



UC/FPCE_2012

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Solidão e Bem-estar Subjetivo na Terceira Idade:
Estudo comparativo de idosos institucionalizados e não
institucionalizados.**

Daniela Margarida da Silva Lopes (e-mail: dmsl82@hotmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia da Educação, Desenvolvimento
e Aconselhamento sob a orientação da Professora Doutora Maria Paula
Barbas Albuquerque Paixão.

Resumo

Este estudo aborda o fenómeno do envelhecimento demográfico como um fator que desperta preocupações acerca do aumento progressivo da esperança de vida e das suas consequências para a população mundial. Este aumento da esperança de vida e a queda significativa dos nascimentos conduziram ao aumento da população idosa nas sociedades contemporâneas. Consequentemente, esta situação levou à necessidade de serem criadas redes sociais de apoio e instituições de acolhimento, a fim de evitar o isolamento, a solidão, o aparecimento de incapacidades e dificuldades, promovendo assim o bem-estar dos idosos.

O presente trabalho tem como principal objetivo estudar, a relação entre a solidão e o bem-estar subjetivo de idosos que residem nas suas próprias casas e de idosos institucionalizados, analisando a influência da solidão na terceira idade, a partir da análise dos fatores responsáveis pelo bem-estar subjetivo divulgados na literatura.

A amostra desta investigação é constituída por 24 idosos, 12 não institucionalizados e 12 institucionalizados, sendo que 6 são da instituição Resivida e 6 da Santa Casa de Saúde. Foram realizadas entrevistas e avaliou-se o bem-estar subjetivo através da aplicação da Escala de Satisfação com a vida - SWLS (Satisfaction with life scale) elaborada por Diener et al. (1985, adaptação portuguesa de Simões, 1992).

Os resultados revelaram que os idosos institucionalizados se sentem ligeiramente menos sós e mais satisfeitos com a vida do que os não institucionalizados mas esta diferença não alcança o limiar de significância estatística.

Palavra-chave: Envelhecimento; Solidão; Bem-estar Subjetivo; Institucionalização.

Abstract

This study addresses the demographic phenomenon of aging as a factor that arouses concerns about the progressive increase in life expectancy and its consequences for the world population. This increase in life expectancy and falling birth led to significant increase of the elderly population in contemporary societies. Consequently, this led to the need to create social support networks and host institutions in order to prevent isolation, loneliness, the onset of disabilities and difficulties, thus promoting the welfare of the elderly.

This work has as main objective to study, the relationship between loneliness and subjective well-being of elderly living in their own homes and institutionalized elderly, analyzing the influence of loneliness in old age, from the analyzing of the factors responsible for the subjective well-being reported in the literature.

The sample of this research consists of 24 elderly, 12 non-institutionalized and 12 institutionalized, from wich 6 are at the Institution Resivida and 6 at the Holy House of Health. Interviews were conducted and the subjective well-being was evaluated through the application of the Scale of Life Satisfaction - SWLS (Satisfaction with life scale) developed by Diener et al. (1985, Portuguese adaptation of Simões, 1992).

The results revealed that the institutionalized elderly feel lightly less alone and more satisfied with life than non-institutionalized but this difference did not reach the threshold of statistical significance.

Keyword: Aging; Loneliness; Subjective Well-being; Institutionalization.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Paula Barbas de Albuquerque Paixão, pela sua constante disponibilidade, orientação e atenção.

A todos os idosos que, com a sua amabilidade, participaram neste estudo.

Aos Dirigentes das instituições envolvidas neste estudo pela colaboração prestada.

Ao meu avô que despertou em mim o interesse por este estudo.

A toda a minha família, sobretudo às minhas primas e sobrinha pelo carinho e compreensão que sempre tiveram comigo.

Aos meus amigos pelo apoio incondicional e as palavras de conforto nos momentos mais difíceis...

Em especial, o meu muito obrigado aos meus pais e ao meu irmão porque acreditaram sempre em mim. Sem eles, não teria sido possível, nem teria chegado até aqui...

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

(Autor Desconhecido)

Introdução.....	1
I. Enquadramento concetual.....	2
1. Envelhecimento Humano.....	2
1.1. Definição e Causas do Envelhecimento.....	2
1.2. Aspetos Demográficos do Envelhecimento.....	4
1.3 O Envelhecimento Normativo/Patológico.....	6
1.4 Envelhecimento Biológico, Psicológico e Social.....	8
2. A Solidão na Velhice.....	10
2.1. O Conceito de Solidão.....	10
2.2. Causas e Consequências da Solidão.....	11
2.3. Fatores que atenuam a Solidão.....	13
2.4. Recurso à Institucionalização.....	14
3. O Bem-estar Subjetivo.....	17
3.1. O Conceito do Bem-estar Subjetivo.....	17
3.2. Fatores promotores do Bem-estar Subjetivo.....	18
3.3. Satisfação com a Vida.....	19
3.4. O Bem-estar Subjetivo na Velhice: Paradoxo.....	20
II. Objetivos.....	22
III. Metodologia.....	22
1. Caracterização da amostra.....	22
2. Instrumentos.....	24
3. Procedimento.....	26
IV. Resultados.....	27
V. Discussão.....	43
VI. Conclusão.....	48
Referências Bibliográficas.....	50
Anexos.....	54

Índice de Gráficos:

Gráfico 1. Distribuição da população residente e da população com 65 ou mais anos, por NUTF II, em 2011.....	5
Gráfico 2. Percentagem da população idosa que vive sozinha ou exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos por NUTS II, em 2011.....	5

Índice de Quadros:

Quadro 1. Sentimentos causados pela solidão.....	12
Quadro 2. Dados SocioDemográfico dos Idosos.....	23
Quadro 3. Habitação dos idosos não institucionalizados.....	28
Quadro 4. Habitação dos idosos institucionalizados.....	29
Quadro 5. Contacto dos idosos não institucionalizados	29
Quadro 6. Figuras de suporte e visitas dos idosos não institucionalizados.....	30
Quadro 7. Contacto dos idosos institucionalizados.....	30
Quadro 8. Figuras de suporte e visitas dos idosos institucionalizados.....	31
Quadro 9. Atividades do quotidiano dos idosos não institucionalizados..	31
Quadro 10. Atividades que os idosos não institucionalizados gostariam de retomar.....	32
Quadro 11. Atividades do quotidiano dos idosos institucionalizados.....	33
Quadro 12. Atividades que os idosos institucionalizados gostariam de retomar.....	34
Quadro 13. Como tem sido a sua saúde?.....	34
Quadro 14. Como se sente nesta fase da sua vida?.....	34
Quadro 15. Sente-se sozinho?.....	35
Quadro 16. O que faz para alterar isso?.....	35
Quadro 17. O que sente em relação à presença dos seus familiares?.....	35
Quadro 18. Sente-se valorizado pelas pessoas com quem convive?.....	36
Quadro 19. Sente falta de mais apoio?.....	36
Quadro 20. Gostaria de efetuar alguma modificação na sua vida para se sentir menos sozinho ou mais acompanhado?.....	36
Quadro 21. Como tem sido a sua saúde?.....	37
Quadro 22. Como se sente nesta fase da sua vida?.....	37
Quadro 23. Sente-se sozinho?.....	37

Quadro 24. O que faz para alterar isso?.....	38
Quadro 25. O que sente em relação à presença dos seus familiares?..	38
Quadro 26. Sente-se valorizado pelas pessoas com quem convive?...	38
Quadro 27. Sente falta de mais apoio?.....	38
Quadro 28. Gostaria de efetuar alguma modificação na sua vida para se sentir menos sozinho ou mais acompanhado?.....	39
Quadro 29. Satisfação com a vida dos idosos não institucionalizados.....	40
Quadro 30. Satisfação com a vida dos idosos institucionalizados.....	41
Quadro 31. Valores obtidos e média dos Idosos institucionalizados e não institucionalizados na escala SWLS – adaptação portuguesa.....	42

Introdução

Atualmente, considera-se que o envelhecimento é um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que se desenvolve ao longo da vida. Segundo Robert (1995, *cit. in* Barros, 2010, p. 26) o envelhecimento consiste numa “perda progressiva e irreversível da capacidade de adaptação do organismo às condições mutáveis do meio ambiente”. Do ponto de vista científico, os autores definem o envelhecimento de modo diferente mas em geral, consideram que é um processo que com o avançar da idade, atinge a pessoa bio-psico-socialmente.

Efetivamente, os idosos são hoje, um grupo socialmente excluído, são frequentemente vítimas de discriminação e de estereótipos que contribuem para o seu isolamento. Infelizmente, muitos pensam que já não há solução nem tempo para tratar das suas angústias. Esse pensamento é um erro, pois os idosos possuem o mesmo direito de preservar e trabalhar pela sua qualidade de vida. Os mitos e preconceitos acerca dos idosos devem ser desmistificados com políticas sociais adequadas que produzam mudança de mentalidades. Contrariamente ao que se possa pensar, a maioria dos idosos é relativamente saudável e autónoma o suficiente para continuar a prosseguir com as suas atividades, sem ter de depender de ninguém porque se molda e se adapta às circunstâncias da vida.

Assim, o aumento da longevidade, bem como as circunstâncias que dela decorrem, em conjugação com os efeitos do isolamento e da solidão, fazem do fenómeno do envelhecimento solitário uma questão de estudo atual que merece uma reflexão mais aprofundada, razão que fundamenta a escolha deste tema.

Esta dissertação pretende estudar a relação entre a solidão e o bem-estar subjetivo de idosos que residem nas suas próprias casas e de idosos institucionalizados, levando ainda em consideração alguns fatores responsáveis pelo bem-estar subjetivo identificados na literatura.

Este estudo está dividido em seis capítulos:

O primeiro capítulo é caracterizado pela revisão da literatura, onde se aborda o tema do envelhecimento e os aspetos demográficos, bem como a perceção da solidão na velhice e o recurso à institucionalização, sendo

igualmente apresentado a temática do bem-estar subjetivo, dando ênfase à satisfação com a vida.

O segundo capítulo anuncia os objetivos desta investigação.

O terceiro capítulo expõe a metodologia, descrevendo a amostra, os instrumentos de recolha de dados e os procedimentos aplicados neste estudo.

O quarto capítulo apresenta os resultados e o quinto a discussão dos mesmos.

O último capítulo refere-se às conclusões e as limitações deste estudo e apresenta sugestões para futuras investigações nesta área.

I. Enquadramento concetual:

1. Envelhecimento Humano: breve definição

“Embora o processo de envelhecimento seja extremamente complexo e possa ser interpretado de várias perspetivas, trata-se de um processo universal, gradual e irreversível de mudanças e de transformações que ocorrem com a passagem do tempo” (Lima, 2010, p. 14).

1.1. Definição e Causas do Envelhecimento

Apesar do termo “envelhecimento” nos ser familiar, a sua definição e concetualização não é simples nem linear. Embora seja um fenómeno complexo e multideterminado para a generalidade das pessoas, refere-se a um processo biológico de sentido deletério (o que alguns autores designam de “senescência”). Começamos a envelhecer desde a concepção até à morte. Envelhecer é portanto, um processo constante e previsível que envolve crescimento e desenvolvimento. Consequentemente, não pode ser evitado (Lima, 2010).

Nesse sentido, segundo Cancela (2008), todo o organismo multicelular é constituído por um tempo limitado de duração, isto é de vida, no qual vai sofrendo alterações fisiológicas com o passar dos anos. Como tal, a vida do organismo normalmente divide-se em três fases: a fase de crescimento e desenvolvimento; fase reprodutiva; e a senescência, ou envelhecimento. Na primeira fase ocorre o desenvolvimento e crescimento dos órgãos especializados, o organismo vai-se desenvolvendo, possuindo capacidades funcionais que fazem com que se torne apto para se reproduzir.

A segunda fase é a capacidade de reprodução do indivíduo, que assegura a sobrevivência, perpetuação e evolução da própria espécie. Por fim, e será a fase na qual nos iremos focar ao longo deste estudo, a terceira fase que se caracteriza pelo declínio funcional do organismo.

Em termos globais, o envelhecimento é “um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas que determinam perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, ocasionando maior vulnerabilidade e maior incidência de processos patológicos que terminam por levá-lo à morte” (Netto, 1996, p. 60).

O processo de envelhecimento desenvolve-se em três fases, progressivas, não necessariamente comuns nem universais; que apresentamos do seguinte modo (Lidz, 1983, *cit. in* Barros, 2010):

1. Fase do idoso: não existem grandes alterações orgânicas, apenas se observam alterações no estilo de vida provocadas pelo fator económico;
2. Senescência: inicia-se a partir do momento em que o indivíduo começa a apresentar alterações na sua condição física ou de outra natureza, o que leva a que fique menos independente, necessitando da ajuda de terceiros;
3. Senilidade: incapacidade de adaptação por parte do cérebro do indivíduo, tornando-se dependente de cuidados completos.

De facto, o processo de envelhecimento apresenta-se associado a um conjunto de consequências ou de efeitos da passagem do tempo. “Porém a forma como envelhecemos depende de muitos fatores, como a nossa constituição genética, as influências ambientais e o estilo de vida” (Lima, 2010, p. 10).

Segundo Silva (2005), o envelhecimento significa ter passado por muitas experiências, com impactos diferentes, no qual o idoso venceu e ultrapassou muitas adversidades ao longo da vida até chegar a esta fase.

Para Coderch (1987, *cit. in* Ferreira, 2011, p. 14) na fase do envelhecimento instala-se o sentimento de que a morte está perto, mesmo que ainda demore, sendo que é nesta altura que o indivíduo se compromete com a resolução de tarefas características dessa fase, das quais referimos a título de exemplo as seguintes:

- A valorização progressiva da experiência e da capacidade de discernimento;
- A flexibilidade emocional e adaptabilidade das metas e objetivos a conseguir;
- A autoavaliação, independente do estatuto profissional e dos rendimentos económicos;
- O aumento das relações humanas e criatividade *versus* declínio físico;
- A integração das espetativas com a realidade;
- O enfrentar a morte.

Neste sentido, hoje em dia, um dos grandes desafios da humanidade é o de proporcionar qualidade de vida aos idosos, sendo que, manter a autonomia e a independência são requisitos essenciais para alcançar um envelhecimento bem-sucedido.

É importante que, não só o idoso, mas todos os membros de uma determinada sociedade, não vejam esta etapa como um fim de vida, mas como uma etapa com características e valores próprios e uma nova forma de olhar o mundo, pois a cidadania é construída por todos os indivíduos e só é possível quando todos tiverem direitos e deveres iguais (Neto & Monteiro, 2008).

1.2. Aspetos Demográficos do Envelhecimento

A União Europeia prevê que, até 2050 e no seu espaço geográfico, o número de pessoas com mais de 65 anos cresça 70% e o número de pessoas com mais de 80 anos aumente 170%. No mesmo texto, considera a União Europeia que o esforço principal a desenvolver nesta área consistirá em promover o envelhecimento saudável dos cidadãos europeus (Direcção-Geral da Saúde, sd).

