



DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

**O IMPACTO DA SOLIDÃO E DA DEPRESSÃO NA SATISFAÇÃO
COM A VIDA NA POPULAÇÃO SÉNIOR: COMPARAÇÃO ENTRE
PESSOAS INSTITUCIONALIZADAS E NÃO INSTITUCIONALIZADAS**

Dissertação para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e de Aconselhamento

Autor: Maria Clara Abílio Barôa

Orientador: Professor Doutor António Mendes Pedro

Número do candidato: 20091620

Fevereiro 2018

Lisboa

AGRADECIMENTOS

A concretização deste projeto só foi possível graças a um conjunto de pessoas que me ajudaram a ultrapassar os momentos mais complicados e que estiveram comigo nesta longa caminhada, pelo que a todas agradeço o apoio e incentivo.

Em primeiro lugar quero agradecer ao Professor Doutor António Mendes Pedro, orientador desta dissertação, pela partilha do seu vasto saber, sugestões e disponibilidade constantes que foram fundamentais para a execução deste trabalho.

Aos docentes do mestrado, em especial ao Professor Doutor João Hipólito, Professor Doutor José Paz, Professora Doutora Mónica Pires, Professora Doutora Odete Nunes e Professora Doutora Rute Brites, que através da partilha das suas experiências contribuíram para a minha formação académica, a minha gratidão.

À Dr^a Luísa Ferreirinho do Departamento de Psicologia por toda a sua disponibilidade e também pelo seu bom profissionalismo e por ser sempre impecável e compreensiva nas minhas dificuldades.

Todas as instituições e à população sénior que aceitou participar no estudo e que carinhosamente despenderam do seu tempo para responder aos questionários, agradeço profundamente, pois este trabalho só se tornou possível graças à sua colaboração.

Aos meus queridos amigos Marco Guerreiro, Maria Eduarda Leitão, Maria Real Macedo, Paulina Henriques, Rosa Rodrigues e Sandra Eira, agradeço a força, a ajuda e o apoio incondicional que sempre me dedicaram.

Finalmente e mais importante, agradeço ao meu marido, às minhas filhas e aos meus netos e também aos meus genros, por terem aguentado tão pacientemente a minha ausência e por estarem sempre presentes, pelo carinho e ajuda durante todos estes anos, o meu sincero reconhecimento.

A todas as pessoas que me ajudaram a alcançar a concretizar este projeto e que não mencionei, sem que, contudo, os esqueça, muito obrigada.

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo avaliar o impacto da solidão e da depressão na satisfação com a vida da população sénior institucionalizada e não institucionalizada e verificar de que forma o processo de institucionalização interfere nas variáveis referidas.

A amostra conta com um total de 100 indivíduos, com idades compreendidas entre os 65 e os 105 anos ($M = 80.89$; $DP = 7.95$), dos quais 50 se encontram institucionalizados e 50 não institucionalizados.

Para a recolha de dados foram utilizados os seguintes questionários: Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Escala de Solidão da UCLA, Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) e um questionário composto por dados de caracterização sociodemográfica destinado à caracterização da amostra.

Os resultados obtidos revelam que os idosos institucionalizados se encontram mais satisfeitos com a vida e menos solitários do que aqueles que não estão institucionalizados, mas sentem-se mais deprimidos. Constatou-se, ainda, que a Depressão é a variável com maior impacto negativo na Satisfação com a vida, independentemente de os idosos estarem institucionalizados ou não.

Palavras-chave: População sénior, Institucionalização, Solidão, Depressão, Satisfação com a vida.

ABSTRACT

This study aims to verify the impact of loneliness and depression on the life satisfaction of the institutionalized and institutionalized senior population and to verify how the institutionalization process interferes with the referred variables.

The sample has 100 individuals, aged 65 to 105 ($M = 80.89$; $SD = 7.95$), of whom 50 are institutionalized and 50 are non-institutionalized.

The following questionnaires were used to collect data: Geriatric Depression Scale (GDS-15), UCLA Solitude Scale, Life Satisfaction Scale (SWLS), and a questionnaire composed of sociodemographic characterization data intended to characterize the sample.

The results show that the institutionalized elderly are more satisfied with life and less solitary than those who are not institutionalized, but they feel more depressed. It was also observed that Depression is the variable with the greatest negative impact on Life satisfaction, regardless of whether the elderly are institutionalized or not.

Key Words: Seniors, Institutionalization, Loneliness, Depression, Satisfaction with life.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS	ix
ÍNDICE DE TABELAS	x
LISTA DE SIGLAS	xi
 INTRODUÇÃO	 1
 PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	 4
 CAPÍTULO 1 – ENVELHECIMENTO E TERCEIRA IDADE	 5
1.1. Condição biológica/física	9
1.2. Desenvolvimento psicológico/cognitivo	10
1.3. Interações sociais	12
 CAPÍTULO 2 – O INDIVÍDUO SÊNIOR INSTITUCIONALIZADO	 15
2.1. Causas e consequências da institucionalização	16
2.2. Do ambiente familiar ao contexto institucional	19
 CAPÍTULO 3 – SOLIDÃO E DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO SÊNIOR	 22
3.1. Solidão	23
3.1.1. Solidão emocional e solidão social	25
3.2. Depressão	27
3.2.1. Fatores de risco	30
3.2.2. Sinais e sintomas	31
 CAPÍTULO 4 – SATISFAÇÃO COM A VIDA NA POPULAÇÃO SÊNIOR	 33
4.1. O conceito de bem-estar na população sênior	33
4.2. Contexto habitacional	35
4.3. Ambiente institucional	36
4.4. A importância do apoio familiar	37
4.5. Apoio e suporte social	38

PARTE II – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO	41
CAPÍTULO 5 – MÉTODO	42
5.1. Formulação do problema	42
5.2. Objetivos e justificação do estudo	42
5.2.1. Objetivo geral	42
5.2.2. Objetivos específicos	43
5.2.3. Hipóteses de estudo	43
5.3. Variáveis em estudo	43
5.4. População em amostra	44
5.4. Instrumentos	45
5.4.1. Questionário sociodemográfico	45
5.4.2. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)	46
5.4.3. Escala de Solidão da UCLA	47
5.4.4. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)	47
5.5. Procedimento	48
PARTE III – RESULTADOS	49
CAPÍTULO 6 – APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	50
6.1. Estatísticas descritivas e diferenciais	50
6.2. Comparação de médias	51
6.3. Associação entre variáveis	53
6.4. Impacto da solidão e da depressão na satisfação com a vida	53
CAPÍTULO 7 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	55
7.1. Existem diferenças significativas no que diz respeito à satisfação com a vida da população sénior em função da mesma se encontrar ou não institucionalizada (H ₁)	55
7.2. Existem diferenças significativas no que diz respeito à solidão da população sénior em função da mesma se encontrar ou não institucionalizada (H ₂).....	56
7.3. Existem diferenças significativas no que diz respeito aos sintomas depressivos da população sénior em função da mesma se encontrar ou não institucionalizada (H ₃)	56

7.4. A institucionalização, a solidão, a depressão e a satisfação com a vida na população sénior encontram correlacionadas (H ₄)	57
7.5. A solidão e da depressão têm um impacto significativo na satisfação com a vida na população sénior (H ₅)	57
7.6. Características sociodemográficas	57
CONCLUSÕES	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	61

APÊNDICES

Apêndice A – Questionário sociodemográfico

ANEXOS

Anexo A – Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

Anexo B – Escala de Solidão da UCLA

Anexo C - Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.	Ciclo de vida positivo	14
Figura 2.	Ciclo de vida negativo	14

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1.	Tipos de depressão.....	29
Quadro 2.	Sintomas de depressão	32
Quadro 3.	GDS-15: Grau de depressão	46

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1.	População idosa no mundo: 1950-2050	6
Tabela 2.	Características mais comuns do idoso institucionalizado e respectivos estudos.....	17
Tabela 3.	Caracterização dos participantes	44
Tabela 4.	Valores de referência do MMS	50
Tabela 5.	Estatística descritiva das variáveis em estudo	51
Tabela 6.	Comparação de médias das variáveis em estudo em função da institucionalização	52
Tabela 7.	Associação entre variáveis	53
Tabela 8.	Impacto da solidão e da depressão na satisfação com a vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados	54

LISTA DE SIGLAS

GDS	- Geriatric Depression Scale
GDS-15	- Geriatric Depression Scale - 15
OMS	- Organização Mundial de Saúde
SWLS	- Satisfaction With Life Scale

INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas, os estudos sobre o envelhecimento têm vindo a crescer significativamente, o que poderá ser justificado pelo aumento da esperança média de vida e o consequente crescimento do número de pessoas idosas (Veras, 2003)

Segundo Martínéz (2005), a terceira idade transporta consigo inúmeras patologias e um expressivo decréscimo das competências de adaptação, pelo que o número de pessoas dependentes também tem vindo a aumentar. Como o suporte familiar é cada vez mais reduzido e a indisponibilidade das famílias, para tomar conta dos seus idosos é, cada vez maior, na maioria dos casos a única solução é a institucionalização.

Sendo a institucionalização uma realidade cada vez mais presente na vida da pessoa idosa, torna-se importante conhecer os fatores que a ela se associam e o seu impacto na vida das pessoas, porque só assim é possível promover práticas que aumentem o seu bem-estar e a sua qualidade de vida (Pimentel, 2001).

Apesar da institucionalização, são várias as famílias que mantêm um contacto regular com os seus idosos, seja por telefone ou através de visitas, mas também começa a ser frequente abandonar ou excluir os idosos do meio familiar, o que potencia fortemente a sua solidão (Conn, 2005).

Um estudo desenvolvido por Barroso e Tapadinhas (2006) revelou que a solidão nas pessoas idosas institucionalizadas é superior às que não se encontram institucionalizadas, uma situação que em cerca de 50% dos casos, também, se encontra associada à depressão.

O presente trabalho insere-se nesta problemática e visa analisar o impacto da solidão e da depressão na satisfação com a vida do idoso institucionalizado e não institucionalizado. Assim, encontra-se estruturado em três partes.

Na primeira parte será apresentado o enquadramento teórico, onde no capítulo um, abordaremos o envelhecimento e a terceira idade, no que diz respeito às condições biológicas/físicas, ao desenvolvimento psicológico/cognitivo e às interações sociais.

O capítulo dois é dedicado ao indivíduo sénior institucionalizado, nomeadamente no que se refere às causas e consequências da institucionalização e às diferenças encontradas entre o ambiente familiar e institucional.

A solidão e a depressão na população sénior são abordadas no capítulo três, focando os aspetos emocionais e sociais, bem como os sinais e sintomas associados às mesmas.

O capítulo quatro debruça-se sobre a satisfação com a vida na população em estudo, e procura descrever o conceito de bem-estar, o contexto habitacional, o ambiente institucional e a importância do apoio e suporte social e familiar.

A terceira e última parte engloba o capítulo seis e sete, sendo que o primeiro se dedica a análise e interpretação dos dados e o segundo à discussão dos mesmos.

Por fim, na conclusão é feita uma reflexão crítica sobre o trabalho desenvolvido nos vários capítulos, apresentando as suas limitações e sugerindo novas linhas de investigação.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

CAPÍTULO 1

ENVELHECIMENTO E TERCEIRA IDADE

O envelhecimento é um fenómeno que se constrói culturalmente, e como tal, varia de sujeito para sujeito e de acordo com a época em que o mesmo se insere, motivo pelo qual é encarado de forma distintas. Apesar de ser um fenómeno complexo e de difícil definição, existe consenso entre os vários autores que se dedicam ao seu estudo: é um processo irreversível que se inscreve no tempo (Papaléo-Netto, 2007).

O envelhecimento da população é encarado, a nível mundial, como o grande desafio do século XXI e Portugal não é exceção. Segundo os últimos Censos (INE, 2011) a população idosa representa 19% dos habitantes portugueses, o que espelha um aumento da esperança média de vida e uma quebra da natalidade, e consequentemente, uma sociedade cada vez mais envelhecida.

Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Sequeira (2010) que revelam que a população com mais de 65 anos duplicou nas últimas quatro décadas. Na mesma linha, Rosa (2012, p. 28) refere que *“em 2060, a população de Portugal poderá continuar próxima dos dez milhões de pessoas, mas será bem mais envelhecida do que hoje: o número de pessoas com 65 e mais anos poderá ser quase o triplo do número de jovens”*.

Um estudo realizado por Kinsella e Velkoff (2001) demonstram que este envelhecimento não ocorre ao mesmo ritmo em todos os países do mundo, sendo os países desenvolvidos os que têm uma maior percentagem de idosos e os países em vias de desenvolvimento que apresentam um crescimento mais rápido deste grupo populacional. Os resultados revelam, ainda, que após 2025, o número de idosos irá crescer significativamente em todos os países.

Em 2030, as previsões apontam para um número de idosos na ordem dos 686 milhões, que corresponde a 71% dessa população. Estas considerações são também observáveis nos estudos de Wong e Moreira (2000) que referem a existência de realidades distintas a nível mundial no que diz respeito à população idosa (Tabela1). As estimativas para 2050 indicam valores na ordem dos 1.2 biliões de idosos nos países subdesenvolvidos e cerca de 300 milhões nos países desenvolvidos.

Tabela 1. População idosa no mundo: 1950-2050

População com mais de 65 anos					
	1950	1975	2000	2025	2050
América	20.280.000	39.295.000	66.902.000	135.930.000	221.656.000
Europa	44.981.000	66.128.000	107.439.000	146.987.000	172.984.000
Ásia	57.384.000	101.655.000	216.294.000	485.120.000	913.910.000
África	6.985.000	12.802.000	24.990.000	52.868.000	141.399.000
Austrália	839.000	1.497.000	2.734.000	5.065.000	6.904.000
Proporção de Idosos					
	1950	1975	2000	2025	2050
América	11.9	14.8	17.9	28.5	38.7
Europa	8.2	11.4	14.7	21.0	27.6
Ásia	4.1	4.2	5.9	10.3	17.3
África	3.2	3.1	3.2	4.1	8.0
Austrália	8.3	9.1	12.0	18.2	22.3
Índice de Idosos					
	1950	1975	2000	2025	2050
América	39.4	52.0	73.6	145.9	212.2
Europa	31.4	48.5	84.4	143.0	191.3
Ásia	11.2	10.9	19.6	46.7	91.9
África	7.4	7.0	7.5	11.9	33.3
Austrália	30.7	33.2	57.3	99.9	127.8

(Adaptado de Wong e Moreira, 2000)

De acordo com Freitas, Queiroz e Sousa (2010) o envelhecimento ocorre progressivamente através de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se manifestam ao longo da vida do ser humano. Fontaine (2000) acrescenta que este processo engloba um conjunto de acontecimentos dinâmicos que determinam as transformações físicas e mentais que, gradualmente, surgem no organismo. Assim, não podemos afirmar a existência de uma idade universalmente aceite para definir o início do envelhecimento, verificando-se que a mesma pode variar entre os 60 e os 65 anos, consoante a cultura de cada país.

Deste modo, é possível constatar que enquanto no oriente o idoso é encarado com respeito, sabedoria e consideração; na sociedade ocidental, a situação é muitas vezes delimitada pela institucionalização, o afastamento, a solidão, o isolamento e o declínio que provêm da fragilidade, dependência e deterioração gradual das suas capacidades (Sousa, Galante, & Figueiredo, 2003).

As dimensões biológicas, psicológicas e sociais do ser humano interagem constantemente entre si e quando uma destas dimensões se encontra comprometida, existe uma grande probabilidade de as outras serem ou virem a ser afetadas. Neste contexto, é fundamental que o envelhecimento seja entendido na sua totalidade, de modo a permitir fazer a distinção

entre o envelhecimento que ocorre dentro dos padrões da normalidade e o envelhecimento patológico (Sequeira, 2010).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) é fundamental otimizar as oportunidades de saúde, a participação e a segurança, no sentido de proporcionar uma melhor qualidade de vida às pessoas, à medida que vão envelhecendo.

Sousa e colaboradores (2003) acrescentam que existe uma relação direta entre a qualidade de vida e a satisfação das necessidades, pelo que é fundamental promover um envelhecimento que garanta o bem-estar dos indivíduos durante o máximo de tempo possível (Jacob, 2007). Na terceira idade, os aspetos mais significativos deste conceito dizem respeito à autonomia e independência (Rodrigues, 2007).

Todavia, o envelhecimento não se limita às mudanças anátomo-fisiológicas, inclui também às alterações psicológicas que resultam da idade e que contribuem significativamente para a qualidade de vida do idoso (Firmino, 2006).

Papaléo-Netto e Ponte (2002) aludem que as alterações fisiológicas resultantes do envelhecimento despoletam problemas de saúde, que condicionam a realização de atividades diárias e originam uma dependência física e social que, frequentemente, desencadeia alterações emocionais. Estas alterações tornam-se constantes e passa a ser cada vez mais difícil, para os cuidadores, dar apoio aos seus idosos em contexto familiar. Neste contexto, começam a surgir organismos com respostas sociais adequadas, dos quais se destacam: os serviços domiciliários e instituições que acolhem idosos de forma parcial (*e.g.*, centros de dia, centros de convívio) ou permanente (*e.g.*, lares, residências) consoante as suas necessidades (Shah & Reichman, 2006).

Além dos cuidados primários, estas instituições e os seus colaboradores deparam-se com o grande desafio de transformar estes locais, em espaços onde a vida é valorizada e a dignidade é preservada, porque de uma forma geral, o idoso, encara a institucionalização como uma privação da sua liberdade (Jacob, 2007).

A institucionalização, muitas vezes, transporta um sentimento de abandono e de perda de identidade, porque a pessoa sente que aquilo que é no presente não condiz com o que foi no passado e isso vai interferir negativamente com a sua vivência na instituição. Segundo Fernandes (2000) são inúmeros os fatores que contribuem para esse impacto negativo, em particular: a falta de privacidade, o tratamento massificado e igual para todos, a desresponsabilização na tomada de decisões pessoais, a rigidez das rotinas diárias, a desvinculação do núcleo familiar e da comunidade e a ausência de estimulação intelectual. Estes aspetos provocam uma diminuição da autoestima e uma falta de interesse pelo próprio e

pelos outros, o que poderá despoletar um retrocesso ao nível da integração social, diminuição das respostas emocionais e um excesso de dependência dos cuidadores para realizar as atividades básicas do dia-a-dia (Cardão, 2009).

A ida do idoso para a instituição implica o afastamento do seu espaço e seja qual for o motivo da institucionalização, este vê-se obrigado a reaprender e a integrar-se num meio que o restringe e que, por vezes, assume o controlo de vários aspetos da sua vida. Porém, a institucionalização também pode ser encarada como uma oportunidade de inclusão em redes de apoio social e proporcionar uma melhoria no bem-estar do idoso e, consequentemente, um maior contentamento com a vida.

Esta satisfação não se relaciona, apenas, com a prestação dos serviços e cuidados básicos, mas também com a qualidade das interações desenvolvidas (*e.g.*, aquisição de um sentido de pertença, promoção de atividade física e psicológica, criação de projetos, novos objetivos de vida). Assim, o maior desafio da pessoa idosa é transformar esta fase da sua vida uma etapa caracterizada pela partilha de experiências e conhecimentos, integração e participação social (Schlindwein-Zanini, 2010).

Neste âmbito, é fundamental desenvolver soluções adequadas às realidades e especificidades da população idosa, pois *“se houver a preocupação de criar equipamentos estruturados de acordo com as necessidades dos seus utentes, que respeitem a sua forma de estar na vida, a sua personalidade e individualidade e lhe proporcionarem espaços de realização pessoal, talvez, a institucionalização se torne menos penosa e angustiante”* (Pimentel, 2001, p. 234). Deste modo, todos os aspetos físicos, sociais, emocionais, comportamentais, cognitivos e de saúde devem ser analisados e avaliados de forma a potenciar as capacidades e valorizar os pontos fortes do idoso (Freitas et al., 2010).

