

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Solidão e Saúde Mental de Idosos Institucionalizados**

**Maristela Nascimento Santos**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2015**

UNIVERSIDADE DE LISBOA  
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**Solidão e Saúde Mental de Idosos Institucionalizados**

**Maristela Nascimento Santos**

**Dissertação orientada pelo Professor Doutor Fernando Sepúlveda Afonso Fradique**

**MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA**

**(Secção de Psicologia Clínica e Saúde/Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença)**

**2015**

Dissertação apresentada para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de mestre em Psicologia, na área de especialização da Secção de Psicologia Clínica e Saúde do Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença, realizada sob orientação científica do Professor Doutor Fernando Sepúlveda Afonso Fradique.

*Pensamento*

*Solidão é a distância  
que o separa de você mesmo  
e não a distância  
que o separa dos outros.*

*Autor: Luiz Gasparetto*

**ÍNDICE GERAL****AGRADECIMENTOS****RESUMO****ABSTRACT****LISTA DE ABREVIATURAS .....4****INTRODUÇÃO .....8****CAPITULO I: REVISÃO DE LITERATURA .....10**

## 1.1 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS DA POPULAÇÃO IDOSA PORTUGUESA .....10

## 1.2 ASPECTOS DO DESENVOLVIMENTO DO IDOSO .....10

## 1.3 O PROCESSO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO .....17

## 1.4 SENTIMENTO DE SOLIDÃO DO IDOSO .....20

## 1.5 SOLIDÃO E SAÚDE MENTAL .....26

**CAPITULO II: METODOLOGIA.....29**

## 2.1 OBJETIVOS E METODOLOGIA .....29

## 2.2 Objetivo Geral e Objetivos Específicos .....29

## 2.3 METODOLOGIA .....30

## 2.3.1 Desenho da Investigação .....30

## 2.3.2 Amostra de Idosos.....31

## 2.3.3 Participantes .....31

## 2.3.4 Caracterização Socio-Demográfica da Amostra de Idosos .....32

## 2.3.5 PROCEDIMENTO .....33

## 2.3.6 Procedimento de Recolha de Dados .....33

## 2.3.7 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DE DADOS UTILIZANDO O SOFTWARE IBM SPSS .....33

## 2.3.8 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS .....34

**CAPITULO III: ANÁLISE DOS RESULTADOS .....38**

## 3. RESULTADOS .....38

## 3.1 ANÁLISE DESCRITIVA DAS ESCALAS .....38

## 3.1.1 Mini-Exame do Estado Mental (MEEM) .....38

## 3.1.2 Escala de Solidão (UCLA) .....39

## 3.1.3 Escala de Saúde Mental (MHI-5) .....39

## 3.2 ANÁLISES DO COEFICIENTE DE CORRELAÇÃO DE SPEARMAN PARA AS VARIÁVEIS SOLIDÃO, SAÚDE MENTAL E DÉFICIT COGNITIVO SEGUINDO A ORDEM DOS OBJETIVOS .....39

## 3.3 ANÁLISE DE COMPARAÇÃO DE GRUPOS ENTRE A ESCALA DE SOLIDÃO, DÉFICIT COGNITIVO E DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS .....40

## 3.3.1 Escala de Solidão .....40

3.4 ANÁLISE DE COMPARAÇÃO DE GRUPOS ENTRE A ESCALA DE SAÚDE MENTAL, DÉFICIT COGNITIVO E DADOS SOCIO DEMOGRÁFICOS .....	44
3.4.1 Escala de Saúde Mental.....	44
<b>CAPITULO IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>48</b>
<b>CAPITULO V. CONCLUSÕES .....</b>	<b>53</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBIOGRÁFICAS .....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>59</b>
ANEXO 1 - QUESTIONÁRIO SÓCIO DEMOGRÁFICO .....	60
ANEXO 2 - ESCALA DE SOLIDÃO (RUSSELL, D. W., 1988; TRADUÇÃO PORTUGUESA DE NETO, F., 1989).61	
ANEXO 3 - INVENTÁRIO DE SAÚDE MENTAL (MHI-5) (VERSÃO REDUZIDA DE 5 ITENS).....	62
ANEXO 4 - MINI-EXAME DO ESTADO MENTAL (MEEM) .....	63
ANEXO 5 – PROTOCOLO DE CONSENTIMENTO INFORMADO DO IDOSO.....	65

## ÍNDICE DE QUADROS

<b>Quadro 1:</b> Distribuição dos idosos nas instituições em relação ao gênero .....	31
<b>Quadro 2:</b> Escalão etário, estado civil, habilitações literárias em relação ao gênero...	32
<b>Quadro 3:</b> Coeficiente de correlação entre solidão e saúde mental; coeficiente de correlação entre déficit cognitivo e saúde mental; coeficiente de correlação entre déficit cognitivo e solidão.....	40
<b>Quadro 4:</b> Resumo das análises efetuadas para escala de solidão.....	43
<b>Quadro 5:</b> Resumo das análises efetuadas para escala de MHI-5 .....	47

**LISTA DE ABREVIATURAS**

MEEM - Mini Mental State Examination

MHI-5 - Mental Health Inventory Short form

UCLA - Escala de solidão da Universidade da California em los Angeles

INE - Instituto Nacional de Estatística

SPSS - Pacote Estatístico para Ciências Sociais

OMS- Organização Mundial de Saúde

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Fernando Sepúlveda Afonso Fradique pela orientação, atenção e disponibilidade.

A todos os idosos que carinhosamente participaram neste estudo e tiveram a coragem de falar dos seus sentimentos.

Aos dirigentes e técnicos das instituições envolvidas neste estudo pela colaboração prestada. Dentre as instituições estão: A casa de Resposuo São João em Mem-Martins, ao Centro dia Lar Algueirão-Mem Martins, a casa de Reprouso Santa Sofia em Lisboa e a casa dos Avós em Cascais.

A toda minha família, em especial, ao meu querido filho, aos meus irmãos, aos meus pais e demais familiares pelo incentivo e compreensão.

Aos meus amigos e colegas de trabalho pelo incentivo e apoio. Fica um agradecimento especial a Ivone Calaim, Reily Matos e Aurora Câncio.

Aos meus colegas da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa e a todos os professores do Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença.

Aos meus antigos colegas, da Universidade Federal de Sergipe, que tive a felicidade de reencontrar este ano...

Obrigada a todos!

## **Resumo**

O sentimento de solidão está associado a diversos problemas de saúde mental. Em idosos está relacionado a problemas de depressão, ansiedade, demência e institucionalização precoce. Este estudo descritivo, correlacional e comparativo teve como objetivos: Analisar a relação entre solidão e saúde mental de idosos institucionalizados; verificar a relação entre déficite cognitivo e as variáveis solidão e saúde mental; analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de solidão em função da existência/inexistência de déficite cognitivo; analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de solidão em função do grupo etário, género, estado civil, rede de apoio social, tempo de institucionalização e autonomia; analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de saúde mental em função da existência/inexistência de déficite cognitivo; analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de saúde mental em função do grupo etário, género, estado civil, rede de apoio social, tempo de institucionalização e autonomia. Recolheram-se dados de uma amostra com 28 participantes, 18 do sexo feminino e 10 do sexo masculino, com idades entre os 68 e 95 anos em 4 instituições na zona de Lisboa. Os instrumentos utilizados foram: A escala de solidão (UCLA, versão Portuguesa de autoria de Félix Neto (1989); O Mini Exame do Estado Mental (MEEM), versão Portuguesa de autoria de Guerreiro e colaboradores (1994); a escala de saúde mental versão short form de 5 itens (MHI-5, versão Portuguesa de autoria de Ribeiro (2001). Neste estudo verificou-se a existência de correlações entre solidão e saúde mental, ou seja, quanto maior a solidão pior a saúde mental; e correlações negativas entre déficite cognitivo e solidão, ou seja, quanto melhores capacidades cognitivas menos solidão. Constatou-se, ainda, que os idosos que nunca ou raramente recebem visitas dos filhos e não contactam com pessoas fora da instituição apresentam mais solidão. Verificou-se também que os idosos que recebem visitas dos amigos e são autónomos apresentam mais saúde mental.