Efetivamente, “O primeiro dos pontos de vista é o que proporciona a perspetiva científica da demografia sobre o envelhecimento das populações, um ponto de partida essencial para a formulação problemática da velhice na atualidade. É do conhecimento geral que o envelhecimento das populações, que se processa já a um ritmo acelerado, tem tendência a acentuar-se, não só no topo, com o aumento dos mais velhos, mas também na base, com a redução dos mais novos. Esta “involução demográfica” enquadra-se na

tendência dominante da dinâmica das populações dos países desenvolvidos e, a seu tempo, da população mundial” (Fernandes A., 2001, p. 2).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE), Portugal, nos próximos 50 anos, irá sofrer um aumento do índice de envelhecimento da população, no qual a população jovem irá reduzir de 15,3% em 2008 para 11,9% em 2060, sendo que irá ocorrer um aumento significativo da população acima dos 65 anos de idade, passando de 17,4% em 2008 para 32,2% em 2060. O INE (2012), após os Censos 2011, concluiu que cerca de um terço dos idosos se localiza na Região Norte, como podemos ver no gráfico 1:

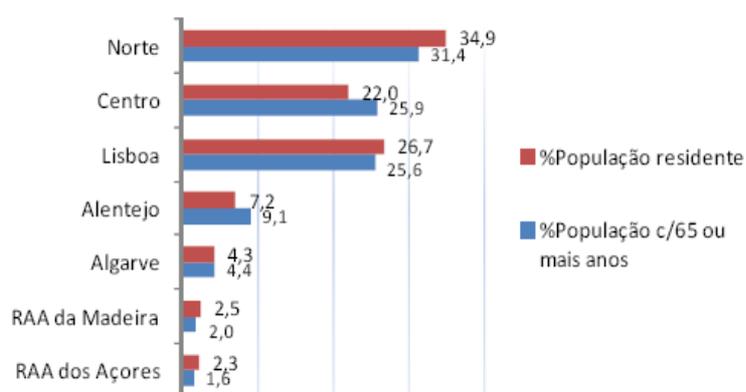


Gráfico 1. Distribuição da população residente e da população com 65 ou mais anos, por NUTF II, em 2011 (INE, 2012)

Segundo o mesmo estudo, Lisboa e o Alentejo têm a maior percentagem de idosos a viverem sozinhos, como podemos verificar no gráfico 2:

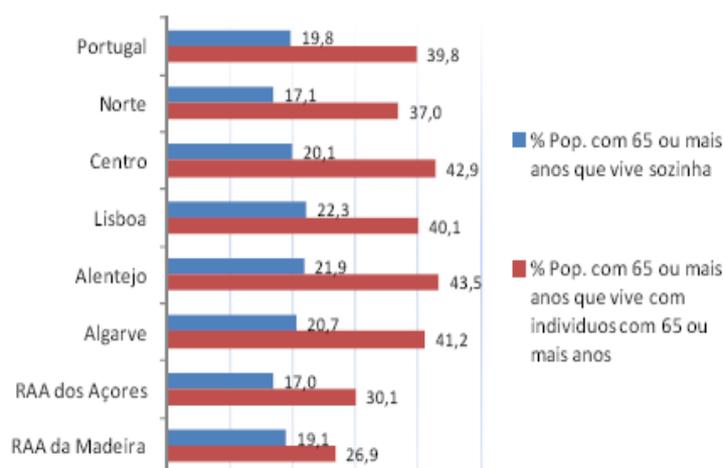


Gráfico 2. Percentagem da população idosa que vive sozinha ou exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos por NUTS II, em 2011 (INE, 2012).

Pensou-se durante muito tempo que a expansão demográfica da terceira idade era uma consequência direta do aumento da esperança de vida, no entanto esta hipótese não foi confirmada, uma vez que atualmente se reconhece que o principal fator responsável por este fenómeno é o declínio da natalidade (Nazaré, 1994, *cit. in* Barros, 2010).

“O novo panorama demográfico incita à criação, desenvolvimento e implementação de novos serviços, capazes de responder não só às necessidades como também aos recursos emergentes. Neste sentido, o aumento do segmento populacional com mais de 60 anos pode ser uma mais-valia, sob os âmbitos social, cultural e económica, desde que devidamente valorizado e direcionado. Encontramos um número progressivamente crescente de idosos, com capacidades intelectuais e físicas intactas, com maior formação e interesse em permanecer ativos” (Gonçalves, Martín, Guedes, Cabral-Pinto, & Fonseca, 2006, p. 40).

Segundo Gaioli (2004, *cit. in* Fernandes, 2007) o crescimento da percentagem de idosos, tal como a maior longevidade dos indivíduos, não deve ser visto como um problema, visto que este crescimento constitui um sinal dos avanços do processo de envelhecimento social. É importante e crucial que a sociedade gere condições para melhorar a qualidade de vida dos seus membros ao longo do tempo.

1.3 O Envelhecimento Normativo/Patológico

Segundo Novo (2000) o envelhecimento pode ser considerado como normal e patológico, sendo o envelhecimento normal “visto” como um processo de desenvolvimento sem patologias biológicas e mentais, enquanto que o envelhecimento patológico é caracterizado por alterações associadas a doenças crónicas, a doenças e síndromes típicos do envelhecimento e à desorganização biológica.

“O envelhecimento saudável depende do equilíbrio entre o declínio natural das diversas capacidades individuais, mentais e físicas e a obtenção dos objetivos que se desejam. A satisfação pessoal está relacionada com a aptidão para seleccionar objetivos apropriados à realidade circundante e à sua possibilidade de concretização. A pessoa idosa precisa fazer a adequação entre o que deseja e o que devido aos recursos individuais e coletivos acessíveis e disponíveis é possível alcançar e querer. Todos podemos

contribuir para que qualquer pessoa idosa tenha objetivos de vida realistas e concretizáveis e desse modo encontre a satisfação que irá ter uma influência muito positiva na sua saúde” (Direcção-Geral da Saúde, sd, p. 2).

Assim, o envelhecimento normativo pode ser organizado de acordo com dois aspetos (Caldas & Veras, 2007):

- O primário, que está presente em todas as pessoas, por ser geneticamente determinado;
- O secundário, que varia entre indivíduos e é decorrente de fatores cronológicos, geográficos e culturais.

Rowe e Kahn (1987, *cit. in* Caldas & Veras, 2007) mencionam que o conceito de envelhecimento bem-sucedido está relacionado com o baixo risco de doenças e de incapacidades; um excelente funcionamento físico e mental; e por fim um envolvimento ativo com a vida. Também depende da capacidade de adaptação as mudanças físicas, emocionais e sociais, sendo que resulta da estrutura psicológica e condições sociais, desenvolvidas ao longo da vida.

Por outro lado, o envelhecimento mal sucedido dá-se quando ocorrem perdas dos projetos de vida; falta de reconhecimento; dificuldade de satisfazer as necessidades individuais; sentimento de fragilidade, incapacidade, baixa autoestima, dependência, desamparo, solidão, desesperança; ocorrência de ansiedade, depressão, hipocondria e fobias (Caldas & Veras, 2007). Neste sentido, o envelhecimento pode estar associado a perturbações psicopáticas graves e como tal, a pessoa pode perder progressivamente a sua autonomia e a sua dignidade.

Consequentemente, segundo a Direcção-Geral de Saúde (sd) um envelhecimento saudável deve ter como principal intuito a prevenção do isolamento social e da solidão dos idosos. As qualidades de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais relacionam-se com a atividade social, o convívio, o sentir-se útil para os familiares e a sua comunidade. Como tal, os idosos deverão participar em atividades de grupo, principalmente com indivíduos das diferentes gerações, realizando atividades de aprendizagem e conhecimento. Efetivamente, a intergeracionalidade deve ser considerada como um contributo que promove as relações de comunicação entre membros de diferentes faixas etárias e que permite aos sujeitos aprenderem com o conhecimentos e as experiências de

vida dos mais velhos, contribuindo dessa forma para uma sociedade mais justa e solidária.

1.4 Envelhecimento Biológico, Psicológico e Social

Como vimos anteriormente, o envelhecimento é um conceito multidimensional que, geralmente está relacionado com o aspecto cronológico mas também abrange fatores biológicos, psicológicos e sociológicos.

Assim, segundo Fonseca (2005) diferentes fatores têm um papel basilar no envelhecimento: os fatores biológicos, estão basicamente relacionados com o papel da saúde, da alimentação e do exercício físico; os fatores psicológicos dizem respeito ao funcionamento mental, estratégias de *coping*, mecanismos de defesa e à personalidade do indivíduo; finalmente, os fatores sociais englobam os fatores históricos, os efeitos da sociedade, as relações sociais, o contexto social, o suporte social, e os recursos económicos, culturais e educacionais.

Como tal, Paúl (2005) & Lima (2010) ao fundarem-se em Schroots e Birren (1980) consideram que o processo de envelhecimento se reveste de três componentes:

- a) O processo de envelhecimento biológico, que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se denomina senescência;
- b) Um envelhecimento social relativo à forma como a sociedade encara os mais velhos, as expectativas e os papéis sociais que lhes são atribuídos;
- c) O envelhecimento psicológico, definido pela autorregulação do indivíduo, as mudanças nas funções psicológicas como a memória e a tomada de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

Neste sentido, o desenvolvimento psicológico no decurso do envelhecimento envolve uma série de ajustamentos individuais face à ocorrência de mudanças decorrentes de alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais, relações interpessoais, alterações familiares, profissionais, na rede de relações e no próprio contexto de residência (Fonseca, 2010).

Nesse sentido, a nível psíquico, o envelhecimento representa a conquista da sabedoria e da compreensão plena do sentido da vida (Moraes, Moraes, & Lima, 2010). A sabedoria é uma variável abordada pelos investigadores no estudo do bem-estar dos idosos, na medida em que aparece, muitas das vezes, associada aos conceitos de maturidade e envelhecimento.

O interesse pela análise da sabedoria deve-se ao facto de se considerar que a sabedoria é uma faceta do processo de envelhecimento e é caracterizada por ser um conceito complexo, multidimensional, que prevê níveis de desenvolvimento elevados quer de natureza cognitiva, como de natureza afetiva e motivacional (Marchand, 2005). A sabedoria desenvolve-se com a idade, especialmente durante a última fase da vida, associando a velhice à idade da sabedoria e permitindo, assim, um novo olhar sobre o envelhecimento. “Dito por outras palavras, a maturidade aparece como uma caminhada na direção da sabedoria” (Marchand, 2005, p. 45).

Contudo, ao nível social conclui-se que um indivíduo é considerado idoso a partir do momento que deixa a sua ocupação profissional, o mercado de trabalho, ou seja, quando vai para a reforma e deixa de ser economicamente ativo (Shneider & Irigaray, 2008). Porém, as particularidades do envelhecimento mudam de indivíduo para indivíduo (dentro de determinado grupo social), mesmo quando partilham as mesmas variáveis ambientais (Sant'Anna, Câmara, & Braga, 2003).

Efetivamente, observa-se que “as medidas de idade cronológica, biológica, psicológica e social são relevantes e importantes para a compreensão do processo de envelhecimento, mas não para a sua determinação, pois a velhice é apenas uma fase da vida, como todas as outras, e não existem marcadores do seu começo e do seu fim” (Shneider & Irigaray, 2008, p. 592).

Durante décadas, predominou uma abordagem negativa do envelhecimento baseada em estereótipos que associam o envelhecimento a perdas intelectuais inevitáveis e irreversíveis mas atualmente, o processo de envelhecimento já começa a ser encarado de uma forma positiva.

No entanto, Luisa Berger (1995, cit. in Barros, 2010) identifica sete estereótipos a respeito dos idosos: o idoso visto como uma pessoa doente, infeliz, improdutiva, necessitada de ajuda, conservadora, igual a todos os

outros velhos, sofrendo de isolamento e de solidão.

Para Neto (2000), existe na nossa cultura o estereótipo de que as pessoas idosas são pessoas solitárias. No entanto, este estereótipo não se confirma quando as pessoas revelam a sua própria experiência de solidão.

A solidão é um construto complexo com uma interpretação ampla e subjetiva, que está sujeita a diferentes abordagens teóricas que iremos analisar de seguida.

2. A Solidão na Velhice

“Apesar da associação entre a solidão e a velhice ser frequente, na nossa cultura, a verdade é que a investigação não confirma esta crença. A razão desta associação é a ligação e a confusão frequente entre solidão, isolamento social e viver só” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004, *cit. in* Lima, 2010, p. 62).

2.1. O Conceito de Solidão

Neto (2000) refere que vários autores têm tentado definir o conceito solidão. Nas definições atribuídas à solidão, há três aspectos comuns que estão de acordo e são partilhados por outras definições avançadas na literatura que são os seguintes: a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; esta experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente (Peplau & Perman, 1982, *cit. in* Neto, 2000). Nesse sentido, pode-se encarar como um estado psicológico no qual os indivíduos vivem a solidão em diversos períodos de tempo, em diferentes momentos e contextos da sua vida.

Para Sousa, Figueiredo, e Cerqueira, (2004, p. 39) “A solidão é uma noção (sentimento) subjetiva, refere-se à perceção de privação de contactos sociais ou falta de pessoas disponíveis ou com vontade de partilhar experiências sociais e emocionais. Essencialmente, trata-se de um estado em que o sujeito tem potencial vontade para interagir com os outros, mas não o faz, isto é, há discrepância entre o desejo e a realidade das interações com os outros.”

De facto, Weiss (1973, *cit. in* Neto, 2000) distingue solidão social de solidão emocional. A solidão social é uma determinada situação em que o indivíduo se sente insatisfeito e só por causa da falta de uma rede de amigos

ou pessoas conhecidas. A solidão emocional, segundo este autor, está relacionada com a insatisfação causada por uma relação pessoal, íntima.

Para Neto (2000) a solidão constitui uma experiência dolorosa que se tem quando as relações sociais não são adequadas. Como tal, a solidão afeta as atividades de vida diária e a qualidade de vida do idoso, sendo que a incapacidade física, entre outras incapacidades, como as demências senis, podem levar ao isolamento social e à depressão do idoso (Lopes, Lopes, & Camara, 2009).

2.2. Causas e Consequências da Solidão

Segundo Weiss (1973, *cit. in* Morales, 2010), a solidão não é apenas um desejo de relação, mas da relação certa, podendo ocorrer simultaneamente com actividades sociais. Esse autor acredita que a solidão resulta de déficits em um ou mais tipos de relacionamentos e que representa uma experiência subjetiva psicologicamente desagradável, caracterizada pela manutenção de relacionamentos interpessoais deficientes. De facto, grande parte dos idosos sente muita carência afetiva, cansaço e dificuldade na realização de determinadas atividades, o que os torna dependentes de terceiros. O medo da morte e o luto vivido pela perda de amigos ou parentes que se foram, são temas que, entre outros, merecem o cuidado terapêutico e a tentativa de prevenir o impacto negativo de algumas destas situações.

Efetivamente, a perda do conjúge, de amigos e parentes com quem foram partilhadas experiências de vida, alegrias e tristezas pode ser dolorosa e necessita de uma adaptação a uma nova realidade: viver só. Como tal, existe uma forte relação entre as perdas, nomeadamente a viuvez e a solidão nos idosos.

