a solidão está mais interligada com a perda da relação conjugal do que pela ausência do companheiro. Para Machado Pais (2006), a solidão relaciona-se com uma rutura de contextos, daí apresentar uma multiplicidade de rostos, o estar com outros não significativos, o sentir-se só mesmo com a presença física de alguém, estando este tipo de solidão dependente do tipo de relação que se estabelece ou ainda dependente do sentir interno do sujeito, podendo tratar-se também de opções de vida e ainda o desejo de amor em relação ao outro, o sentir dor pelo abandono, o casamento em si poderá representar a fuga à solidão e medo de envelhecer só. Para este autor o casamento “estado civil”, está dependente do tipo de relação que se estabelece, podendo por vezes representar, perda de liberdade, autonomia, prisão interna na forma como as diferentes rotinas são assumidas por ambos, falta de comunicação, incapacidade de escuta, ressentimento, ofensas, lembranças dolorosas. A solidão ainda no casamento poderá ser vista como *perda* do “outro” logo a perda do valor significativo que o “outro” tem para o próprio, ou ainda alguém possível de se confiar, estabelecer uma relação profunda, sólida, podendo esta ser de amor ou de amizade, alguém a quem se dá e recebe afeto.

Segundo Fernandes (2007), o estado civil influencia o nível de percepção de solidão global, familiar e românticas sentidas. No entanto viúvos e solteiros sentem-se global, e familiarmente mais sós do que idosos casados indo ao encontro do expressado por Neto (2000), ao afirmar que “a solidão parece pois, ser determinada mais pela perda da relação conjugal do que pela sua ausência”.

No presente estudo relativamente à variável estado civil foi possível constatar que apesar de não existirem diferenças significativas, quem se sente mais só são os divorciados deixando de ter próximo alguém com quem estabeleceram laços significativos, sentido mais intensamente o vazio da perda, seguindo-se os solteiros, seguidos dos viúvos. Quem se sente menos só serão os casados, o que é concordante com os diferentes estudos.

Através da nossa décima quarta hipótese constatamos a existência de diferentes estatísticas muito significativas entre a Instituição Lar e Lar-Aldeia e a escala de Solidão em que o Lar (vários) apresentam uma (Média de 39,45) de uma maior Solidão que o Lar-Aldeia (Média de 31,0). Em nosso entender estará relacionada com as diferentes características das instituições. Lar tradicional e Lar-Aldeia. No presente estudo entendemos que os contextos habitacionais são diferentes, as próprias instituições tem características distintivas, para além das instituições se encontrem em diferentes concelhos, Portimão, Lagos e Lagoa ambas em concelhos do barlavento Algarvio. Em Portimão o Lar-Aldeia encontra-se numa zona mais rural, na freguesia da Mexilhoeira, logo apresentam contextos diferentes aos dos idosos residentes em meio mais urbano Portimão, Lagos e Lagoa que são retratados nas instituições Lar (tradicionais), em nosso entender os contextos habitacionais relacionados com a institucionalização poderão influenciar significativamente a Solidão.

Paúl, Fonseca e Amado (2003), relatam no seu estudo que os idosos que vivem em meio rural apresentam mais relações sociais do que as pessoas que vivem num ambiente urbano. Também Teixeira (2010), verificou a influência do contexto residencial, encontrando, diferenças estatisticamente significativas entre o grupo rural e o grupo urbano, relativamente à depressão, solidão e QV. Revelando a análise estatística que os idosos do meio rural apresentam níveis médios de depressão e de solidão significativamente inferiores aos dos idosos residentes em meio urbano.

Estes autores Ferreira-Alves *et al.*, (2014), verificaram que as configurações residenciais (rural/pequena; cidade /urbana) foram associadas a um preditor de solidão auto-relatado como as que vivem em áreas urbanas que revelam mais solidão. Para estes autores possivelmente em Portugal aqueles que vivem em ambiente rural, tem uma rede mais densa de contactos sociais (Paúl *et al.*, 2003 *cit.* por Ferreira Alves, 2014), o que poderá facilitar contactos sociais mais frequentes e significativos, e portanto menos autorrelatos de solidão. Paúl *et al.*, (2005), constataram que idosos do meio rural vivem mais em harmonia com o ambiente do que os idosos urbanos, indo ao encontro desta ideia também Sequeira e Silva (2003), o meio rural proporciona aos idosos um nível de atividade minimamente adequado às suas competências e necessidade, o que lhes permite possuir alguma atividade de acordo com o seu ritmo, logo participam na vida em comunidade, partilhando interesses, motivações, sentimentos de competência e utilidade. Segundo Ferreira-Alves *et al.*, (2014), o tipo de habitação, também foi associado à solidão como um preditor, assim as pessoas residentes em instalações de longa permanência (lar), tendencialmente relatam mais solidão do que aqueles

que vivem em casa. Tratando-se para Ferreira-Alves *et. al.*, (2014), do facto mais ilustrativo de como viver, “estar” com outras pessoas, onde existem partilhas de rotinas, poderá não ser significativo, de pessoas ligadas entre si, indo ao encontro dos diferentes rostos da solidão retratados por Machados Pais (2006), podendo a solidão subsistir mesmo quando existe a presença física de alguém, pondo em causa então o tipo de relação que se estabelece ou não, ou mesmo com o sentir interno do sujeito que se revela subjetivo e emocional.