Palavras chaves: Idosos, Solidão, Rede de apoio social, Autonomia, Saúde mental.

**Abstract**

The feeling of loneliness is associated with various mental health problems. The elderly loneliness is related to problems of depression, anxiety, dementia and early institutionalization. This descriptive correlational and comparative study aimed to analyze the correlation between loneliness and mental health of institutionalized elderly; to investigate the correlation between cognitive impairment and the variables loneliness and mental health; to analyze the loneliness level due to the existence / non-existence of cognitive impairment; to analyze the loneliness level depending on the age group, gender, marital status, social support network, time of institutionalization and autonomy; to analyze the level of mental health due to the presence / absence of cognitive impairment; to analyze the level of mental health as a function of age group, gender, marital status, social support network, institutionalization of time and autonomy. Data was collected from a sample of 28 participants, 18 females and 10 males, aged 68 to 95 years in 4 institutions in the Lisbon area. The instruments used were: Loneliness Scale (UCLA, Portuguese version authored by Félix Neto (1989); The Mini Mental State Examination (MMSE, Portuguese version authored by Guerrero et al (1994), the mental health scale short form version of 5 items (MHI-5, English version written by Ribeiro (2001). The existence of correlations were found between loneliness and mental health, that is the greater the loneliness worse mental health, and negative correlations between cognitive impairment and loneliness, that is the best cognitive abilities less loneliness. It was found also that the elderly who never or rarely receive visits from children and have no contact with people outside the institution have more loneliness. It was also found that seniors who receive visits from friends and are autonomous have more mental health.

**Key Words:** Elderly, Loneliness, social support network, autonomy, mental health.

## INTRODUÇÃO

Os seres humanos têm uma necessidade básica de estabelecer vínculos significativos ao longo do seu processo de desenvolvimento. O vínculo afetivo é tão importante que quando isso não acontece provoca danos à nossa saúde, seja a nível biológico ou psicológico. O aspecto mais importante a ser observado na solidão, não é o quanto uma pessoa sente-se só, mas como ela percebe sua própria solidão, até mesmo porque, pode estar rodeada de muitas pessoas e sentir solidão ou viver feliz sozinho. Este tema ganhou muita notoriedade na mídia e tem sido alvo de muitas pesquisas científicas, pois já se constatou, que a solidão é responsável por afetar negativamente a saúde física e mental.

O sentimento de solidão em idosos está relacionado ao envelhecimento devido a perdas de pessoas significativas, a perda de autonomia, perdas sociais, cognitivas e institucionalização precoce. Por essa razão, a solidão está fortemente associada a demência, depressão, maior morbidade e mortalidade.

O interesse pelo tema surgiu a partir de uma leitura exploratória de alguns estudos sobre o envelhecimento, a institucionalização de idosos e as perdas que o idoso enfrenta ao longo do seu processo de envelhecimento. Além disso, há uma relevância social nesse tipo de estudo porque vivemos num país onde o número de idosos é muito maior que o número de jovens. E cada vez há mais idosos acima de oitenta anos.

Este estudo pretendeu dar resposta ao seguinte problema de investigação: A solidão está associada a problemas de saúde mental de idosos institucionalizados em caráter permanente? Por essa razão, elaborou-se os seguintes objetivos:

1. Analisar a relação entre solidão e saúde mental de idosos institucionalizados;
2. Verificar a relação entre déficit cognitivo e as variáveis solidão e saúde mental;
3. Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de solidão em função da existência/inexistência de déficit cognitivo;
4. Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de solidão em função do grupo etário, género, estado civil, rede de apoio social, tempo de institucionalização e autonomia.

5. Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de saúde mental em função da existência/inexistência de déficite cognitivo;

6. Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de saúde mental em função do grupo etário, género, estado civil, rede de apoio social, tempo de institucionalização e autonomia;

O presente estudo foi organizado da seguinte forma: No capítulo I, apresentamos a revisão de literatura com objetivo de discutir temas quanto aos aspectos demográficos da população Portuguesa, aspectos do desenvolvimento do idoso, o processo de institucionalização e temas relacionados a solidão e saúde mental dos idosos.

No capítulo II, pretendeu-se descrever os objetivos, metodologia (desenho de investigação, amostra de idosos, participantes, caracterização da amostra, procedimentos e instrumentos utilizados).

No capítulo III, pretendeu-se apresentar a descrição das escalas, os resultados dos testes de correlação de Spearman e os testes paramétricos e não paramétricos para todas as variáveis.

No capítulo IV, pretendeu-se realizar a discussão dos resultados e conclusão enfatizando os resultados significativos e limitações do estudo.

## **CAPITULO I: REVISÃO DE LITERATURA**

### **1.1 Aspectos Demográficos da População Idosa Portuguesa**

Portugal é um dos países da comunidade europeia com alto índice de envelhecimento populacional. Os dados da Organização das Nações Unidas (ONU) colocam Portugal entre os dez países mais envelhecidos do mundo (Ferreira, 2009). Assim, segundo publicação do Instituto Nacional de Estatística, em 2011 os idosos representavam 19%, já os jovens representavam apenas 15% da população total, ou seja, por cada 100 jovens existiam 128 idosos. Em 2013, esse índice de envelhecimento em Portugal aumentou para 136 idosos por cada 100 jovens. Isto acontece porque a população Portuguesa diminuiu o índice de fecundidade e aumentou o índice de longevidade (INE, 2013)<sup>1</sup>.

Segundo estimativas das Nações Unidas, em 2050 as pessoas com 80 anos ou mais irão representar 3,4% do total da população mundial, sendo que 10,6% dessas pessoas estarão concentradas no Sul da Europa e 10,1% na Europa Ocidental. Esta faixa etária é a que mais cresce e representa a transição da terceira idade para quarta idade (Paúl, 2007).

### **1.2 Aspectos do Desenvolvimento do Idoso**

O envelhecimento faz parte do processo de desenvolvimento do indivíduo. Enquanto o envelhecimento é um processo, a velhice é apenas um estado que caracteriza um grupo de pessoas com idade igual ou acima de 60 anos (Fontaine, 2000). Partindo desse pressuposto, o envelhecimento acaba por ser um processo de degradação progressiva e diferencial, sendo que a velocidade desse processo irá variar de indivíduo para indivíduo (Fontaine, 2000, p.19).

O envelhecimento integra aspectos objetivos e subjetivos. Nos objetivos estão as degradações físicas, diminuição gradual dos funcionamentos perceptivos e mnésicos, da capacidade motora, das capacidades cognitivas e outros. Já os componentes subjetivos constituem a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento (Fontaine, 2000, p.23)

---

<sup>1</sup> Instituto Nacional de Estatística

Birrem e Cuningham (1985; cit. por Fontaine, 2000, p.23), considerava que cada indivíduo tem três idades diferentes: uma idade biológica, uma idade social, uma idade psicológica:

A *Idade Biológica* corresponde ao envelhecimento orgânico, ou como afirma Busse (1969; cit. por Fontaine, 2000), “esta idade corresponde ao envelhecimento primário ou processo inato de maturação”. Para Walford (1986; cit. por Fontaine, 2000, p.23), há três categorias de marcadores biológicos: A primeira categoria seria a idade funcional; a segunda seria o valor preditivo quanto ao número de anos que nos restam; a terceira seria a sensibilidade a uma afecção particular ou ao envelhecimento precoce de um grupo de órgãos.

A *Idade Psicológica* é relativa às competências comportamentais adaptativas de resposta ao ambiente. Incluem capacidades de inteligência, memória e motivações. Seria o que Busse (1969; cit. por Fontaine, 2000, p. 25), chamaria de envelhecimento secundário, já que se pode supostamente controlar. Nesta idade, embora algumas funções diminuam de eficácia, como por exemplo, a memória, em contrapartida, outras estabilizam-se, como por exemplo, a personalidade que pouco ou nada altera-se.