Paúl (1991, *cit. in* Fernandes, 2007) refere que a viuvez é frequentemente associada à solidão, o que se deve principalmente à perda de uma relação íntima muito particular. Essa perda pode gerar sentimentos de solidão e de abandono, sendo às vezes os próprios idosos a privarem-se do convívio e da participação social ativa. Na viuvez também aparecem os sintomas depressivos, não só pela dor da perda, mas também pelo isolamento social a que ficam sujeitas.

Nesse sentido, “A reforma, migração, dependência ou outros eventos que contenham o sentimento de perda de papéis anteriores

importantes, também se associam ao aumento dos níveis de isolamento e solidão. Invariavelmente, a institucionalização, ou andar em sistema de rotatividade pela casa dos filhos, reforçam os sentimentos de solidão. O baixo estado de saúde, a má condição física e problemas de saúde mental, em especial a depressão, fortalecem a solidão e o isolamento. Mas, neste caso, a relação é mútua: a solidão causa problemas de saúde e vice-versa. No que se refere aos rendimentos, há pouca investigação; no entanto, a tendência é que aqueles que têm mais dinheiro sintam menos isolamento e solidão. A espiritualidade tem-se revelado um fator protetor em relação à solidão e isolamento social” (Sousa, Figueiredo, & Cerqueira, 2004, p. 9).

Segundo Lopes, Lopes e Câmara (2009), a solidão desenvolve um sentimento de vazio interno, aparecendo os fatores psicológicos e sociais como desencadeadores dos estados emocionais e comportamentais negativos, tais como a depressão, o luto, o isolamento social e o abandono.

Efetivamente, segundo Neto (2000), a solidão resulta não apenas de fatores situacionais, como a diminuição de contacto social, o estatuto social, a perda relacional, as redes sociais inadequadas, as situações novas, os entraves indiretos ao contacto social, fracasso e fatores temporais, mas também das características individuais, como a depressão, a timidez, a autoestima, o autoconceito e as habilidades sociais, como podemos verificar no quadro 1.

Quadro 1. Sentimentos (e respetiva caracterização) causados pela solidão (Neto, 2000, p. 326)

Desespero	Depressão	Aborrecimento impaciente	Auto depreciação
Desespero	Triste	Impaciente	Pouco atrativo
Aterrorizado	Deprimido	Aborrecido	Severo consigo
Desamparo	Vazio	Desejo de estar noutro lado	Estúpido
Assustado	Isolado	Inquieto	Envergonhado
Sem esperança	Pesaroso	Zangado	Inseguro
Abandonado	Melancólico	Incapaz	
Vulnerável	Alienado		

2.3. Fatores que atenuam a Solidão

Tal como vimos anteriormente, “Uma ampla gama de fatores pode contribuir para o aumento da vulnerabilidade das pessoas à solidão. Esses fatores são suscetíveis de aumentar a probabilidade de uma pessoa se sentir só e de ser mais difícil para a pessoa só restabelecer um relacionamento social satisfatório” (Neto & Barros, 2001, p. 73).

No entanto, segundo Neril e Freire (2000) existem alguns aspetos que ajudam os idosos a prevenir, ou mesmo a combater, a solidão, tais como:

- Tentar conhecer novas pessoas e fazer novas amizades;
- Participar em atividades sociais voluntárias;
- Transmitir conhecimentos e experiências a outras pessoas;
- Encontrar novos canais de comunicação entre pessoas da mesma geração e de outras gerações;
- Envolver-se em grupos de convívio, atualização cultural;
- Consciencializar-se do seu papel como cidadão na sociedade e reconhecer os seus direitos e deveres;
- Investir em si próprio, cuidando da saúde mental e física;
- Convencer-se que a adaptação às mudanças naturais da idade adulta avançada traz dificuldades, mas que isso não implica o afastamento social, inatividade, isolamento, depressão;
- Favorecer o crescimento espiritual;
- Saber eleger as prioridades pessoais e defender a privacidade e pontos de vista próprios.

Podemos, deste modo, concluir que a solidão está associada a fatores de carácter psicológico, biológico (estado de saúde), social, afetivo, sociodemográfico e até espiritual, tanto do ponto de vista da sua ampliação, como da sua prevenção. No entanto, não nos podemos focalizar apenas num fator para compreender a solidão e o seu impacto comportamental, mas sim num conjunto complexo de fatores que originam e desenvolvem sentimentos de solidão nos indivíduos, principalmente nos idosos.

Assim, para resolver algumas das causas que acreditamos estarem na origem da solidão e do mal-estar dos idosos, por vezes é decidido o internamento num lar, mas nem sempre com sucesso, pois nem sempre uma

instituição, com apoio formal supostamente suficiente, reduz o sentimento de solidão emocional do idoso (Fernandes, 2007).

De facto, o aumento da esperança de vida mas, também, o aumento do número de idosos incapacitados e as dificuldades das famílias em dar suporte aos seus idosos, leva por vezes, ao recurso à institucionalização que iremos abordar a seguir.

2.4. Recurso à Institucionalização

Quando abordamos a questão da institucionalização é importante reflectir sobre onde é que a pessoa idosa é mais feliz – em casa ou no lar? A viver com a família, sozinha ou numa instituição?

Não há muito tempo, as gerações mais velhas viviam com a família, e esta era reconhecida como a principal entidade de suporte em situações de dependência dos seus elementos. Embora, nos dias de hoje, a família ainda tenha um papel importante no cuidar dos idosos, as transformações sofridas ao longo do tempo levaram à diluição do seu papel (Lima, 2010).

O Lar de idosos é, então, encarado como uma alternativa da vida moderna à família, pois, por um lado, os filhos/a família não têm tempo para cuidarem adequadamente dos seus adultos mais velhos e, por outro lado, estes últimos não querem dar trabalho nem se sentirem um “peso”. A falta de condições para cuidar dos mais velhos, dos pais, tende a agravar-se numa conjuntura marcada pelo *stress*, desemprego, instabilidade monetária e insegurança. Neste contexto, sobressai, igualmente, a dimensão associada à desestruturação familiar que a presença da “*pessoa de idade*” pode provocar, nos netos, noras e genros, causada pela partilha dos afetos, da atenção e do mesmo espaço físico (Silva, 2005).

De facto, atualmente apela-se com mais frequência a uma instituição porque as famílias não conseguem proporcionar ao idoso os cuidados necessários para seu bem-estar. Estas instituições visam, sobretudo, proporcionar habitação de forma a garantir ao idoso uma vida confortável e um ambiente calmo e humanizado, proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biológica, psicológica e social das pessoas idosas, assegurar as suas necessidades básicas, contribuir para a amenização ou retardamento do processo de envelhecimento, e criar condições que permitam preservar e incentivar as relações familiares (Langen et al., 1998,

cit. in Barros, 2006).

No entanto, na opinião de Jett e seus colaboradores (1996, *cit. in* Barros, 2006) não existem dúvidas de que a decisão de entrar num Lar deve ser completamente autônoma, na qual o idoso é o único e principal responsável. No entanto, o que acontece inúmeras vezes é que essa decisão inclui muitos participantes, sendo que o papel do idoso varia entre o de principal responsável a um de mero espectador das decisões tomadas pelos outros.

Estes autores estudaram as principais razões que levam os idosos a entrar num lar, tendo conseguido distinguir cinco categorias:

1. Vivência de acontecimentos inesperados, como quedas ou doenças súbitas;
2. Alteração das circunstâncias da família, como a diminuição do número de pessoas capazes de lhes prestarem cuidados;
3. Necessidade de especialistas de saúde, como enfermeiros, terapeutas de reabilitação;
4. Sentir pressão dos outros para irem para um lar;
5. Viver com medo nas suas casas.

“O sucesso da medida de institucionalização depende, fortemente, de uma enorme diversidade de fatores, que é sempre necessário equacionar. A ida para uma instituição deverá ser um recurso, quando é encarada e vivida pelos intervenientes como um bem e uma fonte de promoção de qualidade de vida” (Lima, 2010, p. 104).

Assim, Kane (2003, *cit. in* Lima, 2010) sugere onze indicadores de qualidade de vida nas instituições para idosos: autonomia, dignidade, privacidade, individualidade, segurança, conforto físico, relações interpessoais, atividades com significado, competência funcional, diversão e bem-estar espiritual. Outros autores têm destacado a importância da preparação e acompanhamento do idoso na transição para a instituição.

Efetivamente, a mudança para uma nova situação de vida não é vivida da mesma forma por todos os indivíduos. Tendo em consideração estes aspetos, os efeitos negativos ou positivos da institucionalização derivam, por um lado, de influências do contexto e da instituição e por outro, de diferenças individuais na capacidade de adaptação (Lima, 2010).

Segundo o estudo de Barroso e Tapadinhas (2006) conclui-se que os

resultados encontrados nos sentimentos de solidão vivenciados pelos idosos não institucionalizados, bem como pelos que o estão, variam significativamente em função do contexto habitacional do idoso, no entanto os adultos mais velhos que vivem nas instituições parecem apresentar mais sentimentos de solidão. Neste estudo, os autores acima referidos também concluíram que os idosos institucionalizados apresentam níveis superiores de depressão em relação aos não institucionalizados, sendo que este quadro patológico pode aparecer como consequência das elevadas taxas de solidão.

Para Carvalho e Dias (2011) a qualidade de vida dos idosos institucionalizados depende do convívio de pessoas próximas, como familiares e amigos, com a finalidade de evitar sentimentos de solidão ou isolamento que muitos vivem pelo facto de estarem afastados dos seus entes queridos. Neste âmbito, a institucionalização deverá ser o último recurso a ter em conta para o idoso, visto que leva a um aumento do isolamento, inatividade física e julgamentos sociais destrutivos, especialmente relacionados com a família (Ramos, 1996 *cit. in* Lobo & Pereira, 2007).

Na verdade, a maioria dos idosos, apesar de viver em casas modestas ou mesmo impróprias para as suas necessidades, considera a sua casa confortável e segura, e um local onde conseguem manter a sua rede de apoio social e, como tal, mostram resistência ao processo de institucionalização. De facto, a opção pela institucionalização gera, por vezes, conflitos e angústias para os familiares, visto que existe uma crença de que o melhor lugar para o idoso é perto da família.

Na realidade, há que reconhecer que o ingresso num lar de idosos, em muitos casos, poderá trazer melhorias na alimentação, nos cuidados médicos, na interação social, na estimulação cognitiva, aspetos que não se verificam quando os idosos permanecem sozinhos e sem suporte familiar mas para tal ser possível, a mudança de ambiente terá de ser voluntária e desejada.

Pode, assim, concluir-se que os dados, no que refere aos efeitos da institucionalização, são aparentemente contraditórios, dando conta da complexidade do fenómeno. Tais efeitos são consequência das influências do contexto e instituição, por um lado, e das diferenças individuais na capacidade de adaptação, por outro, tal como anteriormente já foi referido. Como tal, o sucesso da medida de institucionalização depende, fortemente,

de uma enorme diversidade de fatores, que é sempre necessário equacionar. A ida para uma instituição deverá ser um recurso, quando é encarada e vivida pelo idoso, como um bem e uma fonte de promoção de qualidade de vida (Lima, 2010).

De facto, o tema da qualidade de vida na velhice tem adquirido uma importância cada vez maior dentro da área da Gerontologia, sendo explorado em diversos estudos contemporâneos, permitindo o aprofundamento da sua conceituação e promovendo uma crescente atenção para o papel de variáveis subjetivas como satisfação com a vida e bem-estar subjetivo que iremos abordar de seguida.

3. O Bem-estar Subjetivo

“BES é o estudo científico da felicidade: o que a causa, o que a destrói e quem a tem. A palavra “felicidade” expressa os componentes afetivos do BES. Alguns conceitos são empregados, no senso comum, como sinónimos de felicidade e bem-estar” (Albuquerque e Tróccoli, 2004, p. 54).

3.1. O Conceito do Bem-estar Subjetivo

Bem-estar subjetivo (BES) é uma área da Psicologia que tem por fim perceber as avaliações que os indivíduos fazem das suas vidas (refere-se ao modo como as pessoas pensam e como se sentem). Para Diener (1994), o bem-estar subjetivo constitui uma reação avaliativa das pessoas à sua própria vida – quer em termos da satisfação com a mesma (avaliação cognitiva) quer em termos de afetividade (reações estáveis).

De acordo com Simões (2006) o bem-estar subjetivo é constituído por uma componente cognitiva, designada satisfação com a vida (a forma como se avalia a própria vida, globalmente considerada) e por uma componente afetiva (as reações emocionais, positivas ou negativas, face à dita avaliação). Assim, “associamos, por exemplo, a alegria, o entusiasmo, o orgulho, a felicidade, a sentimentos e emoções positivas e a culpabilidade, a tristeza, a ansiedade, a depressão, a sentimentos e emoções negativas” (Sardinha, citado por Serrazes, 2011, p. 6).

Nesse sentido, o BES tem como finalidade a autoavaliação dos afetos positivos e negativos, sobre não só a satisfação global com a vida mas

também com a satisfação em domínios específicos, como o trabalho, a saúde, independência, entre outros (Diener & Suh, 1997).

3.2. Fatores promotores do Bem-estar Subjetivo

Para Giacomoni (2004), o bem-estar subjetivo tem sido apresentado, nos modelos teóricos dominantes, em dois blocos opostos, o *bottom-up* versus *top-down*. Inicialmente, os modelos teóricos preocupavam-se em identificar e perceber o modo como os fatores externos e as variáveis sociodemográficas tinham impacto na felicidade. “Estas abordagens, conhecidas como *bottom-up*, mantêm como base o pressuposto de que existe uma série de necessidades humanas universais e básicas, e que a satisfação, ou não, destas viabiliza a felicidade. Outros fatores associados por essas teorias são as experiências de eventos prazerosos diários estando relacionados ao afeto positivo, assim como o seu oposto, eventos desprazerosos associados a afetos negativos” (Giacomoni, 2004, p. 45).

Segundo Guedea et al (2006), os fatores demográficos, como o sexo, raça, educação, rendimento económico e estado civil, exercem pouca ou mesmo quase nenhuma influência sobre o bem-estar subjetivo. Albuquerque e Lima (2007) também concluíram, no estudo que realizaram, que nenhuma das variáveis sociodemográficas tem poder preditivo do nível de bem-estar subjetivo, contudo a personalidade ligada à ação pessoal, projetos pessoais, possuem um valor explicativo do bem-estar.

Efetivamente, os dados das investigações têm revelado, de forma consistente, que a personalidade é um dos determinantes principais do bem-estar subjetivo, nomeadamente de que existe uma relação estreita entre a afetividade positiva e a extroversão e o neuroticismo e a afetividade negativa (Lima, 2010).