O envelhecimento da população e o crescimento do número de idosos transporta consigo várias consequências, entre as quais: (1) a diminuição da população ativa; (2) o aumento da população envelhecida com necessidades específicas; (3) o acréscimo das despesas com prestações sociais; (4) a crescente necessidade de instituições de assistência para idosos; (5) um acréscimo do número de serviços prestados e de profissionais clínicos; (6) eticamente suscita questões relacionadas com doentes crónicos e em fase terminal; (7) e os custos e as despesas com os mais velhos são suportados pelos impostos e contribuições sociais provenientes das gerações mais jovens em atividade (António, 2010; Figueiredo & Sousa, 2001).

Tal como anteriormente referido, a terceira idade caracteriza-se por um período de grandes mudanças a nível físico/biológico, psicológico e social e estas mudanças exigem ao

idoso um esforço de adaptação às novas condições de vida que, por vezes, perturbam o seu bem-estar e a satisfação com a vida (Moura, 2010; Sequeira & Silva, 2002).

1.1. Condição biológica/física

O envelhecimento deve ser encarado como um processo natural do desenvolvimento humano que inclui várias etapas, sendo que cada uma delas envolve algumas modificações e adaptações. Assim, verifica-se que à medida que a pessoa envelhece os seus órgãos sofrem transformações que, na maioria das vezes, se refletem no declínio do seu funcionamento (Paúl & Ribeiro, 2012).

Segundo Papaléo-Netto (2007) as mudanças físicas ocorrem gradual e progressivamente, e de uma forma geral, traduzem-se no aparecimento de rugas e perda de elasticidade da pele, cabelos brancos ou mesmo queda de cabelo, alterações da mobilidade e da força muscular, diminuição/perda de agilidade, alterações da acuidade sensorial, auditiva e visual.

Do envelhecimento decorrem, ainda, diversas alterações nos aparelhos: respiratório (*e.g.*, pneumonia, enfisema, tuberculose), cardiovascular (*e.g.*, enfarte do miocárdio, insuficiência cardíaca, hipertensão arterial, angina, anemia), músculo-esquelético (*e.g.*, osteoporose, osteoartrose, artrite reumatoide, fraturas), nervoso (*e.g.*, doenças vasculares cerebrais, doença de Parkinson), urinário (*e.g.*, incontinência urinária, infeções, hipertrofia benigna da próstata) e endócrino (*e.g.*, colecistite, obstipação) (Garcia, 2002).

Anjos (2002, p. 134) acrescenta que na terceira idade se registam “*diferentes envelhecimentos das células, dos tecidos, órgãos e aparelhos, mas o homem envelhece como um todo*”. Assim, as modificações associadas à senescência, geralmente, refletem um decréscimo da capacidade de adaptação às várias agressões a que o idoso está exposto no seu dia-a-dia. Contudo, o processo de envelhecimento não é igual para todos, nem acontece ao mesmo ritmo para toda a gente.

Na realidade, a prevalência de doenças crónico-degenerativas é bastante significativa entre as pessoas idosas e envelhecer sem nenhuma doença crónica poderá ser considerada uma exceção e não uma regra (Veras, 2003).

No entanto, Landerfeld, Palmer, Johnson e Lyons (2004) defendem que uma pessoa idosa pode ser saudável, pois o declínio gradual da reserva homeostática não causa, obrigatoriamente, sintomas nem obriga a restrições nas atividades da vida diária. Todavia, não

devemos ignorar que quando as pessoas envelhecem têm maior probabilidade de sofrer de doenças ou incapacidades.

Entre as principais perturbações na terceira idade encontram-se: a diabetes *mellitus*, hipotireoidismo, as úlceras de estase, a hipotensão e hipertensão arterial, problemas do ritmo cardíaco, tremores, quedas, perturbações ósseas e musculares, depressão, senilidade, demência, doença de Alzheimer, acidente vascular cerebral e perturbações do foro psiquiátrico (Gatto, 2002).

Com o avançar da idade, o sono torna-se segmentado, menos profundo e descontinuado, verificando-se uma maior dificuldade em adormecer, pelo que alguns idosos referem que não dormem, tal é a insatisfação que sentem com o seu sono. A perturbação do sono, geralmente, encontra-se associada com as perturbações de humor, demência, *delirium*, psicose, perturbação de adaptação e, ainda, às ruturas normais da vida psíquica desencadeadas por situações causadoras de *stress* (e.g., luto, separações) (Rebelo, 2004).

Há ainda uma série de modificações orgânicas, que não podem ser consideradas doenças, mas que indicam a passagem do tempo, nomeadamente: postura encurvada, lentificação dos reflexos/movimentos e diminuição da potência e da atividade sexual (Levet, 1998).

Para além do desgaste e das alterações funcionais orgânicas do corpo humano, em geral, Fontaine (2000) refere que enquanto o olfato não sofre grandes alterações com a idade, a audição pode ser fortemente afetada no indivíduo idoso. Na perspetiva do autor, os défices sensoriais de natureza auditiva e visual podem afetar fortemente o funcionamento das atividades intelectuais e contribuir para o seu declínio.

1.2. Desenvolvimento psicológico/cognitivo

O envelhecimento psicológico resulta de um equilíbrio entre: a estabilidade e a mudança; e o crescimento e o declínio. Deste modo, verifica-se que algumas funções diminuem de eficácia, outras estabilizam e outras que, na ausência de doença, vão crescendo ao longo de todo o ciclo de vida (Fonseca, 2006).

Durante o processo de envelhecimento há um cruzamento das forças do indivíduo, com o contexto em que o mesmo se insere e ainda da interação entre ambos, o que pressupõe uma exposição a múltiplas situações de perdas/ganhos, de mudanças positivas e negativas que habilitam o sujeito para continuar o seu percurso (Paúl & Ribeiro, 2012).

Apesar de alguns estudos, nesta área, defenderem a possibilidade de manutenção das capacidades cognitivas até ao final da vida, a maior parte da literatura refere que o declínio das funções cognitivas se desenvolve em consequência do processo de envelhecimento (Luders & Storani, 2002).

No entanto, Fernandes (2002) afirma que a maioria dos problemas ligados ao envelhecimento não é causada pela diminuição das funções cognitivas, mas sim por problemas relacionados com a perda de papéis, a doença, o cansaço, o desenraizamento e outros traumas que dificultam a adaptação a esta nova etapa da vida. Para ultrapassar estas situações, o idoso necessita de conservar a sua autoestima e reequacionar os seus objetivos pessoais de forma a conquistar o seu bem-estar e uma vida com qualidade (Levet, 1998).

Assim, enquanto algumas pessoas idosas se refugiam nas doenças e outras maleitas, outras preocupam-se com o seu destino e escolhem prosseguir o seu caminho, utilizando toda a sua energia para compensar as perdas, conquistar a autonomia e continuar a desenvolver-se cognitivamente, através de leituras, passatempos e outras atividades intelectuais (Stuart-Hamilton, 2002). Levet (1998) afirma, mesmo, que o cérebro humano só se gasta se não for utilizado e acrescenta que o exercício intelectual é indispensável à vida mental, e a falta de estimulação do pensamento provoca efeitos devastadores qualquer que seja a idade dos indivíduos.

Neste contexto, Fernandes (2002) defende que os idosos que encaram a velhice como um fenómeno natural dão mais sentido à vida, sentem-se mais felizes e envolvem-se mais no seu meio e na sociedade. Este processo passa pelo reconhecimento dos aspetos positivos (*e.g.*, sistema de valores estável, sensatez) e de determinadas vantagens (*e.g.*, diminuição da responsabilidade e do trabalho, abertura de espírito) que as fases anteriores da vida não possuíam.

Os estudos longitudinais de Schaie (1996) revelam que o funcionamento cognitivo na terceira idade é muito variável. A inteligência fluída e, em menor grau, a inteligência cristalizada explicam mais da metade da capacidade para realizar as tarefas do dia-a-dia. Argimon e Stein (2005), por sua vez, referem que em idosos saudáveis as alterações cognitivas, geralmente são modestas e não interferem significativamente na vida cotidiana.

O processo de envelhecimento não ocorre de maneira uniforme para todos os indivíduos, pelo que vários autores (*e.g.*, Lövdén, Ghisletta, & Linderberger, 2005; Schaie, 2005; West, Bagmwell, & Dark-Freudeman, 2005) defendem que um idoso que faça exercícios físicos, realize trabalhos voluntários, tenha a função de cuidar dos netos, mantenha uma

atividade remunerada ou conviva assiduamente de um grupo de amigos, tenderá a ter menor declínio cognitivo.

1.3. Interações sociais

A exposição a um processo com muitas perdas e rejeições incita o idoso a isolar-se seja por vontade própria ou por incentivo da sociedade e o facto de ter pouca ocupação social, ser menos solicitado pela família e pela comunidade faz com que se considere uma pessoa improdutiva e sem poder de decisão (Paúl & Ribeiro, 2012).

A alteração de papéis, a reforma e a diminuição dos contactos sociais, bem como a saída do mercado de trabalho causam mudanças significativas que obrigam a um enorme esforço de adaptação e pode originar uma crise de identidade (Fonseca, 2006).

O afastamento do convívio com diferentes grupos faz com que a sociedade também se afaste, ou seja, os convites acabam porque socialmente a pessoa não existe e a família, que deveria construir bases emocionais e físicas para a promoção da qualidade da vida do idoso, acaba por criar um conflito intrincado no que respeita ao espaço que escolhe para esse seu membro (Papaléo-Netto, 2007).

Efetivamente, a maior parte dos idosos tem uma reduzida participação na sua comunidade e na sociedade em geral, o que gera sentimentos de solidão e desvalorização que se repercutem tanto ao nível da integração sociofamiliar como da saúde física e psíquica.

Segundo Vaz (2001), as débeis condições de vida em que a maioria da população idosa portuguesa vive, incitam a uma fraca mobilidade e a um consumo passivo de serviços que lhes são oferecidos sem qualquer hipótese de escolha. A autora acrescenta que a pessoa idosa é, frequentemente, dissuadida da atividade e persuadida à inércia quase vegetativa, sendo-lhe assim vedado o acesso à participação e intervenção nas decisões que lhe dizem respeito como membro ativo da sociedade.

Todavia, há inúmeras formas positivas das pessoas viverem a sua terceira idade, nomeadamente através da preservação de uma autoimagem favorável e cultivando novas e velhas relações sociais, para que consigam manter-se ativas o máximo tempo possível (Mirada & Valls-Llobet, 1996).

As atividades de lazer, desporto e criatividade (*e.g.*, trabalhos manuais) devem estar incluídas no projeto de vida dos idosos, pois favorecem novos espaços de socialização e de participação na vida social, política, económica e cultural. Nas palavras de Ferrari (2002, p.

97) *“trata-se de um apelo à mobilização, ao continuar a fazer, a criar, a descobrir, enfim: a viver!”*

Na realidade, o envelhecimento pode ser considerado um fator de exclusão social que se caracteriza pelo isolamento e a falta de autossuficiência e autonomia pessoal. Segundo Costa (2002) existem muitas pessoas que vivem situações de solidão e de doença e que necessitam de cuidados que lhes são negados e nem sempre por falta de recursos. Contudo, não se pode negar que existem, de facto, muitas pessoas idosas em situação de pobreza que atinge vários domínios das necessidades básicas, entre as quais: a alimentação, as condições habitacionais, a saúde e a higiene (Pimentel, 2001).

Os resultados dos estudos desenvolvidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2011) comprovam que as taxas de incidência de pobreza neste grupo populacional são superiores às médias nacionais, sendo esta situação, ainda, mais notória em pessoas idosas do sexo masculino a viverem sós

Segundo Pimentel (2001) ser idoso não deveria ser um facto negativo, mas infelizmente, ainda, predomina a visão da pessoa idosa como alguém inútil, isolado, ultrapassado, senil e com problemas de saúde e, que na maioria dos casos, depende económica e fisicamente de alguém.

Esta representação degradante e deteriorada contraria a atribuição de sabedoria que se atribuía às pessoas idosas nas sociedades mais antigas e, ainda hoje, em muitos países considerados do Terceiro Mundo. A visão estereotipada e negativa que prevalece na sociedade atual, está muitas vezes associada á falta de conhecimento do processo de envelhecimento e sobretudo associado ao que é transmitido pelos meios de comunicação social, que constantemente reforça que envelhecer é por si só um problema (Fernandes, 2002).

Neste sentido, é imprescindível resgatar a dignidade e a cidadania do idoso *“derrubando o preconceito que marginaliza o velho, restabelecendo os seus direitos de cidadão e reintegrando-o na comunidade e na família”* (Papaléo-Netto & Ponte, 2002, p. 9). Na mesma linha Paúl (2000, p. 56) refere que *“a mudança de discurso e de atitudes face aos idosos é um aspeto fundamental para uma sociedade mais solidária, em que as gerações encontrem novas formas de convivência, retirem prazer da relação e se interajudem, partilhando tarefas e afeto.”*

Perante o exposto, podemos concluir que quando a pessoa idosa não é estimulada a manter o seu papel social mergulha num ciclo de vida negativo, que a leva a adotar um papel de doente e dependente, papel este assumido por uma elevada percentagem desta população. Por outro lado, quando o idoso encara esta etapa da vida com naturalidade, sente-se mais

satisfeito e tende a ser socialmente ativo. Observando as Figuras 1 e 2, verificamos que Hall, MaClennan e Lyle (1997) apresentam esta ideia de uma forma bastante explícita.

Figura 1. Ciclo de vida positivo

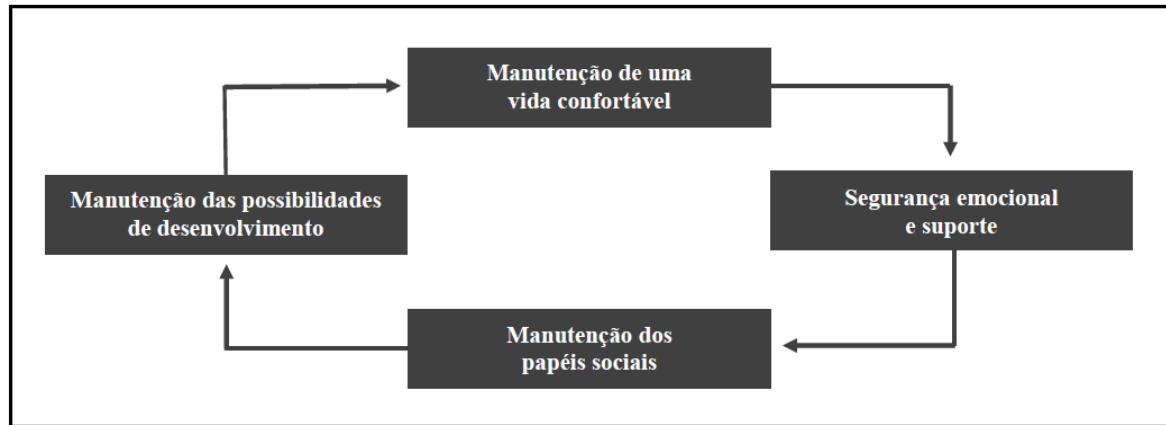
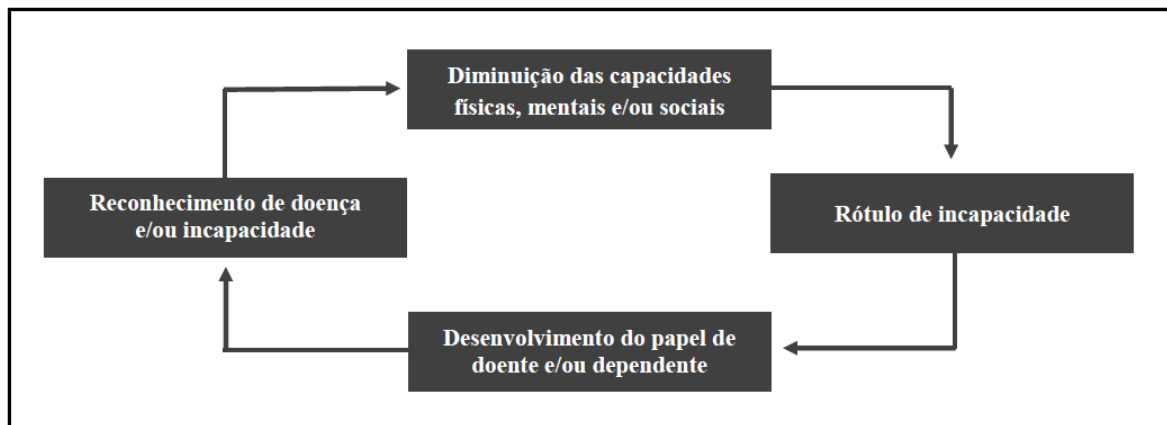


Figura 2. Ciclo de vida negativo



No entanto, não podemos generalizar esta sequência, pois a mesma é influenciada pela história de cada pessoa e pelo meio sociocultural em que se insere, mas importa referir que o encadeamento representado na Figura 2 deverá ser evitado, e o da Figura 1 estimulado (Levet, 1998).

CAPÍTULO 2

O INDIVÍDUO SÉNIOR INSTITUCIONALIZADO

O envelhecimento demográfico é um fenómeno mundial e segundo as previsões da OMS, o número de pessoas com 80 anos, em 2050, atingirá os 395 milhões, ou seja, quase quatro vezes mais do que atualmente (Eurostat, 2011).

De acordo com os últimos Censos, realizados em 2011, o índice de envelhecimento da população era de 129, o que corrobora que Portugal tem mais idosos do que alguma vez teve. Através deste estudo foi, ainda, possível constatar que, em 2001, havia 85 municípios com o índice de envelhecimento menor ou igual a 100, enquanto em 2011, existiam apenas 45. Os resultados revelaram, também, que 60% da população idosa vive só ou em companhia exclusiva de outras pessoas idosas, uma situação que aumentou 28% durante a última década (INE, 2011).

A par destas alterações demográficas, a sociedade tem vindo a sofrer modificações em relação à estrutura familiar e com estas mudanças, o idoso começa a ser, cada vez mais, considerado um encargo. Ao contrário do que sucedia na sociedade antiga que estimava o conhecimento e a experiência dos mais velhos, defendendo-os, protegendo-os e mantendo a sua dignidade até ao fim da vida (Freitas et al, 2006).

Atualmente, as imposições sociais e económicas exigem uma readaptação das famílias às necessidades do idoso. E quando os familiares não se sentem capazes ou não conseguem satisfazer essas necessidades, os seus cuidados são entregues a outras pessoas ou instituições (Moniz, 2003; Daniel, 2009).

Deste modo, verifica-se que à medida que as incapacidades físicas, cognitivas e psicológicas da pessoa idosa aumentam, as capacidades da rede informal diminuem e torna-se necessário encarar a hipótese de recorrer à rede formal, sendo a institucionalização considerada a alternativa de último recurso (Cardão, 2009; Paúl & Ribeiro, 2012).

Estudos desenvolvidos pelo INE (2011) revelam que, em Portugal, cerca de 1.702.120 pessoas com mais de 65 anos estão institucionalizadas. Este grupo é maioritariamente constituído por mulheres (69%) e 85% dos residentes têm mais de 85 anos de idade.