Já a *Idade social*, refere-se ao papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa que a sociedade atribui relativamente aos outros membros da sociedade. No que diz respeito aos idosos, esta idade é marcada pela transição de estatuto de trabalhador ativo para reformados, inativos ou da terceira idade. Numa sociedade onde valoriza-se a mão de obra ativa essa transição ocasiona nos idosos um sentimento de inutilidade e dificuldades psicológicas (Fontaine, 2000, p. 25).

O envelhecimento é considerado um processo individual porque que depende muito do estilo de vida de cada sujeito e dos cuidados pessoais com a saúde física e mental. Mesmo durante o processo de envelhecimento, o ser humano continua seu desenvolvimento. Para Erikson, o desenvolvimento resulta da intensa interação entre os instintos inatos e as exigências sociais. Assim, à medida que o sujeito se desenvolve surgem novas e mais complexas exigências às quais o sujeito deve adaptar-se (Marchand, 2001, p. 28).

O modelo de Erikson (1982/1998; cit. por Lima & Coelho, 2011) cada fase do desenvolvimento do indivíduo é marcada por um mecanismo dinâmico entre a busca de

um equilíbrio interno e uma desarmonia. A tensão desse mecanismo ocasiona a crise, e a resolução desta, teria como resultado uma força psicossocial. Logo, a resolução de cada uma dessas crises depende do contexto e das relações sociais, além da capacidade interna em vencer as próprias limitações. Cada crise que o sujeito enfrenta, mesmo que fique mal resolvida e prejudique o desenvolvimento do eu, em outra altura, pode ser superada (Sugarman, 1993; cit. por Marchand, 2001 p.29). Dentro dessa perspectiva, “o sujeito é visto como mutável e capaz de retomar crises que não foram resolvidas no momento da vida em que surgiram” (Lima, Coelho & Günther, 2011, p. 262).

A ideia central da teoria de Erikson seria a de um desenvolvimento gradual da identidade, e para isso, o sujeito deve resolver 8 crises ou situações dilemas ao longo do ciclo de vida. Dentre as possibilidades de resolver tais crises encontram-se a possibilidade ótima e a possibilidade negativa, ou menos adequada.

Os estádios psicossociais de Erikson (1950; cit. por Lima e Coelho, 2011) compreendem 8 fases e as forças psicossociais a serem adquiridas:

1. Confiança x desconfiança: Esperança (0-1 ano)
2. Autonomia x Vergonha: Força de Vontade (1-3 anos)
3. Iniciativa x Culpa: Propósito (3-5anos)
4. Realização x Inferioridade: Competência (6-13 anos)
5. Identidade x Confusão de Papéis: Fidelidade (13-18 anos)
6. Intimidade x Isolamento: Amor (18-35 anos)
7. Geratividade x Estagnação: Cuidado (35-65 anos)
8. Integridade do Eu x Desespero: Sabedoria (65anos e mais)

Ultrapassado esses estádios, ocorre o ressurgimento das crises anteriores, nesse caso, a fase da Gerotranscendência (a partir dos 80 anos). Todas essas fases são importantes para alcançar um desenvolvimento pleno da identidade, mas daremos mais ênfase: A Intimidade/ Isolamento (18-35 anos), a Geratividade/Estagnação (35-65 anos); Integridade do Eu/Desespero (65 anos e mais) e Gerotranscendência. (Marchand, 2001 p.29).

*Intimidade/Isolamento* é o estágio que o jovem adulto dos 18 aos 35 anos já desenvolveu um sentimento de identidade e está apto para fundir o seu eu com o de outra pessoa. Nas palavras de Erikson (1950/76; cit. por Marchand, 2001 p. 30) “ o Jovem adulto, que emerge da busca de uma identidade, deseja e dispõe-se fundir a sua identidade com a de outras pessoas”. Está preparado para desenvolver relações e cumprir com suas responsabilidades sociais e familiares. Segundo este autor, a intimidade pressupõe o auto-abandono e o sentimento de que a fusão com o outro não ameaça a identidade do eu. Mas se essa fase não for bem resolvida, o jovem adulto, tende a distanciar-se, tende ao isolamento e afastar-se das pessoas que parecem ameaçar sua identidade.

A *Geratividade/Estagnação* corresponde ao período mais crítico do desenvolvimento adulto, cronologicamente seria dos 35 aos 65 anos. Segundo descrição de Erikson, é aproximadamente neste período que o adulto/jovem, ou de meia idade, deve encontrar formas de satisfazer a necessidade de geratividade, ou seja, encontra-se mais preocupado em ajudar a nova geração e dedica-se mais aos outros. Este estudioso, “salienta a interdependência entre gerações e a necessidade que o adulto tem de sentir-se útil e cuidar dos outros” (Marchand, 2001 p. 31). Não o fazendo, corre o risco de desenvolver um sentimento de estagnação. Portanto, para Erikson, (1950/76; cit. por Marchand, 2001 p. 31):

*“A geratividade é fundamentalmente a preocupação em relação à formação e orientação de nova geração”.*

De acordo com Erikson, “ *A geratividade implica na “manutenção do mundo”, ou seja, na responsabilidade de em adultos suportar, nutrir e orientar pessoas que os irão suceder como adultos, bem como para desenvolver e manter as instituições sociais e os recursos naturais, sem as quais as gerações sucessivas não serão capazes de sobreviver.* Isto traduz-se na preocupação com o futuro dos netos como extensão do seu self mesmo que seja num futuro indefinido (Erikson, Erikson & Kivnick, 1986 p. 66-73).

Nas palavras de Moreira (2012, p.453), a geratividade é o “ sentimento de pertencimento e engajamento, a consciência da responsabilidade social e política, a consciência da finitude e a disposição para se responsabilizar pelo outro. No outro

extremo, estaria a estagnação, ou seja, o sentimento de inutilidade social, irresponsabilidade, a preocupação exagerada com o próprio eu, que inviabilizam o cuidado para com o outro”.

Dos 65 anos em diante, se as crises precedentes a essa idade tiverem resolvidas, o sujeito experimenta o sentimento de *integridade do eu*; caso contrário, pode desenvolver *desespero*. Para Erikson, (1950; cit. por Marchand, 2001, p.32)

“ *Só aquele que de alguma forma tem cuidado de coisas e pessoas e adapta-se aos triunfos e desilusões inerentes a sua condição de criador de outros seres humanos e gerador de produtos e idéias, só nele pode esperar a integridade do eu*”.

Erikson e Sugarman (1993 cit. por Marchand, 2001, p.32) identifica alguns indicadores que manifestariam a integridade do eu: 1. A aceitação da vida que se levou e a ausência de arrependimento pelo facto de a vida não ter sido diferente; 2. A aceitação de que cada um é responsável pela própria vida; 3. A capacidade para defender a dignidade do próprio estilo de vida, ainda que ciente da relatividade dos diversos estilos de vida; 4. O reconhecimento do valor de outras formas de expressão de integridade; 5. O reconhecimento da pequenez do próprio lugar no universo.

A *Integridade do Eu* é caracterizada por fatores intrínsecos a velhice como: dignidade, prudência, sabedoria, aceitação do modo de viver. Para Erikson, Erikson & Kivnick (1986, p.60), “o idoso torna-se mais tolerante, mais paciente, mais compreensivo, tem mais compaixão e são menos críticos do que quando eram jovens. As vicissitudes da vida são encaradas de uma maneira mais calma” A força psicossocial que caracteriza a resolução dessa etapa é a conquista da sabedoria.