No presente estudo, os idosos encontram-se institucionalizados nós tentámos retratar diferente contextos, os idosos que vivem Lar/Aldeia e os Lares Tradicionais, constando assim que ao viverem num Lar/Aldeia, apresenta-se uma estrutura diferenciada das demais com um contexto específico, com as características das Aldeias tradicionais mas com serviços de apoio, para nós existe uma maior rede social entre todos. Do nosso ponto de vista o recurso à institucionalização seja ela qual fôr deveria ser sempre o último recurso. As instituições sejam elas mais tradicionais ou não deverão apresentar sempre um leque variado de oportunidades estimulantes, implicando os indivíduos à participação no sentido de lhes proporcionarem satisfação com as diferentes atividades em que participam. Nós todos estamos muito habituados a equipamentos tradicionais como Lares, Centros de Dia, existindo outras possibilidades, nós apresentamos o modelo de Aldeia-Lar, havendo outros modelos em relação ao que já existe em outros países como condomínios fechados, apoio às residências, vilas, entre outros. Independente do tipo de resposta que possamos criar, temos que ser criativos e saber responder às diferentes necessidades dos mais velhos e daqueles que estão a envelhecer. Em nosso entender o País detém características fabulosas, o Algarve é uma região privilegiada, clima, alimentação, sol durante todo ano e pessoas simpáticas, região em nosso entender para se pensar em novas respostas sociais, até poder-se-ia pensar nos conceitos de “paisagem terapêutica” de (Cheng *et al.*, 2011), originalmente designados como lugares capazes de prestar cura física, mental e espiritual, logo é dada extrema importância ao “poder do lugar”, noutros lugares do mundo o conceito é estudado, sendo utilizado por geógrafos da saúde. Com este conceito interagem a combinação de fatores físicos, sociais, individuais no sentido de moldar crenças em saúde e bem-estar. Os ambientes onde os indivíduos institucionalizados vivem ganham profundos significados afetando a sua saúde, neste sentido o bem estar dos idosos é formado por percepções dos indivíduos e do seu “senso de lugar” em nosso entender algo que deveria ser mais pensado.

Ao analisarmos a nossa décima quinta hipótese verificámos que aceitamos a nossa H1 e rejeitamos H0, verificando-se na Tabela n.º 3.47, diferenças estatisticamente significativas

com um nível de confiança de 99%, observando-se igualmente que as correlações são negativas, ilustrando-nos que existe uma relação inversa entre as variáveis, permitindo afirmar que quanto maior for a QV em todos os seus Domínios e na Faceta Geral, menor é a perceção de Solidão (ou o inverso). O que nos faz pensar que talvez a solidão pudesse funcionar como um preditor da Qualidade de Vida. Assim a escala UCLA para além de nos indicar o nível de solidão dos indivíduos indicar-nos ia que um elevado nível de solidão poderia querer dizer, baixa QV, podendo o inverso também ser aplicado.

No presente estudo os resultado vão ao encontro de Teixeira (2010), em que se tentou verificar a influencia do contexto rural/urbano onde o idoso residia influenciava a Solidão, Depressão e QV, verificando que ao nível da Solidão e QV foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, mostrando que os níveis de Solidão são mais altos no grupo urbano, e os níveis de QV são mais altos no grupo rural. Pelo contrário um estudo de Carreira (s/d), tinha como objetivo principal analisar a QV e a Solidão numa amostra de idosos, concluindo que a amostra não é representativa, os resultados evidenciam não existir correlações, diferenças estatisticamente significativas negativas entre QV e Solidão.

Assim damos por finda a discussão das diferentes hipóteses, pensar a Qualidade de Vida, Solidão e a Institucionalização numa população Envelhecida, problemática dos tempos em que vivemos pertencente a todos nós.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, tentamos fazer uma visão compreensiva do fenômeno em análise, o envelhecimento dos mais velhos, a sua Qualidade de Vida e a Solidão.

O vazio criado pelo progresso nas nossas sociedades, provoca transformações nas condições de vida e nas representações do próprio mundo, fazendo surgir diferentes ideologias, que vêm substituir funcionalmente o segredo do passado. A funcionalidade transformou o indivíduo num simples instrumento. O consumismo generalizou-se na sensação de bem-estar social onde o utilitário reduziu a felicidade. A vida humana parece ter sido reduzida a uma dimensão pragmática de apatia, cujo caminho parece ser a utopia.

O domínio tecnológico da sociedade que promove o individualismo provoca a perda de subjetividade humana, massificando a vida coletiva, rompe as ligações sociais e lança o homem na busca da felicidade utilitarista deixando-o desumanizado.

O Homem atual, torna-se indiferente e apático, vivendo sob a ameaça da destruição ecológica, na angústia e na incerteza, depois da euforia sentida pela conquista e transformação do mundo. A vida parece ter passado de um mistério para um problema. Vivemos como se fossemos vítimas da nossa própria vida. A vida é dada para que façamos com ela uma “obra de arte”. Existe, pois uma necessidade presente de inventar e reinventar a forma como estamos a viver. É neste sentido que teremos de pensar como estamos a criar os nossos filhos? que valores lhes transmitimos? Estamos a ensinar o cuidar? Como estamos a cuidar daqueles que necessariamente mais nos amaram e permitiram o nosso surgir? Estaremos a perder os laços que nos ligam aos outros?

É neste sentido que nos preocupamos com o cuidar dos mais velhos, que estes apresentem condições para envelhecer bem, mais tarde seremos nós, e então, quem de nós, irá cuidar? Em nosso entender através dos resultados que obtivemos é urgente intervir ao nível da promoção da saúde numa população que está envelhecida e necessita de cuidados.

Pelo que nos foi dado conhecer é importante um comprometimento individual, familiar, profissional, político, social até mesmo governamental para a existência de uma melhoria da qualidade de vida dos indivíduos mais velhos, buscando estratégias que possam favorecer um viver mais saudável, seja ele junto das famílias ou nos lares, investigando ou sendo um mero interventor no cotidiano. Consideramos que os grupos são um caminho a ser explorado. É importante estar comprometido com a qualidade de vida dos idosos, buscando estratégias que favoreçam um viver mais saudável.

Assim dever-se-á pensar em intervenções em comunidade ou em lares com equipas multidisciplinares e multiprofissionais que contemplem ações de prevenção, promoção e reabilitação da saúde logo uma consequente melhoria da qualidade de vida. Para nós o grupo revela-se um recurso precioso, para intervenção com pessoas mais velhas, residindo em lar ou na sociedade, permitindo por isso uma maior interação, troca de experiências, promoção de relações interpessoais, permitindo assim um maior número de conhecimentos, novas descobertas em relação ao envelhecer, desmistificação de estereótipos, interajuda, aumento da auto-estima. Os temas abordados poderão ser variados, o grupo permite igualmente economia de recursos. Torna-se urgente fazer investigação nesta área para a existência de um modelo mais eficaz, formação de técnicos a este nível. Segundo Souza, Colomé, Costa e Oliveira (2005), é notória a importância do trabalho dos grupos para a promoção e educação em saúde e das limitações das abordagens individuais. Os autores acreditam que os grupos permitem troca de experiências entre participantes, que entendem as suas limitações e possibilidades num coletivo. A partir de experiências similares é possível desenvolver planos de ação e modificar aspetos da realidade.