2.1. Causas e consequências da institucionalização

As alterações que caracterizam o envelhecimento são, muitas vezes, agravadas por patologias múltiplas que tornam os idosos frágeis e com necessidade de cuidados específicos. Seja ou não por vontade do próprio, estes cuidados nem sempre são prestados no seu domicílio, porque alguns idosos vivem com outros idosos ou com jovens adultos que não têm capacidade ou disponibilidade para cuidar deles, o que leva a que se opte pela institucionalização (Barros, 2011).

Perante esta realidade, Martín e Borges (2006) fizeram um estudo sobre os organismos sociais de apoio a idosos, no sentido de conhecer a necessidade e a procura das várias valências, existentes em Portugal continental. Os resultados obtidos revelaram um aumento de 25.3% dos serviços de apoio domiciliário e de 24.4% dos lares de idosos (Paúl & Ribeiro, 2012).

Segundo Medeiros (2012), muitas vezes, a institucionalização é a única alternativa perante a perda do cônjuge, dos filhos, dos familiares e/ou dos amigos. Este contexto é, ainda, agravado pelas situações de fragilidade com que, diariamente, o idoso se depara e que aumentam a sua dependência, o que o força a modificar o seu estilo de vida e a recorrer aos lares de idosos. Porém, todo este processo constitui um fator de *stress* que desencadeia inúmeras alterações psicossociais no idoso, apesar das instituições tentarem oferecer uma base segura e se esforçarem por adequar os seus serviços às necessidades físicas e emocionais dos seus utentes (Silva et al, 2011).

Assim, de acordo com a Carta Europeia dos Direitos e Liberdade do Idoso Residente (Neves, 2012), as instituições devem: (1) promover e melhorar a qualidade de vida do idoso; (2) minimizar as limitações desencadeadas pela vida na instituição; (3) manter a autonomia do idoso; (4) promover a liberdade de expressão e a tomada de decisão; (5) estimular o desenvolvimento das capacidades do idoso; (6) garantir que o conforto da instituição é semelhante ao da sua própria casa; (7) respeitar a privacidade dos seus utentes; (8) reconhecer que o idoso tem direito a ter os seus próprios pertences, independentemente, das suas limitações; (9) e garantir o acesso aos serviços de saúde e proporcionar o cuidado integral.

A qualidade de vida do idoso institucionalizado depende da primeira impressão que o mesmo tem da instituição, do acolhimento que lhe é feito e do convívio com as pessoas próximas (*e.g.*, familiares, amigos, companheiros da instituição). Quando este processo é bem-sucedido evita o estado de solidão ou isolamento que muitos idosos experienciam (Yamada et al., 2012).

Face ao exposto, Carvalho e Dias (2011) referem que é muito importante que o idoso participe na decisão e planeamento da institucionalização, porque o conhecimento sobre as medidas tomadas ajuda a uma melhor anuência e adaptação à situação futura.

Os idosos institucionalizados requerem muito cuidado, apoio, atenção e serviços especializados, porque a maioria encontra-se num estado bastante debilitado e apresenta morbididades físicas e mentais. No entanto, Medeiros (2012) afirma que quanto maior for o período de institucionalização, mais frágil o idoso se torna, pois, esta situação acelera e/ou acentua as perdas funcionais e estimula o declínio das funções físicas e cognitivas.

Devido à dificuldade em aceitar e adaptar-se às novas condições de vida e à falta de motivação, o idoso independente quando é institucionalizado tem tendência a desenvolver diversos graus de dependência que são comuns no ambiente institucional. Neste âmbito, Andrade (2011) refere que existe uma associação positiva entre o aumento da dependência do idoso e a institucionalização. Por outro lado, Araújo e Ceolim (2007) defendem que a institucionalização é a melhor opção para os idosos que possuem dependência total, que moram sozinhos e/ou que não têm família, pois constituem um lugar de proteção e de cuidado em situações de vulnerabilidade social.

Tabela 2. Características mais comuns do idoso institucionalizado e respetivos estudos

Característica	Estudo que corrobora
Faixa etária acima dos 75 anos de idade	Freitas et al., 2006; Cardão, 2009; Barros, 2011; Carvalho e Dias, 2011; Robinson et al., 2011; Del Duca et al., 2012
Sexo feminino	Freitas et al., 2006; Pavan et al., 2008; Cardão, 2009; Luk et al., 2009; Barros, 2011; Del Duca et al., 2012; Paúl e Ribeiro, 2012
Solteiros ou viúvos que viviam sozinhos antes da institucionalização	Freitas et al., 2006; Barros, 2011; Del Duca et al., 2012
Baixa escolaridade	Quadros et al., 2008; Menezes et al., 2011
Polimedicados	Freitas et al., 2006; Menezes et al., 2011
Presença de pelo menos uma das síndromes: imobilidade, instabilidade, incontinência, perdas cognitivas	Quadros et al., 2008; Robinson et al., 2011; Medeiros, 2012
Presença de uma ou mais doenças crónico-degenerativas	Robinson et al., 2011; Medeiros, 2012
Presença de depressão leve ou severa	Freitas et al., 2006; Runcan, 2012
Presença de alguma dependência na realização das atividades da vida diária	Carvalho e Dias, 2011; Robinson et al., 2011, Del Duca et al., 2012, Medeiros, 2012

(Adaptado de Neves, 2012)

A maioria dos estudos referidos na Tabela 2 foca-se na relação entre os estados depressivos do idoso e a institucionalização e, de uma forma geral, referem que os sintomas depressivos tendem a aumentar com a institucionalização (Cardão, 2009; Silva et al, 2011).

Segundo Zimerman (2007, p. 94) “*as instituições são uma resposta à sociedade, que precisa de desenvolver mecanismos para lidar com os problemas criados por ela própria*”. A autora acrescenta que a necessidade de privar o idoso do convívio familiar e de o encaminhar para a institucionalização deriva de vários aspetos, entre os quais: dificuldades económicas, convívio difícil devido ao seu estado debilitado, dificuldade da família em proporcionar as condições necessárias para o seu bem-estar e sobretudo pelo papel diminuto que o idoso tem, atualmente, na sociedade.

Golfarb (1998) que os valores tradicionais têm-se vindo a perder em detrimento de uma sociedade individualista, onde o idoso é menosprezado e a velhice é, frequentemente, associada ao conceito de inutilidade.

A institucionalização da pessoa idosa é sempre um processo complexo e doloroso para a própria pessoa e a sua família. O idoso é forçado a abandonar as suas rotinas, hábitos, valores sentimentais e materiais e tem que se adaptar ao espaço físico oferecido pela instituição, aos horários e à rotina da mesma. Neste contexto, passa a conviver com pessoas que possuem diferentes condições económicas, culturais, sociais e religiosas e este novo contexto social afeta os seus comportamentos e a sua perceção perante o meio que o rodeia. E apesar das instituições se esforçarem por oferecer muito conforto e afetividade, a institucionalização afeta diretamente fatores determinantes na qualidade de vida da pessoa idosa, nomeadamente a perda de contacto com o mundo externo (Slepoj, 2000).

Como anteriormente referido, são vários os autores (*e.g.*, Barros, 2011; Cardão, 2009; Del Duca et al., 2012; Robinson et al., 2011) que têm investigado as possíveis razões que poderão levar um idoso à institucionalização. Neste particular, Born e Boechat (2006), analisaram vários estudos e concluíram que entre as principais razões se encontram: a idade, o diagnóstico, as limitações nas atividades da vida diária, o facto de morar sozinho, o estado civil, a situação mental, a etnia, a ausência de suportes sociais e a pobreza. A estes aspetos, Wilmoth (2002) acrescenta a viuvez, as patologias e a deficiência física.

Na mesma linha, Paúl (2005) refere que entre as causas da institucionalização estão os problemas de saúde que limitam as atividades da vida diária dos idosos, a falta de recursos económicos para a manutenção da casa, a viuvez e o aumento do valor da habitação que, por vezes, origina situações de despejo. Existem várias causas para a institucionalização e, muitas

vezes, é a conjugação das mesmas e não apenas a existência de uma ou duas, que origina a escolha deste tipo de apoio social.

Após uma breve incursão pela literatura, Born e Boechat (2006) referem que as consequências da institucionalização, de uma forma geral, não são positivas para os idosos. Os autores acrescentam que por mais elevada que seja a qualidade da instituição, haverá sempre um corte com o contexto anterior, o que origina algum afastamento do convívio social e familiar. A nova realidade com que o idoso se depara pode desencadear reações de angústia, medo, revolta e insegurança.

Heller, Factor e Hahn (1995) alertam, ainda, para o facto da atividade física e mental poder entrar em retrocesso e, assim, aumentar a dependência do idoso e diminuir o seu grau de satisfação com a vida. Por outro lado, Bernardino (2005) defende que nem tudo é negativo, pois muitas vezes, os laços familiares fortalecem-se e a qualidade relacional melhora. Segundo os autores, com a institucionalização, o peso, por vezes excessivo, de cuidar de um idoso dependente fica resolvido e dá lugar ao afeto.

O sucesso da adaptação do idoso depende da sua capacidade de se tornar o protagonista de todo este processo e pela mudança da mentalidade dos responsáveis pelas instituições, que devem encarar os idosos como clientes que têm desejos, ambições e merecem respeito (Born & Boechat, 2006).

2.2. Do ambiente familiar ao contexto institucional

O desejo de envelhecer e viver o máximo de tempo possível na sua própria casa é comum à maior parte das pessoas e por isso a procura de apoio domiciliário é cada vez maior. Contudo, a maioria das pessoas que permanecem nas suas casas, ficam entregues a si próprias ou aos seus cônjuges que, geralmente, têm idades e limitações semelhantes. Deste modo, nem sempre este tipo de serviço satisfaz as necessidades do idoso, principalmente, quando existe perda de autonomia devido a doença ou outra contingência e/ou quando a família é reduzida e como tal, não consegue dar apoio o necessário. Quando tal acontece é, geralmente, o próprio idoso ou a família mais próxima que pondera e opta pela institucionalização (Nunes, 2008).

Segundo Scocco, Rapattoni e Fantoni (2006) a institucionalização provoca grandes e rápidas mudanças no equilíbrio físico, psicológico e social do idoso e acrescentam que a qualidade de vida das pessoas institucionalizadas é mais baixa do que as que vivem na comunidade. Referem, ainda, que a prevalência de sintomas psiquiátricos, demências e a falta

de autonomia dos idosos que se encontram institucionalizados é elevada, pois estas são causas pelas quais os mesmos se encontram nos lares.

Os idosos institucionalizados têm tendência a sentir-se sozinhos e insatisfeitos, devido à monotonia dos seus dias e ao afastamento das suas redes sociais (Fonseca, 2005). Partindo deste pressuposto, Scocco e colaboradores (2006) realizaram um estudo longitudinal, que visou investigar o impacto da institucionalização na vida do idoso e identificar as mudanças que ocorrem a nível cognitivo e psicopatológico, nomeadamente ao nível da autonomia e da percepção da qualidade de vida.

Os autores concluíram que, no momento de entrada no lar, os idosos manifestavam sintomas de declínio físico e mental em que predominava a somatização, a ansiedade e a depressão, sendo a qualidade de vida percecionada como baixa. Após seis meses verificaram um declínio acentuado nas três áreas avaliadas – saúde física, saúde mental e percepção de qualidade de vida – além de que passou a existir um grande sentimento de solidão e uma taxa de mortalidade de 33% (Scocco et al., 2006).

Neste âmbito, o Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social (2005) refere que é fundamental que as instituições possuam uma atuação humanizada, personalizada e que considere as necessidades reais e específicas de cada situação e de cada pessoa. Assim, é importante ter sempre presente que os residentes são o centro de toda a ação e que o seu meio familiar e social é parte integrante das suas vivências, pelo que deve continuar a ser considerado de acordo com os seus desejos e interesses.

Deste modo, todas as rotinas e normas de uma instituição devem ser concebidas e orientadas segundo as necessidades e a vontade das pessoas que nela residem, pois, estas pessoas são o centro de todo o processo da prestação de cuidados. Moniz (2003) reforça esta ideia ao afirmar que é, cada vez mais, necessário desenvolver formas inovadoras, condignas e flexíveis para responder às reais necessidades de saúde das pessoas idosas, não esquecendo a sua heterogeneidade.

Considerando que a missão destas instituições tem por base a prestação de cuidados globais, a sua intervenção deve assentar em princípios éticos, que incluam: a dignidade, o respeito, a individualidade, a autonomia, a tomada de decisão, a liberdade, a privacidade e intimidade, a confidencialidade, a igualdade e a participação. Todos os valores e princípios devem estar presentes na concretização dos direitos dos idosos residentes, nomeadamente, no que respeita: à integridade e desenvolvimento da sua personalidade, liberdade de expressão, liberdade religiosa, uma vida afetiva, sexual e social, autonomia e gestão do próprio património

e acesso aos cuidados que necessita de forma competente, humana e atempada (Carvalho & Dias, 2011).

Os estudos de Ekholm (2010) demonstram que é possível desenvolver respostas que se adequem às necessidades da população idosa e aos cuidados que a mesma exige. Estas medidas passam por um maior investimento ao nível da saúde e do desenvolvimento de capacidades funcionais. Só quando se compreende o contexto que envolve o idoso institucionalizado é possível adaptar a intervenção com base nas suas necessidades e expectativas e assim proporcionar um ambiente físico e social que promova uma velhice bem-sucedida e uma maior qualidade de vida.

CAPÍTULO 3

SOLIDÃO E DEPRESSÃO NA POPULAÇÃO SÉNIOR

O constante progresso das ciências, em geral, e da medicina, em particular – nomeadamente na área da prevenção – tem vindo a promover um aumento progressivo do envelhecimento da população e das suas condições de vida (Paúl & Fonseca, 2005).

Assim, a OMS que sempre se dedicou a promover o aumento da esperança média de vida, depara-se com o grande desafio de melhorar a qualidade de vida dos idosos, mantendo-os ativos, preenchendo as suas necessidades existenciais e dando mais sentido às suas vidas (Oliveira, 2005).

A terceira idade caracteriza-se pela mudança de papéis e pela privação de alguns deles, nomeadamente, a perda do estatuto profissional e as transformações ao nível das relações familiares e das redes sociais (Figueiredo, 2007). Essas mudanças (*e.g.*, reforma, viuvez, casamento dos filhos) são inevitáveis e exigem um grande esforço por parte do idoso para se adaptar às mesmas e manter a qualidade de vida desejada.

Segundo Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) um dos acontecimentos mais marcantes, nesta fase da vida, é a extinção da atividade laboral, pois o tempo que antes era dedicado à atividade profissional pode ser encarado negativamente e ter repercussões negativas na saúde e no bem-estar do idoso.

De um modo geral, com o passar da idade as relações sociais e a troca de apoio social diminuem e surge o sentimento de solidão que está fortemente relacionado com o isolamento social e com o facto de viver e/ou passar a maior parte do tempo sozinho (Ussel, 2001).

Verifica-se, assim, que a solidão é um termo completamente antagónico ao conceito de humanidade. Porém, é mais comum entre as pessoas idosas do que seria de esperar e juntamente com as mudanças físicas e as constantes alterações do quadro familiar leva o idoso a padecer de sintomas depressivos (Ministério da Saúde, 2004).

Neste sentido, é fundamental dedicar mais atenção a esta população de forma a compreendê-la melhor, dar resposta às suas necessidades e proporcionar-lhes uma maior satisfação com a vida (Barreto, 1984).

3.1. Solidão

A solidão é uma palavra com um significado tão amplo e complexo que se torna difícil defini-la, porém é consensual que a mesma abarca um sentimento de angústia, abandono e isolamento (Barroso & Tapadinhas, 2006).

Segundo Rebelo (2007, p. 167) a solidão é *“um estado mental angustiante e persistente através do qual um individuo 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.”*

De um modo geral, as queixas mais frequentes dos idosos estão relacionadas com o desaparecimento progressivo de interação social e, consequente, isolamento. Neste contexto, Sousa e colaboradores (2004) identificam vários fatores que se associam à solidão, entre os quais: a reforma, a migração, a dependência, o sentimento de perda de papéis anteriores importantes, a fragilidade do estado de saúde, a má condição física, a constante rotatividade pela casa dos filhos, a institucionalização e os problemas de saúde mental, em especial a depressão (Costa, 2009).

Um estudo realizado por Barroso e Tapadinhas (2006) revelou que os idosos solteiros e divorciados apresentam níveis mais elevados de solidão do que os casados. O mesmo acontece no que se refere à percepção acerca da preocupação dos familiares/amigos e na receção de visitas, sendo que aqueles que mantêm mais contacto e percecionam maior preocupação por parte dos amigos e familiares, apresentam menos sentimentos de solidão.

No mesmo sentido, Giles, Glonek, Luszcz e Andrews (2006) referem que a percepção de preocupação por parte dos amigos e o próprio contacto com eles, através de visitas influencia significativamente os sentimentos de solidão dos idosos.

De Jong-Gierveld (1989) refere que quem experiencia a solidão vive uma situação dolorosa, principalmente quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que o idoso tem e aquelas que desejava ter. Na mesma linha, Neto (2000) perspetiva a solidão como um hiato entre as relações interpessoais concretizadas e as desejadas. O autor, acrescenta que a solidão surge quando uma pessoa se sente afastada, incompreendida, ou rejeitada pelas outras pessoas que lhe são queridas e/ou na ausência de parceiros sociais apropriados para as atividades desejadas. A grande maioria dos idosos sentem-se angustiados e insatisfeitos com a vida, chegando em alguns casos específicos a considerar-se excluídos da sociedade devido à extrema solidão experienciada.

Um estudo efetuado por Malhotra, Chan e Østbye (2010) evidencia que os sentimentos mais vulgares nas pessoas que se encontram sozinhas são: a depressão, o desespero, o aborrecimento impaciente e a auto-depreciação.

Segundo Van Dierendonck, Díaz, Rodríguez-Carvajal, Blanco e Moreno-Jimenez (2006) a solidão é uma experiência subjetiva e psicologicamente muito desagradável que afeta a forma como as pessoas se relacionam. Os autores afirmam, ainda, que depois de passarem por esta experiência, as pessoas sentem insatisfação social e instabilidade emocional, o que em alguns casos pode desencadear sintomas depressivos.

Weiss (1973), um dos primeiros autores a dedicar-se ao estudo da solidão, sugere que a mesma deve ser abordada através de duas vertentes: a unidimensional e a multidimensional. Na abordagem unidimensional a solidão é observada como um fenómeno unitário, cuja variabilidade se prende, fundamentalmente, com a intensidade com que cada sujeito a experiencia. Por outro lado, a abordagem multidimensional considera que a solidão deve ser encarada como um fenómeno multifacetado, uma vez que não se centra apenas nas experiências comuns de solidão, mas sim nos vários tipos de solidão existentes.

Segundo Paúl (1991) a solidão está intimamente associada com a viuvez, pois quando as pessoas perdem o companheiro de uma vida enfrentam um período de adaptação penoso que, por vezes, conduz a estados depressivos. No mesmo sentido, Morera, Borges, Miró e Ricchetti (2000) referem que de todos os acontecimentos vivenciados, a perda por morte de um ente querido é, talvez, a situação de maior sofrimento e que desencadeia, frequentemente, sintomas de depressão.

É na fase final do ciclo de vida que as pessoas idosas se veem confrontadas com a morte de familiares e amigos, mas a perda do cônjuge é, sem dúvida, um dos sentimentos mais penosos para a generalidade dos idosos. Este acontecimento provoca uma transição de um estágio de vida para outro, alterando o estatuto, as atividades e os papéis exercidos anteriormente (Cole & Dendukuri, 2003).