Já o *desespero* é caracterizado por uma fase da velhice em que o indivíduo se sente ansioso perante a perda de autonomia e a proximidade da morte. (Araújo & Carvalho, 2005 p. 6; Mota, 2013 p. 4). Tal sentimento de desespero é experimentado quando o idoso, ao olhar sua trajetória, vislumbra sua existência apenas nos erros cometidos no passado. Yount (2009; cit. por Lima & Coelho, 2011, p. 7), “sustenta que o idoso em desespero se torna ressentido pela proximidade da morte e pelo facto de não poder voltar atrás e fazer tudo de novo”.

Segundo (Erikson, Erikson & Kivnick, 1986 p.56) é um período que o sujeito se encontra sobrecarregado por limitações físicas, enfrenta a imprevisibilidade da morte, a inalterabilidade do passado, ao mesmo tempo que tenta equilibrar o desespero com o sentido de integridade para continuar vivendo. Nesta fase, o idoso sente dificuldades em ver a vida numa perspectiva mais ampla integrando erros e acertos (Birman, 1995; Goldfarb, 2004; cit. por Lima & Coelho, 2011 p. 7).

Assim, o desespero e a contínua sensação de estagnação, seria o que o indivíduo experimenta como desarmonia, nessas duas últimas fases. Logo, se for um indivíduo desprovido de objetivos, então, a necessidade de vínculos sociais torna-se ainda mais importante. Por essa razão, partilhar de uma convivência com familiares, deixar algo para as próximas gerações e manter relações sociais pode gerar e aumentar o envolvimento vital (Erikson, Erikson & Kivnick, 1986).

Erik Erikson e sua esposa Joan Erikson (1998) adicionaram um nono estágio no desenvolvimento do ciclo de vida, a *gerotranscendência*. Seria a fase do ressurgimento das crises anteriores que inicia a partir dos 85 anos. Nesse estágio, as virtudes adquiridas ao longo do desenvolvimento são desafiadas no final da vida, pois nesta fase, há um maior declínio das habilidades físicas e mentais. Durante a nona etapa, apesar do indivíduo tentar manter controle sobre a própria vida, é uma fase em que o corpo continua a perder gradativamente sua autonomia, por essa razão, o desespero continua presente devido as perdas das habilidades físicas (Lima, Coelho & Günther, 2011).

Para Joan Erikson (1998; cit. por Lima, Coelho & Günther, 2011 p. 264), a gerotranscendência envolve uma nova compreensão das questões existenciais fundamentais que são separadas em três níveis: o primeiro, é o da dimensão cósmica da vida, onde ocorrem mudanças nas definições de tempo e espaço, aumento na sensação de conexão com as gerações anteriores, nova compreensão sobre a vida e a morte, aceitação da imprevisibilidade da vida e satisfação com a acumulação de experiências adquiridas. O segundo nível, são as mudanças de alguns aspectos do self como a busca pelo autoconhecimento, autenticidade, diminuição do egocentrismo, diminuição da obsessão pelo corpo, aumento do altruísmo e redescoberta da criança interior. E por último, o terceiro nível que envolve mudanças nos relacionamentos sociais e individuais do idoso. Neste nível o idoso torna-se mais seletivo e menos interessado em relacionamentos superficiais, demonstrando aumento na necessidade de ficar só, é capaz

de evitar julgamentos e passa a oferecer mais conselhos. Neste caso, entendemos a gerotranscendência, como uma forma de reinventar-se encarando o fim da vida com mais sabedoria e serenidade.

A resolução da crise da nona etapa está relacionada com a capacidade do idoso transcender suas limitações corporais próprias da velhice, abandona a visão de mundo materialista e racional para adquirir uma percepção mais ampla da vida. De acordo com Lima, Coelho & Günther (2011, p. 264). “Seria uma forma diferente de encarar a vida com mais satisfação e uma perspectiva mais contemplativa de si e das outras pessoas que fizeram parte da sua vida”.

Pelo que podemos perceber, a teoria da gerotranscendência realça os aspectos mais positivos da velhice, embora outros pesquisadores como Tornstam (1997/2000; cit por Lima, Coelho & Günther, 2011, p. 264) tenha uma concepção diferente desta nona fase do desenvolvimento. Este autor, acredita que nesta fase, o comprometimento do idoso com a vida tende a diminuir por causa do isolamento social e das relações sociais perderem o entusiasmo. Durante a velhice, “ há um descomprometimento psicológico que se mostra por meio de envolvimento maior com o seu próprio eu, diminuição na intensidade do afeto demonstrado e tendência à passividade perante a vida” (Lima, Coelho & Günther, 2011, p. 264).

Para Tornstam (1997/2000; cit por Lima, Coelho & Günther, 2011, p. 264) este desapego ou descomprometimento na velhice é um aspecto positivo rumo a gerotranscendência, seria o que podemos observar quando o idoso tende ao isolamento, mesmo que seja em curtos períodos de tempo, ou na diminuição das atividades sociais, quase como se fosse, uma necessidade de o indivíduo estar mais em contato consigo mesmo para elaboração da vida e da própria morte. Assim, podemos caracterizar a crise da nona etapa como sendo uma “autoabsorção” versus “comunidade (Lima, Coelho & Günther, 2011, p. 265). Portanto, para que o idoso encontre satisfação na vida, sintase parte da comunidade e menos voltado a aspectos negativos da velhice, torna-se evidente que os idosos devem ser estimulados e integrados na vida familiar e na sociedade, sem deixar espaço para o sentimento de solidão ou isolamento social.

### 1.3 O Processo de Institucionalização do Idoso

O envelhecimento é um fenômeno social que tem vindo a modificar as sociedades europeias. Tal modificação deve-se ao desenvolvimento tecnológico, científico e social, bem como as mudanças de ordem cultural. O modo como esse fenômeno é visto, difere de um país para o outro. Segundo Dias (2005, p. 251), nas sociedades européias, por exemplo, o envelhecimento enfatiza um idoso segregado e dependente, embora não seja isso que é valorizado. Já nos países orientais, ser velho é sinônimo de respeito, objeto de adoração e sabedoria (Araújo e Carvalho, 2005 p. 2).

Para Dias (2005, p. 251), “a velhice é uma construção social acompanhada de representações legitimadoras e objeto de muitas mudanças ao longo de várias épocas sócio históricas”. No período da renascença até o fim do século XVII, enquanto a juventude é valorizada, a velhice é desvalorizada. Já no século XVIII, a velhice e os idosos passam a ser mais valorizados e reconhecidos como pessoas completas. Essa ideologia continuou até a época das luzes surgindo nessa altura uma legislação para satisfazer os mais desprotegidos. No século XIX, surgiram novas instituições com vista ao afastamento dos idosos da sociedade através da institucionalização em asilos e hospitais. Neste século, o isolamento tornou-se institucionalizado e a velhice encarada como doença social (Dias, 2005, p. 251).

No século XX a velhice volta a ser desvalorizada, mas agora como sinônimo de improdutividade, devido ao surgimento da industrialização e principalmente a implementação da idade da reforma. Tais idéias negativas da velhice perduraram até os anos 80, embora nesta mesma altura, a velhice passa a ser mais valorizada com o surgimento de associações e movimentos políticos em defesa e promoção dos direitos das pessoas idosas (Dias, 2005 p. 252).

Assim, mesmo a velhice sendo mais valorizada, a institucionalização tornou-se necessária, já que chegando a uma determinada idade, a velhice é encarada como um fardo social. Para Isabel Dias, (2005 p. 250) estamos numa sociedade que os velhos não são valorizados porque não representam uma mão de obra ativa. Dentro dessa perspectiva, as instituições tornaram-se imprescindíveis para o melhor funcionamento da sociedade.

Diante do que foi exposto, embora as instituições tenham um valor social imprescindível para a melhor organização da família, têm sido alvo também de muitas críticas por parte de alguns estudiosos. Estes alegam que a institucionalização propicia um afastamento do idoso do convívio social e da família, pois implica em alguns casos, seguir rotinas rígidas diárias, propiciando que haja uma perda de identidade, independência e privacidade “Condenando-os por vezes a uma solidão extrema” Ribeiro (2005; cit. por Neto & Côrte Real, 2012 p.2).