Para Santos, Ros, Crepalde e Ramos (2006), os grupos de promoção de saúde levantam grandes desafios pois pressupõe juntar conhecimentos dispersos de diferentes áreas do conhecimento, até mesmo saberes populares. Trata-se de um modelo de assistência à saúde, exige disponibilidade para o convívio, desenvolvimento de interações entre os profissionais que compõem o grupo, e destes com os restantes participantes. Em torno deste constrói-se um vínculo, através do qual poderão ser utilizados importantes recursos técnicos que auxiliem a construção e aperfeiçoamento de serviços ligados ao conceito positivo de saúde. Assim se pensarmos que os médicos são as pessoas que mais perto estão dos mais velhos, será possível sensibilizar estes agentes de saúde, para reencaminhar estas pessoas, para técnicos especializados neste tipo de intervenções, em nosso entender seriam os psicólogos, atentos a todas estas problemáticas.

De um modo geral, no nosso estudo sobressai que, com o avanço da idade, aparecem limitações várias, que poderão ser tanto físicas como intelectuais e sociais, podendo ser explicadas através do envelhecimento, causadoras de limitações, o que os entristece contribuindo para estar dependente de alguém. Se pensarmos em alterações que estão associadas a cronicidade, diminuição da capacidade funcional acarretando consigo alterações do estilo de vida.

À semelhança de outros estudos a Incapacidade Física (Imobilidade) causada por problemas de saúde, leva a que os idosos fiquem retidos em casa, com impossibilidade de resolução de atividade de vida diária, problemas quotidianos, nesta panorâmica os idosos sentem a necessidade em recorrer a lares, (instituições capazes de prestar cuidados). Para nós Incapacidade Física, implica imobilidade que conduz ao isolamento e perda de redes sociais, logo menos Qualidade de Vida e mais Solidão. Em nosso entender a prioridade está na promoção de saúde, no evitar de situações difíceis de resolver para o próprio, para o cônjuge e familiares próximos quando existem e logo diminuição de gastos para o estado. Quanto mais cedo agirmos melhor, as estratégias de prevenção e promoção de saúde deverão ser aplicadas precocemente, pois estaremos a mudar mentalidades, logo mudar o pensar de faixas etárias cada vez mais baixas. Existindo então a necessidade de um esforço conjunto no sentido de envolver jovens, progenitores, toda a comunidade, logo estamos a pensar na transgeracionalidade. De acordo com a literatura consultada, consideramos que é urgente a adoção de programas voltados para promoção de saúde, envelhecimento saudável, representando uma melhoria na qualidade de vida dos idosos.

Promover o envelhecimento saudável é portanto, algo complexo que implica uma boa qualidade de vida e um amplo acesso a serviços que possibilitem lidar com questões do envelhecimento da melhor forma possível. A educação em Saúde poderá ser um instrumento de ampliação e construção coletiva de conhecimentos e práticas em saúde, é neste contexto, uma ação fundamental. É essencial ampliar a consciência sobre o envelhecer e os recursos para a manutenção da saúde no processo de envelhecimento, sendo necessário o desenvolvimento de habilidades pessoais e o reforço da ação comunitária em campos centrais da promoção da saúde integrando estratégias individuais e coletivas no sentido de se conseguir um melhor envelhecer.

No nosso estudo, registaram-se diferenças entre as instituições de acolhimento e a perceção de QV em todos os Domínios com exceção da faceta Geral. Em nosso entender tal facto possivelmente é registável por o Lar-Aldeia apresentar características diferenciadoras

das demais instituições, pela manutenção dos laços de afeto entre pessoas, a sociabilidade de uma aldeia tradicional, o jardim, a envolvimento das casas, os serviços de que podem usufruir, a predisposição das pessoas para participar na vida da Aldeia assemelhando-se em tudo às nossas aldeias tradicionais, até no sentido de pertença a um lugar. O que nos poderá levar a pensar à semelhança de (Cheng, *et al.*, 2011), nas relações existentes entre envelhecimento, saúde e meio ambiente em contexto de idosos residentes em instalações de cuidados residenciais, o conceito de “paisagem terapêutica” prende-se com a importância do lugar, ou seja, lugares capazes de provocar cura física, mental e espiritual. Estes autores referenciam a extrema importância ao “poder do lugar” que interage com a combinação de fatores físicos, sociais, individuais no sentido de moldar crenças em saúde e bem-estar. Conceito que apresenta enorme potencial no sentido de contribuir para futuros estudos. No nosso País poderia ser estudo, uma vez que detemos condições únicas no Mundo. O País detém características fabulosas, o Algarve é uma região privilegiada, clima, alimentação Mediterrânica, sol durante todo o ano, região em nosso entender para considerar novas respostas sociais, até poder-se-ia pensar em conceitos inovadores à semelhança do que se faz em países culturalmente diferentes do nosso. Existindo intercâmbio de saberes, entre a Saúde a Geografia e as Engenharias ao serviço dos mais velhos. Criando ambientes, onde os idosos institucionalizados vivessem com ganhos profundos para a saúde, neste sentido o bem-estar dos idosos é formado por percepções individuais do seu “senso de lugar”, logo algo em nosso entender que deveria ser ponderado.

Para nós, dever-se-á pensar, no tipo de respostas existentes em sociedade, no que diz respeito à institucionalização, idealizando-se novas respostas sociais, conceptualizações que constituam uma resposta para as diferentes necessidades individuais dos indivíduos e seus contextos. A instituição apresenta aspetos negativos e positivos, que influenciam todo o processo.

Assim, consideramos que, quanto mais ativo, e participativo o idoso se encontrar, independentemente do tipo de Lar ou nova resposta social, que possa a vir ser criada à semelhança do que existe em outros países, mais QV e menor Solidão poderão os idosos apresentar, maior satisfação, com a vida e satisfação com as atividades que possam desenvolver.