No entanto, Ryff (1989, *cit. in* Queros & Neri, 2005) separou o bem-estar subjetivo do bem-estar psicológico sendo que o psicológico se relaciona com diferentes dimensões relativas à competência na representação de si, diferentes da satisfação e do afeto, propondo um modelo teórico constituído por seis dimensões:

- Autonomia: self determinado e independente, capaz de seguir as suas opiniões e escolhas;

- Propósito de vida: ter objetivos na vida e senso de direção, administrando o passado e o presente;
- Domínio do ambiente: administrar atividades complexas da vida, nos âmbitos profissional, familiar e pessoal;
- Crescimento pessoal: manter continuamente o próprio processo de desenvolvimento, estar aberto às novas experiências;
- Autoaceitação: aceitação de si e dos outros, com uma atitude positiva em relação a si mesmo e aos acontecimentos anteriores;
- Relações positivas com outros: manter relações de satisfação, de confiança e de afetividade com outras pessoas.

Assim, para Albuquerque e Tróccoli (2004, p. 154) “BES elevado inclui frequentes experiências emocionais positivas, rara experiência emocional negativa (depressão ou ansiedade) e satisfação não só com vários aspetos da vida, mas com a vida como um todo. Naturalmente que o humor das pessoas, suas emoções e julgamentos auto avaliativos, que mudam com a passagem do tempo, caracterizando a satisfação com a vida como um constructo não só multidimensional, mas também dinâmico. Isto, no entanto, não implica na instabilidade do fenômeno. Flutuações momentâneas não obscurecem um julgamento mais abrangente do que pode ser considerado como o nível mais estável que a pessoa julga caracterizar a sua satisfação com a vida. Evidências neste sentido têm sido encontradas nos estudos sobre o desenvolvimento de instrumentos para medir o BES.”

No entanto, segundo estes autores, os valores do BES variam consoante o tipo de escala utilizada, a ordem dos itens, o estado de humor no momento que se responde o instrumento e consoante outros fatores situacionais (Albuquerque & Tróccoli, 2004).

Podemos, então, concluir que o BES é um conceito complexo que abrange diversos fatores relacionados não apenas com aspetos sociodemográficos mas principalmente com aspetos da personalidade, numa perspectiva complexa de compreensão do funcionamento pessoal.

3.3. Satisfação com a Vida

“A satisfação com a vida é uma das medidas do bem-estar subjetivo, que reflete a avaliação pessoal do indivíduo sobre determinados domínios. Um aspeto essencial do bem-estar é a capacidade de acomodação às perdas e

de assimilação de informações positivas sobre o Self – um sistema composto por estruturas de conhecimento sobre si que integram ativamente essas estruturas ao longo do tempo e ao longo de várias áreas do funcionamento pessoal” (Neri, 2001, *cit. in* Resende, Cunha, Silva, & Sousa, 2007, p.67).

Efetivamente, a satisfação com a vida é uma componente cognitiva do BES, consistindo um juízo global realizado pelo indivíduo, que se foca e recorre mais aos sentimentos positivos do que aos negativos, ou seja, é uma avaliação positiva dos acontecimentos, e circunstâncias da vida, podendo ser subdividida em diversos domínios, tais como a satisfação no trabalho, amor, família e amigos (Diener, 1994).

Por outro lado, segundo Calixto e Martins (2010), a satisfação com a vida constitui-se como uma avaliação subjetiva global que o sujeito realiza sobre a sua vida, em que compara circunstâncias da sua vida real com as que podem ser incluídas num modelo de vida *standard* que ele próprio interiorizou e que considera apropriado para si.

Como tal, para Alburquerque e Tróccoli (2004) a satisfação com a vida é um juízo cognitivo de diversos domínios na vida como saúde, trabalho, condições de residência, relações sociais, autonomia entre outros, no qual depende da comparação entre as circunstâncias de vida do indivíduo e um padrão por ele estabelecido.

Portanto, a satisfação com a vida diz respeito ao julgamento subjetivo que o indivíduo faz acerca da sua qualidade de vida, olhando para toda a sua história de vida e baseando-se nos fatores que são para ele, indispensáveis para se sentir feliz e satisfeito. Assim, ao abordar o fator de satisfação com a vida, esta poderá referir-se a aspetos específicos, como o trabalho, a família, o lazer, a saúde, a economia, entre outros.

3.4. O Bem-estar Subjetivo na Velhice: Paradoxo

O BES é um indicador relevante do nível de adaptação na velhice (Guedea et al., 2006), sendo considerada a avaliação subjetiva da qualidade de vida, como já referimos anteriormente, sendo que “atualmente, este constructo tem sido muito utilizado nas áreas de saúde mental, qualidade de vida e gerontologia social” (Giacomoni, 2004, p. 44).

Para Neto (1999, *cit. in* Serrazes, 2011), os idosos não se revelam menos satisfeitos com a vida quando comparados com outros grupos etários,

mesmo que possam ter problemas de diversas causas. Schilling (2006), no estudo que realizou chegou à mesma conclusão de Neto, concluindo que não há diferenças na satisfação com a vida nas diferentes faixas etárias, algo que o autor não estava a espera visto que com o avançar da idade, diferentes problemas ocorrem e comprometem a qualidade de vida, tais como perdas familiares e problemas de saúde associados à velhice. O mesmo estudo apenas revelou que ocorre uma pequena diminuição da satisfação com a vida nos idosos com idade superior aos 70 anos.

Paulini & Eiras (2004, p. 2), no 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, mencionaram que “alguns estudos já foram realizados neste campo, surgindo, a partir daí, algumas ideias sobre o bem-estar psicológico do idoso e envelhecimento bem-sucedido ou satisfatório. Aumenta a cada dia a consciência de que os idosos podem sentir-se felizes e realizados e que alguns problemas ligados ao envelhecer podem ser evitados ou amenizados, “contornados” com medidas preventivas, como nutrição equilibrada, exercícios físicos, condições ambientais adequadas e disposição interna para enfrentar as dificuldades inerentes a este processo.”

Segundo Barros (2006, p. 36) “alguns investigadores chegaram à conclusão que o bem-estar subjetivo permanece relativamente estável durante a velhice apesar de diversas perdas relacionadas (Kunzmann et al., 2000). Outros teóricos sugeriram que o bem-estar pode aumentar com a idade (Mroczek & Kolarz, 1998). Aliás, Carstensen (1991, cit. por Mroczek & Kolarz, 1998) argumentou que o bem-estar afetivo em particular é capaz de evoluir ao longo da vida devido ao aumento da capacidade de regulação das emoções com a idade. Também Ryff (1989) descobriu que o balanço afetivo tem um desenvolvimento crescente desde os jovens até aos idosos. Ehrlich e Isaacowitz (2002) arriscaram mesmo a afirmar que é possível observar elevados níveis de bem-estar subjetivo em adultos idosos até uma certa idade, assim Mroczek e SpiroIII (2005) afirmaram que o bem-estar subjetivo aumenta com a idade”.

Por fim, a satisfação com a vida é predisposta pelas variáveis sociodemográficas, os relacionamentos sociais, a personalidade, o *coping* e a autoestima. No entanto, como já foi referido, estes preditores ou características não são estanques nem universais, pois não existe uma forma linear e universal de caracterizar a satisfação com a vida nos idosos, quer

estes estejam institucionalizados ou não. Talvez porque são demasiadas as variáveis que influenciam os níveis de satisfação e, provavelmente, as mais relevantes ou as que têm maior influência ainda estão por determinar (Calixto & Martins, 2010).

Podemos concluir que os estudos, contrariando estereótipos, não encontram uma diminuição do bem-estar subjectivo com a idade, chegando, inclusive, a encontrar um aumento do bem-estar nas idades mais avançadas. Portanto, cabe agora à sociedade passar a encarar a velhice como um fenómeno natural e positivo, de forma que os próprios idosos possam encontrar nesta fase da vida um conjunto de vantagens, integrando-se de forma saudável e participativa na sociedade e sentindo-se satisfeitos com a sua vida.

II. Objetivos

O principal objetivo deste trabalho de investigação consiste em analisar a relação entre a solidão e o bem-estar subjectivo de idosos que residem nas suas próprias casas e de idosos institucionalizados, levando ainda em consideração alguns fatores responsáveis pelo bem-estar subjectivo identificados na literatura especializada, e que abordámos no capítulo anterior (nomeadamente, género, idade, estado civil, área de residência, situação profissional e habilitação escolar).

Pensamos que a partir desta análise poderemos sugerir novas alternativas de intervenção neste domínio, sob um ângulo inovador e empreendedor, tendo em vista uma efetiva melhoria da qualidade de vida dos idosos.

O próximo capítulo define a metodologia utilizada para este estudo, descrevendo, nomeadamente, a caracterização da amostra, a indicação dos instrumentos de recolha de dados e dos procedimentos de aplicação.

III. Metodologia

1. Caracterização da amostra

Em termos gerais, pretendemos analisar a relação entre a solidão e o bem-estar subjectivo de idosos que residem nas suas próprias casas e de

idosos institucionalizados, tal como referimos no ponto anterior deste trabalho.

A amostra deste estudo é composta por dois grupos: o grupo de idosos institucionalizados em lares, e o grupo de idosos que permanecem nas suas residências. Do primeiro grupo fizeram parte 12 idosos que permanecem no seu próprio domicílio ou a habitar com familiares, residentes no Concelho de Mortágua, sendo que 8 são do sexo feminino e 4 do sexo masculino. Do segundo grupo fizeram parte 12 idosos de duas instituições (Resivida de Santa Comba Dão e Casa de Saude de Coimbra), sendo que 7 são do sexo feminino e 5 do sexo masculino.

Participaram neste estudo um total de 24 idosos, 15 do sexo feminino (62.5%) e 9 do sexo masculino (37.5%). Destes, 12 são não institucionalizados, residentes no concelho de Mortágua, enquanto que os outros 12 se encontram a residir, permanentemente ou apenas durante o dia em lares, 6 na instituição Resivida, de Santa Comba Dão, e os outros 6 na instituição Casa de Saúde de Coimbra (foram entrevistados 4 idosos no lar e 2 no centro de dia).

A amostra apresenta idades compreendidas entre os 61 e os 93 anos, com uma média de idades de $M= 78.8$, e um Desvio-Padrão de $DP=8.0$. Verifica-se que a maioria dos idosos não institucionalizados são do meio rural (45.8%), e todos os institucionalizados são do meio urbano (54.2%). No que se refere ao Estado Civil, são casados 8 dos participantes (33.3%), 2 são divorciados (8.3%), 12 estão viúvos (50%), e 2 são solteiros (8.3%). Das diferentes profissões que cada idoso exercia antes da reforma, a maioria era na agricultura. Quanto ao nível de escolaridade 6 participantes são analfabetos (25%), 2 têm a 2ª classe (8.3%), 8 a 3ª classe (33.3%) e 8 a 4ª classe (33.3%). Por fim, a maioria tem 2 filhos, sendo que o número de filhos vai dos 0 aos 6, conforme Quadro 2.

Quadro 2. Dados SocioDemográficos dos Idosos

		Não Institucionalizados	Institucionalizados	Total	%
Sexo	Feminino	8	4	15	62,5
	Masculino	4	2	9	37,5
Habitação	Urbano	1	6	13	54,2
	Rural	11	0	11	45,8

Estado Civil	Casado	4	2	2	8	33,4
	Solteiro	2	0	0	2	8,3
	Viúvo	5	4	3	12	50,0
	Divorciado	1	0	1	2	8,3
Ocupação exercida antes da reforma	Agricultor	6	3	0	9	-
	Comerciante	1	0	1	2	-
	Doméstica	2	1	0	3	-
	Costureira	1	0	0	1	-
	Carpinteiro	1	0	0	1	-
	Serrador	0	1	1	2	-
	Encadernador	0	0	1	1	-
	Pasteleiro	0	0	1	1	-
	Emp. Fabril	0	0	2	2	-
	Pintor	1	0	0	1	-
Emp. Limpeza	0	1	0	1	-	
Escolaridade	Analfabeto	5	0	1	6	25,1
	2º Classe	0	1	1	2	8,3
	3ª Classe	4	3	1	8	33,3
	4ª Classe	3	2	3	8	33,3
Número de Filhos	0	2	0	2	4	-
	1	1	0	2	3	-
	2	4	1	1	6	-
	3	2	3	0	5	-
	4	3	0	1	4	-
	5	0	1	0	1	-
6	0	1	0	1	-	

2. Instrumentos

A recolha dos dados realizou-se através de um Guião de Entrevista semiestruturada (Anexo 1), construído especificamente para este estudo e fundamentado sobretudo nos fatores apontados pela literatura especializada como amplificando ou atenuando a solidão dos idosos e a sua respetiva contribuição para o bem-estar subjetivo (Kivnick & Murray, 2001).

A entrevista foi semi-estruturada, sendo que foram colocadas questões abertas, dando a possibilidade do inquirido responder de forma subjetiva, mas nunca perdendo a direção da entrevista.

O guião é constituído por 38 questões, repartidas em 5 grupos:

- 1) Dados pessoais;
- 2) Habitação (idoso institucionalizado/não institucionalizado);
- 3) Rede social de apoio;

- 4) Atividades do quotidiano;
- 5) Perceção do idoso.

O primeiro grupo comportou questões relacionadas com a idade, sexo, nível de escolaridade, profissão antes da reforma e estado civil. No segundo grupo, no caso dos idosos institucionalizados, foram ainda colocadas questões que se referiam ao motivo e ao número de anos de institucionalização e à zona de residência (urbana/ rural). No caso dos idosos não institucionalizados procurou-se averiguar se viviam sozinhos ou não e, neste último caso, com quem viviam. O terceiro grupo aplicou questões relacionadas com a rede social de apoio do idoso, nomeadamente acerca do contacto com a família, os amigos e os vizinhos. O quarto grupo abordou questões relacionadas com as atividades de manutenção da rotina diária e as atividades lúdicas do idoso. O quinto e último grupo, explorou questões sobre a perceção do idoso acerca da sua saúde, da solidão e da vida.

Para complementar o nosso estudo aplicamos igualmente a Escala de Satisfação com a vida – SWLS sendo um dos instrumentos mais utilizados para avaliar um dos componentes do bem-estar subjetivo – (*Satisfaction With Life Scale*) (Anexo 2). O SWLS tem como finalidade avaliar o juízo subjetivo que os indivíduos têm sobre a qualidade das suas próprias vidas, sendo elaborado por Diener et al (1985, *cit. in* Nunes, L. 2009). A SWLS dá a liberdade ao sujeito respondente de integrar e ponderar, da forma que entender, os vários domínios da sua vida em geral (por exemplo, a saúde, a família ou o bem-estar académico e profissional) e os diversos estados de espírito, de modo a chegar a um juízo global, positivo ou negativo, sobre a sua própria vida.

A escala foi validada para a população portuguesa, pela primeira vez, por Neto e colaboradores (1990), com uma amostra de adultos. Simões (1992) retomou esse trabalho, com o objetivo de estender a validação do instrumento a outras populações, muito particularmente, de outras idades e níveis culturais. De acordo com Simões (1992), a SWLS apresenta bons índices de validade preditiva e fatorial. Efetivamente, quando submetidos os resultados dos cinco itens da escala à análise fatorial, emergiu um único fator – a satisfação com a vida – que explicava 53,1 % da variância total. A fidelidade do referido instrumento, avaliada através do alfa de Cronbach, revelou-se igualmente satisfatória: $\alpha=.77$. A

coincidência de resultados (e.g., na composição fatorial, nos índices de consistência interna) entre o estudo de Simões (1992) e o de Neto e colaboradores (1990), apesar de terem sido utilizadas populações diferentes, realça a validade da escala (Sardinha, 2008, *cit. in* Serrazes, 2011, p. 36).