Devido as altas taxas de envelhecimento populacional, a institucionalização dos idosos, acaba por ser uma necessidade que independe de classe social. Nas sociedades industrializadas há cada vez mais idosos sendo deixados a cargo de cuidados institucionais ao invés de cuidados de familiares. Uma das explicações para isso foi o ingresso da mulher no mercado de trabalho, já que antes, era a mulher que tinha o encargo de cuidar da casa, das crianças e dos idosos. Agora, devido a mudança de alguns valores da sociedade, o idoso tornou-se um ser dependente que precisa de atenção e cuidados de saúde numa instituição.

Segundo Neto e Côrte Real (2012), “As instituições têm uma função social indiscutível, por vezes vital, na organização e no funcionamento da sociedade” (p.3). De acordo com dados oficiais do INE (2007), existiam em Portugal nessa altura, 56.535 pessoas idosas institucionalizadas, sendo que destas, 1.517 viviam em lares ilegais. Na maior parte das vezes, os idosos preferem ir para uma instituição porque entendem que suas famílias não podem cuidar deles. Já noutros casos, alguns rejeitam a institucionalização, mas acabam por se habituar as rotinas diárias e as regras das instituições.

São muitos os fatores que levam essas famílias a optarem pela institucionalização. Na maioria dos casos, a opção pela institucionalização ocorre quando há uma perda de autonomia causada por patologias físicas, perda do cônjuge, carência de apoio social, isolamento ou vivências habitacionais negativas. Seja uma atitude positiva ou negativa, a institucionalização proporciona aos idosos cuidados básicos de higiene e alimentação, mas também, maior sensação de segurança, tanto para os idosos quanto para seus familiares. (Pimentel cit. por Neto e Côrte Real, 2012, p.3).

Já segundo Perlini, Leite e Furini (2007), as buscas dos familiares por uma instituição permanente são por dois motivos: atendimento das necessidades do idoso e o melhor local para o idoso morar mantendo o vínculo com a família.

Segundo Barroso e Tapadinhas (2006), há uma predominância de solidão e depressão em idosos institucionalizados. Durante o processo de institucionalização, os idosos por vezes, mantem um contato regular com a família seja através das visitas ou por telefone; mas por outro lado, muitas vezes o idoso é excluído ou abandonado, propiciando que o mesmo sinta solidão.

Na perspectiva de Tobin (1989, p.139) a institucionalização é uma espécie de relocação de um local não institucional para uma colocação em cuidados a longo prazo. O processo de institucionalização do idoso inicia quando este é informado da sua futura admissão numa instituição. Durante essa fase de pré-admissão, os mesmos já sentem que os efeitos psicológicos resultam numa sensação de abandono e na necessidade de redefinição de si mesmo como alguém que só consegue sobreviver se for cuidado numa instituição. Em situações como essas, é comum os recém-admitidos sentirem-se desorientados, deprimidos, manifestarem comportamentos grotescos ou ocorrer morbidade em pouco tempo.

Para Tobin (1989, p.139), mesmo durante o primeiro mês de entrada na instituição, grande parte dos idosos apresentam o que ele chama de síndrome do primeiro mês. Nessa fase, ou o idoso é suficientemente lúcido para perceber que foi institucionalizado, ou fantasia a realidade da institucionalização para lidar com ela.

Stein, Linn e Stein (1985; cit. por Tobin, 1989, p.143) identificou cinco fontes de estresse antecipatório em 223 idosos recém-admitidos em 10 lares: A primeira fonte de estresse, foi a desorientação no local expressa em perguntas como: “onde é que eu durmo?”, “quando é que eu como”?; a segunda fonte de stress, foi rotulada de ansiedade de separação associada a separação da família; a terceira fonte, diz respeito as preocupações com a doença, a dor, medicamentos e consultas médicas; a quarta, são preocupações de serem cuidados com carinho, respeito e consideração; a quinta, foi o espaço pessoal, que abrange manter a privacidade, pertences pessoais e flexibilidade de horários. Dentre outras fontes de estresse citadas pelo mesmo autor, estão a redução da autonomia, a perda da identidade e a deslocação do seu meio social.

O processo de aceitação da institucionalização só é aceite depois que o idoso consegue se familiarizar com o novo ambiente. Por essa razão, é primordial que o lar ofereça uma “melhoria da alimentação, dos cuidados médicos, disponibilidade de atividades e oportunidades de ser expostos a interação social, bem como, a estimulação cognitiva para melhorar a qualidade de vida dos idosos institucionalizados (Tobin, 1989 p.150) ”.

Já segundo Barroso e Tapadinhas (2006), a maioria dos idosos resistem sair de sua casa, mesmo diante da perda de autonomia, pois estes sentem essa mudança para instituição, como uma perda de identidade. Independente de escolher um lar para viver ou ser obrigado a ir, tal mudança tem como consequência, o afastamento do idoso da sua casa e da sua família quebrando laços familiares e sociais. Por isso, de acordo com estudo de Barroso e Tapadinhas (2006) os sentimentos de solidão estão fortemente presentes nos idosos, principalmente naqueles que vivem institucionalizados em lares de assistência a terceira idade.

#### **1.4 Sentimento de Solidão do Idoso**

A solidão é um fenômeno complexo e subjetivo. A solidão pode resultar de fatores situacionais e características pessoais. Segundo (Peplau, Miceli & Morasch, 1982), a solidão só ocorre quando as pessoas percebem que suas relações sociais importantes estão de alguma maneira deficientes. Em outras palavras,

*“É uma experiência comum e um sentimento penoso que se têm quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos”* (Fernandes, 2012 p. 24).

Já segundo Rook (1984; cit. por Fernandes, 2012, p. 24) a solidão

*“É uma condição estável de mal-estar emocional que surge quando uma pessoa se sente afastada, incompreendida ou rejeitada por outras pessoas...”*

Para Muchnick e Seidmann (2004, p.33),

*“A solidão é um fenômeno humano, um sentimento complexo com múltiplas facetas, dimensões, origens, contextos e significados. É propriamente, um sentimento prolongado, desagradável e involuntário de não estar se relacionando de forma significativa com alguém”.*

As pessoas solitárias possuem poucas habilidades sociais, devido a falta de confiança nas relações, grande sensibilidade a crítica e uma tendência a retrair-se, optando por atividades solitárias. Além de muita hostilidade, tendência para rejeitar os outros e uma concepção negativa do próprio e dos outros (ansiedade, introversão, depressão) que determina uma escassez de empatia e disponibilidade para estabelecer uma interação social (Muchnick & Seidmann, 2004).

A solidão é uma experiência emocional perturbadora, pois, as pessoas muito sós estão profundamente infelizes. Para identificar sinais de solidão alguém, não basta simplesmente chegar à conclusão que todo indivíduo sozinho já sofre de solidão. Normalmente, as pistas afetivas, comportamentais e cognitivas são bons indicadores, mas não são suficientes para chegar a um diagnóstico (Peplau, Miceli & Morasch, 1982, p. 36).

Segundo Peplau, Miceli & Morasch (1982, p. 36) as *pistas afetivas* ou sinais afetivos de solidão são muito difusos. A solidão é uma experiência emocional angustiante, no entanto, as pistas afetivas não são suficientes para identificar uma experiência desagradável como a solidão. Embora, as experiências de afeto negativo alertem as pessoas que algo está errado.

As *pistas cognitivas* de solidão são mencionadas quanto ao desejo de estabelecer um tipo de relação social que está faltando. Logo, as cognições comuns incluem o desejo de interação mais frequente ou mais íntima, além da convicção de que relações sociais melhores aliviarão o sofrimento (Peplau, Miceli & Morasch, 1982 p. 36).

As *pistas comportamentais* de solidão podem ser observadas pelos baixos níveis de contato social, corte de relacionamentos estabelecidos ou padrões insatisfatórios de interação social. Embora essa pista seja importante, não indica que seja um sinal de solidão, até mesmo porque, muitas pessoas podem ser felizes sozinhas. “Mas, quando as pessoas são infelizes porque estão demasiadas vezes sozinhas, então a solidão pode ser um diagnóstico plausível” (Peplau, Miceli & Morasch, 1982 p. 36).