Estas conclusões são compatíveis com as encontradas no estudo efetuado por Ussel (2001) segundo o qual a viuvez é um dos acontecimentos mais trágicos para os idosos, porque revela que a relação amorosa chegou ao fim e esta situação ganha contornos muito dolorosos que dificilmente se conseguem ultrapassar. O autor refere, também, que quando a viuvez surge em idade avançada os indivíduos sentem-se ainda mais sós, pois na sua grande maioria os filhos já não residem com eles e o dia-a-dia era vivido entre o casal. Nestes casos, o sentimento de solidão é ainda mais acentuado, pois os idosos são obrigados a alterar a sua rotina, passando a viver sozinhos, na casa de familiares ou numa instituição e esta mudança, muitas vezes, não é

encarada da forma mais positiva. Os idosos podem até estabelecer novos laços afetivos, mas o sentimento de solidão permanece, devido à perda do parceiro com quem viveram grande parte da sua vida (Martina & Stevens, 2006).

No que à vida social diz respeito, os idosos deixam de realizar as atividades que até então realizavam com o cônjuge e afastam-se das amizades antigas, o que contribui para um isolamento cada vez maior. Partindo deste pressuposto, Paúl (1991) realizou um estudo que pretendeu avaliar a saúde das pessoas que perderam entes queridos. Os resultados demonstram que a saúde dos participantes permaneceu sem grandes alterações, mas os sintomas depressivos aumentaram significativamente.

Segundo Magalhães (2003) a perda do cônjuge, muitas vezes, é responsável pelo aparecimento de determinadas patologias, entre as quais, a depressão e quando a mesma não é tratada, atempadamente, pode levar o idoso à morte.

Deste modo, verificamos que entre os inúmeros fatores que contribuem para a solidão, encontram-se: o saber lidar com as recordações, a saudade do cônjuge e dos momentos íntimos com ele, a depressão, o aborrecimento com a vida, os pensamentos negativos e o sentimento de incerteza em relação à vida futura. Quando estes fatores são mal geridos podem culminar em suicídio (Ussel, 2001).

Um aspeto fundamental, e que ajuda, neste processo de aceitação do novo estado é o afastamento de casa durante algum tempo, pois o reviver de memórias contribui, em muito, para que a depressão se instale. Durante este período difícil é fundamental o apoio e a ajuda da família, assim como as visitas dos amigos mais próximos, pois irá evitar que a pessoa se isole (Santos, 2002).

De acordo com Neto (2000) o défice social pode ser abordado do ponto de vista social e emocional, como iremos ver no ponto seguinte.

3.1.1. Solidão emocional e solidão social

A solidão pode ser analisada a partir da sua dimensão social e emocional. Segundo Nunes (2008) a solidão social ocorre quando a pessoa se sente insatisfeita e só, por falta de uma rede de amigos e/ou pessoas conhecidas. A solidão emocional, por sua vez, está relacionada com a insatisfação causada por uma relação pessoal.

Devido à forte ligação entre as duas dimensões da solidão, é difícil abordá-las separadamente, mas este tipo de divisão ajuda a entender melhor os fatores que estão na sua

gênese, assim como a forma mais adequada de intervenção e prevenção (Birren & Schaie, 2001).

Vários são os autores (*e.g.*, Barroso & Tapadinhas, 2006; Cacippo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006; De Jong-Gierveld et al., 2009) que se têm dedicado ao estudo da intervenção e prevenção das situações de isolamento e solidão social. Grande parte dessas intervenções tem por base as redes sociais e os défices relacionais decorrentes das mesmas. Neste contexto, Ussel (2001) refere que as medidas de solidão social e emocional estão relacionadas com a carência de amizades e as relações íntimas, respetivamente.

Deste modo, no seu modelo relacional de solidão, Weiss (1973) identificou seis funções relacionais: (1) o vínculo, geralmente, proporcionado pelo(a) companheiro(a); (2) a integração social que decorre do contacto com os amigos; (3) o cuidado físico e emocional; (4) a confirmação do valor do outro; (5) a noção de uma aliança de confiança; (6) e a orientação em situações stressantes. A solidão funciona, assim, como uma resposta à ausência de uma ou mais funções relacionais. O autor refere, ainda, que a solidão emocional não compensa a solidão social e vice-versa.

Sendo a solidão emocional causada pela ausência ou perda de uma figura de vinculação íntima, só pode ser remediada pela integração de novo vínculo emocional, pois está relacionada com as relações românticas e familiares e como tal, o apoio social não consegue compensar o défice causado (Cacippo et al., 2006).

O apoio social só é eficaz quando a solidão está relacionada com um défice na integração social, isto é, com a perceção de falha nas relações de amizade. Assim, a solidão social pode ser considerada uma consequência secundária da solidão emocional, porque a perda do cônjuge pode provocar perdas na rede social (Blazer, 2003).

O modelo relacional de solidão de Weiss (1973) teve por base a teoria da vinculação de Bowlby (1990), segundo a qual, o ser humano tem uma necessidade primária de pertença e vínculo e quando esta figura de vinculação não existe, o vazio não pode ser ocupado por amigos ou familiares.

Os trabalhos de Di Tommasco, Brannen e Best (2004) revelam que os diferentes tipos de solidão resultam de défices e experiências distintas. Assim, enquanto os elevados níveis de solidão emocional familiar, estão associados à qualidade das relações parentais; os elevados níveis de solidão emocional romântica, estão relacionados com uma falha nos relacionamentos amorosos. Apesar das diferenças consideradas, ambas têm como ponto comum o mal-estar que provocam nas pessoas que delas padecem.

A solidão social ocorre quando a pessoa sente a falta de pertencer à comunidade ou de estabelecer laços sociais, o que desencadeia uma mistura de sentimentos de rejeição, aborrecimento e não-aceitação. A solidão emocional, por sua vez, acontece quando a pessoa sente a falta de relações pessoais e íntimas. Segundo Cacioppo e colaboradores (2006) as relações emocionais aumentam com a idade, mas o número de relações sociais diminui.

No mesmo sentido, Neto (2000) afirma que a solidão social está relacionada com carências de nível afetivo, enquanto a solidão emocional se relaciona, basicamente, com a falta de um(a) companheiro(a) com quem estabelecer relações pessoais e íntimas.

Neste particular, Martina e Stevens (2006) referem que para reduzir a solidão nos idosos será necessária uma intervenção multidimensional, que inclua o estabelecimento de amizades, mas também os fatores pessoais e situacionais.

A sensação de solidão e o isolamento afetam a saúde dos idosos de diversas formas, verificando-se que a inexistência de uma rede social satisfatória é um dos fatores de risco para a depressão mais citados na literatura (Ussel, 2001).

3.2. Depressão

Atualmente, a depressão é o principal motivo de incapacidade em todo o mundo, ocupando o quarto lugar a nível mundial entre as dez principais causas de patologia e segundo as projeções, ocupará o segundo lugar nos próximos 20 anos. Segundo a OMS, é responsável por 6.2% da morbidade na região Europeia (Apóstolo, 2008).

O interesse pela temática da depressão na velhice tem aumentado de forma significativa por ser um fenómeno comum na terceira idade e, contrariamente à opinião popular, não faz parte do processo natural do envelhecimento (Ballone, 2006).

A taxa de prevalência de depressão nos idosos é três a cinco vezes maior do que nas outras faixas etárias e, na maior parte das vezes, a sintomatologia é sub-diagnosticada e sub-tratada. Neste âmbito, Brown, Lapane e Luisi (2002) referem que em doentes institucionalizados, a situação tem tendência a continuar, porque existem muitas instituições que não possuem técnicos com os conhecimentos e qualificações necessárias para identificar os pacientes em risco.

A prevalência da depressão na terceira idade tem sido amplamente investigada e os estudos epidemiológicos têm encontrado grandes variações nas taxas de prevalência, que oscilam entre os 2.5% (Lobo, 1995) e os 49% (Minicuci, 2002) na comunidade e entre os 11% (Brown, Lapane e Luisi, 2002) e os 48% nos idosos institucionalizados (Rozzini, 1996).

Segundo Cardoso (2011) a depressão caracteriza-se por um humor deprimido, falta de motivação, dificuldades em sentir prazer em atividades normais e tendência a diminuir a autoestima. É uma sintomatologia que pode variar de pessoa para pessoa quanto à severidade, tipo, duração, persistência e número de sintomas característicos da mesma.

O diagnóstico da depressão pressupõe um grupo de sintomas psíquicos, que incluem: humor depressivo, tristeza, auto-desvalorização, sentimentos de culpa, diminuição de sentimentos de prazer na maioria das atividades que outrora eram vistas como agradáveis, fadiga, lentidão na execução de tarefas que antes eram rápidas, decréscimo do pensamento, dificuldade de concentração e de tomada de decisão. Em termos fisiológicos, surgem as alterações do sono e do apetite e a diminuição do interesse sexual. Relativamente ao comportamento, verifica-se: o retraimento social, as crises de choro, o suicídio, o atraso psicomotor, a melancolia e as características psicóticas (APA, 2002).

Barroso e Tapadinhas (2006) referem que a depressão geriátrica é pouco reconhecida porque, frequentemente, ocorre na presença de condições médicas gerais ou doenças neurológicas, cujas manifestações são semelhantes a sintomas depressivos (*e.g.*, falta de energia, fadiga, cansaço, diminuição da libido). Freitas, Py, Neri, Cançado, Gorzoni e Rocha (2002) acrescentam que apenas uma minoria de idosos tem a depressão diagnosticada e está a ser acompanhada por profissionais especializados.

A depressão pode afetar o comportamento de diferentes formas: a curto prazo, pode desencadear solidão, porque as pessoas tendem a ficar em casa e/ou de cama a maior parte do tempo; a médio prazo a pessoa deixa de perseguir oportunidades, porque pensa que nada vale a pena; a longo prazo pode originar um decréscimo do desempenho em diversas áreas (Lurie, 2007).

Zimmerman (2007) alude que a tristeza é diferente da depressão, porque a primeira não implica desinteresse e a segunda muitas vezes implica. A autora menciona, ainda, que *“a depressão é uma doença que ocorre na criança, no adolescente, no adulto e no velho. A diferença entre a depressão nas diversas faixas etárias reside no facto de que talvez o velho não tenha tanto apoio e motivação para sair dela. As depressões na velhice são quase sempre ligadas as perdas, doenças, carências e aspetos sociais (p. 108).”*

De acordo com Santos (2002), a depressão nas pessoas idosas é um motivo de hospitalização tão frequente quanto a demência e o quadro clínico que desencadeia, geralmente, é parecido com o que se pode encontrar nas outras idades. No entanto, o sentimento de culpa e a incapacidade grave, são menos vulgares; e a hipocondria, a agitação, os sintomas obsessivos e o medo de indigência são mais frequentes.

Maciel e Guerra (2006) identificam vários aspetos ligados ao envelhecimento que provocam estados depressivos, entre os quais: a falta de motivação pela vida, o afastamento dos filhos e outros familiares, a progressiva limitação física, a sensação de impotência, a perda de controlo, a sensação de inutilidade, o sentir-se um peso para os filhos e família, a perda de capacidade económica e consequente dependência financeira, a perda do cônjuge, a ansiedade perante a morte e as modificações cerebrais. O autor menciona, ainda, que nos idosos institucionalizados a depressão tem maior ênfase porque, na maior das vezes, estes encontram-se afastados do ambiente familiar e habitacional, o que desencadeia um sentimento de abandono, inutilidade, dependência e isolamento. A baixa qualidade de vida (*e.g.*, falta de intimidade, insegurança, tristeza silenciosa) oferecida pelas instituições, a diminuição do bem-estar pessoal e a reduzida autoestima contribuem significativamente para o agravamento do estado depressivo.

De acordo com Breton (2002) a depressão pode ser reativa ou endógena, sendo a primeira causada por acontecimentos específicos na vida da pessoa. A depressão endógena surge sem nenhuma razão óbvia, ou seja, a pessoa não tem consciência do motivo que a deprime.

Resultados semelhantes foram encontrados por Ballone (2006) que defende a existência de três tipos de depressão, que na população idosa, frequentemente se confundem. O autor explica que devido às condições existenciais, a depressão do idoso pode, de facto, ser reativa; mas também pode ser secundária às suas condições físicas e, devido aos eventuais antecedentes, pode ser endógena. O Quadro 1 sintetiza a tipologia do autor.

Quadro 1. Tipos de depressão

Tipos de depressão	
Depressão reativa	O idoso passa por uma situação traumática e muitas vezes causadora de grande sofrimento.
Depressão secundária	O idoso desenvolve estados patológicos e degenerativos que desencadeiam a depressão.
Depressão endógena	Associada à personalidade; as pessoas envelhecem e continuam com sintomas depressivos.

(Adaptado de Ballone, 2006)

As teorias que sustentam a depressão no idoso, como sendo diferente de outras faixas etárias, apoiam-se principalmente nos fatores de risco, sinais e sintomas associados a esta população (Bruce, 2001).

3.2.1. Fatores de risco

De acordo com a literatura (*e.g.*, Blazer, 2003; Forlenza, 2000; Margrett et al, 2010), são vários os fatores de risco que se associam significativamente aos sintomas depressivos entre as pessoas idosas, designadamente: as características demográficas (*e.g.*, género, idade, estado civil, institucionalização, escolaridade, ruralidade, profissão, estatuto socioeconómico), os aspetos psicossociais (*e.g.*, acontecimentos de vida, luto, isolamento socio afetivo, apoio sociofamiliar, solidão, dificuldades em satisfazer as atividades de vida diárias) e os riscos de saúde (*e.g.*, doenças físicas, psíquicas e crónicas, incapacidades, deficiências, ingestão de medicamentos depressores).

Segundo Cohen e Eisdorfer (1997), o género é um dos fatores de risco que mais sobressai no aparecimento de sintomas depressivos. Neste contexto, o autor refere que diversos estudos epidemiológicos realizados em diferentes nações, culturas e etnias, revelam que a depressão é, cerca de duas vezes mais prevalente em idosos do sexo feminino. Apesar das inúmeras teorias propostas, ainda nenhuma conseguiu explicar completamente esta diferença.

A institucionalização é outro fator de risco, frequentemente, apontado nas últimas décadas e que tem gerado alguma controvérsia. A partir de uma pesquisa sobre cuidados institucionais Baldwin, Harris e Kelly (1993) argumentam que grande parte dos estudos desconhece a vida das pessoas idosas antes da sua admissão nas instituições.

Os lares de idosos têm vindo a ser rotulados como sistemas fechados que ignoram o passado e negam o futuro dos residentes. No entanto, Oldman e Quilgars (1999) defendem que as instituições não podem ser responsabilizadas pela dependência dos seus idosos que, geralmente, é provocada por desigualdades estruturais que ocorrem antes da entrada na instituição. Os autores acrescentam que embora a maioria dos idosos encare a institucionalização com algo menos positivo, sabem que não têm outra alternativa e por isso agradecem o suporte e os cuidados recebidos.

Muitos idosos mencionam as dificuldades anteriores à institucionalização e relatam momentos de solidão, de depressão e de trabalho árduo; alguns referem que ao deixarem de ser um peso para os seus familiares, passaram a ter um tipo de relacionamento mais afetivo (Ng, Feng, Niti, Kua, & Yap, 2009).

Uma meta-análise sobre fatores de risco para a depressão em idosos não institucionalizados, realizada por Cole e Dendukuri (2003), identificou: a perda do cônjuge há menos de seis meses, os distúrbios do sono, a depressão, o género feminino, as incapacidades

físicas, a perda de habilidades intelectuais e limitação para realizar as atividades do dia-a-dia, como sendo os fatores mais importantes no aparecimento desta patologia.

Os trabalhos de Malhorta e colaboradores (2010) revelam que a depressão da população idosa está fortemente associada com a baixa escolaridade, a limitação funcional, a dificuldade auditiva, a incapacidade física e o facto de morar sozinho. Bergdahl (2005) por sua vez observa que o autorrelato de sintomas depressivos é um preditor de institucionalização do idoso.

Maciel e Guerra (2006) encontraram outros fatores que se associam à presença de sintomatologia depressiva, nomeadamente: idade superior a 75 anos, analfabetismo, má percepção de saúde e baixa capacidade funcional.

3.2.2. Sinais e sintomas

As alterações comportamentais podem ser o primeiro sinal de depressão, apesar de nem sempre serem facilmente reconhecidas. A fadiga associada a doença física pode produzir apatia, isolamento social e perda de interesse por atividades, anteriormente, consideradas prazerosas. Alguns idosos manifestam, ainda, alterações psicomotoras (*e.g.*, lentidão da fala, diminuição dos movimentos corporais) e nos casos mais graves isolam-se da sociedade e negligenciam os cuidados pessoais. Outros casos são caracterizados por excessiva ativação psicomotora, nomeadamente: agitação, cruzar de mãos, preocupação obsessiva, comportamento compulsivo e/ou inquietação. Importa realçar que estas alterações, muitas vezes, são um sinal de alerta para a presença de sintomas depressivos (Cohen & Eisdorfer, 1997).

Segundo Birrer e Schaie (2001) a principal característica da depressão em doentes idosos é a co-morbilidade médica. O autor salienta que a maior prevalência de depressão se observa em doentes com: AVC (25% a 48%), doença coronária (8% a 44%), cancro (1% a 40%) e doença de Alzheimer (20% a 40%).

De acordo com Ballone (2006) os sintomas depressivos dão origem a múltiplas manifestações, entre as quais se encontram o sofrimento moral, a inibição global e o decréscimo de convívio social, o desânimo, a insónia, a apatia, a tristeza, a falta de apetite, a falta de vontade de fazer as coisas mais simples do quotidiano e a perda de interesse pelas coisas que anteriormente lhe davam prazer. O mesmo autor refere, ainda, que as queixas físicas e os distúrbios do sono são os primeiros sinais de depressão.

Zimerman (2007) acrescenta: a melancolia, a falta de motivação, o desinteresse, a somatização, a irritabilidade, a dificuldade de concentração e perda de gosto pela vida que em

casos mais extremos, pode conduzir ao suicídio. Considera, ainda, que no geral, as pessoas deprimidas são angustiadas, afetivamente vulneráveis, inibidas e revelam algumas dificuldades em conviver com os familiares e amigos, chegando mesmo a recusar-se a sair da cama, tomar banho e vestir-se.

A depressão pode ter sintomas muito diversos, que podem ser de natureza física ou psíquica (Quadro 2). Eis a lista dos sintomas psíquicos e físicos mais comuns:

Quadro 2. Sintomas da depressão

Sintomas da depressão	
Psíquicos	• Humor triste, falta de prazer com a vida, sensação de falta de valor • Sensação de solidão, sentimento de abandono, vontade de estar sozinho, ausência de momentos de alegria, sensibilidade interpessoal à rejeição • Indecisão, ansiedade, falta de concentração, hipervigilância, agitação, antecipação do perigo, opressão no peito, irritação, alucinações • Lentidão, preocupação excessiva, desesperança, culpa • Ideação suicida, ilusões hipocondríacas.
Físicos	• Choro fácil, perda de apetite/pesa, aumento de apetite/peso • Cansaço generalizado, cansaço dos membros • Diminuição do interesse sexual • Dificuldades do sono, dormir demasiado • Impressão de cabeça oca, dores de cabeça, tonturas • Dores abdominais, dores lombares, mal-estar generalizado

(Adaptado de Nunes, 2008)

Nunes (2008) alega que a existência de doenças físicas pode constituir um fator confusional no diagnóstico da depressão, visto que a maioria dos idosos personifica a interação entre as doenças físicas e psiquiátricas.