“A satisfação com a vida foi avaliada com a versão portuguesa da SWLS – Escala de Satisfação Com a Vida (no original, Satisfaction With Life Scale), validada por Simões (1992). É composta por 5 itens, organizados numa escala do tipo Likert de 5 pontos: discordo muito (1) até concordo muito (5). Este instrumento permite obter resultados que oscilam entre um mínimo de 5 e um máximo de 25, em que quanto mais elevado for a pontuação, mais elevada será a satisfação com a vida.” (Figueiredo, Lima, & Sousa, 2009, p. 100).

Optámos por este instrumento (enquanto indicador do nível de bem-estar subjetivo) por ser mais acessível, tendo em conta as características da população em questão, pelas suas qualidades psicométricas e por ter sido validado para a população portuguesa.

3. Procedimento

Este trabalho foi realizado nas seguintes etapas: definição do projeto; levantamento bibliográfico; criação de um guião de entrevista semiestruturada; realização das entrevistas (trabalho de campo); transcrição integral das entrevistas; codificação dos tópicos de cada entrevista; análise de conteúdo das respostas; discussão dos resultados e considerações finais.

Na medida em que a nossa amostra era constituída por indivíduos com características muito particulares, nomeadamente, com baixo nível de escolaridade e idade avançada, foi necessário individualizar, ao máximo, todo o processo de recolha de dados. Optámos por nos deslocar às instituições (idosos institucionalizados) e/ou ao domicílio dos sujeitos que integravam a amostra (idosos não institucionalizados), onde se aplicaram os instrumentos individualmente, sob a forma de entrevista semiestruturada, explicando previamente os objetivos do estudo e a importância da sua participação.

As entrevistas foram realizadas individualmente, de forma aleatória. No caso da amostra institucional, as pessoas responsáveis por cada

instituição cederam listas de utentes que estavam autónomos e capazes de participar no estudo. Anteriormente à aplicação dos instrumentos foi solicitada, por escrito, aos diretores de cada instituição a cooperação neste estudo e uma autorização (Anexo 3) para realização das entrevistas, tendo sido explicados sucintamente os objetivos do estudo, o tipo de participação requerida e onde era dada garantia de privacidade e de confidencialidade dos dados. De igual modo, nenhum idoso participou neste estudo sem antes ter sido devidamente informado dos objetivos do estudo, como referimos anteriormente, e ter assinado o termo de consentimento (Anexo 4).

Seguidamente, foi realizada uma entrevista individual com cada um dos participantes, a partir do guião previamente elaborado, e aplicou-se o instrumento Escala de Satisfação com a Vida (SWLS – Adaptação portuguesa, Simões, 1992). As entrevistas foram todas gravadas, à exceção de uma. Os dados foram recolhidos em julho e agosto de 2012. Os dados obtidos através das entrevistas foram analisados através de uma análise de conteúdo.

Atualmente, e de modo geral, análise de conteúdo é vista como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens” (Bardin, 2011, p. 44). Dito por outras palavras, a análise de conteúdo trabalha a fala e explora aquilo que está por trás das palavras (codificação) sobre as quais se desbrucha. Os resultados em bruto são tratados de maneira a serem significativos e válidos e permitem estabelecer quadros de resultados e propor inferências e interpretações relativamente aos objetivos previstos ou que digam respeito a outras descobertas inesperadas (Bardin, 2011).

Para complementar o nosso estudo utilizámos igualmente dados quantitativos, obtidos através da escala SWLS- adaptação portuguesa, os quais foram tratados com recurso ao SPSS 19.0.

IV. Resultados

Neste capítulo expor-se-ão os resultados obtidos com os idosos relativamente à solidão e ao seu bem-estar subjetivo, através de uma análise

comparativa entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados.

Habitação:

Idosos não Institucionalizados

Deste modo, no que se refere à questão relacionada com a habitação podemos verificar que a maioria dos **idosos não institucionalizados** vive sozinha (n= 8), sendo que 3 sujeitos vivem com o cônjuge e um com os sobrinhos (n= 4). Porém, quando questionados se gostariam de viver noutra lugar, apenas um respondeu que gostaria de viver com os filhos devido às dificuldades económicas e físicas. Os restantes inquiridos (n= 11) mencionaram que gostariam de continuar a viver em suas casas, pois gostam de lá estar, já estão habituados a estas e que gostavam de morrer lá: *“Eu gosto de estar aqui. Eles querem que eu vá para ao pé deles mas eu não quero. Não me sinto lá bem...”* (entrevista nº 9).

Quando questionados se usufruíam de algum tipo de apoio, verificou-se que 2 elementos recebem apoio social uma vez por semana dos filhos, ao passo que a esmagadora maioria (n= 10) menciona não ter qualquer tipo de apoio, conforme Quadro 3.

Quadro 3. Habitação dos idosos não institucionalizados

	Sim	Não
Mora Sozinho	8	4
Gostaria de Viver noutra lugar	1	11
Tem algum tipo de apoio	2	10

Idosos Institucionalizados

No que se refere aos **idosos institucionalizados**, verifica-se que 6 inquiridos residem na instituição desde há um 1 ano, 5 residem de 2 a 5 anos, sendo que apenas 1 reside há mais de 5 anos. Observa-se que metade dos inquiridos (n=6) foi viver para a instituição devido a queda ou acidente, 5 por doença e 1 porque não tinha condições em casa, contudo, todos os inquiridos mencionam que o fizeram por necessidade. A decisão foi, na maioria dos casos, tomada por eles próprios, com a ajuda dos filhos, sendo

que apenas 1 revelou que foi a assistente social que o encaminhou para a instituição.

Quando questionados se gostariam de morar noutra lugar 8 dos inquiridos revelou o desejo de voltar para casa, e 4 afirmaram que gostariam de continuar onde estão, conforme o quadro 4.

Quadro 4. Habitação dos idosos institucionalizados

Tempo que está na instituição	Menos de 1 ano a 1 ano	6
	De 2 anos a 5 anos	5
	Mais de 5 anos	1
Motivo	Queda / Acidente	6
	Doença	5
	Falta de condições	1
Gostaria de viver noutra lugar	Não	4
	Em casa	8

Rede Social de Apoio:

Idosos não Institucionalizados

Quando questionados sobre o tipo de contacto que estabelecem com os seus familiares, 10 **idosos não institucionalizados** mencionam que regularmente contactam os seus familiares, sendo que 2 raramente o fazem. Já no que se refere ao contacto com os amigos, a maioria raramente contacta com eles (n=7), verificando-se, ainda, que 3 sujeitos mantêm um contacto regular como os seus amigos, enquanto que 2 nunca o fazem. Já com os vizinhos existe um contacto regular para a maioria dos idosos (n=8), existindo ainda 4 idosos não institucionalizados que referem contactar raramente os seus vizinhos, conforme quadro 5.

Quadro 5. Contacto dos idosos não institucionalizados

	Contacto		
	Familiares	Amigos	Vizinhos
Regular	10	3	8
Raro	2	7	4
Nunca	0	2	0

No que concerne, à questão relativa à figura de suporte, 4 inquiridos

responderam que são os seus filhos (“*O meu braço direito, posso dizer que é o meu filho.*”), 3 responderam que são os sobrinhos, 2 mencionaram que são as vizinhas e os restantes indicaram outras figuras familiares, nomeadamente o irmão, a esposa ou ninguém (“*Ninguém, olhe que até é vergonha dizê-lo mas fui operado, tive 3 dias sem sair cá fora e não veio cá nenhuma alma viva. Aqui na povoação não há ninguém que me ajude, são todos selvagens...*”). Quanto às visitas, a maioria dos inquiridos respondeu que recebem a visita dos filhos, sendo que os restantes recebem mais visitas dos vizinhos e dos sobrinhos, porém todos responderam que gostariam que os filhos e a família os viessem visitar mais vezes, conforme quadro 6.

Quadro 6. Figuras de suporte e visitas dos idosos não institucionalizados

	Filhos	Sobrinhos	Vizinhos	Irmão	Conjûge	Ninguém
Regular	4	3	2	1	1	1

Idosos Institucionalizados

Relativamente aos **idosos institucionalizados**, a maioria contacta regularmente os seus familiares (n=7), existindo ainda 4 que o fazem raramente e 1 idoso menciona que nunca contacta com os seus familiares. No que se refere aos amigos, a maioria raramente contacta os seus amigos (n=7), observando-se ainda que 3 o fazem de modo regular e que 2 nunca os contactam. Por último, quanto aos vizinhos, verifica-se uma tendência para uma diminuição dos contactos, com 7 dos idosos institucionalizados a referir que raramente ou nunca contactam com os seus vizinhos. Verifica-se, ainda, que 4 declararam que o fazem regularmente, conforme quadro 7.

Quadro 7. Contacto dos idosos institucionalizados

	Familiares	Contatco Amigos	Vizinhos
Regular	7	3	4
Raro	4	7	5
Nunca	1	2	3

Quanto às figuras de suporte na maioria são os filhos e a própria instituição, sendo que as visitas são na sua maioria dos filhos, conforme quadro 8.

Quadro 8. Figuras de suporte e visitas dos idosos institucionalizados

	Filhos	Instituição	Amigos	Irmã	Conjûge	Afilhada	Nora
Regular	5	2	1	1	1	1	1

Atividades do cotidiano:

Idosos não Institucionalizados

Verificou-se que a maioria dos **idosos não institucionalizados** tem as suas **atividades quotidianas** relacionadas com o cuidado da horta e de animais ou a lida da casa e a preparação das refeições diárias. Apenas à noite é que se dedicam a ver TV. Isto é, a maioria dos idosos não institucionalizados se dedica quase exclusivamente à manutenção da sua rotina diária.

Em termos de **atividades lúdicas**, verificou-se que os idosos vão ao café ou associação, conversam, fazem renda, costura, rezam e vão à igreja, jogam, veem televisão e cuidam dos animais e da horta, sendo essas as atividades que realizam por gosto e não por obrigação, conforme quadro 9.

Quadro 9. Atividades do quotidiano dos idosos não institucionalizados

		Manhã	Tarde	Noite
Atividades de manutenção das rotinas diárias	Cuidar de animais	3	2	1
	Cuidar da horta/plantas	3	6	-
	Cuidar de animais e horta	2	4	-
	Cozinhar	8	1	6
	Ver TV	2	1	11
	Arrumar a casa	2	4	-
	Ir ao café	-	2	-
	Fazer a sesta	-	5	-
	Atividades lúdicas	Rezar/ir à missa	5	-
Fazer renda/costurar		3	-	-
Ver TV		4	-	-
Ir café/associação		4	-	-
Conversar		4	-	-
Jogos		3	-	-
Cuidar da horta/plantas		4	-	-

No que diz respeito às **atividades** que os inquiridos **faziam no passado** e gostariam de retomar hoje em dia, verificou-se que 6 inquiridos

gostavam de dançar, sendo que destes também 1 gostava de costurar, 2 passear e recolher resina, 1 passear e ir a festas, 1 andar de bicicleta e outro andar de mota, 1 fazer renda e bordar, os restantes, 1 gostava de tratar da horta e ir a festa da terra, 1 jogar cartas e andar de mota, 1 cascar madeira e recolher resina, 1 tratar dos animais e andar de bicicleta, 1 viajar e por fim 1 trabalhar.

Todos os elementos mencionaram que gostariam de ajudar os vizinhos, amigos e familiares, mas não podem: *“Eu agora não ajudo porque não posso e também não me dizem para ajudar, se pudesse ia porque antes agente ajudava umas às outras.”* Porém, 5 inquiridos prestam ajuda ou apoio a alguém, sendo que 2 cuidam do conjúge e os outros 3 ajudam os filhos ou vizinhos, conforme quadro 10.

Quadro 10. Atividades que os idosos não institucionalizados gostariam de retomar

Continuar atividades	Passear/Viajar	4
	Ir a festas	2
	Manter profissão	4
	Renda/Costura	2
	Dançar	6
	Andar mota /Bicicleta	2
Gostava de prestar ajuda		12
Presta ajuda		5

Idosos Institucionalizados

Quanto aos **idosos institucionalizados**, verificou-se que 6 idosos de **manhã**, para além da higiene e do pequeno-almoço, não têm qualquer tipo de atividade, 3 passeiam ou rezam, 1 faz renda e 2 leem, 4 veem televisão, e 1 fica deitado. **À tarde**, 11 elementos veem televisão, 6 conversam um pouco, 5 jogam, 3 vão passear, 1 faz renda, outro lê o jornal, 2 dormem a sesta e 1 faz fisioterapia. **À noite**, 8 elementos veem televisão, 1 reza o terço, 1 conversa com a esposa e os restantes não têm nenhuma atividade nesta altura do dia, apenas jantam e vão dormir, cf quadro 11. Isto é, os resultados demonstram que a maioria dos idosos em instituições não revela ter grande atividade diária, para além de verem televisão, o que nos mostra alguma pobreza de atividades promovidas pelas instituições.

Como **atividades lúdicas**, os inquiridos, veem televisão, ouvem rádio ou leem, passeiam, vão ao café e fazem renda. No entanto, 2 inquiridos afirmaram não ter qualquer tipo de passatempo, conforme quadro 11.

Quadro 11. Atividades do cotidiano dos idosos institucionalizados

	Manhã	Tarde	Noite
Atividades quotidianas			
Não têm atividade	6	-	-
Ver TV	4	11	8
Ler	2	1	-
Jogos	-	5	-
Rezar/ir a missa	3	-	1
Andar/Passear	3	3	-
Renda	1	1	-
Fazer a sesta	1	2	-
Conversar	-	6	1
Fisioterapia		1	
Atividades lúdicas			
Rezar/Igreja	2	-	-
Passear	1	-	-
Ir ao café	1	-	-
Jogos	3	-	-
TV ou Rádio	5	-	-
Ler	2	-	-
Fazer renda	2	-	-
Nenhum	2	-	-

Das atividades que realizavam no passado e gostariam de retomar, 6 inquiridos gostavam de poder passear ou viajar, 6 gostavam de manter a sua profissão, sendo que dois gostavam também de jogar cartas e 2 de fazer renda, dos restantes 1 gostava de desenhar e pintar, e 1 não gostava de continuar a fazer nenhuma das atividades do passado. Quanto a ajudar, todos os inquiridos revelaram ter vontade de ajudar se pudessem, mas apenas 2 inquiridos ajudam alguém, sendo que 1 ajuda os bombeiros e o outro cuida da esposa, conforme quadro 12.

Quadro 12. Atividades que os idosos institucionalizados gostariam de retomar

Continuar atividades	Manter a profissão	6
	Desenhar e pintar	1
	Jogar cartas	2
	Renda	2
	Passear/Viajar	6
	Nenhuma atividade	1
Gostava de prestar ajuda		12
Presta ajuda		5

Perceção do Idoso acerca de: saúde, solidão, vida

Idosos não Institucionalizados

Quando questionados sobre como tem sido a sua saúde, 4 dos idosos não institucionalizados responderam que tem sido má, 5 não muito boa, 2 regular, e 1 boa. Estes resultados revelam que a maioria dos idosos não institucionalizados mencionam terem tido problemas de saúde, conforme quadro 13.