As pessoas identificam a experiência de solidão com base num conjunto de sentimentos, comportamentos e pensamentos, mas não a partir de uma única característica que a defina. Horowitz e colaboradores (1979; cit. por Peplau, Miceli & Morasch, 1982), verificaram que nem todos os universitários utilizavam o conceito de

solidão da mesma maneira, pois o termo solidão pode variar nos grupos sociais, nas etapas da vida, períodos históricos e fronteiras culturais. Segundo Levy (1973; cit. por Peplau, Miceli & Morasch, 1982), uma pesquisa etnográfica no Taiti apontou que a ausência de uma palavra específica para solidão não impedia que as pessoas exprimissem o conceito por outras palavras.

As pessoas que sofrem de solidão tentam explicar sua vida social insatisfatória de três formas distintas (Peplau, Miceli & Morasch, 1982, p. 138): Primeiro tentam explicar o surgimento da solidão como um facto precipitante, como por exemplo, o fim de um relacionamento amoroso; Segundo tentam explicar que a solidão persiste ao longo do tempo e são incapazes de formar laços sociais satisfatórios devido a características próprias, como por exemplo, ser tímido; ou as circunstâncias do momento, como por exemplo, estar em um lugar onde é difícil conhecer pessoas novas. Por fim, as pessoas solitárias têm a idéia de que algumas alterações nas suas relações sociais iriam aliviar sua solidão. Dentre as alterações, incluem fazer novos amigos ou desenvolver maior intimidade em uma relação existente.

As atribuições causais da solidão ocasionam implicações importantes porque podem influenciar os comportamentos e respostas de confronto dos indivíduos solitários. Anderson (1980; cit. por Peplau, Miceli & Morasch, 1982, p.142) forneceu evidência deste efeito. Ele encontrou que os estudantes universitários atribuíam sua solidão, a baixas capacidades intelectuais e traços de personalidade, ao invés de atribuir a dificuldades pessoais, como falta de esforço, uso de estratégias ineficazes ou fatores situacionais. Nesse caso, essas pessoas atribuíam uma auto-culpabilização pela sua própria solidão. Peplau, Miceli & Morasch (1982, p. 143) identificam dois tipos de auto-culpabilização para a solidão: A primeira auto-culpabilização está relacionada com características do sujeito que envolvem atribuições de aspectos próprios pouco modificáveis, como a personalidade. A segunda auto-culpabilização é atribuída a características do próprio comportamento, como por exemplo, a falta de esforço ou a utilização de estratégias ineficazes.

Dentro dessa perspectiva, as atribuições causais para solidão também influenciam a auto-estima. Segundo Jones et al., 1974 e Wood, (1978; cit. por Peplau, Miceli & Morasch 1982, p.143), as pessoas solitárias, muitas vezes se sentem inúteis, incompetentes e impossíveis de serem amadas. Logo, a baixa autoestima provoca a

solidão, e esta conseqüentemente exerce influência na autoestima. A baixa autoestima faz parte de um conjunto de crenças e comportamentos que interferem com o iniciar ou manter relações sociais satisfatórias. Zimbardo (1977; cit. por Peplau, Miceli & Morasch 1982) argumentou que:

“ A pessoa com baixa auto-estima... é provável que seja mais passiva, de fácil convencimento, menos popular (p.145) ”. São pessoas mais sensíveis a críticas e tem mais dificuldade em aceitar elogios. Pessoas com baixa auto-estima podem ser mais socialmente ansiosas e menos dispostos a correr riscos em cenários sociais, portanto, menos propensos a iniciar novos relacionamentos ou aprofundar as que já existem.

Nesse sentido, para lidar com a solidão através de um aconselhamento ou autoajuda, o primeiro passo seria identificar com muita precisão as causas da solidão do indivíduo e avaliar corretamente a possibilidade de modificar essas causas. Na intenção de modificar as causas da solidão, primeiro devemos tentar perceber quais seriam as perspectivas de solidão do indivíduo. Neste caso, a solidão engloba duas perspectivas: uma subjetiva (solidão emocional) e outra objetiva (solidão social). Para Mellor e Edelman, 1988; Rokach, 1989; Ainsworth, (1985; cit. por Holmén, Ericsson & Winblad, 2000, p. 178), a *solidão emocional* corresponde a uma perda ou ausência de afeto de uma pessoa amada para confidenciar-se. Está relacionada com as relações românticas e familiares. O sofrimento da perda ou ausência só pode ser aliviada com a substituição ou restabelecimento do ente querido que foi perdido (Di Tommaso & Spinner, 1996, p. 417). Por esse motivo, sentir-se sozinho, está muitas vezes ligado a algo que se assemelha a separação, ansiedade, inquietação e sensação de vazio. Já a *solidão social* corresponde mais a ausência de uma amizade significativa. Seria uma percepção falha nas relações sociais que só pode ser aliviada através do acesso a uma rede social satisfatória. (Weiss, 1973; cit. por Di Tommaso & Spinner, 1996, p. 417).

A falta ou ausência de uma figura de apego provoca danos emocionais nos seres humanos, pois enquanto seres sociais, temos necessidade de estabelecer vínculos significativos. Segundo a teoria de John Bowlby (1969, 1973, 1980; cit. por Muchnick & Seidmann, 2004) quando uma criança é separada da mãe apresenta características como: protesto, desespero ou um sentimento de desapego. Estas reações são seguidas de comportamentos de choro, procura da figura de proteção ou sorriso. Tais comportamentos de apego influenciam em comportamentos futuros de exploração,

cuidado e afiliação. Portanto, para estes autores, a solidão seria o resultado do fracasso da constituição do apego entre o bebê e a figura de proteção. A teoria do apego sustenta que se houver um vínculo satisfatório entre pais e filhos aumenta a probabilidade de no futuro a pessoa sentir-se alguém mais segura, maior auto-estima e maior capacidade de confrontar situações de crises.

Para Mary Ainsworth (1978; cit. por Muchnick & Seidmann, 2004) há quatro tipos de apego<sup>2</sup>: o apego seguro, o apego ansioso-ambivalente e o apego ansioso-evitativo. O apego seguro se dá quando a criança tem uma resposta mais imediata da mãe para satisfação de suas necessidades. A relação da mãe com a criança é de confiança e amabilidade; o apego ansioso ou ambivalente é quando o cuidador ansioso emite uma resposta de cuidado instável e imprevisível para a criança. São situações que a criança se sente cronicamente sozinha.; o apego ansioso ou evitativo se dá quando o cuidador é basicamente inexpressivo e rejeitador. São situações que a criança se sente socialmente isolada, irritada e distante.

As crianças com apego seguro tomam a mãe ou algum substituto significativo como “base segura”. Enquanto exploram o ambiente, buscam sua proximidade frente a presença de estranhos e se tranquilizam quando a mãe retorna. As crianças com apego inseguro, tendem a explorar menos o ambiente, inclusive na presença da mãe, exibindo comportamentos de Choro, pedem o colo da mãe e dificilmente são tranquilizados por ela.

Como todo ser humano tem necessidade de estabelecer uma relação de apego e a solidão resulta de uma falha nessa relação, muitos pesquisadores consideram a solidão uma experiência universal. Tais pesquisadores chegaram a essa conclusão porque os significados atribuídos a solidão são comuns e independente da cultura. De acordo com Graneheim e Lundman (2009, p. 433) os relatos do tipo: sinto-me só, fico sozinho e vivo sozinho são frequentemente usados como sinônimos, logo, apesar de serem conceitos distintos, estão relacionados e constituem dimensões da solidão.

---

<sup>2</sup> Apego como sinônimo de vinculação. Segundo Ainsworth, 1973; Bowlby (1969; cit. por Silva, 2014) Vinculação é uma relação emocional profunda e duradoura que liga uma pessoa a outra no tempo e no espaço.