CAPÍTULO 4

SATISFAÇÃO COM A VIDA NA POPULAÇÃO SÊNIOR

Com o aumento da esperança média de vida da população, torna-se importante garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade e satisfação com a vida, porque nem sempre o incremento do tempo de vida é acompanhado por um acréscimo de qualidade de vida, antes pelo contrário, esta tende mesmo a deteriorar-se com o envelhecimento (Fonseca, 2006).

4.1. O conceito de bem-estar na população sénior

A satisfação com a vida é conceito complexo e, como tal, difícil de medir, pelo que, na última década, tem sido foco de interesse de vários estudos. Segundo Santos (2008), a satisfação com a vida é uma medida de bem-estar subjetivo que reflete a avaliação pessoal sobre áreas específicas e o modo como as pessoas vivenciam as suas experiências positivas. Neste sentido, está fortemente associada com a qualidade de vida e o bem-estar, que apesar de terem significados muito próximos são conceitos distintos.

A qualidade de vida abarca as dimensões física, psicológica, social e ambiental e é considerada um dos conceitos fundamentais para compreender o processo de envelhecimento. De acordo com Sequeira (2010) a qualidade de vida é uma percepção individual da posição na vida, no contexto do sistema cultural e dos valores em que as pessoas vivem, que se relaciona com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações.

O bem-estar subjetivo, por sua vez, procura compreender o modo como as pessoas avaliam a sua vida. Na perspetiva de Resende, Bones, Souza e Guimarães (2006) esta avaliação é feita em relação a aspetos como a felicidade, a satisfação, o estado de espírito e o afeto, pelo que geralmente é apelidada de avaliação subjetiva da qualidade de vida. Tendo por base este pressuposto, Silva (2009) refere que é importante diferenciar os conceitos de satisfação e felicidade, pois muitas vezes, são alvo de confusão. Assim, de um modo geral, a satisfação com a vida pode ser entendida como uma apreciação face à sua vida no seu todo, e a felicidade refere-se ao balanço que se faz entre os afetos positivos e negativos vivenciados naquele momento.

Segundo Sequeira (2010) a satisfação com a vida e o bem-estar psicológico estão associados a um envelhecimento bem-sucedido, pelo que o processo de envelhecimento deve ser encarado como uma capacidade adaptativa para responder com resiliência aos obstáculos que vão surgindo nesta etapa da vida.

Nesta perspectiva, Victor, Scambler, Bond e Bowling (2000) afirmam que para se ter qualidade de vida é necessário considerar o bem-estar, que abarca conceitos como a saúde biológica, a saúde mental, a satisfação, o controle cognitivo, a competência social, a atividade e a eficácia cognitiva. Os autores referem, ainda, que a satisfação com a vida reflete o grau em que a qualidade de vida é percebida, pelo que envolve os hábitos de vida, a atividade física, a sensação de bem-estar, as condições físicas e ambientais e o relacionamento familiar e de amizade.

Por outro lado, Albuquerque e Tróccoli (2004) defendem que a satisfação com a vida é um julgamento cognitivo de um domínio específico da vida, ou seja, uma avaliação geral da própria vida de acordo com determinados critérios, cujo julgamento depende da comparação entre as circunstâncias de vida da pessoa e o padrão que ela escolheu. Giacomoni (2004) salienta que uma pessoa com elevado sentimento de bem-estar encara a vida com maior satisfação, pois os afetos positivos prevalecem sobre os negativos.

Apesar da sua forte componente subjetiva, o conceito de satisfação com a vida é parte integrante da qualidade de vida das pessoas idosas e um importante indicador no processo de envelhecimento. É um conceito dinâmico e multidimensional que abrange todos os aspetos da vida e cujos julgamentos e emoções mudam ao longo do tempo (Joia, Ruiz, & Donalisio, 2007).

De acordo com Resende, Silva, Cardoso, Caixeta e Braga (2004), a satisfação com a vida é uma medida de bem-estar subjetivo que reflete a avaliação pessoal sobre áreas específicas da vida privada, entre as quais: a saúde física e mental, as relações sociais e as relações familiares. Munita (2004), por sua vez, alude que a satisfação com a vida retrata os motivos que levam as pessoas a viverem as suas expressões de vida de forma positiva e expressa diretamente a relação existente entre as metas obtidas e as metas desejadas.

Na mesma linha, Kafetsios (2006) concebe a satisfação com a vida como um processo através do qual as percepções são comparadas com as aspirações e a diferença entre ambas é o bem-estar percebido. De forma semelhante, Caspi e Elder (1986) afirmam que satisfação com a vida na velhice é o resultado de um balanço entre os objetivos previstos e as metas alcançadas. Para os autores, os recursos pessoais determinam as escolhas e as ações que modelam o percurso da vida. Acrescentam, ainda, que estes recursos pessoais se ancoram em experiências anteriores, pelo que fazem aumentar ou reduzir os efeitos dos acontecimentos stressantes que provocaram alterações imprevistas no passado.

Na terceira idade, a satisfação com vida implica a adoção de formas de transação ideal entre o indivíduo e o ambiente, pelo que é fundamental ajustar os recursos pessoais e as exigências impostas pelos acontecimentos de vida (Erbolato, 2004).

Fry (1992; cit. por Fonseca, 2006) defende que devemos privilegiar um modelo de congruência entre as necessidades pessoais e o controlo do ambiente. Salienta, ainda, que esta congruência deve enfatizar a satisfação com a vida na velhice e examinar os recursos pessoais e sociais que podem ser trabalhados para promover essa satisfação. Esta abordagem sócio ambiental ajuda a compreender o comportamento social dos idosos numa perspetiva dinâmica e interacionista, pois ao avaliar e intervir sobre os recursos pessoais e sociais, é possível desenvolver as condições necessárias para aumentar a satisfação com a vida.

Esta visão é partilhada por Resende, Bones, Souza e Guimarães (2006) que afirma que a satisfação com a vida na terceira idade requer um ajustamento entre a pessoa e o seu meio ambiente. Quando esse ajustamento não existe provoca uma desvalorização que compromete a satisfação com a vida, gerando assim, maior suscetibilidade individual, dependência, conformismo em relação às situações do dia-a-dia e uma imagem desajustada de si próprio.

4.2. Contexto habitacional

Na terceira idade, viver na própria casa significa preservar a integridade pessoal e a identidade social e é encarado como uma forma de independência (Fonseca, Gonçalves, & Azevedo, 2008). Esta vinculação ao lugar é vista como uma ligação emocional (*e.g.*, pensamentos, crenças, atitudes, comportamentos, sentimentos) que se estabelece entre o idoso e o seu ambiente físico. O vínculo que o idoso tem com a sua casa é parte integrante da sua identidade, na medida em que a mesma, representa um local de intimidade e privacidade individual, um lugar de conforto envolto em memórias e cuja rutura poderá originar alterações que prejudicam a adaptação a qualquer outro local (Speller, 2005).

A casa e o seu meio envolvente têm muita importância e significado para o idoso. É o espaço que conhecem, onde se sentem bem e onde desenvolvem as relações interpessoais. A casa reflete os valores culturais relativos à identidade pessoal e social de cada um, além de que adquire um significado psicológico único para os seus residentes que se ligam às mesmas por laços afetivos, aos quais são conferidos valores simbólicos, por associação a memórias do passado (Chalise, Saito, Takahashi, & Kai, 2007).

Esta interação pessoa-ambiente é o reflexo do processo de apropriação, ligação e identidade das pessoas, bem como a possibilidade de controlo e familiaridade (Paúl, 1991). Todavia, a determinação da altura, a casa pode tornar-se uma fonte de vulnerabilidade para os idosos, e é nesse sentido que o realojamento deve ser equacionado. A manutenção do idoso na sua casa depende de cinco critérios importantes: (1) estabilidade clínica; (2) apoio de um cuidador

competente; (3) ambiente físico adequado ou adaptado às suas necessidades e às dos cuidadores; (4) acesso aos diversos serviços profissionais; (5) e adequado suporte financeiro.

A vontade de envelhecer na própria casa é muito frequente no idoso, porque é lá que estão os seus pertences, as suas memórias e, no fundo, toda a sua vida. Contudo, nem sempre esta situação é possível, pois muitas comunidades, principalmente rurais, não dispõem dos serviços e recursos necessários para satisfazer as necessidades básicas diárias dos seus idosos. É neste contexto que, a institucionalização surge como sendo a última alternativa (Fonseca et al., 2008).

4.3. Ambiente institucional

Apesar da institucionalização ser uma realidade, cada vez mais frequente, continua a ser um processo difícil de aceitar pelos idosos que nele estão envolvidos, pois simboliza o afastamento do espaço físico e social que os mesmos conhecem e onde viveram a maior parte das suas vidas. Esta situação obriga o idoso a reaprender e a integrar-se num meio que lhe é desconhecido e que, em muitos casos, assume o controlo de vários aspetos da sua vida (Paúl & Fonseca, 2005).

Muitas vezes, a entrada para uma instituição é considerada “*o último elo de um encadeamento de fracassos sociais*” (Pimentel, 2005, p. 59). Neste contexto, é fundamental que os equipamentos destinados ao internamento de idosos ofereçam serviços personalizados que respeitem a individualidade e a privacidade dos seus residentes. Só quando as instituições são sensíveis à diversidade dos modos de vida dos seus utentes, possibilitam que os mesmos criem novos hábitos, se adaptem à mudança e consigam transformar o espaço institucional no seu meio residencial, encarando-o como o seu verdadeiro lar (Erbolato, 2004).

Paúl (1991) salienta que a institucionalização, enquanto forma de adaptação a um novo ambiente, envolve um processo de apropriação, ligação e identidade bastante longo, e muitas vezes doloroso, até que o idoso o considere, verdadeiramente, o seu lar. Segundo Reed, Cook, Sullivan e Burrige (2003) a aceitação da instituição como sendo a própria casa depende de características subjetivas e interpessoais acerca do ambiente institucional. Esta sensação de “estar em casa” depende de três fatores: (1) as circunstâncias da institucionalização; (2) as definições subjetivas dos residentes acerca do lar; (3) e a continuidade conseguida após a mudança.

Na mesma linha Hersch, Spencer e Kapoor (2003) referem que uma adaptação bem-sucedida depende da satisfação pessoal do idoso e da gestão satisfatória das exigências

ambientais. Os autores defendem que o envolvimento do idoso no processo de decisão sobre a institucionalização favorece a aceitação e o reconhecimento de que a mudança é necessária e poderá trazer benefícios. É muito importante que o idoso tenha oportunidade de escolher entre várias opções para que a institucionalização não seja encarada como um facto consumado.

Quanto o idoso é impedido de tomar decisões sobre a sua própria vida, a adaptação à instituição é muito mais difícil, porque sente que lhe retiraram a capacidade de participar e controlar a sua vida social. Quando tal acontece, o processo de institucionalização transforma-se em algo doloroso de enfrentar e pode desencadear um declínio do estado de saúde, além de que poderão surgir sentimentos de inutilidade, depressão, perda de interesse em atividades outrora prazerosas e isolamento social (Ribeiro & Paúl, 2011).

Para que o idoso se sinta satisfeito com o ambiente institucional, é crucial que lhe seja permitido fazer escolhas e manter a sua individualidade. Neste sentido, as instituições devem desenvolver medidas de flexibilização que permitam aos residentes ser responsáveis pela sua vida e pelas suas atividades diárias. Esta responsabilização aumenta o seu bem-estar, a autoconfiança e a autoestima do idoso (Barros, 2011).

A institucionalização dos idosos implica, quase sempre, o abandono dos papéis familiares, sobretudo o de pais e avós. Por outro lado, quando a adaptação é bem-sucedida, as pessoas da instituição (*e.g.*, residentes, cuidadores) podem funcionar como uma nova família, sendo frequente a criação de laços de profunda afetividade e quando isto acontece o idoso sente maior satisfação com a vida (Leandro, 2001).

4.4. A importância do apoio familiar

Os familiares, os cuidadores e os próprios idosos devem aceitar o envelhecimento como mais um estágio próprio da condição humana e encarar o mesmo como um período de capitalização de todas as aprendizagens realizadas (Joel, 2002).

Independentemente da extensão da rede social do idoso, a família é a instituição de apoio mais importante e a eleita pela maioria dos idosos para lhe prestar os cuidados necessários (Willgerodot & Killien, 2004; De La Cuesta, 2004).

A família é considerada extremamente importante na vida dos seus idosos, mas o convívio familiar, por vezes, gera grandes conflitos. Assim, é essencial que os seus elementos se esforcem por entender o comportamento dos seus idosos, de modo a conseguirem satisfazer as suas necessidades (Ornelas, 2008).

Nesta e noutras fases da vida, a comunicação é um aspeto fulcral, pois permite a partilha de sentimentos e emoções entre pessoas. Quando as intenções, opiniões, afetos, sentimentos e emoções sentidas pela outra pessoa são apreendidas e compreendidas criam-se laços muito fortes (Phaneuf, 2005).

Com o passar dos anos, as funções sociais dos idosos vão diminuindo e a progressiva perda de poder de argumentação, dos papéis sociais e de autonomia, bem como as alterações ao nível da comunicação, desencadeiam a diminuição dos contactos sociais e aceleram significativamente o processo de envelhecimento (Dias & Schwartz, 2005).

Neste particular, é fundamental criar estratégias que promovam um envelhecimento bem-sucedido, nomeadamente, o desenvolvimento de atividades que promovam a aproximação da família, de forma a preservar os laços afetivos (Pérsico, 2010)

Após terem cuidado dos filhos, os idosos esperam que os mesmos retribuam e lhes ofereçam a proteção e os cuidados que necessitam, mas nem sempre a família tem capacidade e disposição para assumir essa responsabilidade e é neste contexto que surge a institucionalização. Contudo, cabe aos familiares das pessoas institucionalizadas, fazerem o que está ao seu alcance para manter a normalidade dos laços afetivos com essas pessoas (Sequeira, 2007).

Segundo Zimerman (2007), as famílias que institucionalizam os seus idosos visitam-nos em média três vezes por semana, mas à medida que o tempo passa, o contacto vai diminuindo e as visitas começam a ser mais espaçadas, chegando a ser apenas uma ou duas vezes por ano.

Seja qual for a fase da vida, o ser humano necessita de estabelecer relações e laços afetivos, de amar e ser amado e mesmo em situações em que é impossível partilhar o mesmo teto, a família deve apoiar os seus idosos, porque os laços afetivos são mais importantes que o espaço físico (Imaginário, 2004).

4.5. Apoio e suporte social

Enquanto membro da sociedade, o idoso deve desfrutar de todos os direitos humanos fundamentais (*e.g.*, saúde, educação, cultura, lazer, cidadania, convivência familiar) pelo que a família, a sociedade e o poder público devem garantir a sua integração social. O convívio social e o acesso a atividades culturais e de lazer são imprescindíveis para um envelhecimento saudável pois proporcionam um aumento da qualidade de vida e da satisfação pessoal (Joia et al., 2007).

Bertelli, Bianchi e Cruz (2009) defendem que o suporte social é um aspeto central do envelhecimento bem-sucedido, pois é considerado um apoio que abarca todas as esferas da vida do idoso. É um constructo multidimensional que envolve as redes sociais, a frequência de contacto com os membros dessas redes, o suporte emocional, a qualidade do suporte social e a ajuda recíproca entre os diferentes membros (Chalise et al., 2007). Podemos, assim, afirmar que o suporte social é composto por aspetos estruturais (distais) e funcionais (proximais) (Bowling & Stafford, 2007).

Os aspetos estruturais incluem o tamanho da rede social, a frequência das interações, e o tipo de relacionamentos; e os aspetos funcionais englobam a parte emocional, a instrumental e a satisfação dos idosos com esse suporte (Kafetsios, 2006).

O suporte social emocional ocorre quando o indivíduo cuida e se preocupa com o bem-estar do outro; o suporte social instrumental surge através do apoio prestado na resolução de um problema ou para completar uma tarefa; e o suporte social informativo diz respeito aos esclarecimentos, explicações e informações que possibilitam um melhor entendimento e compreensão das diversas situações com que os idosos se deparam no seu dia-a-dia (Arkar, Sari, & Fidaner, 2004).

Chalise e colaboradores (2006) sugerem que ao longo da vida as pessoas são protegidas pelos seus relacionamentos sociais, especialmente a família e os amigos. Contudo, à medida que o indivíduo envelhece, vai ficando mais ou menos próximo da sua rede social, consoante os acontecimentos da sua vida e esta situação afeta sobremaneira a saúde e o bem-estar do idoso. Siqueira e Padovam (2007) acrescentam que existe uma forte associação entre a rede de suporte social e a frequência de contactos e o decréscimo da mortalidade, independentemente do género, idade, estado de saúde e fatores socioeconómicos.

Partindo deste pressuposto, Bowling e Stafford (2007) examinaram a interação entre as três dimensões do suporte social – contacto social, suporte recebido e suporte antecipado – e verificaram que o contacto com os familiares se associa positivamente com suporte social recebido e que esta relação aumenta a percepção de suporte para o futuro.

O suporte social desempenha um papel muito importante na qualidade de vida dos idosos, pois ajuda-os a superar situações difíceis e a aumentar a satisfação com a vida. Paúl (2005) salienta que a associação entre as relações sociais e a saúde é de primordial importância para um envelhecimento bem-sucedido. Na mesma linha, Kafetsios (2006) refere que uma percepção positiva de suporte social tende a reduzir os efeitos do *stress*. Por outro lado, Cummings (2002) refere que a insatisfação com o suporte social recebido favorece o aparecimento de sintomatologia depressiva.

Os resultados dos estudos desenvolvidos por Siqueira e Padovam (2007) sugerem que interações sociais das pessoas idosas se regem, fortemente, pela norma da reciprocidade social. Assim, muitos idosos demonstram alguma insatisfação com o seu suporte social pois consideram ter dado mais do que aquilo que estão a receber atualmente. Os idosos insatisfeitos com o suporte social recebido são mais propensos a sofrer de stress do que os idosos que se sentem mais satisfeitos com o suporte social que recebem.

A existência de uma boa rede social protege as pessoas de doenças e atua como facilitador nos processos de cura, nomeadamente, ao nível da hipertensão arterial e da depressão (Joia et al., 2007).

A integração social pode ser dividida em duas partes: (1) a rede de relacionamentos informais (*e.g.*, amigos, conhecidos); (2) e o relacionamento formal no qual se incluem as atividades proporcionadas por várias organizações. O envolvimento em atividades sociais revela-se bastante positivo, pois proporciona um aumento da qualidade e satisfação com a vida (Siqueira & Padovam, 2007).

Quando analisamos a relação entre o suporte social e a saúde verifica-se que o primeiro exerce um papel protetor sobre o segundo, agindo, ainda como facilitador na adaptação em crises emocionais. Paúl e Fonseca (2005) sugerem que as pessoas insatisfeitas com a quantidade e qualidade do suporte social recebido têm tendência a sofrer de perturbações psicológicas.

Resende e colaboradores (2006) ressaltam que as redes de apoio social são essenciais para assegurar a autonomia dos idosos, um autoconceito positivo e uma maior satisfação com a vida, que são elementos essenciais para granjear um envelhecimento bem-sucedido. Os autores constataram, ainda, que as redes sociais são muito úteis na manutenção da qualidade de vida na velhice, pois possibilitam oportunidades de comunicação prazerosa, confidências e sentimentos de segurança e apoio em situações críticas.

Resultados semelhantes foram encontrados nos estudos de Sequeira e Silva (2003) segundo os quais os idosos mais ativos revelam níveis mais elevados de bem-estar e uma atitude mais positiva face ao envelhecimento do que os idosos que afirmaram ter pouca atividade. Na mesma linha Erbolato (2004) afirma que a manutenção de relações sociais favorece o bem-estar psicológico e reduz o isolamento.