Quadro 13. *Como tem sido a sua saúde?*

Má	Não muito boa	Regular	Boa	Sempre boa
4	5	2	1	-

Relativamente ao modo como se sentem nesta fase das suas vidas, 5 inquiridos sentem-se tristes, dos restantes 1 sente-se cansado, 1 mais ou menos, 3 alegres, 1 aborrecido, e 1 sozinho. Conforme quadro 14. Deste modo, poder-se-á dizer que existe uma tendência para os idosos não institucionalizados percecionarem-se como estando tristes, sós e cansados, nesta fase das suas vidas.

Quadro 14. *Como se sente nesta fase da sua vida?*

Tristes	Cansado	Mais ou menos	Alegre	Aborrecido	Sozinho
5	1	1	3	1	1

Foram ainda questionados diretamente sobre se se sentem sós. As

respostas mostram que 2 inquiridos responderam sempre, 6 algumas vezes, 2 nunca, 2 muitas vezes. Isto é, apenas 2 referem nunca, donde a esmagadora maioria sente a solidão, conforme quadro 15. Os resultados observados apontam para uma percepção de solidão, por parte da maioria dos idosos não institucionalizados.

Quadro 15. *Sente-se sozinho?*

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
2	-	6	2	2

Os idosos foram ainda questionados sobre o que fazem para diminuir os efeitos sentidos pela solidão. Os resultados mostram que 7 vão para a sua horta, 2 vão ao café, 1 vai dar um passeio, 1 lê e 1 joga palavras cruzadas, conforme quadro 16. Observa-se portanto que os idosos não institucionalizados optam por ter atividades, quer de manutenção das rotinas quotidianas, quer do tipo lúdico para ultrapassar os momentos de solidão.

Quadro 16. *O que faz para alterar isso?*

Ir para a Horta	Ir ao café	Dar um passeio	Ler/palavras cruzadas
7	2	1	2

Outra questão colocada prende-se com a percepção que os idosos têm acerca do modo como se sentem na presença dos seus familiares. Quando estão com os familiares, 7 inquiridos sentem-se bem, 2 sentem-se felizes, 2 satisfeitos, e 1 sente pena, conforme quadro 17. Resumindo, observa-se que os idosos não institucionalizados indicam sentirem-se pouco ativos, com pouca saúde, sós, e que as suas vidas atuais não são muito satisfatórias, apontando até para traços de sentimentos mais depressivos.

Quadro 17. *O que sente em relação à presença dos seus familiares?*

Sente-se bem	Sentem-se felizes	Satisfeitos	Sente pena
7	2	2	1

Foram ainda questionados sobre se se sentem valorizados pelas pessoas com quem convivem. As respostas mostram que 9 dos idosos responderam que se sentem valorizados quando estão perto dos familiares e

amigos, sendo que os restantes não se sentem valorizado ou apenas algumas vezes, conforme quadro 18.

Quadro 18. *Sente-se valorizado pelas pessoas com quem convive?*

Valorizado	Não valorizado/algumas vezes
9	3

Ao serem questionados sobre se precisam de algum tipo de apoio 8 idosos responderam que não, e 4 responderam que sim (“*Gostaria que, por exemplo, me aumentassem a reforma mais um bocadito porque é muito pouco para o que eu descontei, servi o estado 4 anos e 127 dias que eu tive de tropa, estive em Lisboa, Figueira da foz e mais tarde passei para São Miguel, para os Açores.*”) conforme quadro 19.

Quadro 19. *Sente falta de mais apoio?*

Não necessita	Necessita
8	4

Nesse sentido, pretendeu-se perceber se os idosos gostariam de realizar alguma modificação para se sentirem menos isolados, sós. As respostas mostram que 7 dos inquiridos não gostariam de modificar a sua situação, ao passo que 5 gostariam, preferindo viver com os filhos e netos, sendo que destes 5, 1 gostaria que o marido ficasse bem, e 1 de refazer a sua vida: “*Gostava de refazer a minha vida, viver com alguém, casar já não, isso já não vale a pena mas ter uma companhia, gostava.*” (entrevista nº 12), conforme quadro 20.

Quadro 20. *Gostaria de efetuar alguma modificação na sua vida para se sentir menos sozinho ou mais acompanhado?*

Nenhuma modificação	Viver com filhos e netos	Refazer a vida
7	4	1

Idosos institucionalizados

No que respeita aos idosos institucionalizados, foram colocadas as mesmas questões anteriormente apresentadas para os idosos não institucionalizados. Assim, quando questionados sobre como tem sido a sua saúde, 5 mencionaram que a sua saúde está má, 5 regular e 2 não muito boa,

conforme quadro 21. Comparando com as percepções dos idosos não institucionalizados, verifica-se que as percepções dos idosos das instituições indicam uma saúde mais regular.

Quadro 21. *Como tem sido a sua saúde?*

Má	Não muito boa	Regular	Boa	Sempre boa
5	2	5	-	-

Pretendeu-se perceber como os idosos institucionalizados se sentem nesta fase das suas vidas. As suas respostas indicam que 4 inquiridos se sentem tristes, 4 sentem-se bem e alegres, 1 mal e cansado e 1 desgostoso e angustiado, 1 inquirido sente-se deprimido e 1 tranquilo mas preso, conforme quadro 22. Comparando com os idosos não institucionalizados, observa-se a existência de um menor número de idosos tristes, e apresenta um maior número de idosos alegres.

Quadro 22. *Como se sente nesta fase da sua vida?*

Tristes	Bem e alegres	Mal e cansado	Desgostoso e angustiado	Deprimido	Tranquilo e preso
4	4	1	1	1	1

Quando questionados sobre se se sentiam sozinhos, observa-se que 3 inquiridos sentem-se sempre sozinhos, 3 algumas vezes, 2 muitas vezes, 2 inquiridos mencionaram que raramente se sentem sozinhos e 2 nunca se sentem sozinhos, conforme quadro 23. Uma vez mais, comparando com os idosos não institucionalizados, observa-se um menor número de idosos em instituições a sentirem-se sós.

Quadro 23. *Sente-se sozinho?*

Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
2	2	3	2	3

Verifica-se que para alterar esses momentos de maior solidão, 5 dos inquiridos mencionam que vão passear, 1 prefere ler, 2 ocupam-se a ver televisão e a conversar, 2 vão para a cama e dormem e 2 não fazem nada, conforme quadro 24. No que concerne este ponto, observa-se que um maior número de idosos não institucionalizados procuram atividades ao ar livre, e

que implicam disponibilidade física, enquanto são em menor número os idosos em instituições que fazem algo para alterar os seus momentos de solidão.

Quadro 24. *O que faz para alterar isso?*

Passear	Ler	Ver TV e conversar	Deitar	Nada
5	1	2	2	2

Quando questionados sobre o modo como se sentem em relação à presença dos familiares, 6 idosos institucionalizados mencionam que se sentem bem, e 2 sentem-se desgostos, 1 aborrecido, 1 alegre e 2 sentem falta uma vez que não estão com eles, conforme quadro 25. Neste ponto, e de modo paradoxal, observa-se um menor número de idosos institucionalizados a indicar sentirem-se bem na presença dos seus familiares, ao passo que é maior o número de idosos não institucionalizados a mencionar sentirem-se bem na presença dos seus familiares.

Quadro 25. *O que sente em relação à presença dos seus familiares?*

Bem	Desgostosos	Aborrecido	Alegre	Falta/ausência
6	2	1	1	2

Pretendeu-se ainda perceber se os idosos institucionalizados se sentem valorizados pelas pessoas com quem convivem, verificando-se que a maioria se sente valorizado, particularmente para 9 idosos, observando-se ainda que 2 não sabem, e 1 não se sente valorizado, conforme quadro 26.

Quadro 26. *Sente-se valorizado pelas pessoas com quem convive?*

Valorizado	Não sabe	Não valorizado
9	2	1

Foram, ainda, questionados relativamente ao eventual apoio adicional de que necessitem, verificando-se que para 9 idosos não existe a necessidade de mais apoio, existindo contudo 3 idosos que responderam que precisavam, conforme quadro 27.

Quadro 27. *Sente falta de mais apoio?*

Não necessitam	Necessitam
9	3

Por fim, os idosos institucionalizados foram questionados sobre se gostariam de efetuar alguma modificação na sua vida, de modo a diminuir o sentimento de solidão. As respostas obtidas indicam que para 8 idosos institucionalizados não são necessárias quaisquer modificações, observando-se, ainda, que para 1 idoso era importante estar com o marido, e que 1 idoso gostava de ir viver para casa de uma pessoa de confiança. Verifica-se, igualmente, que 1 idoso gostaria de arranjar uma namorada e outro preferia ir viver para sua casa, conforme quadro 28.

Quadro 28. *Gostaria de efetuar alguma modificação na sua vida para se sentir menos sozinho ou mais acompanhado?*

Nenhuma modificação	Estar com marido	Viver em casa pessoa confiança	Ter namorada	Viver na própria casa
8	1	1	1	1

Concluindo, de modo genérico, poderemos dizer que os resultados mostram a existência de um maior número de idosos institucionalizados mais satisfeitos com a sua saúde, apresentado também um maior número de idosos que se descrevem como estando alegres, e menos deprimidos, comparando com as descrições apresentadas pelos idosos não institucionalizados.

Verificou-se ainda que os idosos não institucionalizados em maior número recorrem a atividades ao ar livre e fora de casa como meios para colmatar os efeitos da solidão, comparativamente com os idosos institucionalizados, que geralmente revelaram ter poucas ou nenhuma atividades, com exceção de irem passear ou verem televisão para resolver os seus momentos de solidão.

Foi também interessante verificar que são os idosos não institucionalizados os que se revelam em maior número como se sentindo melhor na presença dos seus familiares, contrastando com os idosos institucionalizados, os quais seria de esperar que – uma vez que relatam menor contacto regular com os seus familiares – se mostrassem mais satisfeitos na sua presença.

Satisfação com a vida

Relativamente à escala utilizada para medir a satisfação com a vida,

foi utilizada a SWLS, como já referimos anteriormente, a qual é composta por cinco itens. Uma vez que este estudo tem um carácter mais qualitativo, optámos por analisar as respostas dos idosos aos itens que compõem a escala, em cada um dos grupos em questão, institucionalizados e não institucionalizados.

Assim, quando questionados *“A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse”* a maioria dos inquiridos revelou uma tendência negativa, isto é, consideram que as suas vidas não se parecem com o que desejariam que fosse. Quanto à segunda questão, *“As minhas condições de vida são muito boas”*, verificou-se que a maioria afirmou discordar ou discordar muito (n=8). Observou-se ainda que para a questão *“Estou satisfeito com a minha vida”* metade dos idosos não tem uma posição concreta sobre este ponto, encontrando-se ainda 4 inquiridos com posições mais positivas, e 3 numa posição mais negativa.

No que se refere à questão *“Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.”*, a maioria dos idosos não institucionalizados concorda, que tem conseguido as coisas importantes da vida (n=7), observando-se ainda que para 4 idosos há uma posição neutra sobre esta questão. Quando questionados *“Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.”*, observa-se uma maioria de respostas extremadas, com 5 inquiridos a responder que discordava muito e 5 idosos a responder que concordavam muito, conforme quadro 29.

Quadro 29. Satisfação com a vida dos idosos não institucionalizados

	Discordo muito	Discordo pouco	Não concordo nem discordo	Concordo pouco	Concordo Muito
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	3	5	1	1	2
2. As minhas condições de vida são muito boas.	5	3	2	1	1
3. Estou satisfeito com a minha vida.	3	0	5	2	2
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.	0	1	4	3	4
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	5	1	0	1	5

Já no que se refere às respostas dos **Idosos Institucionalizados**, quando colocados perante a questão: *“A minha vida parece-se, em quase*

tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.”, a maioria dos inquiridos discorda ou discorda muito (n=9), com apenas 3 idosos a mencionar que concordam ou concordam muito com esta afirmação. Relativamente às suas condições de vida *“As minhas condições de vida são muito boas.”*, observa-se uma tendência para uma avaliação positiva, com 6 idosos a concordar ou concordar muito, e com 4 idosos a discordar ou a discordar muito desta afirmação. No que concerne à satisfação com a vida, e às respostas dos idosos à questão *“Estou satisfeito com a minha vida.”*, as respostas indicam que para 8 idosos institucionalizados existe uma concordância ou muita concordância com esta afirmação, verificando-se ainda uma elevada discordância para 4 idosos.

Em relação à quarta *questão “Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.”*, verifica-se que para 9 idosos institucionalizados existe uma concordância ou muita concordância com esta afirmação, ao passo que existe apenas uma elevada discordância para 2 idosos institucionalizados. Por último, no que se refere à questão *“Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.”*, os idosos institucionalizados apresentam respostas em ambos os extremos da escala, com 6 idosos a concordar muito com esta afirmação, e outros 6 a discordar ou a discordar muito desta afirmação, conforme Quadro 30.

Quadro 30. Satisfação com a vida dos idosos institucionalizados

	Discordo muito	Discordo pouco	Não concordo nem discordo	Concordo pouco	Concordo Muito
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse.	7	2	0	1	2
2. As minhas condições de vida são muito boas.	1	3	2	1	5
3. Estou satisfeito com a minha vida.	4	0	0	1	7
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida que eu desejaria.	2	0	1	1	8
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.	4	2	0	0	6

De seguida, apresentaremos a leitura dos dados de acordo com a proposta dos autores. Como se poderá observar, de acordo com os valores de satisfação obtidos por cada idoso, aquando da aplicação da SWLS – adaptação portuguesa, verifica-se uma média de **14.6** pontos obtidos pelos

idosos. Isto é, os idosos não institucionalizados apresentam valores próximos, mas mais baixos, que o ponto médio da escala, que são os 15 pontos. Deste modo, poderemos dizer que, apesar da existência de uma aproximação de uma satisfação média, os idosos não institucionalizados têm valores médios de satisfação abaixo do ponto médio, conforme quadro 33.

Já no que se refere aos idosos institucionalizados, observa-se uma média de **16.4** pontos obtidos pelos idosos. Isto é, os idosos institucionalizados apresentam valores próximos, mas mais elevados, que o ponto médio da escala, que são os 15 pontos. Deste modo, poderemos dizer que, apesar da existência de uma aproximação de uma satisfação média, os idosos institucionalizados apresentam valores médios de satisfação acima do ponto médio da escala, conforme quadro 31.