Graneheim e Lundman (2009, p. 434), em um estudo fenomenológico realizado com pessoas de 12 aos 82 anos descreveu o significado da solidão como sendo: a solidão sem os outros; solidão com outras pessoas; a solidão como uma coisa estranha, errada, feia ou até mesmo vergonhosa; e solidão como uma coisa tranquila e criativa.

Para os idosos, a experiência de solidão está relacionada a algumas perdas, como o enfraquecimento do corpo, lutos significativos e habilidade funcional. Estas perdas e a dependência posterior contribuem para experiências de solidão dos idosos (Graneheim & Lundman, 2009, p. 435). Segundo Paúl (1997; cit. por Silva, 2012), a viuvez está muitas vezes associada ao sentimento de solidão devido há perdas emocionais significativas.

As circunstâncias de vida podem decidir se a solidão será devastadora ou enriquecedora. Se a solidão do idoso tiver origem na redução das capacidades funcionais, se as relações sociais forem insatisfatórias, se a autoestima estiver comprometida e as experiências de vida não forem valorizadas, então a solidão pode levar a uma degradação do idoso. Por outro lado, se a solidão for sinônimo de independência na tomada de decisões, se o idoso sentir paz, se estiver ligado a laços de afetos significativos, então a solidão, pode preservar a identidade e contribuir para uma perspectiva mais ampla da vida (Graneheim & Lundman, 2009, p. 437).

Um estudo realizado por Holmén (1994) na Suécia, com idosos acima de 75 anos, verificou-se que os idosos com déficit cognitivo relataram mais frequentemente sentimentos de solidão do que idosos sem comprometimento cognitivo. De acordo com Barzagen e Barbre (1992; cit. por Holmén, Ericsson & Winblad, 2000, p. 178) a solidão é um forte preditor de problemas de memória. Fratiglioni et al (2000 cit. por Holmén, Ericsson & Winblad, 2000, p. 179) também enfatizou que “os idosos que vivem sós com uma rede social pobre indicaram um risco cada vez maior (60%) de tornar-se demente em comparação com os idosos com uma boa rede social”.

Holmén, Ericsson e Winblad (2000, p.187) verificaram num estudo realizado com idosos dementes e não dementes, que os idosos sem demência relataram menos solidão social em comparação com indivíduos com demência. Dentre os sujeitos pesquisados, as mulheres relataram significativamente mais vezes solidão social e emocional do que os homens. Já os idosos que estão no hospital ou que vivem em casas de repouso e

aqueles que vivem sozinhos, relataram mais frequência de solidão social e emocional comparada com os idosos que vivem em sua própria casa ou com alguém.

Estudos de Henderson et al., 1986 e Jong-Gierveld et al., (1987 cit. por Holmén, Ericsson & Winblad, 2000 p. 178) constataram que as pessoas que vivem sozinhas, muitas vezes experimentam mais solidão do que aqueles que vivem com um parceiro. Eles também verificaram que viver sozinho e experimentar a solidão não significam necessariamente a mesma coisa. Você pode sentir-se solitário no meio da multidão e você pode ser feliz sozinho.

### **1.5 Solidão e Saúde Mental**

O conceito de saúde mental, está relacionado com a própria definição da OMS. De acordo com esta organização, a saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças. Segundo a OMS (2002), não existe uma definição oficial de saúde mental, devido a diferenças culturais e a diversidades de teorias. Para esta instituição, a saúde mental, como muitas outras doenças físicas, é resultado da complexa interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais. Assim, o conceito de saúde mental pode ser entendido como um sentimento de bem-estar próprio e equilíbrio na relação com o outro.

As condições de saúde mental em idosos com idades mais avançadas, sejam elas boas ou más, irão determinar a saúde física, a vulnerabilidade a doenças e mortalidade (Friedman & Booth-Kewley, 2003; Mayne, 1999 cit. por Margrett et al., 2011). Dentro dessa perspectiva, segundo essa autora, há três indicadores de saúde mental e bem-estar que são importantes em idosos com idade mais avançada. Tais indicadores são o afeto positivo, afeto negativo e solidão. Estes, podem apresentar efeitos simultâneos, especialmente, para indicadores “negativos” de saúde mental.

Segundo estudos realizados por Chang e Sanna, (2001; cit. por Margrett et al., 2011) o afeto negativo está relacionado com distúrbios psicológicos e depressão. Em trabalhos realizados por Wichers et al., (2007; cit. por Margrett et al. 2011) chegou-se à conclusão que os indivíduos que são geneticamente predispostos a depressão estão mais inclinados a apresentar reações afetivas negativas a pequenos estressores do seu cotidiano. Já o afeto positivo, é visto como um fator de proteção no adulto mais velho associado a

otimismo, a respostas adaptativas de confronto e níveis mais baixos de depressão (Steptoe, O'Donnell, Marmot & Wardle, 2008; cit. por Margrett et al., 2011).

A personalidade é um fator importante a ser considerado quando pretendemos estudar o afeto positivo e negativo. Características de personalidade como extroversão e neuroticismo tem sido associado a resultados positivos e negativos na saúde mental de idosos respectivamente (Boyd, Mckie & Waller, 2000; cit. por Margrett et al., 2011). Em trabalhos realizados com idosos por Isaacowitz e Smith, (2003; cit. por Margrett et al., 2011) também verificaram que a extroversão foi um preditor de afeto positivo em homens e neuroticismo foi um forte preditor de afeto negativo em mulheres com uma idade média de 85 anos.

A personalidade e a solidão exercem influência nos resultados de saúde mental do idoso. Dados referidos por Long e Martin, (2000; cit. por Margrett et al., 2011) indicam que idosos com 85 anos ou mais, com personalidades ansiosas, eram mais propensos a ficarem solitários. Por outro lado, aqueles que apresentaram resultados mais altos em extroversão relataram menos solidão.

Neste estudo realizado por Margrett et al. (2011), a mesma constatou que há uma associação significativa entre extroversão e afeto positivo em octagenários, contrapondo ao neuroticismo que exerce influência negativa na saúde mental dos sujeitos neste grupo etário. Assim, do tipo de personalidade do idoso depende o apoio social, já que indivíduos com altas tendências neuróticas podem ter dificuldade em buscar apoio social satisfatório. Logo, quanto mais relações satisfatórias o idoso estabelece, maior é o afeto positivo de octagenários e centenários; e quanto maior a percepção das disponibilidades de apoio social, menos relatos de afeto negativo e solidão entre centenários aparecem.

Num estudo realizado com 272 comunidades de idosos espanhóis, os pesquisadores concluíram que estudar a solidão contribui significativamente para explicar a saúde mental em idosos. Assim, a solidão não só é um fator de risco para morbidade e mortalidade, como também, é um fator de risco para o Alzheimer no fim da vida, sono, estresse imunológico, déficit cognitivo e níveis mais baixos de contatos sociais, níveis mais elevados de depressão e níveis mais baixos de satisfação com a vida (Wilson et al. 2007; Luanaigh & Lawlor, 2008; Pinguart & Sorensen, 2001; cit. por Losada et al.,

2012 p. 278). Diante disso, a solidão tem sido descrita como "uma condição psicológica debilitante caracterizada por uma profunda sensação de vazio, inutilidade, falta de controle e ameaça pessoal (Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010; cit. por Losada et al., 2012, p. 278).

Neste estudo realizado em Espanha, também se constatou que a condição de ser mulher, viver sozinha, ter menor percepção de saúde e estar insatisfeito com a frequência de contatos de parentes e amigos são preditores significativos de sentimentos de solidão (Losada et al., 2012, p. 272). Cabe ainda acrescentar que as mulheres solteiras idosas com menos recursos financeiros e com maior comorbidade, foram mais propensas a relatar aumento da solidão ao longo do tempo. Nesse caso, o envelhecimento está associado não só a dificuldades físicas e viuvez, como também, a fatores de risco de solidão (Shmotkin, Goldberg, 2009; Golden et al., 2009; cit. por Losada et al., 2012, p.278).