Perante o exposto, podemos concluir que a presença de redes sociais é um dado decisivo para a qualidade de vida dos idosos e para um envelhecimento bem-sucedido, pois facilita o ajuste social e promove a saúde mental (Benedetti, Borges, Petroski, & Gonçalves,

PARTE II – METODOLOGIA DA INVESTIGAÇÃO

CAPÍTULO 5

MÉTODO

5.1. Formulação do problema

A solidão é considerada uma das queixas mais frequentes nos idosos, seja ela devido à entrada dos filhos no mercado de trabalho, à chegada da reforma e/ou à perda do cônjuge, na maior parte das vezes companheiros de uma vida (Rossell, 2004). Além destes fatores acresce o facto de, nesta faixa etária, começarem a ocorrer défices a nível físico e cognitivo, o que obriga a uma presença constante dos familiares junto dos mesmos.

Na impossibilidade de os familiares assumirem estas funções, porque não podem ou não querem deixar os seus empregos, a institucionalização parece ser uma das respostas socialmente mais adequadas.

Todavia, a institucionalização pode causar no idoso insatisfação e muitas vezes originar sintomas depressivos, pois podem sentir-se mais sós e descontentes devido ao afastamento das suas famílias, amigos e redes sociais (Fonseca, 2005). Neste âmbito, é fundamental conhecer a perceção dos idosos acerca da situação em que se encontram, para que se possam tomar medidas que permitam aumentar a sua qualidade de vida.

5.2. Objetivos e justificação do estudo

Face ao exposto, espera-se que este estudo possa contribuir para conhecer as características psicossociais da população sénior e desenvolver medidas que ajudem a melhorar a sua qualidade de vida (*e.g.*, atividades de lazer, convívio com os pares).

5.2.1. Objetivo geral

A presente investigação tem como objetivo geral avaliar o impacto da solidão e da depressão na satisfação com a vida da população sénior institucionalizada e não institucionalizada e verificar de que forma o processo de institucionalização interfere nas variáveis referidas.

5.2.2. Objetivos específicos

A partir do objetivo geral foram extraídos cinco objetivos específicos, nomeadamente:

1. Averiguar se existem diferenças significativas entre a população sénior institucionalizada e não institucionalizada no que diz respeito à solidão, depressão e satisfação com a vida.
2. Identificar os níveis de depressão na população sénior institucionalizada e não institucionalizada.
3. Conhecer o impacto da solidão na qualidade de vida na população sénior institucionalizada e não institucionalizada.
4. Apurar se a solidão, a depressão e a satisfação com a vida na população sénior se encontram correlacionadas.
5. Perceber qual das variáveis dependentes – solidão ou depressão – tem maior impacto na qualidade de vida da população sénior.

5.2.3. Hipóteses de estudo

A partir dos objetivos específicos foram formuladas as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Existem diferenças significativas no que diz respeito à satisfação com a vida da população sénior em função da mesma se encontrar ou não institucionalizada.

Hipótese 2: Existem diferenças significativas no que diz respeito à solidão da população sénior em função da mesma se encontrar ou não institucionalizada.

Hipótese 3: Existem diferenças significativas no que diz respeito aos sintomas depressivos da população sénior em função da mesma se encontrar ou não institucionalizada.

Hipótese 4: A institucionalização, a solidão, a depressão e a satisfação com a vida na população sénior encontram-se correlacionadas.

Hipótese 5: A solidão e a depressão têm um impacto significativo na satisfação com a vida na população sénior.

5.4. Variáveis em estudo

A **variável dependente** é o fator a ser manipulado ou influenciado pelas variáveis independentes. A variável dependente deste estudo é: a satisfação com a vida da população sénior institucionalizada e não institucionalizada.

A **variável independente** é a que determina, influencia ou afeta uma outra variável; é a condição ou a causa para certo resultado, efeito ou consequência. As variáveis independentes são: a solidão e a depressão.

5.3. População em amostra

A amostra é composta por 100 indivíduos seniores, dos quais 50 correspondem à população institucionalizada e os restantes 50 correspondem à população não institucionalizada. Na Tabela 3 apresentam-se as características de ambas as amostras.

Tabela 3

Caracterização dos participantes

	População institucionalizada		População não institucionalizada	
	N	%	N	%
Género				
Masculino	30	60.0	25	50.0
Feminino	20	40.0	25	50.0
Faixa etária				
Menos de 80 anos	11	22.0	32	64.0
80 anos ou mais	39	78.0	18	36.0
Estado civil				
Solteiro(a)	3	6.0	4	8.0
Casado(a)	0	0	12	24.0
Divorciado(a)	13	26.0	6	12.0
Viúvo(a)	34	68.0	28	56.0
Nível de escolaridade				
Sem escolaridade	11	22.0	5	10.0
1º CEB	7	14.0	5	10.0
2ª CEB	19	38.0	6	12.0
3º CEB	9	18.0	2	4.0
Ensino secundário	0	0	19	38.0
Ensino superior	4	8.0	13	26.0
Filhos				
Sim	34	68.0	28	56.0
Não	16	32.0	22	44.0
Número de filhos				
1 filho	14	28.0	6	12.0
2 filhos	11	22.0	18	36.0
3 filhos ou mais	10	20.0	4	8.0

Nota: CEB = Ciclo do Ensino Básico

Observando a Tabela 3 é possível verificar que a população institucionalizada é maioritariamente masculina e tem 80 anos ou mais. Importa, ainda, referir que não existem idosos casados em instituições e que maior parte dos que se encontram institucionalizados são viúvos.

Os dados da população institucionalizada foram recolhidos em três instituições privadas, da área da Grande Lisboa e os da população não institucionalizada numa clínica privada de oftalmologia. De salientar que as instituições e a clínica onde os dados foram recolhidos não autorizaram que o seu nome fosse divulgado, sendo essa uma condição imposta pela Direção das mesmas, para que os questionários pudessem ser aplicados.

5.4. Instrumentos

Para recolher os dados referentes à sintomatologia depressiva foi utilizada a Escala de Depressão Geriátrica-15 (GDS-15) (Sheikh & Yesavage, 1986); para avaliar o juízo subjetivo que cada indivíduo faz sobre a qualidade da própria vida foi utilizada a Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen, & Grifflins, 1985); e para identificar os níveis de solidão recorreu-se à Escala da Solidão da UCLA (Russell, Peplau, & Cutrona, 1980). Foi, ainda, aplicado um questionário sociodemográfico para a caracterização da amostra. Os instrumentos encontram-se descritos a seguir.

5.4.1. Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico¹ utilizado na presente investigação foi elaborado especificamente para o efeito. Neste contexto, foram construídas duas versões equivalentes: uma para idosos institucionalizados e outra para idosos não institucionalizados.

As primeiras cinco questões são comuns às duas versões e destinam-se à recolha de dados pessoais, nomeadamente: a idade, o género, o estado civil, o nível de escolaridade e o número de filhos.

Na versão para idosos institucionalizados procurou-se saber se é primeira vez que o idoso se encontra a viver numa instituição e há quanto tempo se encontra na mesma, se é por iniciativa própria ou por vontade dos seus familiares, se mantém contacto com a família e com que periodicidade.

¹ Apêndice A

A versão elaborada para os idosos não institucionalizados pretendeu averiguar com quem o idoso vive, se costuma ficar sozinho em casa, quem lhe prepara as refeições e lhe trata da lida da casa e da roupa e se frequenta algum centro de dia.

5.4.2. Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

Desenvolvida e validada por Yesavage, Rose, Lum, Huang, Adey e Leirer (1983) a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) foi adaptada para o contexto português por Veríssimo (1988). A GDS-15² é uma versão curta da escala original a partir dos itens que apresentavam uma correlação mais forte com o diagnóstico de depressão (Sheikh & Yesavage, 1986). Esses itens revelam boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas. Esta versão reduzida foi aferida e validada para a população portuguesa por Apóstolo (2011).

Trata-se de uma escala de autopreenchimento, com duas alternativas de resposta (sim ou não), consoante o modo como o idoso se tem sentido durante a última semana. Apesar de ser uma escala de autorrelato, as questões podem ser lidas aos doentes que não possam responder de forma independente (Barreto et al., 2003).

Os resultados são obtidos através da soma da pontuação de todos os itens que compõem a escala e podem oscilar entre 0 e 15 pontos. Assim, quanto mais elevada for a pontuação, maior é o grau de depressão.

De referir que existem cinco itens com a escala de medida invertida, nomeadamente o 1, 5, 7, 11, 13.

Os autores sugerem que os resultados podem ser quantificados de acordo com o exposto no Quadro 3.

Quadro 3. GDS-15: grau de depressão

Pontuação	Grau de depressão
Entre 0 e 4 pontos	Ausência de depressão
Entre 5 e 10 pontos	Depressão ligeira
Entre 11 e 15 pontos	Depressão grave

² Anexo A

Segundo Fernandes (2000) este é o único instrumento que terá sido elaborado com o objetivo de ser utilizado, especificamente, para pessoas idosas. Além disso, elimina a confusão, geralmente presente noutros instrumentos de avaliação da depressão (*e.g.*, indicadores somáticos da depressão, manifestações físicas normais da velhice).

Relativamente à consistência interna, a GDS-15 apresenta um alfa de Cronbach de 0.83, o que revela uma boa adequabilidade.

5.4.3. Escala de Solidão da UCLA

A Escala de Solidão da UCLA³ é uma adaptação da *Revised UCLA Loneliness Scale* desenvolvida por Russell, Peplau e Cutrona (1980) e aferida para a população portuguesa por Neto (1989).

É um instrumento composto por um total de 18 itens de autopreenchimento, que avaliam a solidão e os sentimentos associados à mesma. Cada item corresponde a uma frase que remete para o estado psicológico que melhor reflete os sentimentos da pessoa naquele momento. Para cada frase existem quatro possibilidades de resposta, apresentadas numa escala tipo *Likert* que oscila entre 1 - nunca e 4 - muitas vezes.

Os resultados são determinados pela soma da pontuação dos 18 itens que compõem a escala e podem variar entre 18 e 72. Quanto mais elevada for a pontuação, maior é o nível de solidão do indivíduo e menor é a sua satisfação social.

No que diz respeito às qualidades métricas, a versão portuguesa da Escala de Solidão da UCLA revelou uma boa consistência interna, com um alfa de *Cronbach* igual a 0.87.

5.4.4. Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)⁴ foi desenvolvida por Diener e colaboradores (1985), com o objetivo de avaliar a perceção que cada indivíduo tem sobre a qualidade da sua própria vida. Este instrumento permite avaliar vários domínios (*e.g.*, saúde, família, profissão) e diversos estados de espírito, de modo a obter um resultado global, positivo ou negativo, sobre a própria existência.

³ Anexo B

⁴ Anexo C

A SWLS foi validada e aferida para a população portuguesa, pela primeira vez, por Neto e colaboradores (1990) e revelou uma adequada consistência interna (alfa de *Cronbach* = 0.78). Nesta versão, as respostas são dadas através de uma escala de *Likert* de sete pontos e a pontuação pode variar entre 5 e 35 pontos.

Posteriormente, Simões (1992) procedeu a nova validação, aprimorando alguns aspetos da tradução, de forma a tornar o conteúdo mais compreensível a todas as populações, independentemente do nível cultural. Neste âmbito, reduziu para cinco o número de alternativas de resposta, passando a pontuação a variar entre 5 e 25 pontos.

Quanto mais elevados são os resultados obtidos através da soma das respostas dos cinco itens, mais elevada é a satisfação com a vida. Esta nova versão obteve valores praticamente idênticos aos de Neto e colaboradores (1990), no que respeita ao alfa de *Cronbach* (0.77), o que revela uma adequada consistência interna.

5.5. Procedimento

Numa primeira fase foi efetuado o contacto com a direção das instituições, no sentido de obter a autorização necessária à realização do estudo nas mesmas.

Antes da aplicação dos questionários foi explicado aos idosos institucionalizados e não institucionalizados qual era o objetivo do estudo, assegurada a confidencialidade dos resultados e a garantia que os dados apenas seriam usados para fins meramente académicos.

Foi, ainda, pedido que os participantes assinassem um consentimento informado e todos foram avisados que poderiam abandonar o estudo, a qualquer momento, se assim o desejassem.

Os questionários foram preenchidos individualmente e tiveram uma duração de cerca de 15 minutos. Na maior parte dos casos, principalmente, na população institucionalizada, a investigadora fez as perguntas e preencheu os questionários de acordo com as respostas dadas pelos participantes.

Importa referir que antes da aplicação dos questionários, todos os participantes foram avaliados através do *Mini-Mental State* (MMS) para despiste de possíveis demências.

Posteriormente procedeu-se ao tratamento dos dados utilizando-se para o efeito o programa estatístico SPSS (versão 22).

PARTE III – RESULTADOS

CAPÍTULO 6

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Numa primeira fase serão apresentadas as estatísticas descritivas das variáveis em estudo, após as quais serão testadas as hipóteses de investigação. Para o efeito recorreremos aos coeficientes de correlação para quantificar a intensidade e a direção da relação entre duas variáveis e a análises de regressão para averiguar o impacto solidão e da depressão na satisfação com a vida da população sénior institucionalizada e não institucionalizada.

6.1. Estatísticas descritivas

Como anteriormente referido, antes da aplicação dos questionários todos os participantes foram avaliados através do MMS, cujos valores oscilaram entre 24 e 30 ($M = 27.48$; $DP = 1.28$), o que revela a inexistência de demências (Tabela 4).

Tabela 4

Valores de referência do MMS

Nível de escolaridade dos participantes	Ponto de corte
Analfabetos ou com 2 anos de escolaridade	Maior ou igual a 20 pontos
Entre 3 a 6 anos de escolaridade	Maior ou igual a 22 pontos
Com mais de 7 anos de escolaridade	Maior ou igual a 25 pontos

Os resultados obtidos demonstram que 98.0% dos participantes é a primeira vez que se encontram institucionalizados e em média já vivem nas instituições há cerca de 4 anos ($M = 4.14$ anos; $DP = 2.91$; Mínimo = 1 anos; Máximo = 10 anos); 35.0% mencionou, ainda, que foi viver para a instituição por vontade própria, 16.0% por vontade os filhos e 10.0% por vontade dos cônjuges, sendo o principal motivo referido o facto de não terem condições para que os mesmos pudessem permanecer em casa.

Dos 50 idosos institucionalizados, apenas dois não mantêm contacto com a família, o que poderá ser explicado pelo facto de serem solteiros e não terem filhos. Os restantes 48 idosos, referiram que têm um contacto muito frequente com a família (56.0%).

Relativamente os idosos não institucionalizados, constatou-se que 94.0% moram sozinhos e como tal também costumam ficar sozinhos em casa, sendo que apenas 6.0% referiu viver e estar a maior parte do tempo acompanhado (*e.g.*, neta, namorada, empregada); 58.0% dos participantes prepara as suas refeições, trata da lida da casa e da roupa, 36.0% tem uma

empregada para realizar essas tarefas e os restantes 6.0% pedem ajuda aos familiares (*e.g.*, filhas, irmãs).

Quando questionados se frequentavam algum centro de dia, 92.0% referiu que não e dos 8% que frequentam, em média fazem-no três a quatro vezes por semana. Importa referir que 35.0% frequenta a Universidade Sénior.

Observando a Tabela 5, é possível verificar que de uma forma geral os idosos, apresentam uma depressão ligeira (82.0%), sendo esses valores superiores nos idosos não institucionalizados; 52.0% sentem-se muito sozinhos, principalmente os que se encontra institucionalizados; e 76.0% encontram-se pouco satisfeitos com a vida, verificando-se que os idosos não institucionalizados se encontram mais satisfeitos.

Importa referir que com a escala de solidão e a escala de satisfação com a vida não têm ponto de corte, optámos por considerar o ponto médio da escala.

Tabela 5

Estatística descritiva das variáveis em estudo

	Total	Institucionalizados	Não institucionalizados
Depressão geriátrica			
Ausência de depressão (0 a 4)	4.0%	4.0%	4.0%
Depressão ligeira (5 a 10)	82.0%	78.0%	86.0%
Depressão grave (11 a 15)	14.0%	18.0%	10.0%
Solidão			
Pouca solidão (5 a 12)	48.0%	22.0%	74.0%
Muita solidão (13 a 25)	52.0%	78.0%	26.0%
Satisfação com a vida			
Pouco satisfeito (18 a 35)	76.0%	78.0%	74.0%
Muito satisfeito (36 a 72)	24.0%	22.0%	26.0%

6.2. Comparação de médias

Seguidamente procurou-se testar se existem diferenças significativas na satisfação com a vida (**H₁**), na solidão (**H₂**) e na depressão (**H₃**) em função dos idosos estarem ou não institucionalizados. Para o efeito, recorreu-se a testes de diferenças de médias que permitem caracterizar e compreender melhor os fenómenos estudados e perceber como esses valores se manifestam em função das variáveis sociodemográficas consideradas.

Observando a Tabela 6, é possível constatar que existem diferenças significativas em função do idoso estar ou não institucionalizado no que diz respeito à satisfação com a vida [$t_{(98)} = 2.653, p < 0.05$] e à solidão [$t_{(98)} = 5.956, p < 0.001$], sendo os idosos institucionalizados que apresentam valores superiores em ambas as variáveis o que sugere que se encontram mais satisfeitos com a vida e menos solitários do que aqueles que não estão institucionalizados. Por outro lado, os idosos institucionalizados apresentam níveis mais elevados de depressão do que os não institucionalizados, apesar das diferenças não serem significativas.

Tabela 6

Comparação de médias das variáveis em estudo em função da institucionalização

	Institucionalizados		Não institucionalizados		<i>t-test</i>	<i>Sig.</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Satisfação com a vida	8.10	2.35	6.96	1.91	2.653	0.009*
Solidão	41.64	7.14	33.00	7.36	5.956	0.000**
Depressão	16.86	5.27	18.80	4.84	-1.915	0.058

Nota: *M* = Média; *DP* = Desvio-padrão; * $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Pretendeu-se, ainda, averiguar se existem diferenças significativas nas variáveis em estudo, em ambos os grupos, em função do **género** e da **idade dos participantes**. Os resultados obtidos revelam que no que diz respeito aos idosos institucionalizados, são os participantes do sexo masculino que se encontram menos satisfeitos com a vida, mais deprimidos e mais sozinhos. Porém as diferenças significativas apenas ocorrem ao nível da depressão [$t_{(48)} = 2.019, p < 0.05$] e da solidão [$t_{(48)} = 2.999, p < 0.05$].

Relativamente à idade, não se verificaram diferenças significativas em nenhuma das dimensões avaliadas, apesar de serem os participantes com menos de 80 anos que se sentem mais deprimidos e mais sozinhos, mas ainda assim mais satisfeitos com a vida do que os participantes mais velhos.

No que aos idosos não institucionalizados diz respeito, foi possível verificar que não existem diferenças significativas em função da faixa etária, apesar de serem os participantes com 80 anos ou mais que apresentam resultados médios superiores em todas as dimensões avaliadas, o que sugere que apesar de se sentirem mais satisfeitos com a vida, também se sentem mais sozinhos e mais deprimidos. No que se refere ao género, verificou-se que as mulheres se sentem mais deprimidas, mais sozinhas e menos satisfeitas com a vida, apesar das diferenças só serem significativas ao nível da depressão [$t_{(88)} = -2.141, p < 0.05$].

6.3. Associação entre variáveis

Seguidamente procurou-se verificar a associação entre a satisfação com a vida, a solidão, a depressão e o facto de o idoso estar institucionalizado (**H4**).