Quadro 31. Valores obtidos e média dos Idosos institucionalizados e não Institucionalizados na escala SWLS – adaptação portuguesa

Idosos Não institucionalizados		Idosos Não institucionalizados	
Entrevista Nº 1	24	Entrevista Nº 13	14
Entrevista Nº 2	14	Entrevista Nº 14	21
Entrevista Nº 3	18	Entrevista Nº 15	21
Entrevista Nº 4	18	Entrevista Nº 16	17
Entrevista Nº 5	9	Entrevista Nº 17	16
Entrevista Nº 6	14	Entrevista Nº 18	6
Entrevista Nº 7	9	Entrevista Nº 19	16
Entrevista Nº 8	13	Entrevista Nº 20	25
Entrevista Nº 9	16	Entrevista Nº 21	18
Entrevista Nº 10	9	Entrevista Nº 22	7
Entrevista Nº 11	12	Entrevista Nº 23	23
Entrevista Nº 12	19	Entrevista Nº 24	13
Média Total	14.6	Média Total	16.4

Por último, optámos por proceder a uma comparação entre os grupos de idosos institucionalizados e os não institucionalizados, no que se refere aos valores de satisfação, medidos através da SWLS, recorrendo para tal ao SPSS.

Deste modo, e uma vez que a amostra é reduzida, impossibilitando a utilização de testes paramétricos, utilizámos o teste U de Mann-Whitney, o qual é o equivalente não-paramétrico ao paramétrico t de Student. Os resultados encontrados indicam não existirem diferenças estatisticamente significativas entre os idosos institucionalizados e os não institucionalizados [$p=.353$], quanto ao nível de satisfação com a vida, medida através da

SWLS. Estes resultados foram ainda encontrados comparando entre homens e mulheres [$p=.590$] e entre os idosos residentes em zona rural e urbana [$p=.432$]. Isto é, o contexto de residência não discrimina os níveis de satisfação com a vida, bem como o género não influencia o nível de satisfação com a vida, nesta amostra específica.

V. Discussão

Para o presente trabalho pretendemos perceber de que modo, diferentes aspetos na vida dos idosos (Habitação, Rede Social de Apoio, Atividades do quotidiano, Perceção do idoso), se diferenciam em função de estarem institucionalizados ou não. Em particular, procurámos saber se a experiência da solidão e de satisfação com a vida é vivida de modo diferente pelos dois grupos em questão.

Olhando com mais pormenor para os resultados encontrados, observa-se que no geral os idosos, tanto institucionalizados como não institucionalizados preferem viver nas suas casas. Isto é, os idosos não institucionalizados declaram que não gostariam de viver noutra local e os que vivem em instituições referem que preferiam voltar a viver nas suas casas. Este resultado aponta para um aspeto que deverá merecer uma atenção especial aquando das opções a serem tomadas pelas famílias, relativamente ao internamento dos seus familiares mais velhos. Se por um lado se deve atender aos motivos da família, também não é menos verdade que – no respeito da autonomia do idoso – se deve respeitar essa opção.

Verificou-se que, no caso dos idosos não institucionalizados, 2/3 mencionaram viverem sozinhos, e indicaram (a maioria dos idosos $n= 10$) não necessitar de qualquer tipo de apoio. Neste sentido, este resultado aponta para uma existente autonomia destes idosos, face aos idosos institucionalizados, os quais, como vimos anteriormente, estão mais dependentes fisicamente.

Os resultados mostraram ainda que, no caso dos idosos institucionalizados, os principais motivos que os levaram a entrar na instituição prenderam-se com a existência de quedas e/ou acidentes ou doenças, para praticamente a totalidade deste grupo. Estes dados estão de acordo com o que foi referido por Jett (1996), quando afirma que as quedas/acidentes e as doenças estão entre as principais causas de entrada nos

Lares de Idosos, isto é, quando começa a existir uma limitação relativamente à autonomia física do idoso.

No que se refere à Rede Social de Apoio, os resultados mostraram que são os idosos não institucionalizados os que mantêm um contacto mais regular com os familiares, com os amigos e os vizinhos. Já no que concerne aos idosos institucionalizados, estes são os que têm contactos mais raros com os familiares, mas sobretudo com os amigos e os vizinhos, bem como são também os que mais referem nunca terem contactos com os familiares, amigos e vizinhos. Estes dados demonstram que, se por um lado a institucionalização traz benefícios ao nível das condições materiais (habitação, acompanhamento médico, entre outros), vem também acompanhada por um decréscimo de contacto com as pessoas significativas, e com a sua Rede Social de Apoio, e em certa medida, também por um isolamento, tal como referido por Ramos (1996). Os resultados revelam, ainda, que ao nível das figuras de suporte existem ligeiras diferenças entre os grupos, uma vez que estes se encontram essencialmente na família e nos vizinhos, para os idosos não institucionalizados, ao passo que para os idosos institucionalizados os vizinhos desaparecem enquanto figuras de apoio, surgindo a Instituição como figura de suporte. No geral, verifica-se que a família tem um papel fundamental enquanto agente da rede de apoio social, e que mesmo em caso de institucionalização, esse papel é um referencial para o idoso.

Quanto às atividades de manutenção de rotinas quotidianas, observam-se diferenças entre os dois grupos. No caso dos idosos não institucionalizados, a maioria das atividades do seu quotidiano estão relacionadas com a prática da agricultura, mantendo desse modo uma continuação do que sempre fizeram ao longo da vida. As suas atividades passam por cuidar dos animais, da horta/plantas, arrumar a casa, e só à noite é que a maioria vê televisão. Já o grupo de idosos institucionalizados, nota-se que durante a manhã metade declara não fazer nada, apontando para uma situação de grande inatividade, ou para atividades relativamente passivas e que não requerem energia de ativação, tais como: ver TV, conversar ou passear, durante a tarde. Estes dados aludem para uma situação que nos parece um pouco preocupante, pois observa-se que estando numa instituição, as suas ocupações não são muito ricas intelectualmente, podendo indicar que

não contribuem muito com outro tipo de estímulos, os quais são mencionados na literatura como fundamentais para prevenir perdas de capacidades cognitivas e minimizar os efeitos do surgimento de doenças do foro mental. Esta situação diferenciada entre os dois grupos, que nos permite verificar um menor envolvimento em atividades e vivências por parte dos idosos institucionalizados, poderá estar relacionada com o facto de parte deles terem uma menor autonomia física, devido aos motivos que os levaram a ficar institucionalizados. Contudo, é importante sublinhar que apesar da perda de autonomia física, os idosos institucionalizados deverão ser continuamente estimulados ao nível cognitivo, físico e psicomotor, retirando desta estimulação benefícios importantes ao nível da sua perceção subjetiva de bem-estar.

Por último, ao nível das atividades que gostariam de retomar ou de iniciar nesta fase do seu ciclo de vida, os resultados mostram que nos dois grupos existe o desejo de voltar a passear/viajar, bem como manter a profissão, sendo estas as duas atividades mais salientes. Se olharmos com atenção percebemos que são duas atividades relacionadas com a sua autonomia, seja ela física (passear/viajar) como social (manter profissão), percebendo-se que em ambos os grupos a condição de idoso se associa a algumas perdas, e que a passagem para a velhice ainda não é vivida na plenitude. De facto, nota-se que é necessário um trabalho de preparação do idoso para a sua atual situação social e individual, daí a importância do papel do psicólogo no acompanhamento do processo de desenvolvimento ao longo da vida.

Outra área que procurámos observar, relacionou-se com a perceção do idoso face à sua vida atual. Quando questionados sobre como tem sido a sua saúde, verificou-se existir um número idêntico de idosos em ambos os grupos que declararam ser má ou não muito boa. Porém, são apenas os idosos institucionalizados que mencionam que a sua saúde tem sido regular. Estes dados apontam para o que anteriormente foi mencionado, ou seja que o recurso à institucionalização traz consigo ganhos ao nível das condições de saúde percebida, uma vez que existem cuidados médicos mais presentes. Para além disso, sendo a perceção de bem-estar uma dimensão na qual as crenças individuais têm um peso importante, uma perceção de bons cuidados médicos podem refletir-se numa melhor perceção de saúde, e

consequentemente, ter impacto no bem-estar pessoal.

Ainda na dimensão de percepção, os idosos foram questionados sobre como se sentem nesta fase das suas vidas. Os resultados apontaram que apesar de aproximados, um maior número de idosos institucionalizados indicaram estar mais alegres, bem como um menor número indicou estar triste, quando comparados com os idosos não institucionalizados. Em certa medida, estes dados mostram-nos que as condições materiais são importantes para uma percepção de vida mais positiva. Adicionalmente, tal como referido no parágrafo anterior, é possível que uma percepção de melhor saúde possa igualmente contribuir para essa apreciação mais positiva acerca da vida atual.

Uma questão fundamental para o presente estudo relaciona-se com a percepção de solidão entre os idosos institucionalizados e os não institucionalizados. Quando questionados sobre se se sentiam sós, no geral os resultados mostram-nos que são os idosos institucionalizados os que se sentem menos sós, face aos idosos não institucionalizados, com um maior número de idosos a mencionar nunca ou raramente se sentirem sós, ao passo que nos idosos não institucionalizados, metade mencionam sentirem-se algumas vezes sós. No entanto, os resultados devem ser lidos com algum cuidado, uma vez que são em parte contraditórios com os dados anteriormente mencionados, que referem existir uma maior contacto regular com a família e com os vizinhos por parte dos idosos não institucionalizados. Isto é, será que os idosos institucionalizados consideram que a presença constante de pessoas – ainda que não significativas ao nível afetivo, como são os funcionários da instituição – é condição suficiente para diminuir a percepção de solidão? De facto, os resultados mostram que, apesar de existir um contacto mais regular com todas as pessoas mais importantes da rede social de apoio, os idosos não institucionalizados se percebem como mais sós. Julgamos que será importante em futuras investigações averiguar melhor esta percepção de solidão, aprofundando o conhecimento acerca dos fatores que para ela contribuem.

Foi ainda perguntado aos dois grupos o que faziam para alterar essa percepção de solidão. Aqui os resultados mostraram-nos as diferenças entre os dois grupos. Verifica-se que os idosos não institucionalizados têm mais atividades de ar livre e lúdicas, enquanto os idosos institucionalizados têm

menos atividades cotidianas para colmatar a solidão. Verifica-se, deste modo, que a autonomia tem um papel importante no modo como os idosos de ambos os grupos resolvem e vivenciam as situações de solidão. Estando autônomos, os idosos não institucionalizados vão para a horta trabalhar, sentindo-se ativos e úteis, ao passo que os idosos institucionalizados, não tendo essa autonomia, acabam por ficar mais inativos durante o dia. Será importante estar atento aos diferentes modos como os idosos em instituições resolvem os problemas de solidão, e sinalizar se tais reações se devem mais a impossibilidades físicas ou a desinvestimentos nas suas atividades diárias, que poderão camuflar estados psicológicos mais próximos da depressão.

Já no que se refere à valorização sentida pelos idosos das pessoas com quem vivem, os resultados mostram não existir diferenças qualitativas entre os dois grupos. Este dado revela que apesar de estarem em contextos diferenciados, tal não acarreta uma desvalorização das suas circunstâncias de vida, independentemente do idoso estar institucionalizado ou não. O cariz deste resultado é extensível à questão colocada aos idosos sobre a eventual falta de apoio adicional, o qual permite verificar que as respetivas redes de apoio estão a cumprir com o seu papel, e que apesar do contexto diferenciado de vida atual, não ocorre uma distinção na perceção de apoio.

Finalmente, observamos algum conformismo neste grupo, o qual considera que esta fase da sua vida não melhoraria com uma modificação adicional. É possível que chegando a este momento mais tardio das suas vidas exista uma preferência por contextos previsíveis e constantes, em detrimento de alterações, que apesar de poderem ser benéficas, são sempre indutoras de ansiedade.

Por último, foi utilizada a escala SWLS, que nos permitiu investigar o grau de satisfação com a vida, verificando-se não existir uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos de idosos relativamente a este parâmetro. No entanto, os dados demonstram que, no geral, os idosos institucionalizados apresentam valores mais elevados de satisfação com a vida, comparativamente com os idosos não institucionalizados. Neste sentido, os dados sugerem que estar numa instituição melhora a perceção de satisfação com a vida nos idosos. Contudo, este resultado deverá ser lido com alguma precaução, uma vez que se trata de uma amostra pequena e sugere-se que futuras investigações aprofundem esta relação encontrada.

Não encontramos, igualmente, nenhuma diferença na satisfação com a vida em função do género e do tipo de residência, o que reforça os resultados anteriormente encontrados por Albuquerque e Lima (2007), os quais indicaram que nenhuma variável sociodemográfica tem poder preditivo no bem-estar subjetivo.

Conclusão

“O que viveu mais não é aquele que viveu até uma idade avançada, mas aquele que mais sentiu na vida...”

(Jean-Jacques Rousseau)

O estudo da solidão e do bem-estar subjetivo na terceira idade é de substancial importância para a Psicologia e para a sociedade. A partir do século XXI, tais conceitos adquiriram uma maior importância, focando-se o seu estudo também nas pessoas idosas, atendendo aos fenómenos demográficos do envelhecimento da população e do aumento da esperança de vida. Todavia, o interesse em efetuar pesquisas sobre bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas em Psicologia não se explica apenas pelos fatores demográficos, mas sobretudo pela necessidade de conhecer e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

É importante notar que o presente estudo, de carácter totalmente exploratório, se reveste de algumas limitações, uma vez que a amostra é pequena, foi recolhida numa zona de residência relativamente delimitada e num nível sociocultural predominantemente baixo, tendo, no entanto, permitido adotar uma abordagem mais qualitativa e mais focalizada nas dimensões que nos interessava abordar. Nesse sentido, os resultados encontrados permitiram observar alguns fenómenos que deverão ser aprofundados em outras pesquisas.

Assim, em futuras investigações deste domínio, sugeríamos que se complementasse a componente qualitativa, mais centrada nos sujeitos, com uma parte mais quantitativa, mais centrada sobre as variáveis cujo impacto interessa aprofundar, a fim de conseguirmos um conhecimento mais completo relativamente à problemática em estudo, neste caso a solidão e o bem-estar subjetivo nos idosos.

O envelhecimento é a última fase da vida, abrangendo diferentes funcionalidades em vários níveis nomeadamente, social, biológico e

psicológico. Neste estudo focamo-nos mais nos aspetos sociais e psicológicos, visto que a solidão está inteiramente ligada com as relações dos indivíduos entre eles e com a sociedade em geral ou, melhor, com a falta de relações significativas e socialmente validadas. Enriquecer a última etapa da vida, introduzindo nela um sentimento de bem-estar e de sentido constitui um grande desafio para a sociedade, sobretudo se tivermos em atenção as tendências demográficas de que falámos anteriormente.

É preciso invocar uma nova consciência sobre o envelhecimento, que procure quebrar mitos, destruir estereótipos, e que crie novas formas de viver. Assim, para Lima (2010), tratar os adultos mais velhos como pares e como clientes (e não como dependentes e incapacitados) implica mudar os serviços, colocando a ênfase não no apoio, mas na promoção e na educação/formação. Nesse sentido, torna-se indispensável a adoção de medidas políticas e sociais que visem a eliminação dos estereótipos ainda vigentes na sociedade em relação à idade adulta mais avançada, privilegiem a sabedoria do idoso e a sua experiência de vida passada, e fomentem a sua participação cívica e política, como forma de se sentirem úteis e ativos (Serrazes, 2011).