Ainda de acordo com resultados que obtivemos, tudo nos leva a pensar que se conseguirmos alterar a percentagem de indivíduos não ativos (sedentários), iremos mobilizar uma alteração no estilo de vida para mais saudável. Os estudos também referenciam que a

participação em algum tipo de atividade, por exemplo a inserção em grupos poderá proporcionar suporte social capaz de provocar mudança nos idosos.

A quantidade de amigos e a frequência com que se contacta com os amigos é reveladora de uma melhor QV, sendo no entanto preocupante a percentagem de sujeitos que dizem não ter amigos e a frequência de contacto.

Foi ainda possível verificar diferenças estatisticamente significativas, com nível de significância de 99%, com correlações negativas, ilustrando-nos a existência de uma relação inversa entre variáveis, o que permite afirmar que quanto maior fôr a QV em todos os Domínios e na Faceta geral, menor é a percepção de Solidão (ou o inverso).

Tendo em conta toda esta conjuntura, para nós será necessário a (re)criação de políticas públicas cujo propósito resida na promoção do envelhecimento, manutenção e maximização funcional dos idosos, prevenção de doenças, recuperação da saúde, reabilitação daqueles que venham a ter capacidade funcional limitada, de modo a lhes permitir permanência no meio em que vivem, exercendo deste modo de forma independente as funções em sociedade. Assim, os cuidados para a pessoa idosa devem ter como intuito a manutenção do estado de saúde, expectativa de uma vida ativa, junto dos familiares e da comunidade à qual “sentem” sentido de pertença, com independência e autonomia máxima possível. Existindo a necessidade de compreender como ajudar as pessoas, uma vez que para existir bem-estar no envelhecimento, tem que se pensar, que viver mais tempo, traz consigo problemas. Logo as intervenções terão de ser no geral, temos que ajudá-las a lidar com perdas, e a viver com as mesmas, vidas em que existe conhecimento possível de ser transmissível a gerações futuras, podendo existir ganhos pessoais e sociais.

O bem-estar proporcionado pela elaboração e/ou concretização de projetos é traduzido, por um aumento da autoestima e, conseqüentemente, na melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas. Projetos no futuro poderão também ser constituídos como uma condição importante, aumentar a qualidade de vida na terceira idade, porque poderão contribuir para o sentido da existência dos indivíduos, mantendo as suas faculdades mentais ativas, e aptos a delinear e concretizar os seus sonhos.

Para nós é urgente a adoção de programas voltados para a promoção de saúde, para um envelhecimento saudável que podem constituir uma melhoria da QV dos idosos e logo menor Solidão.

Torna-se mais fácil envelhecer, quando somos entendidos, temos interesses por pessoas, projetos, espírito aberto, acesso a informação, e principalmente quando temos saúde. É neste sentido que esforços em diferentes áreas do saber são necessários no sentido de proporcionar um melhor envelhecer. Em nosso entender qualquer programa de promoção, educação em saúde no envelhecimento poderá ser oferecido em grupo, possibilitando um aumento de trocas de informação, experiências, esclarecimentos, dúvidas, trabalha emoções, restabelece autoestima, permite a socialização, evita o isolamento, informa, orienta, promovendo saúde física e mental.

O cumprimento cronológico dos prazos de términos de Dissertação, concomitantemente com o início de um novo ano escolar, foi algo constrangedor.

As circunstâncias, de aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foram morosos, pois exigiu de nós total disponibilidade para aplicação, devido à pouca escolaridade apresentada pelos respondentes.

O elevado número de variáveis em estudo foi algo complicado que tivemos que ultrapassar.

Assim, e dando por terminado este estudo, resta abordar como se uma perspectiva de continuidade se tratasse, aprofundar as variáveis relacionadas com a Solidão; aplicação do estudo em toda a zona do Algarve; comparar idosos a residir em Instituição e em comunidade, em zona rural e mais urbana, bem como a satisfação dos idosos com a sua QV e Solidão.

Espera-se com este trabalho, ter contribuído para um melhor conhecimento e esclarecimento das variáveis envolvidas na QV e na Solidão dos idosos Institucionalizados.

Fruto de uma alteração dos modelos familiares, afastamos os mais velhos de perto de nós, hospitalizamos a morte, tornando-a longínqua, esquecemo-nos de nós, ao olharmos a morte olhamos para nós próprios. O Homem tem de compreender que o mistério não é a morte, mas sim a atitude perante a vida, como se age e se convive.

Referências Bibliográficas

- Agree, M. E. & Freedman, A. V. (2001). Implicações do envelhecimento da população para a saúde geriátrica. In: *Assistência ao idoso: aspectos clínicos do envelhecimento* (pp. 494-501). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Alencar N. A., Aragão J. C. B., Fereira M. A. & Dantas E. H. M. (2010). Avaliação da qualidade de Vida em idosos residentes em ambientes urbano e rural. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 13(1), 103-109.
- Almeida A. J. P. S. & Rodrigues V. M. C. P. (2008). A Qualidade de Vida da Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares. *Ver. Latino-am Enfermagem* 16(6). Acedido em. www.eerp.usp.br/rlae.
- Araújo C. L. O., Onofre A. A., Silva E. T. & Pena M. V. D. (2010). Qualidade de Vida. *Caderno Temático Kairós Gerontologia*, 8, 35-44.
- Augusto S., Oliveira R. A. & Pochinho (2008). Solidão e Envelhecimento nos Doentes Reumáticos. *Interações* 15, 69-94.
- Calixto, E. (2008). Os factores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados. Dissertação de Licenciatura, na área da Psicologia Educacional e da Reabilitação. Faro: Universidade do Algarve.
- Cancela, D.M.G. (2007). *O processo de envelhecimento*. Porto: O portal dos psicólogos. Acedido em 18 de Janeiro de 2014 em <http://www.psicologia.com.pt>.
- Carvalho, M. P. R. S. & Dias, M. O., (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados *Millenium*, 40, 161-184.
- Cheng, Y., Rosenberg M. W.; Wang W., Yang L. & Li H. (2011). Aging, health and place in residential care facilities in Beijing, China. *Social Science & Medicine*, 72, 365-372
- Cordão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler Editora.
- Costa, E. (1998). Gerontodrama: a velhice em cena: estudos clínicos e psicodramáticos sobre o envelhecimento e a terceira idade. São Paulo, Agora.
- Cupertino, A. P. F. B., Rosa F. H. M. & Ribeiro (2007). Definição de Envelhecimento Saudável na Perspectiva de Indivíduos Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(1), 81-86. Acedido em 29 de Dezembro, 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/v20n1/a11v20n1.pdf>.
- Dalsenter C. A. & Matos F. M. (2009). Perceção da Qualidade de Vida em idosos institucionalizados da Cidade de Blumenau. *Dynamis revista tecno-científica*, 15 (2), 32-37.