Os resultados obtidos demonstram que com exceção da depressão, todas as variáveis se encontram correlacionadas (Tabela 7), sendo a associação mais forte a que ocorre entre a solidão e a depressão ($r = -0.551$, $p < 0.001$). No que diz respeito à institucionalização a correlação mais forte é a que ocorre com a solidão ($r = -0.516$, $p < 0.001$).

Tabela 7

Associação entre variáveis

	1	2	3	4
Institucionalização (1)	-			
Satisfação com a vida (2)	-0.259**	-		
Solidão (3)	-0.516**	0.359**	-	
Depressão (4)	0.190	-0.314**	-0.551**	-

Nota: ** $p < 0.001$

A correlação negativa existente entre as variáveis indica que as mesmas se encontram inversamente associadas, o que sugere que quando os idosos se encontram institucionalizados apresentam maior satisfação com a vida e menos solidão, mas sentem-se mais deprimidos.

6.4. Impacto da solidão e da depressão na satisfação com a vida

Face a estes resultados procurou-se averiguar o impacto da solidão e da depressão na satisfação com a vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados (**H5**) (Tabela 8). Para o efeito, foram realizadas análises de regressão múltipla pelo método *Enter*, que permitem avaliar o coeficiente de determinação (R^2) e os coeficientes β (valor da contribuição relativa de cada variável independente para a predição da variável dependente) que revelam o impacto que as diferentes variáveis independentes têm na predição das variáveis dependentes (Marôco, 2014).

Tabela 8

Impacto da solidão e da depressão na satisfação com a vida dos idosos institucionalizados e não institucionalizados

Satisfação com a vida nos idosos institucionalizados			
Variáveis explicativas	Beta	R² Part	R² Part %
Solidão	-0.070	0.005	0.59
Depressão	-0.482*	0.221	22.18
R ² ajustado	0.226		
$F_{(2,47)}$	8.157**		
Satisfação com a vida nos idosos não institucionalizados			
Variáveis explicativas	Beta	R² Part	R² Part %
Solidão	-0.240*	0.081	8.12
Depressão	-0.520**	0.270	27.00
R ² ajustado	0.363		
$F_{(2,47)}$	14.949**		

Nota: * $p < 0.05$; ** $p < 0.001$

Os resultados obtidos permitem concluir que os modelos lineares são estatisticamente significativos [Institucionalizados: $F_{(2,47)} = 8.157$, $p < 0.001$; Não institucionalizados: $F_{(2,47)} = 14.949$, $p < 0.001$] e que 22.6% da satisfação com a vida dos idosos institucionalizados (R^2 ajustado = 0.226) e 36.3% satisfação com a vida dos idosos não institucionalizados (R^2 ajustado = 0.363) são explicados pela solidão e pela depressão

Verificou-se, ainda, que em ambos os casos – idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados – a depressão é a variável com maior impacto negativo na satisfação com a vida.

Face ao exposto, é possível concluir que os idosos institucionalizados se encontram mais satisfeitos com a vida e menos solitários do que aqueles que não estão institucionalizados, mas sentem-se mais deprimidos.

Constatou-se, ainda, que a depressão é a variável com maior impacto negativo na satisfação com a vida, independentemente de os idosos estarem institucionalizados ou não.

CAPÍTULO 7

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados dos últimos Censos (INE, 2001) revelam que a população sénior representa 19.0% do total dos habitantes portugueses, o que se traduz numa sociedade mais envelhecida. Face a esta situação, a OMS (2005) defende que é, cada vez mais, necessário promover oportunidades para que as pessoas possam envelhecer com qualidade, pois além das alterações que ocorrem a nível físico, psicológico e social, o idoso tem que se adaptar à sua nova condição, o que nem sempre é um processo fácil (Sequeira & Silva, 2002).

A perda de autonomia que progressivamente vai ocorrendo, exige uma atenção redobrada por parte dos familiares, que nem sempre têm disponibilidade e/ou vontade de abdicar da sua carreira profissional para se tornarem cuidadores dos seus idosos, pelo que é cada vez mais comum recorrer a instituições. Neste âmbito, Neves (2012) defende que as instituições não devem apenas garantir o conforto do idoso, mas também respeitar a sua privacidade e os seus direitos para que o mesmo se possa sentir satisfeito nessa sua nova condição de vida.

O presente trabalho insere-se neste contexto e visa avaliar o impacto da solidão e da depressão na satisfação com a vida da população sénior institucionalizada e não institucionalizada.

7.1. Existem diferenças significativas no que diz respeito à satisfação com a vida da população sénior em função da mesma se encontrar ou não institucionalizada (H₁)

Os resultados obtidos permitem corroborar a hipótese inicialmente formulada de que existem diferenças significativas no que diz respeito à satisfação com a vida em função do idoso se encontrar ou não a viver numa instituição (**Hipótese 1**), verificando-se que os idosos institucionalizados se encontram mais satisfeitos com a vida do que aqueles que continuam a viver nas suas casas. Estes resultados são semelhantes aos encontrados por Cardão (2009), segundo os quais a institucionalização muitas vezes é vista como uma forma de melhorar o bem-estar do idoso, pois permite-lhe partilhar experiências e integrar-se socialmente, proporcionando-lhe assim uma maior satisfação com a vida.

No mesmo sentido, Paúl e Ribeiro (2012) referem que as várias mudanças positivas que a institucionalização pode proporcionar ajudam o idoso a continuar o seu percurso com mais ânimo para ultrapassar os vários obstáculos com que se depara no seu dia-a-dia.

Fernandes (2002), por sua vez, acrescenta que quando os idosos encaram o seu processo de envelhecimento naturalmente sentem-se mais satisfeitos e mais envolvidos no meio que os rodeia.

7.2. Existem diferenças significativas no que diz respeito à solidão da população sénior em função da mesma se encontrar ou não institucionalizada (H₂)

Verificou-se, ainda, que os idosos institucionalizados se sentem menos solitários do que aqueles que não estão institucionalizados, o que nos permite corroborar a **Hipótese 2**. Conclusões semelhantes foram encontradas por Fonseca (2006), que afirma que a entrada na instituição impede que o idoso se isole e aumenta a sua interação social com pessoas que se encontram na mesma fase da vida e assim não se sentem tão sozinhos.

Além disso, a maioria das instituições dispõe de inúmeras atividades de lazer que favorecem a socialização e uma participação mais ativa que lhes permite continuar a viver (Ferrari, 2002). Deste modo, podemos afirmar que quando o idoso olha positivamente para o seu percurso de vida, sente-se mais satisfeito e tende a ser socialmente mais ativo (Hall et al., 1997).

Araújo e Ceolim (2007) acrescentam que a institucionalização é a melhor opção para os idosos que moram sozinhos e/ou que não têm família, porque assim estão sempre acompanhados e protegidos de situações socialmente vulneráveis.

7.3. Existem diferenças significativas no que diz respeito aos sintomas depressivos da população sénior em função da mesma se encontrar ou não institucionalizada (H₃)

Apesar de se ter verificado que os sintomas depressivos aumentam com a institucionalização, o que vai ao encontro dos estudos desenvolvidos por Cardão (2009), essas diferenças não são estatisticamente significativas, o que não nos permitiu validar a **terceira hipótese**.

Segundo Slepj (2000) a entrada numa instituição obriga o idoso a abandonar os seus hábitos, as suas rotinas e a afastar-se dos seus amigos e familiares e é essa perda de contacto com o “seu mundo” que pode despoletar uma tristeza profunda que posteriormente poderá originar sintomas depressivos.

Por outro lado, muitos idosos referem que o facto de deixarem de ser um peso para os seus familiares e passarem a ter com eles um relacionamento mais afetuoso, faz com que se sintam mais satisfeitos e menos deprimidos (Ng et al., 2009).

7.4. A institucionalização, a solidão, a depressão e a satisfação com a vida na população sénior encontram correlacionadas (H4)

A **Hipótese 4** postulava a existência de uma correlação entre a institucionalização, a solidão, a depressão e a satisfação com a vida na população sénior, porém os resultados obtidos revelam a inexistência de associação da depressão com as outras variáveis, o que nos permite apenas corroborar parcialmente a nossa hipótese de investigação.

Resultados semelhantes foram encontrados por Victor e colaboradores (2000) segundo os quais apesar dos idosos olharem para a institucionalização com algo negativo, têm consciência que essa é a melhor alternativa e como tal ficam gratos pelo apoio e cuidados recebidos.

Quando o envelhecimento é bem-sucedido a satisfação com a vida é maior e vai influenciar a capacidade de adaptação do idoso para ultrapassar os obstáculos que vão surgindo.

7.5. A solidão e da depressão têm um impacto significativo na satisfação com a vida na população sénior (H5)

Apesar da depressão ser a variável com maior impacto negativo na satisfação com a vida, tanto nos idosos institucionalizados, como nos idosos não institucionalizados, a ausência de solidão também influencia positivamente o bem-estar do idoso, o que nos permite corroborar a **Hipótese 5**. Deste modo, Kafetsios (2006) defende que quando o balanço entre os objetivos previstos e as metas alcançadas é positivo, a solidão e a depressão não chegam a perturbar a satisfação com a vida do sujeito.

Assim Erbolato (2004) defende que quando existe um ajustamento entre os recursos pessoais e as exigências inerentes, naquela fase específica da vida, não há motivo para que o processo de envelhecimento e a institucionalização não possam ser bem-sucedidas.

7.6. Características sociodemográficas

Procurámos, ainda, analisar as variáveis em estudo em função das características sócio-demográficas dos participantes. A análise dos dados revelou que os idosos institucionalizados são maioritariamente masculinos, com mais de 80 anos, viúvos e que possuem habilitações académicas ao nível do 2º Ciclo do Ensino Básico. Estes resultados são congruentes com os encontrados pelo INE (2011) que refere que a população institucionalizada é constituída maioritariamente por pessoas com 85 anos de idade.

Também foi possível verificar que apesar das diferenças não serem significativas os idosos com menos de 80 anos e que se encontram institucionalizados são os que se sentem mais deprimidos e mais sozinhos, mas ainda assim mais satisfeitos com a vida. Por outro lado, nos idosos não institucionalizados são os participantes mais velhos que apesar de se sentirem mais satisfeitos com a vida, também se sentem mais sozinhos e mais deprimidos.

Relativamente ao género também se verificou que existem diferenças em função do idoso estar ou não institucionalizado, mas as mesmas só são significativas na depressão e na solidão para os idosos do sexo masculino que se encontram institucionalizados. Nas mulheres as diferenças só ocorrem na depressão, mas quando se não se encontram institucionalizadas.

Face ao exposto, quando o idoso é institucionalizado, é extremamente importante adequar o contexto à sua problemática, porque quando o ambiente não é adequado o idoso pode sentir-se ameaçado no que diz respeito à sua integridade o que poderá originar sintomas depressivos e insatisfação com a vida (Fernandes, 2000).

CONCLUSÕES

Nos últimos anos, tem-se vindo a assistir a um aumento bastante significativo da população idosa a nível mundial e Portugal, não é exceção, pois os dados dos últimos Censos (INE, 2011) revelam a existência de 19.15% de pessoas com 65 anos ou mais e 14.89% de pessoas com 14 anos ou menos.

Neste sentido, envelhecimento deve ser entendido como uma evolução natural da vida e não como um retrocesso, pelo que é fundamental proporcionar aos idosos condições que lhes permitam ter a qualidade de vida que merecem. A presente investigação insere-se neste contexto e tem como principal objetivo avaliar o impacto da solidão e da depressão na satisfação com vida da população sénior institucionalizada e não institucionalizada.

A análise dos dados revelou que a depressão é de facto a variável que mais influencia a satisfação com a vida dos idosos, independentemente do local onde se encontram a viver. Estas conclusões são congruentes com as encontradas nos estudos de Silva e colaboradores (2011) que referem que os sintomas depressivos são, cada vez mais, uma constante na vida dos idosos.

E apesar de todo o estigma negativo associado à institucionalização e aos sintomas depressivos que dessa situação podem advir, foi possível concluir que os idosos institucionalizados se encontram mais satisfeitos com a vida e menos solitários do que aqueles que não estão institucionalizados.

Não obstante, a transferência do domicílio para uma instituição representar sempre, um grande desafio para o idoso, por se deparar com uma mudança bastante radical na vida, há estudos que, tal como o nosso, demonstram que a institucionalização pode ser bastante vantajosa para os idosos, porque facilita a interação social, tão importante nesta fase da vida. Ao ser encarada como uma oportunidade de inclusão em redes de apoio social, a institucionalização proporciona uma maior satisfação com a vida e diminui o isolamento do indivíduo (Schlindwein-Zanini, 2010).

Yamada e colaboradores (2012), acrescentam que a satisfação do idoso com a instituição onde se encontra depende principalmente do acolhimento inicial e da forma como a mesma lhe permite conviver com os seus pares, os familiares e os amigos, verificando-se que quando este processo é bem-sucedido diminui a solidão e aumenta a satisfação com a vida.

Como limitações reportamos o reduzido tamanho da amostra e o facto de ter sido recolhida apenas na região da grande Lisboa, o que transporta consigo o inconveniente de não permitir generalizar os resultados. Assim consideramos pertinente dar continuidade ao estudo, no sentido de colmatar as lacunas identificadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Albuquerque, A. S., & Trócoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 2(20), 153-164.
- Andrade, W. (2011). Estudo descritivo sobre a fragilidade de idosos assistidos em uma unidade de saúde da família. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, 1(4), 470-481.
- Anjos, A. R. (2002). *Problemáticas do idoso no contexto da emigração portuguesa em meio rural*. Porto: Universidade Aberta. Dissertação de Mestrado em Relações Interculturais apresentada na Universidade Aberta do Porto.
- António, S. (2010). Solidariedade intergeracional: Envelhecimento demográfico e opiniões dos portugueses. *Intervenção social*, 36, 87-97.
- APA (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Apóstolo, J. (2008). Depressão, ansiedade e stresse em utentes de cuidados de saúde primários. *Referência*, 2(2), 46.
- Apóstolo, J. (2011). Adaptation into European Portuguese of the geriatric depression scale (GDS-15). *Revista de Enfermagem Referência*, 3(4), 452.
- Araújo, M. O., & Ceolim, M. F. (2007). A avaliação do grau de independência de idosos residentes em instituições de longa permanência. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41(3), 378-385.
- Argimon, I. L., & Stein, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 1, 64-72.
- Arkar, H., Sari, Ö., & Fidaner, H. (2004). Relationships between quality of life, perceived social support, social network, and loneliness in a Turkish sample. *Yeni Symposium*, 42(1), 20-27.
- Baldwin, N., Harris, J., & Kelly, D. (1993). Institutionalisation: Why blame the institution? *Ageing and Society*, 13(1), 69-81. doi:10.1017/S0144686X00000659
- Ballone, J. (2006). *Depressão no idoso*. Acedido em 20 de fevereiro de 2017, através de <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=124>
- Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental: Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos*. Porto: Faculdade de Medicina da Universidade do Porto. Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.
- Barros, F. (2011). *Bem-estar, suporte social e adaptação à institucionalização no idoso*. Acedido em 5 de março de 2017, através de <http://www.chbgarvio.min.saude.pt/NR/rdonlyres/B85D81E0-0C79-426E-9930-6CED2DFD0F7E/22470/>

- Barroso, V., & Tapadinhas, A. (2006). *Órfãos geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade: Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Acedido a 12 de janeiro de 201, através de <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Benedetti, T., Borges, L., Petroski, E., & Gonçalves, L. (2008). Atividade física e estado de saúde mental. *Revista de Saúde Pública*, 42(2), 302-307.
- Bergdahl, E. (2005). Depression among the oldest old: the Umeå 85 + study. *International Psychogeriatric Association*, 17(4), 557-575. doi:10.1017/S1041610205002267
- Bernardino, M. P. (2005). *As respostas sociais de apoio na satisfação das necessidades humanas básicas da pessoa idosa: Uma perspetiva de educação e promoção da saúde*. Braga: Universidade do Minho. Dissertação de mestrado apresentada no Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho.
- Bertelli, R., Bianchi, J., & Cruz, E. (2009). Revisão para psicólogos da segunda causa mais comum de demência neurodegenerativa em idosos. *Motricidade*, 5(2), 49-62.
- Birren, J. E., & Schaie, K. W. (2001). *Handbook of the psychology of aging*. California: Academic Press.
- Blazer, D. (2003). *Depressão em idosos*. São Paulo: Editora Andrei.
- Born, T., & Boechat, N. S. (2006). A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado. In E. V. Freitas, L. Py, A. F. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp 1131-1141). Rio de Janeiro: Koogan.
- Bowlby, J. (1990). *Apego e perda*. Brasil: Martins Fontes.
- Bowling, A., & Stafford, M. (2007). How do objective and subjective assessments of neighbourhood influence social and physical functioning in old age? Findings from a British survey of ageing. *Social Science & Medicine*, 64, 2533-2549.
- Breton, S. (2002). *Guia elementar: Depressão*. Rio de Mouro: Círculo de Leitores.
- Brown, M., Lapane, K., & Luisi, A. (2002). The management of depression in older nursing home residents. *Journal of the American Geriatrics Society*, 50(1), 69-76. doi: 10.1046/j.1532-5415.2002.50010.x
- Bruce, M. L. (2001). Depression and disability in late life. *American Journal for Geriatric Psychiatry*, 9(2), 102-112. doi:10.1176/appi.ajgp.9.2.102
- Cacippo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor of depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151. doi:10.1037/0882-7974.21.1.140
- Cardão, S. (2009). *O idoso institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

- Cardoso, L. (2011). Psicoterapias comportamentais no tratamento da depressão. *Psicologia argumento*, 29(67), 479-489.
- Carvalho, M., & Dias, M. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Caspi, A., & Elder, G. H. (1986). Life satisfaction in old age: Linking social psychology and
- Chalise, H., Saito, T., Takahashi, M., & Kai, I. (2007). Relationship specialization amongst sources and receivers of social support and its correlations with loneliness and subjective well-being: a cross sectional study of Nepalese older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, 44, 299-314.
- Cohen, D., & Eisdorfer, C. (1997). Depressão. In E. Calkins, A. B. Ford, & P. R. Katz (Eds.), *Geriatría práctica* (pp. 301-311). Rio de Janeiro: Revinter.
- Cole, M. G., & Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 160(6), 1147-1156. doi:10.1176/appi.ajp.160.6.1147
- Costa, J. C. (2009). *Contexto familiar e envelhecimento: Animação sociocultural para a terceira idade*. Chaves: Intervenção.
- Costa, M. (2002). *Cuidar idosos*. Lisboa: Formasau e Educa.
- Cummings, S. (2002). Predictores of psychological well-being among assisted-living residents. *Health & Social Work*, 27(4), 293-302.
- Daniel, F. (2009). Profissionalização e qualificação da resposta social “Lar de Idosos” em Portugal. *Interacções*, 17, 65-74.
- De Jong-Gierveld, J., Broese van Groenou, M., Hoogendoorn, A. W., & Smit, J. H. (2009). Quality of marriages in later life and emotional and social loneliness. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences and Social Sciences*, 64B(4), 497-506. doi:10.1093/geronb/gbn043
- De La Cuesta, C. (2004). Construir un mundo para el cuidado. *Revista ROL de Enfermería*, 27(12), 51-59.
- Del Duca, G. (2012). Indicadores da institucionalização de idosos: Estudo de casos e controles. *Revista de Saúde Pública*, 46(1), 147-153.
- Dias, V., & Schwartz, N. (2005). O lazer na perspectiva do indivíduo idoso. *Revista Digital*, 87, 16-29.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffins, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.