Através de uma abordagem qualitativa de investigação, comparámos idosos institucionalizados *versus* idosos não institucionalizados e observamos que os idosos institucionalizados se sentem ligeiramente mais satisfeitos com a vida e menos sós, embora utilizando uma análise quantitativa, quer num contexto, quer no outro, não se observaram diferenças significativas ao nível da satisfação com a vida. Contudo, o facto das instituições que participaram neste estudo reunirem, *a priori*, as condições essenciais para a prestação de serviços de qualidade aos seus idosos, talvez tenha constituído um fator que influenciou positivamente a avaliação subjetiva que os idosos fizeram da sua vida e das suas emoções.

Este estudo constituiu para mim uma experiência enriquecedora, não só pelo tema escolhido, mas também pelo contacto que me permitiu com esta população, o qual foi bastante gratificante. Como tal, espera-se com este trabalho ter fornecido alguns ingredientes adicionais acerca dos fenómenos psicossociais que envolvem a vivência dos idosos podendo, deste modo, contribuir para a melhoria do seu bem-estar.

Referências Bibliográficas

- Albuquerque, A. & Tróccoli, B. (2004). Desenvolvimento de Uma Escala de Bem-Estar Subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 153-164.
- Albuquerque, I. & Lima, M. (2007). *Personalidade e bem-estar subjetivo: uma abordagem como os projetos pessoais*. Consultado em 27 de Julho de 2012, de Portal dos psicólogos:
http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0373
- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo* (Reto, L. & Pinheiro, A. Trad.). Lisboa: Edições 70 (Original publicado em 1977).
- Barros, C. (2006). *Bem-estar Subjetivo, Actividade Física e Institucionalização em idosos*. Dissertação Mestrado em Ciências do Desporto na Faculdade de Desporto na Universidade do Porto.
- Barros, J. (2010) *Psicologia do envelhecimento e do idoso* (4ª ed.), Livpsic.
- Barroso, V. & Tapadinhas, A. (2006). *Orfãos Geriátricos: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento* - estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. Consultado em 02 de Agosto de 2012, de O Portal dos Psicólogos:
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- Caldas, C. & Veras, R. (2007). *Promovendo a saúde do idoso na comunidade*. Consultado em 10 de Julho de 2012, de Biblioteca Lascasas: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0274.pdf>
- Calixto, E. & Martins, H. (2010). Os Fatores Bio-Psico-Sociais na Satisfação com a Vida de Idosos Institucionalizados. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 510-522). Portugal: Universidade do Minho.
- Cancela, D. (2008). *O processo de envelhecimento*. Consultado em 1 de Julho de 2012, de Portal dos psicólogos:
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184.
- Diener, E. (1994). Assessing subjective well-being: progress and opportunities. *Social Indicators Research*, 31, 103-157.
- Diener, E. & Suh, E. (1997). Measuring quality of life: economic, social and subjective indicators. *Soc Ind Res*, 189-216.
- Estatística, I. N. (2012). Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos: Mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos. Destaque: Informação à Comunicação Social .

- Fernandes, A. (2001). Velhice, Solidariedades Familiares e Política Social: Itinerário de pesquisa em torno do aumento da esperança de vida. *Sociologia, Problemas e Prática*, 39-52.
- Fernandes, H. (2007). *Solidão em Idoso do Meio Rural do Concelho de Bragança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso na Faculdade Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Ferreira, F. (2011). *As atividades ocupacionais, o isolamento e a depressão no idoso institucionalizado*. Dissertação de Mestrado em Psicologia clínica e da saúde na Universidade Fernando Pessoa.
- Fonseca, A. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 97-108). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fonseca, A. (2010). Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 124-131.
- Giacomoni, C. (2004). Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. *Temas em Psicologia da SBP*, 43-50.
- Gonçalves, D., Martín, I., Guedes, J., Cabral-Pinto, F., & Fonseca, A. (2006). A Qualidade de Vida dos Idosos Portugueses Através da Continuidade de Tarefas Produtivas. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 137-143.
- Guedea, M., Albuquerque, F., Tróccoli, B., Noiega, J., Seabra, M., & Guedea, R. (2006). Relação do Bem-Estar Subjetivo, Estratégias de Enfrentamento e Apoio Social em Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 301-308.
- Kivnick, H. & Murray, S. (2001). *Life Strengths Interview Guide*, *Journal of Gerontological Social Work*, 34: 4, 7 — 32.
- Lima, M. (2010). *Envelhecimento(s)*. Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Lobo, A. & Pereira, A. (2007). Idoso Institucionalizado: funcionalidade e Aptidão Física. *Revista Referência*, 61-68.
- Lopes, R., Lopes, M. & Camara, V. (2009). Entendendo a Solidão do Idoso. *RBCEH*, 373-381.
- Marchand, H. (2005). *A idade da sabedoria: Maturidade e Envelhecimento*. Coleção Idade do Saber. Porto: Ambar.
- Moraes, E., Moraes, F. & Lima, S. (2010). Características biológicas e psicológicas do envelhecimento. *Revista Medicinal Minas Gerais*, 67-73.
- Morales, A. (2010). *Estudar a relação entre a solidão e o bem-estar subjetivo (bes) numa amostra de pessoas idosas*. Dissertação de

mestrado em educação e formação de adultos e intervenção comunitária na Universidade de Coimbra.

- Neri, A. L., & Freire, S. A. (2000). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social II*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. & Barros, J. (2001). Solidão em Diferentes Níveis Etários. *Estud. interdiscip. Envelhec.*, 71-88.
- Neto, F. & Monteiro, H. (2008). *Universidade da Terceira Idade: Da Solidão á Motivação*. Porto: Livpsi.
- Netto, P. (1996). *Gerontologia*. São Paulo: Atheneu.
- Novo, R. (2000). *Para Além da Eudaimonia. O Bem-Estar Psicológico em Mulheres na Idade Adulta Avançada*. Dissertação de Doutoramento na Universidade de Lisboa.
- Nunes, L. (2009). *Promoção do bem-estar subjetivo dos idosos através da intergeracionalidade*. Dissertação de mestrado em Psicologia do desenvolvimento na Universidade de Coimbra.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia*, 275-287.
- Paulino, L. & Eiras, N. (2004). Qualidade de Vida e Bem-Estar Subjetivo para Idosas Cegas Institucionalizadas. Anais do 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária. Belo Horizonte: Universidade do Estado do Rio de Janeiro - UERJ.
- Queroz, N. & Neri, A. (2005). Bem-estar Psicológico e Inteligência Emocional entre Homens e Mulheres na Meia-idade e na Velhice. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 292-299.
- Resende, M., Cunha, C., Silva, A., & Sousa, S. (2007). Rede de relações e satisfação com a vida em pessoas com amputação de membros. *Ciências & Cognição*, 164-177.
- Sant'Anna, R., Câmara, P. & Braga, M. (2003). *Mobilidade na Terceira Idade: como planejar o futuro?* Consultado em 07 de Julho de 2012: http://revista.unati.uerj.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-59282003000200002&lng=pt&nrm=isso
- Saúde, D.-G. d. (sd). *Envelhecimento saudável*. Ministério da saúde.
- Schilling, O. (2006). Development of life satisfaction in old age: another view on the “paradox”. *Social Indicators Research*, 75, 241-271.
- Serrazes, A. F. (2011). *O bem-estar subjetivo na terceira idade: estudo comparativo entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados do Concelho de Carregal do Sal*. Dissertação de

Mestrado em Intervenção Social, Inovação e Empreendedorismo na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade Coimbra.

- Shneider, R. & Irigaray, T. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspetos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 585-593.
- Silva, M. E. (2005). Saúde mental e idade avançada: uma perspectiva abrangente. In C. Paúl, & A. Fonseca, *Envelhecer em Portugal* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 3, 503-515.
- Simões, A. (2006). Promover o bem-estar dos idosos: um estudo experimental. *Revista Psychologica*, Nº 42.
- Sousa, L., Figueiredo, D. & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*. Coleção Idade do Saber. Porto: Âmbar.

Anexos

Guião de Entrevista

Apresentação e Instruções

Sou estudante de Mestrado em Psicologia da Universidade de Coimbra. Estou a realizar uma dissertação sobre a solidão e o bem-estar subjetivo nos idosos e venho por este meio pedir a sua colaboração, no sentido de responder a algumas perguntas que lhe vou fazer.

Gostaria de lhe assegurar que esta entrevista é completamente voluntária e confidencial. Garanto que o seu nome e endereço serão mantidos em sigilo. Portanto, sinta-se à vontade para responder e, caso não entenda alguma pergunta, avise-me, pois terei todo o gosto em esclarecer as suas dúvidas.

Agradeço desde já a sua atenção e colaboração neste estudo.

1. Dados pessoais:

- 1) Idade: _____
- 2) Sexo: Masculino Feminino
- 3) Zona de residência: Urbano Rural
- 4) Grau de escolaridade: _____
- 5) Profissão (última): _____
- 6) Estado civil: _____
- 7) Nº filhos: _____

2. Habitação:

a) Idoso Não Institucionalizado:

8) Mora sozinho(a)? _____

9) Se sim, desde quando e porquê? _____

10) Se não, com quem mora? _____

11) Gostaria de morar noutra lugar? Onde e porquê? _____

12) Usufri de algum tipo de apoio? _____

Apoio Domiciliar Centro de dia

Associação Centro de apoio

Lar de idosos

Qual? _____

13) Se sim, em que consiste esse apoio? _____

14) Com que frequência é prestado (diariamente, 2 ou 3 vezes por semana, uma vez por semana, muito irregularmente ou de outro modo que queira especificar)? _____

b) Idoso Institucionalizado:

15) Há quanto tempo vive na instituição? _____

16) Qual foi o motivo que o levou a ir para a instituição? _____

17) A decisão de ir para a instituição foi tomada por si ou por quem? _____

18) Veio para a instituição voluntariamente ou por necessidade? _____

19) Gostaria de morar noutra lugar? Onde e porquê? _____

3. Rede social de apoio:

➤ Contacto com a família

➤ Contacto com os amigos

➤ Contacto com os vizinhos:

20) Frequência e meio de contacto (pessoal, telefónico, carta, internet ou outro)? _____

21) Quem é a sua principal figura de suporte? _____

22) Desde sempre ou alguma vez mudou? Porquê? _____

23) Costuma receber muitas visitas? De quem? _____

24) Por quem gostaria de ser visitado mais vezes? _____

4. Atividades do quotidiano:

25) Descreva-me o seu dia-a-dia (higiene pessoal, tratamento da roupa, alimentação, ver televisão, ouvir rádio, ler, jogar, cuidar de um animal ou planta...)? _____

26) Tem algum passatempo (desporto, ir a biblioteca, ir ao café, ir a igreja, jogos, dançar, trabalhos manuais, encontros com amigos, ir a internet...)? _____

27) Quais são as coisas que você faz, diariamente ou semanalmente, porque realmente gosta e não porque tem que fazer? _____

28) Que tipo de atividades fazia no passado que gostaria de retomar hoje em dia? _____

29) Gosta ou gostaria de prestar algum tipo de ajuda, serviço ou assistência? A quem? _____

5. Perceção do idoso:

30) Como tem sido a sua saúde?

- Sempre boa
- Boa
- Regular
- Não muito boa
- Má

31) Como se sente nesta fase da sua vida? _____

32) Sente-se sozinho?

- Sempre
- Muitas vezes
- Algumas vezes
- Raramente
- Nunca

33) O que faz para alterar isso? _____

34) O que sente em relação à presença dos seus familiares? _____

35) Sente falta de mais apoio? _____

36) Sente-se valorizado pelas pessoas com quem convive? _____

37) Gostaria de efetuar alguma modificação na sua vida para se sentir menos sozinho ou mais acompanhado? _____

38) Há mais algum assunto que queira acrescentar? _____

SWLS

Diener *et al.* (1985)

Adaptação portuguesa de Simões, A. (1992)

Mais abaixo encontrará 5 frases com que poderá concordar ou discordar. Empregue a escala de 1 a 5 à direita de cada frase. Marque uma cruz (X) dentro do quadradinho que melhor indica a sua resposta, tendo em conta as seguintes opções:

- (1) **DM** = Discordo Muito
- (2) **DP** = Discordo um Pouco
- (3) **NCND** = Não Concordo Nem Discordo
- (4) **CP** = Concordo um Pouco
- (5) **CM** = Concordo Muito

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

A preencher pelo
investigador

Nº _____

Exmos Senhores,

Assunto: Pedido de Autorização.

O meu nome é Daniela Margarida da Silva Lopes. Sou estudante do Mestrado Integrado em Psicologia, especialização em Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

No âmbito da minha dissertação de Mestrado, dedicada ao estudo da Solidão dos Idosos Institucionalizados e dos Idosos Não Institucionalizados (Estudo Comparativo), venho solicitar a V. Ex^a, o consentimento para a realização de entrevistas a alguns utentes desta instituição.

A participação nesta pesquisa é voluntária, e os resultados serão guardados de forma confidencial, assegurando assim o sigilo, e protegendo o anonimato dos participantes. Os dados recolhidos e os resultados serão codificados e utilizados apenas para fins da investigação científica

Todos os participantes receberão um “**Termo de Consentimento Informado**”, antes da entrevista, para confirmar sua concordância em participar voluntariamente neste estudo e poderão se recusar a participar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência.

Com o intuito de facilitar o tratamento dos dados gostaria de obter a sua autorização. Se houver concordância da sua parte, como responsável pela Instituição, por favor, assine no espaço abaixo indicado, e desde já agradeço a sua compreensão e colaboração neste estudo.

Com os melhores cumprimentos,

_____, ___/___/_____

(Responsável pela Instituição)

Termo de Consentimento Informado

O meu nome é Daniela Margarida da Silva Lopes. Sou estudante do Mestrado Integrado em Psicologia, especialização em Educação, Desenvolvimento e Aconselhamento da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, e estou a desenvolver a minha dissertação de Mestrado dedicada ao estudo da Solidão dos Idosos Institucionalizados e dos Idosos Não Institucionalizados (Estudo Comparativo).

Assim, peço a sua colaboração, no sentido de responder a algumas perguntas que lhe vou fazer. A participação nesta pesquisa é voluntária, e os resultados serão guardados de forma confidencial, assegurando assim o sigilo, e protegendo o anonimato dos participantes. Os resultados apenas serão usados para fins da investigação científica.

Com o intuito de facilitar o tratamento dos dados gostaria de obter a sua autorização. Ao decidir participar, deverá colocar uma cruz no quadrado abaixo indicado, confirmando dessa forma que aceita participar.

Agradeço desde já a sua atenção e colaboração neste estudo.

Não obstante, importa referir que tem o direito de se recusar a participar e poderá cessar a sua participação neste estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequência.

Aceita participar no preenchimento do inquérito? (coloque uma cruz na opção)

Sim

Não

Data ____/____/____

Anexos 1

Guião de Entrevista

Anexo 2

Escala de Satisfação com a vida

(Satisfaction With Life Scale)

Anexo 3

Autorização das Instituições

(Resivida/Casa de Saúde)

Anexo 4

Termo de Consentimento Informado