- Daniel F. (2009). Profissionalização e Qualificação da Resposta Social “Lar de Idosos em Portugal”. *Interacções* 17, 65-74.
- Davidhizar R., Eshleman J. & Moody M. (2002). Healty Promotion for Aging Adults. *Geriatric Nursing*, volume 23,(1), 28-34.
- Diener, E. & Suh, M. E. (1998). Subjective well-being and age: An international analysis. *Annual Review of Gerontology and Geriatrics*, 17, 304-324.
- Fernandes, A. A. (2001). Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social. *Sociologia, Problemas e Práticas*, n.º36, 39-52.
- Fernandes, M. J. S. R. S., (1996). *Conceito de qualidade de vida para o idoso*. Universidade Católica Portuguesa (Dissertação de Mestrado). Lisboa.
- Ferreira, A. L. Cordeiro B. M. (2009). *A Qualidade de Vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: A perspectiva do próprio e do seu cuidador*.(Dissertação de Mestrado). Lisboa. Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia.
- Ferreira-Alves J., Magalhães P., Viola, L.; Simões R. (2014). Loneliness in Middle and Old Age: Demographics, Perceived Healty, and Social Satisfaction as Predictors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*.
- Figueiredo, L. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. 1ª ed. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. 2ª ed. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M.F. (2003). *O processo de investigação da concepção à realização*. Loures: Lusociência
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Freitas M. A. V. & Scheicher (2010). Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, 13(3), 395-401.
- Gaspar P. (2012). Avaliação da Solidão em Pessoas. *Percursos & Ideias*. Revista Científica do ISCET, 3 e 4, 79-95.
- Gonçalves L. H. T., Costa m. A. M. , Martins M. M., Nassar S. M. & Zunino R. (2011). A dinâmica da família de idosos mais idosos no contexto de Porto, Portugal. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 19(3),1-9. Acedido em Maio de 2014 <http://www.eerp.usp.br/rlae>.
- Granja, L. M. (2006). *A Qualidade de Vida dos Utentes que usufruem do Serviço de Apoio Domiciliário da SCMCP*. (Monografia). Porto. Universidade Fernando Pessoa.
- Hill, M. M. & Hill, A. (2005). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Instituto Nacional de Estatística (2009). Projecções de população residente em Portugal. Informação à Comunicação Social. Acedido a 20 de Maio de 2014 em <http://www.ine.pt>.

- Koc, Z. (2012). Determination of older people`s level of loneliness. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 3037-3046.
- Lidz, T. (1983). *A pessoa – seu desenvolvimento durante o ciclo vital*. (Artigo: Portal do Avô). São Paulo: Editora Artes Médicas.
- Lima, L. D., Lima D. V. A. M. & Ribeiro G. C. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *RBCEH*, 7, (3) 346-356.
- Lima, P. M. (2010). *Envelhecimentos(s)*. Coimbra: Imprensa de Universidade da Coimbra.
- Lopes R. F., Lopes, M. T. F. & Camara V. D. (2009). Entendendo a Solidão do idoso. *RBCEH*, 6 (3), 373-381.
- Machado Pais, J. (2006). *Nos rastros da solidão*. Deambulações sociológicas. Porto: Ambar.
- Machado Pais, J. (2012). A esperança em gerações de futuro sombrio. *Estudos Avançados*, 26 (75), 267-280.
- Martins, L. M. R. (2003). Envelhecimento e saúde: um problema social emergente. *Millenium*. Acedido a 1 Maio de 2014, respositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/614/1/Envelhecimento%20e%20c3%bade.pdf.
- Melo L. Neto F. (2003). Aspectos Psicossociais dos idosos em Meio Rural: Solidão, Satisfação com a vida e Locus de Controlo. *Psicologia Educação e Cultura*, VII (1), 107-121.
- Mestre, O. (1999). O envelhecimento e a mobilização. Prevenção das diabetes. *Geriatrics*, 12, (116), 18-27.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. (Lisboa: Direcção Geral de Saúde).
- Monteiro, H. & Neto F. (2006). A Solidão em Pessoas Idosas: Universidade da Terceira Idade. *Psicologia Educação e Cultura*, X(1), 183-208.
- Morais, J. & Souza, V. (2005). Fatores associados ao envelhecimento bem-sucedido de idosos socialmente ativos da região metropolitana do Porto Alegre. *Rev. Bras. Psiquiatr*, 27(4), 302-308.
- Moreira V. & Callou V. (2006). Fenomenologia da solidão na depressão. *Mental*, 7, 67-83.
- Mwanyangala, M. et al. (2010). Healty status and quality of life among older adults in rural Tanzania. *Global Healty Action*, 2.
- Neto F. (2000). *Psicologia Social*. Vol. II. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto F. & Barros (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos interdisciplinares envelhecimento*, 3, 71-88.
- Netto, (1997). *A Gerontologia Básica*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Nóbrega, T. et al., (2009). Quality of Life and Multimorbidity of elderly outpatients. *Clinics*, 64 (1), 45-50.
- Nunes, L. & Menezes O. (2014). *O bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos idosos*. Lisboa. Editorial Caminho.
- Oliveira E. R. A., Gomes M. J. & Paiva K. M. (2011). Institucionalização e Qualidade de Vida de Idosos da Região Metropolitana de Vitoria ES. *Esc, Anna Nery(impr)* 15(3), 518-523.