- DiTommaso, E., Brannen, C., & Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), 99-119. doi:10.1177/0013164403258450
- Ekholm, A. (2010). *The future need for care: results from the LEV Project*. Stockholm: Regering Skansliet - Government Office of Sweden.
- Erbolato, R. M. (2004). Suportes sociais na velhice: Uma investigação preliminar. In *XIV Congresso Brasileiro de Geriatria e Gerontologia* (pp. 108). Salvador: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.
- Eurostat (2011). *2011 Census*. Acedido através de <http://ec.europa.eu/eurostat/web/population-and-housing-census/census-data/2011-census>
- Fernandes, A. A. (2002). Investigação, formação e intervenção: reflexão em torno dos condicionantes à intervenção no campo da gerontologia social. *Futurando*, 5-7, 25.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso: Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações na depressão*. Coimbra: Quarteto.
- Ferrari, M. (2002). Lazer e ocupação do tempo livre na terceira idade. In Papaléo-Netto, M. (Eds.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 98-105). São Paulo: Atheneu.
- Figueiredo, D. (2007). *Cuidados familiares ao idoso dependente*. Lisboa: Climepsi.
- Figueiredo, D., & Sousa, L. (2001). Family care of older people in Portugal. In I. Philip (Ed.), *Family care of older people in Europe* (pp. 189-210). Amsterdam: IOS Press.
- Firmino, H. (2006). *Psicogeriatria*. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem-sucedido. In C. Paúl & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi Editores
- Fonseca, A. M. (2006). *O envelhecimento: Uma abordagem psicológica*. Lisboa: Universidade Católica Portuguesa.
- Fonseca, A. M., Gonçalves, D., & Azevedo, M. J. (2008). A ligação à terra: Identidade dos idosos rurais da raia portuguesa. *Comunicação apresentada no VII Colóquio Ibérico de Estudos Rurais – Cultura, Inovação e Território*. Coimbra: Sociedade Portuguesa de Estudos Rurais.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Forlenza, O. V. (2000). Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: Diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira Psiquiátrica*, 22, 87-95
- Freitas, E. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.

- Freitas, E., Py, L., Neri, A., Cançado, F., Gorzoni, M., & Rocha, S. (2002). *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Koogan.
- Freitas, M., Queiroz, T., & Sousa, J. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 44(2), 407-412. doi:10.1590/S0080-62342010000200024
- García, P. M. (2002). *Hablamos de ancianos: Problemática y propuesta educativa*. Madrid: San Pablo.
- Gatto, I. (2002). Aspectos Psicológicos do Envelhecimento. In Papaléo-Netto, M. (Eds.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 109-113). São Paulo: Atheneu.
- Giacomoni, C. H. (2004). Bem-estar subjectivo: Em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia*, 12(1), 43-50.
- Giles, L. C., Glonek, G. F., Luszcz, M. A., & Andrews, G. R. (2006). Effect of social networks on 10 year survival in very old Australians: The Australian longitudinal study of aging. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59, 574-579.
- Goldfarb, D. C. (1998). *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grupo de Coordenação do Plano de Auditoria Social (2005). *Manual de boas práticas: Um guia para o acolhimento residencial das pessoas em situação de deficiência para dirigentes, profissionais, residentes e familiares*. Lisboa: Instituto da Segurança Social.
- Hall, M. R., McClennan, N. W., & Lyle, M. D. (1997). *Cuidados médicos ao doente idoso*. Lisboa: Climepsi.
- Heller, T., Factor, A. R., & Hahn, J. E., (1999). Residential transitions from nursing homes for adults with cerebral palsy. *Disability & Rehabilitation*, 21, 277-283. doi: 10.1080/096382899297701
- Hersch, G., Spencer, J., & Kapoor, T. (2003). Adaptation by elders to new living arrangements following hospitalization: A qualitative, retrospective analysis. *The Journal of Applied Gerontology*, 22(3), 315-339.
- Imaginário, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formassau.
- Jacob, L. (2007). *Animação de idosos: Atividades*. Porto: Ambar.
- Joël, M. (2002). L'émergence du problème des aidants, In A. Colvez, M. Joël, & D. Mishlich (Eds.), *La maladie d'Alzheimer: Quelle place pour les aidants?* (pp. 53-62). Paris: Masson.
- Joia, L. C., Ruiz, T., & Donalisio, M. R. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(1), 42-51.

- Kafetsios, K. (2006). Social support and well-being in contemporary Greek society: Examination of multiple indicators at different levels of analysis. *Social indicators research*, 76, 127-145.
- Kinsella, K., & Velkoff, V. A. (2001). *Aging world: 2001*. Washington: U.S. Census Bureau.
- Landerfeld, C. S., Palmer, R. M., Johnson, C. B., & Lyons, L. W. (2004). *Current geriatric diagnosis and treatment*. Londres: McGraw-Hill.
- Leandro, M. (2001). *Sociologia da família nas sociedades contemporâneas*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Letra, M., & Martín, I. (2010). *Estatísticas de equipamentos sociais em Portugal: 2006*. Porto: Universidade do Porto - Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Levet, M. (1998). *Viver depois dos 60 anos*. Almada: Instituto Piaget.
- Lobo, A. (1995). The prevalence of dementia and depression in the elderly community in a southern European population. *Archives of General Psychiatry*, 52(6), 497-506. doi:10.1001/archpsyc.1995.03950180083011
- Lövdén, M., Ghisletta, P., & Lindenberger, U. (2005). Social participation attenuates decline in perceptual speed in old and very old age. *Psychology and aging*, 20(3), 423-434.
- Luders, S. & Storani, M. (2002). Demência: Impacto para a família e a sociedade. In Papaléo-Netto, M. (Eds.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 146-159). São Paulo: Atheneu.
- Luk, J. K., Chiu, P. K., & Chu, L. W. (2009). Factors affecting institutionalization in older Hong Kong Chinese patients after recovery from acute medical illnesses. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49(2), 110-114. doi:10.1016/j.archger.2008.10.007
- Lurie, M. (2007). *Depressão: Respostas às suas perguntas*. Porto: Dorkling Kindersley.
- Maciel, A., & Guerra, R. (2006). Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no Nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(1), 26-33.
- Magalhães, C. P. (2003). *Representação social da velhice em enfermeiros*. Universidade Fernando Pessoa, Porto.
- Malhotra, R., Chan, A., & Østbye, T. (2010). Prevalence and correlates of clinically significant depressive symptoms among elderly people in Sri Lanka: Findings from a national survey. *International Psychogeriatrics*, 22(2), 227-236. doi:10.1017/S1041610209990871

- Margrett, J., Martin P., Woodard, J. L., Miller, L. S., McDonald, M., Baenziger, J., ...Poon, I. (2010). Depression among centenarians and the oldest old: contributions of cognition and personality. *Gerontology*, 56(1) 93-99. doi:10.1159/000272018
- Martina, C. M., & Stevens, N. L. (2006). Breaking the cycle of loneliness? Psychological effects of a friendship enrichment program for older women. *Aging & Mental Health*, 10, 467-475.
- Medeiros, P. (2012). Como estaremos na velhice? Reflexos sobre envelhecimento e dependência, abandono e institucionalização. *Polémica*, 11(3), 439-453.
- Menezes, R. (2011). Estudo longitudinal dos aspectos multidimensionais da saúde de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 14(3), 485-496.
- Minicuci, N. (2002). Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals: The Veneto Study. *The Journals of Gerontology: Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(3), 155-161. doi:10.1093/gerona/57.3.M155
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde: Orientações estratégicas para 2004-2010*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Mirada, A., & Valls-Llobet, C. (1996). *Dar vida aos anos*. Lisboa: Círculo de Leitores.
- Moniz, J. M. (2003). *A enfermagem e a pessoa idosa: A prática de cuidados como experiência formativa*. Loures: Lusociência.
- Morera, Y., Borges, A., Miró, M., & Ricchetti, G. (2000). Toward an integrative model of loneliness measures. *7th Congress on Constructivism in Psychotherapy*. Geneva.
- Moura, C. (2010). *Século XXI: século do envelhecimento*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas.
- Munita, P. A. (2004). *Calidad de vida y vejez*. Acedido em 29 de março de 2017, através de <http://www.aafeliz.org/Doc/Publicaciones/pub0040.pdf>
- Neto, F. (2000). *Psicología social*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neves, H. M. (2012). *Causas e consequências da institucionalização de idosos*. Covilhã: Universidade da Beira Interior. Dissertação de mestrado apresentada na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.
- Ng, T. P., Feng, L., Niti, M., Kua, E. H., & Yap, K. B. (2009). Folate, vitamin B12, homocysteine, and depressive symptoms in a population sample of older chinese adults. *Journal of American Geriatric Society*, 57(5), 871-876. doi:10.1111/j.1532-5415.2009.02229.x
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde*. Lisboa: Lidel.
- Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.

- Oldman, C., & Quilgars, D. (1999). The last resort? Revisiting ideas about older people's living arrangements. *Ageing and Society*, 19(3), 363-384.
- Oliveira, J. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento*. Porto: Livpsic.
- OMS (2005). *Envelhecimento ativo: Uma política de saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde.
- Ornelas, J. (2008). *Psicologia comunitária*. Lisboa: Fim de Século.
- Papaléo-Netto, M. (2007). Processo de envelhecimento e longevidade. In M. Papaléo-Netto (Ed.), *Tratado de Gerontologia* (pp. 3-14). São Paulo: Atheneu.
- Papaléo-Netto, M., & Ponte, J. R. (2002). Envelhecimento: Desafio na transição do século. In Papaléo-Netto, M. (Eds.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 3-12). São Paulo: Atheneu.
- Paúl, C. (1991). *Percursos pela velhice: Uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar
- Paúl, C. (2000). Estereótipos sobre idosos: vivências e imagens. *Cidade Solidária*, 5, 50-56.
- Paúl, C. (2005). A construção de um modelo de envelhecimento humano. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 15-41). Lisboa: Climepsi Editores.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2012). *Manual de Gerontologia*. Lisboa: Lidel.
- Paúl, M. C. (1991). *Percursos pela velhice: Uma perspectiva ecológica em psicogerontologia*. Universidade do Porto. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar.
- Paúl, M. C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi.
- Pavan, F. (2008). Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(9), 2187-2190.
- Pérsico, L. (2010). *Como melhorar a sua capacidade mental*. Lisboa: Plátano.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família*. Edição Quarteto.
- Quadros, A. (2008). Estudo do nível de atividade física, independência funcional e estado cognitivo de idosos institucionalizados: Análise por género. *Jornal Brasileiro de Biomotricidade*, 2(1), 39-50.
- Rebelo, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4(25), 543-557.
- Rebelo, J. (2004). *Desatar o nó do luto*. Lisboa: Editorial Notícias.

- Reed, J., Cook, G., Sullivan, A., & Burridge, C. (2003). Making a move: Care-home residents experiences of relocation. *Ageing and Society*, 23, 225-241.
- Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., & Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Psicologia para América Latina*, 5, 23-37.
- Resende, M. C., Silva, K. L., Cardoso, L. B., Caixeta, R., & Braga, S. C. (2004). Configuração da rede de relações sociais de idosos participantes de grupo de convivência. In XXXIV *Reunião Anual Sociedade Brasileira Psicologia*. Ribeirão Preto: SBP.
- Ribeiro, O., & Paúl, C. (2011). *Manual de envelhecimento activo*. Lisboa: Lidel.
- Robinson, T., Wallace, J. I., Wu, D. S., Wiktor, A., Pointer, L. F., Pfister, S. M.,... Moss, M. (2011). Accumulated frailty characteristics predict postoperative discharge institutionalization in the geriatric patient. *American College of Surgeons*, 213(1), 37-42. doi:10.1016/j.jamcollsurg.2011.01.056
- Rodrigues, C. (2007). Psicologia da saúde e pessoas idosas. In J. Teixeira (Org.), *Psicologia da saúde: Contextos e áreas de intervenção* (pp. 235-250). Lisboa: Climepsi.
- Rosa, M. J. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rozzini, R. (1996). Prevalence and predictors of depressive symptoms in a nursing home. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(7), 629-634.
- Runcan, P. (2012). Elderly institutionalization and depression. *Procedia: Social and Behavioral Sciences*, 33, 109-113.
- Santos, C. L., Alves, C. R., Alves, M. R., Teles, M. R., & Fonseca, J. R. (2012). Self-perception of elderly people about their satisfaction with life related to social interactions and recreation. *Motricidade*, 8(2), 232-239.
- Santos, D. I. (2008). *As vivências do cuidador informal na prestação de cuidados ao idoso dependente*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Santos, P. F. (2002). *A depressão no idoso: Estudo da relação entre factores pessoais e situacionais e manifestações da depressão*. Lisboa: Quarteto
- Schaie, K. W. (1996). *Intellectual development in adulthood: The Seattle Longitudinal Study*. New York: Cambridge University Press.
- Schaie, K. W. (2005). What can we learn from longitudinal studies of adult intellectual development. *Research in Human Development*, 2(3), 133-158. doi: 10.1207/s15427617rhd0203_4

- Schlindwein-Zanini, R. (2010). Demência no idoso: Aspectos neurológicos. *Revista Neurociências*, 18(2), 220-226.
- Scocco, P., Rapattoni, M., & Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 281-287.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2003). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Lisboa : Quarteto
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, A., & Silva, M. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 3(20), 505-516.
- Shah, S., & Reichman, W. E. (2006). Psychiatric intervention in long-term care. In L. Hyer & R. C. Intrieri (Eds.), *Geropsychological interventions in long-term care* (pp. 85-108). New York: Springer Publishing Company.
- Silva, C. (2011). *Institucionalização: relações dos idosos com a família*. IV Jornada de pesquisa em Psicologia: desafios atuais nas práticas da psicologia. Acedido em 2 de fevereiro de 2017, através de http://online.unisc.br/acadnet/anais/index.php/jornada_psicologia/article/view/1022
- Silva, J. V. (2009). *Saúde do idoso: processo de envelhecimento sob múltiplos aspectos*. São Paulo: Iátria.
- Siqueira, M., & Padovam, V. (2007). Suporte social. In M. M. Siqueira, S. N. Jesus, & V. B. Oliveira (Eds.). *Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa* (pp. 65-84). São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Slepoj, V. (2000). *As relações de família*. Lisboa: Presença.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: Os cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar.
- Sousa, L., Galante, H., & Figueiredo, D. (2003). Qualidade de vida e bem-estar dos idosos: Um estudo exploratório na população portuguesa. *Revista de Saúde Pública*, 37(3), 364-371. doi:10.1590/S0034-89102003000300016
- Speller, H. (2005). *Mental health literacy: A comparative assessment of knowledge and opinions of mental health illness between Asian American and Caucasian college students*. Boston: Boston College.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A psicologia do envelhecimento: uma introdução*. São Paulo: Artmed.

- Ussel, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales: análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.
- Van Dierendonck, D., Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R., Blanco, A., & Moreno-Jiménez, B. (2007). Ryff's six-factor model of psychological well-being, a Spanish exploration. *Social Indicators Research*, 87(3), 473-479.
- Vaz, E. (2001). O quotidiano do idoso: Esperança ou desesperanças? *Intervenção Social*, 23/24, 193-216.
- Veras, R. (2003). A longevidade da população: Desafios e conquistas. *Serviço Social & Sociedade*, 75, 5-18.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Revista clínica de gerontologia*, 10, 407-417.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- West, R. I., Bagmwell, D. K., & Dark-Freudeman, A. (2005). Memory and goal setting: The response of older and younger adults to positive and objective feedback. *Psychology and Aging*, 20(2), 195-201. doi:10.1037/0882-7974.20.2.195
- Willgerodot, M. A., & Killien, G. M. (2004). Family nursing research with Asia families. *Journal of Family Nursing*, 10(2), 149-172.
- Wilmoth, J. (2002). Arranjos de vida de idosos nos Estados Unidos. *Sociologias*, 7, 136-55.
- Wong, L. R., & Moreira, M. M. (2000). Envelhecimento e desenvolvimento humano: As transformações demográficas anunciadas na América Latina (1950-2050). In F. Lozano Ascencio (Ed.), *Anais de la VI Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México: Balance y perspectivas de la demografía nacional ante el nuevo milenio* (pp. 31). México, DF: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Yamada, Y., Siersma, V., Avlund, K., & Vass, M. (2012). Formal home help services and institutionalization. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54(2) 52-56. doi: 10.1016/j.archger.2011.05.023
- Zimmerman, G. (2007). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artmed.

APÊNDICES

APÊNDICE A

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

Este questionário destina-se a **fins meramente académicos** e insere-se no âmbito de um trabalho de investigação de uma dissertação de mestrado. Sumariamente, procura-se estudar o impacto da solidão e da depressão na qualidade de vida do idoso institucionalizado.

As respostas são anónimas e os dados serão tratados de forma totalmente confidencial. O seu preenchimento demora cerca de 10 minutos. Por favor, responda a **todas** as questões, pois só assim estará a contribuir para o sucesso desta investigação.

Muito obrigada!



As questões que se seguem destinam-se à caracterização da amostra e em nada o(a) vão identificar ou comprometer.

Idade: _____ anos

Género:

Masculino ☐ Feminino ☐

Estado civil:

Solteiro(a) ☐ Casado(a) ☐ União de facto ☐ Divorciado(a) ☐ Viúvo(a) ☐

Nível de escolaridade:

Sem escolaridade ☐ 1º CEB ☐ 2º CEB ☐ 3º CEB ☐ Secundário ☐ Superior ☐

Tem filhos? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo, quantos? _____

É a primeira vez que se encontra a viver numa instituição? Sim ☐ Não ☐

Em caso negativo, quantas? _____

Há quanto tempo vive nesta instituição? _____

Veio para esta instituição por vontade própria? Sim ☐ Não ☐

Em caso negativo, veio por vontade de quem? _____ Porque motivo? _____

Mantém contacto com a sua família? Sim ☐ Não ☐

Em caso afirmativo: Pouco frequente ☐ Frequentemente ☐ Muito frequente ☐

OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (GDS-15)

Refira em que medida as seguintes afirmações se aplicam a si.

	Sim	Não
1. Está satisfeito(a) com a sua vida?	1	2
2. Pôs de lado muitas das suas atividades e interesses?	1	2
3. Sente a sua vida vazia?	1	2
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	1	2
5. Está bem-disposto(a) a maior parte do tempo?	1	2
6. Tem medo que lhe vá acontecer alguma coisa de mal?	1	2
7. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	1	2
8. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	1	2
9. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer coisas novas?	1	2
10. Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	1	2
11. Pensa que é bom estar vivo(a)?	1	2
12. Sente-se inútil?	1	2
13. Sente-se cheio(a) de energia?	1	2
14. Sente que a sua situação é desesperada?	1	2
15. Pensa que a situação da maioria das pessoas é melhor do que a sua?	1	2

ANEXO B

ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA

Por favor, leia cada uma das frases que se seguem e coloque uma cruz para seleccionar aquela com que melhor se identifica. Utilize a seguinte escala de 4 pontos.

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

ANEXO C

ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA

As afirmações que se seguem referem-se ao modo como encara a sua vida. Usando a seguinte escala de 1 a 5, indique o seu grau de concordância com cada uma delas.

Discordo totalmente	Discordo	Não concordo nem discordo	Concordo	Concordo totalmente
1	2	3	4	5

1	A minha vida parece-me, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	1	2	3	4	5
2	As minhas condições de vida são muito boas.	1	2	3	4	5
3	Estou satisfeito(a) com a minha vida.	1	2	3	4	5
4	Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes que desejo da vida.	1	2	3	4	5
5	Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	1	2	3	4	5