- Oliveira, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic-Psicologia.
- Ozcan, A. *et al.*, (2005). The relationship between risk factors for falling and the quality of life in older adults. *BMC Public Health*, 5, 90.
- Paúl, M. C. (1991). *Percursos pela velhice: Uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. (Tese de Doutoramento). Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Porto.
- Paúl, M. C. & Fonseca, A. M., (1999). A saúde e a qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação Cultura*, III, 2, 345-362.
- Paúl M. C. & Fonseca, A. M., (2001). *Psicossociologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Paúl, M. C. & Fonseca, A. M., (2005). Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados. In C. Paúl, A. M. Fonseca, I. Martin & J. Amado (Eds.), *Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses* (pp. 75-95). Lisboa Climepsi.
- Paúl M. C. & Fonseca, A. M., (2008). Saúde e qualidade de vida ao envelhecer: perdas, ganhos e um paradoxo. *Geriatrics e Gerontologia*, 2(1), 32-37.
- Pedrozo S. K. & Portella (2003). Solidão na velhice: Algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos. *Boletim de saúde.*, 17(2), 171-183.
- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto.
- Pinho, M., M. N. (2005). *Análise dos índices de psicopatologia e quantidade de vida dos doentes do Lar "X", comparativamente com os índices de psicopatologia dos idosos a residirem em sua casa*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa: Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Quivy, R. Campenhoudt, L. (1992). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Gradiva.
- Rebelo J. E. (2009). *Amor, Luto e Solidão*. Alfragide. Sociedade Editorial; Lda.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), 543-557.
- Ribeiro, H. C. P. (2011). *Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado*. (Dissertação de Mestrado). Faro. Universidade do Algarve, Escola Superior de Educação/ Escola Superior de Saúde.
- Saldanha, H. (2009). *Bem viver para bem envelhecer – um desafio à gerontologia e à geriatria*. Lisboa: Lidel.
- Santos (1999). Os conceitos de saúde e doença na representação social da velhice. Acedido em 5 de Janeiro de 2014, em <http://www.pucrs.br/textos/ediao0!/geronyologia2.htm>.
- Santos, L. M., Ros Da M. A., Crepaldi m. A. & Ramos, L.R. (2006). Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde. *Rev. Saúde Pública*, 40(2), 346-52.
- Silva, Marina da Cruz (2005). O processo de envelhecimento no Brasil: desafios e perspectivas. In: *Textos sobre Envelhecimento*. Rio de Janeiro, v.8, n.1. Disponível em

http://www.unati.uerj.br/tse/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282005000100004&lng=pt&nrm=iso. Acedido em 6 de abril de 2014

- Souza A. C., Colomé I. C. S., Costa, L. E. D., Oliveira, D. L. L. C. (2005). A educação em saúde com grupos na comunidade: uma *estratégia facilitadora da promoção da saúde*. *Rev. Gaúch. Enferm.*, 26(2), 147-53. Acedido em 29 de Dezembro, 2013 em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/23558/000560718.pdf?sequence01>.
- Sundstrom, Fransson, Malmberg & Davey (2009). Loneliness among older Europeans. *Eur J. Ageng*, 6, 267-275.
- Teixeira, L. M. R. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: Um Estudo Avaliativo Exploratório e Implementação-Piloto de um Programa de Intervenção*. (Dissertação de Mestrado). Lisboa. Universidade de Lisboa Faculdade de Psicologia.
- Teixeira, P. (2006). Envelhecendo passo a passo. Acedido em 25 de Janeiro, 2014, em <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0283.pdf>.
- Tier C. G., Fontana R. T. & Soares N. V. (2004). Reflectindo sobre idosos institucionalizados. *Revista Brasileira Enfermagem*, 57(3), 332-335.
- Torres, M. *et al.* (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de vivencias básicas. *Ver, Méd Chile.*, 136: 325-333.
- Vitorino L., M., Paskulin L. M. & Vianna L. A. (2012). Qualidade de Vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 20(6),1-9. Acedido em Maio de 2014 <http://www.eerp.usp.br/rlae>.
- Vitorino L., M., Paskulin L. M. & Vianna L. A. (2013). Qualidade de Vida de idosos da comunidade e de instituições de longa permanência: estudo comparativo. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 21(spec),1-9. Acedido em Maio de 2014 <http://www.eerp.usp.br/rlae>.
- Vivian, A. & Argimon, I. (2009). Coping strategies, functional difficulties, and associated factors in institutionalized elderly. *Cad. Saúde Pública*, 25 (2), 436-44.
- Wilson, D. M., Harris A., Hollis V. Mohankumar D. (2010). Upstream thinking and health promotion planning for older adults at risk of social isolation. *International Journal of Older People Nursing*. 282-288.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice. Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed

ANEXOS

ANEXO I

Questionário Sociodemográfico

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Idade

_____anos

2. Sexo

Feminino Masculino

3. Escolaridade

- Não sabe ler nem escrever
- Sabe ler e escrever
- De 1 a 4 anos de escolaridade
- De 5 a 6 anos de escolaridade
- De 7 a 9 anos de escolaridade
- De 10 a 12 anos de escolaridade
- Estudos Universitários

4. Profissão Exercida _____

5. Instituição de origem (local onde se encontra a residir):

Santa Casa da Misericórdia de Portimão (Concelho Portimão) _____

Lar – Esperança Portimão (Concelho de Portimão) _____

Lar Aldeia de São José de Alcalar (Concelho de Portimão) _____

Lar “O Nosso Ninho” Lagoa (Concelho de Lagoa) _____

Santa Casa da Misericórdia de Lagos (Concelho de Lagos) _____

6. Estado civil

- Solteiro(a)
- Casado(a)/União de Facto
- Divorciado(a)
- Separado(a)
- Viúvo(a)

7. Instituição de acolhimento (local onde se encontra a residir):

Santa Casa da Misericórdia de Portimão (Concelho Portimão) _____

Lar – Esperança Portimão (Concelho de Portimão) _____

Lar Aldeia de São José de Alcalar (Concelho de Portimão) _____

Lar “O Nosso Ninho” Lagoa (Concelho de Lagoa) _____

Santa Casa da Misericórdia de Lagos (Concelho de Lagos) _____

8. É crente em alguma religião

Não Sim

9. Motivo da Institucionalização

- Doença
- Isolamento
- Incapacidade Física
- Viuvez

Solidão

Outra situação. Especifique _____

10. Regime de Institucionalização.

Lar

Lar/Aldeia

11. O tempo em que reside na Instituição.

12. Ausenta-se da Instituição?

Todos os dias Aos fins de semana Semanalmente Mensalmente

Raramente Dias especiais Nunca

13. Está :

A favor

Contra a institucionalização

14. Participa em actividades da institucionalização

Não

Sim

15. Tipo de actividades em participa:

Prática Desportiva Sensibilização Musical Jogos de Mesa

Prática Religiosa Nenhuma

16. Considera que tem muitos amigos?

Muitos amigos

Mais ou menos

Poucos amigos

nenhuns

17. Considera que está em contacto com os seus amigos com:

Muita frequência Mais ou menos Pouca Nenhuma

18. Quem gostaria que o viesse visitar

Família Amigos Amigos e Família Outros _____

ANEXO II

WHOQOL-Bref

Escala World Health Organization Quality of Life- Bref
desenvolvido por OMS, WHOQOL group
WHOQOL-Bref, (Canavarro *et al.*, 2010)

WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

DADOS PESSOAISA1 Idade anos

A2 Data de Nascimento ____ / ____ / ____

A3 Sexo Masculino
 Feminino

A4 Escolaridade

A5 Profissão A6.1 Freguesia A6.2 Concelho A6.3 Distrito

A7 Estado Civil

B1a Está actualmente doente? Sim Não B1b Que doença é que tem? B2 Há quanto tempo? B3 Regime de tratamento? Internamento Consulta Externa Sem tratamento **C. Forma de administração do questionário**

1. Auto-administrado
2. Assistido pelo entrevistador
3. Administrado pelo entrevistador

D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?

OBRIGADO PELA SUA AJUDA!

Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO III

Escala de Solidão UCLA (University of California at los Angeles)

Revised UCLA Loneliness Scale de Russel

Escala (revista) da Solidão UCLA

Escala da Solidão da UCLA

(Neto, F. 2000)

Escala de Solidão de UCLA

(Neto, F. 2000)

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

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

(*É de salientar que as questões 1, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 17 e 18 são cotadas de forma inversa)

ANEXO IV

Pedido de Autorização para Aplicação do Instrumento WHOQOL –Bref
E UCLA

Pedido de Autorização do Questionário WHOQOL-Bref
On 22/10/13 16:01,
Exma. Senhora

Professora Doutora
Maria Cristina Canavarro

Eu, Ana Luísa Vicente Marrachinho, Licenciada em Psicologia Clínica encontro-me a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gerontologia Social, a decorrer na Universidade do Algarve, neste âmbito e com o intuito de desenvolver um trabalho de investigação que se intitula "Qualidade de Vida e Solidão no Idoso Institucionalizado", venho assim solicitar a vossa excelência o instrumento WHOQOL-BREF e respectivo protocolo de aplicação. Assim, aguardo autorização para dar início ao estudo, salientando desde logo, o respeito que será tido pelos direitos de autor, pelo protocolo de utilização de escala e assumindo o compromisso de transmitir os resultados obtidos.

Mais informo, que o presente estudo decorre sob orientação da Professora Doutora Carolina de Sousa, Professora Coordenadora da Universidade do Algarve - Campus da Penha, Faro, revelando-se a mesma disponível para eventuais esclarecimentos através do seguinte contacto electrónico_____.

Sem outro assunto, agradeço uma resposta o mais breve possível de forma a poder cumprir os prazos académicos previstos.

Grata pela atenção dispensada, apresento os melhores cumprimentos.

Ana Vicente Marrachinho

Pedido de Autorização

Dr. Félix Neto

Exmo. Senhor

Professor Doutor

Félix Fernando Monteiro Neto

Eu, Ana Luisa Vicente Marrachinho, Licenciada em Psicologia Clínica encontro-me a frequentar o 2.º ano do Mestrado em Gerontologia Social, a decorrer na Universidade do Algarve, neste âmbito e com o intuito de desenvolver um trabalho de investigação que se intitula "Qualidade de Vida e Solidão no Idoso Institucionalizado", venho assim solicitar a vossa excelência o instrumento UCLA e respectivo protocolo de aplicação. Assim, aguardo autorização para dar início ao estudo, salientando desde logo, o respeito que será tido pelos direitos de autor, pelo protocolo de utilização da escala e assumindo o compromisso de transmitir os resultados obtidos.

Mais informo, que o presente estudo decorre sob orientação da Professora Doutora Carolina de Sousa, Professora Coordenadora da Universidade do Algarve - Campus da Penha, Faro, revelando-se a mesma disponível para eventuais esclarecimentos através do seguinte contacto electrónico: _____

Sem outro assunto, agradeço uma resposta o mais breve possível de forma a poder cumprir os prazos académicos previstos.

Grata pela atenção dispensada, apresento os melhores cumprimentos.

Ana Vicente Marrachinho

ANEXO V

Resposta à Solicitação de Autorização de Aplicação dos Instrumentos

Cabeçalhos

Data: Ter, 22 Out 2013 (16:13:02 WEST)

De: Cristina Canavarro <

Para: AnaLuisaVicente1@sapo.pt

Assunto: Re: Pedido de autorização para aplicação do instrumento WHOQOL-Bref

Cara Dra. Ana Luísa Vicente,

Na sequência do seu pedido, convido-a a visitar a nossa página web <http://www.fpce.uc.pt/saude/qv.htm> e a preencher o formulário que nela pode encontrar relativo à utilização do instrumento de avaliação que pretende, para que lho possa enviar, bem como as respetivas informações. Aguardando o seu contacto, envio os melhores cumprimentos

MCristina Canavarro

ŠŠŠŠŠ.

Maria Cristina Canavarro

Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
Centro Hospitalar Universitário de Coimbra-EPE, Unidade de Intervenção
Psicológica (UnIP) da Maternidade Daniel de Matos
mccanavarro@fpce.uc.pt
<http://www.gaius.fpce.uc.pt/saude/index.htm>
<<http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>>

Cabeçalhos

Data: Ter, 22 Out 2013 (17:46:10 WEST)

De: Felix Neto

Para: AnaLuisaVicente1@sapo.pt <AnaLuisaVicente1@sapo.pt>

Assunto: RE: Pedido de autorização para aplicação do instrumento

Boa tarde

Nada tenho a opor quanto á utilização da referida escala na sua investigação.

Pode encontrar a escala e informações sobre el: Neto, F. (2000). *Psicologia Social*, vol. II. Lisboa Universidade Aberta.

Com o melhores cumprimentos

Félix Neto

-----Mensagem original-----

De: AnaLuisaVicente1@sapo.pt [mailto:AnaLuisaVicente1@sapo.pt]

Enviada: terça-feira, 22 de Outubro de 2013 16:46

Para: Felix Neto

Assunto: Re: Pedido de autorização para aplicação do instrumento

ANEXO VI

Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO

Consentimento Informado

Tomei conhecimento que os questionários que se apresentam a seguir fazem parte de um trabalho escrito para final de frequência do Mestrado em Gerontologia Social, onde se pretende conhecer a qualidade de vida da pessoa idosa a viver em meio institucional.

De igual modo, tomei conhecimento que todas as respostas que der serão tratadas de forma confidencial, não pondo em causa a minha identidade.

Assim, o meu nome não deve aparecer em nenhuma das páginas deste questionário

Como responder ao questionário?

Irão ser-lhe pedidos alguns dados pessoais e respostas a dois pequenos questionários a forma como encara a sua qualidade de vida bem como se posiciona em relação à solidão nas últimas duas semanas.

Em relação ao questionário de qualidade de vida, para cada uma das perguntas existem cinco respostas possíveis. Deverá colocar um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sente.

No que diz respeito ao questionário sobre solidão, deverá indicar a forma como se sente para cada uma das afirmações. Existem quatro respostas possíveis: nunca, raramente, algumas vezes, muitas vezes. Deverá colocar um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sente.

É importante entender que não existem respostas certas ou erradas, apenas a resposta que melhor revela a sua opinião sincera.

Agradecemos a sua colaboração.

ANEXO VII

Modelo de Carta para Pedido de Autorização e Apresentação do Estudo às Instituições
e Aplicação dos Instrumentos

Exmo. Diretor/a

Lar da _____

Portimão, 04 de Novembro de 2013

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de estudo sobre “*Qualidade de Vida e Solidão no Idoso Institucionalizado*”

Eu, Ana Luísa Vicente Marrachinho, portadora do bilhete de identidade n.º 10004701, Psicóloga Clínica, actualmente a frequentar o segundo ano do Mestrado em Gerontologia Social na Universidade do Algarve e a realizar tese intitulada “*Qualidade de Vida e Solidão no Idoso Institucionalizado*”, sob orientação da Professora Doutora Carolina de Sousa (Professora Coordenadora da Universidade do Algarve) vem solicitar a V. Exa autorização para proceder à fase de recolha de dados junto dos idosos institucionalizados na Instituição que V. Exa dirige, nos próximos meses de 2013.

O objectivo do estudo passa por compreender, conhecer a qualidade de vida e a solidão do idoso institucionalizado os instrumentos a aplicar serão: a escala de avaliação de qualidade de vida WHOQOL-BREF; escala de solidão (revista) UCLA bem como um questionário sociodemográfico.

Comprometo-me a respeitar todos os requisitos éticos que um trabalho desta natureza obriga. Para tal, e para além da vossa autorização providenciarei o consentimento informado de todos os utentes incluídos no estudo. Junto em anexo os questionários e consentimento a aplicar aos inquiridos, bem como o meu currículo vitae.

Fico disponível para qualquer esclarecimento adicional e a aguardar a sua melhor resposta.

Grata desde já pela atenção dispensada.

Atenciosamente,

Ana Vicente Marrachinho

ANEXO VIII

Resposta ao Pedido de Autorização de Aplicação dos Instrumentos em Instituição

Cabeçalhos

Data: Qui, 21 Nov 2013 (09:34:50 WEST)

De: João Correia < >

Para: analuisavicente1@sapo.pt

Cc: csousa@ualg.ptt

Assunto: Tese de mestrado

Exma Senhora

Ana Luísa Vicente Marrachinho,

Vimos por este meio informar da nossa disponibilidade para colaborar na sua tese de mestrado.

Para o efeito, agradecemos que articule com a Diretora Técnica, Dr.ª Mónica Afonso (Mail _____) para agendar os termos e plano de recolha de dados.

Enquanto entidade colaboradora queremos também solicitar que nos seja dado conhecimento do documento final da tese de mestrado.

Os melhores cumprimentos,

João Correia

Secretário da Mesa Administrativa

Santa Casa da Misericórdia de Portimão

Tel. 912584298

geral@scmportimao.pt

www.scmportimao.pt



Santa Casa da Misericórdia de Lagos
Pessoa Coletiva n.º 501 028 539

SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DE LAGOS

Instituição Privada de Solidariedade Social
Pessoa Coletiva de Utilidade Pública
Medalha de Mérito Municipal (Grau Ouro)

Exma. Senhora
Dr^a Ana Luisa Vicente Marrachinho
R, Manuel José de Alvor, 23
8500 - 707 Portimão

Data: 07-03-14

N/ Ref.^a 297

V/ Ref.^a

Assunto: **Autorização para realização de estudo sobre “Qualidade de Vida e Solidão no Idoso Institucionalizado”**

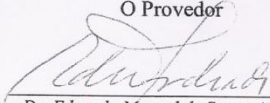
Exma Sr^a

Venho por este meio comunicar que foi autorizada a aplicação dos questionários nas condições apresentadas aos utentes que para tal se disponibilizarem.

A Santa Casa da Misericórdia tem 2 lares em Lagos e outros em Espiche, Bensafrim, Odiáxere e Barão de S. João. Os contactos devem ser feitos com as respectivas direções técnicas.

Com os melhores cumprimentos

O Provedor


Dr. Eduardo Manuel de Sousa Andrade