Num estudo realizado na Finlândia, (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkälä, 2005) os pesquisadores verificaram que os fatores preditores mais poderosos para solidão, eram baixa capacidade funcional e viuvez. Além disso, identificaram também que a solidão está associada a muitos fatores prejudiciais a vida e a saúde do idoso, como por exemplo, a depressão, a institucionalização precoce, a déficit cognitivo e o aumento da mortalidade.

Ainda segundo essa pesquisa, a solidão também está associada a eventos naturais como perdas, viuvez e fatores associados ao envelhecimento, como por exemplo, a incapacidade funcional. A solidão dos idosos, também está associada com baixos rendimentos financeiros que conduz ao isolamento; e as mudanças sociais, como a migração de jovens do campo para as cidades (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkälä, 2005).

## **CAPITULO II: METODOLOGIA**

### **2.1 Objetivos e Metodologia**

O envelhecimento populacional é um dos grandes desafios sociais e econômicos deste século. É um fenômeno universal e profundo, pois afeta vários países do mundo e provoca consequências em todas as esferas da vida humana (Cabral, Silva, Almeida e Cabaço, 2011). Diante disso, é primordial que essa camada populacional seja assistida consoante as suas necessidades. Dentre essas necessidades, está a manutenção das relações sociais e familiares, no que diz respeito, ao fortalecimento de vínculos afetivos significativos. Logo, a inexistência ou a má qualidade desses vínculos, seria o que alguns estudiosos consideram causa para solidão. O vínculo afetivo é tão importante que quando isso não acontece provoca danos a nossa saúde, seja a nível biológico ou psicológico (Muchnik & Seidmann, 2004).

Os idosos estão mais propensos a solidão, devido a fatores ligados ao envelhecimento, a institucionalização, isolamento social e aos diversos tipos de perdas sociais e emocionais.

A solidão é um problema psicossocial grave que merece atenção por parte da ciência. É necessário investigar suas causas e consequências em vista de uma prevenção para que os idosos possam desfrutar de uma melhor qualidade de vida (Neto, 1989 p. 65). Portanto, investigações voltadas para solidão e saúde mental tornam-se fundamentais para que as instituições e profissionais dinamizem propostas de cuidados de saúde e combate à solidão em idosos institucionalizados.

### **2.2 Objetivo Geral e Objetivos Específicos**

O objetivo desse estudo exploratório foi analisar a relação entre a solidão e a saúde mental de idosos institucionalizados em caráter permanente. Por essa razão, partiu-se do seguinte problema de investigação: O sentimento de solidão está associado a problemas de saúde mental em idosos? Para responder a esta questão elaboramos os seguintes objetivos específicos:

1. Verificar a relação entre solidão e saúde mental;
2. Verificar a relação entre déficit cognitivo e as variáveis solidão e saúde mental;
3. Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de solidão em função da existência/inexistência de déficit cognitivo;

4. Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de solidão em função do grupo etário, género, estado civil, rede de apoio social, tempo de institucionalização e autonomia;
5. Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de saúde mental em função da existência/inexistência de déficite cognitivo;
6. Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de saúde mental em função do grupo etário, género, estado civil, rede de apoio social, tempo de institucionalização e autonomia;

Para investigar essa relação utilizaram-se instrumentos como: um questionário sócio demográfico, a escala de solidão (UCLA com versão original de Russel, 1988 e tradução Portuguesa do Neto, 1989), a escala de saúde mental (MHI-5 versão original de Veit & Ware, 1983 com adaptação para população Portuguesa por Ribeiro, 2001) e o Mini-Exame do Estado Mental (versão original de Folstein et al, 1975 com adaptação para população Portuguesa por Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, Martins, 2009) para avaliação do deficit cognitivo.

## **2.3 Metodologia**

### **2.3.1 Desenho da Investigação**

O Presente estudo é descritivo, transversal, correlativo e comparativo. É descritivo porque fornece apenas informações sobre a população, é transversal porque os participantes foram avaliados uma única vez e correlativo porque explica os resultados através do exame de relações estatísticas (correlações) entre variáveis. (Ribeiro, 2010 p.52). Também é comparativo porque realiza análises de comparações intergrupos para identificar diferenças significativas entre subgrupos de idosos.

De acordo com a problemática em estudo, optou-se por um método quantitativo pois tem por base, dados passíveis de serem quantificáveis tais como: um questionário sócio demográfico e escalas. A investigação quantitativa caracteriza-se por expressar através de números entidades abstratas que representam uma contagem, uma medição, um cálculo. A obtenção desses dados dá-se por meio de escalas (“testes”) para identificar uma medida objetiva e padronizada de uma amostra de comportamento (Ribeiro, 2010 p.79)

### 2.3.2 Amostra de Idosos

A amostra deste estudo constitui-se a partir de um procedimento de amostragem não probabilística de conveniência com três critérios de inclusão: Ter idade igual ou superior a 65 anos, estar institucionalizado em caráter permanente e em condições psicológicas para responder as perguntas.

### 2.3.3 Participantes

Este estudo realizou-se a partir de uma amostra de idosos (n=28). As pessoas que constituem a amostra são de ambos os sexos com idade igual ou superior a 65 anos sendo que todos estão institucionalizados em caráter permanente distribuídos em 4 lares diferentes (ver quadro1). A escolha dos lares esteve sempre na dependência de autorização concedida por administradores, proprietários e idosos para que fosse possível a recolha dos dados. Dentre os lares que concederam autorização para pesquisa estão: Casa dos Avós em Cascais, Casa de Repouso Santa Sofia em Lisboa, Casa de Repouso São João em Mem Martins e o Centro-Dia Lar Algueirão-Mem Martins. Estes lares funcionam 24 horas por dia e prestam diversos tipos de cuidados como: refeições, cuidados de higiene, tratamento da roupa, atendimento médico e de enfermagem. Todos têm sala de convívio, um pequeno jardim, consultório, cozinha, casas de banho, escritório e quartos. Os idosos encontram-se alojados em quartos duplos ou triplos separados por gênero.

Todas as instituições prestam serviços remunerados, com exceção do Centro-Dia Algueirão Mem Martins que prestam serviços remunerados e gratuitos consoante a situação económica do utente.

**Quadro 1: Distribuição dos Idosos nas Instituições em Relação ao Gênero**

<b>Nomes dos Lares</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
Casa dos avós	3	3
Casa de Repouso São João	0	5
Casa de Repouso Santa sofia	2	3
Centro-Dia Lar Algueirão Mem Martins	5	7
	<b>N=28</b>	

### 2.3.4 Caracterização Socio-Demográfica da Amostra de Idosos

A amostra encontra-se distribuída em idades que variam dos 65-74 anos e representa apenas 10,7% (n=3) da amostra; dos 75-84 anos representa a maior parte da amostra 50% (n=14) e dos 85 anos ou mais representa 39,3% (n=11) da amostra. Dos 28 idosos entrevistados 64,3% (n=18) são do sexo feminino e 35,7% (n=10) são do sexo masculino.

No que diz respeito ao estado civil, verifica-se que 71,4% (n=20) dos idosos são viúvos. A outra parte restante da amostra é constituída de solteiros 10,7% (n= 3), casados 7,1% (n=2) e divorciados 10,7% (n=3).

Já com relação as habilitações literárias, metade da amostra 53,6% (n=15) cursaram até o 1º ciclo de escolaridade. Quanto a posição que os idosos ocupavam no mercado de trabalho, grande parte eram trabalhadores dependentes 75% (n=21); e 25% (n=7) eram trabalhadores independentes. (Ver Quadro 2).

Pela dimensão da amostra, e por não ser uma amostra aleatória, não podemos considerar representativa para população Portuguesa.

**Quadro 2: Escalão Etário, Estado Civil, Habilitações Literárias em relação ao Género**

<b>Gênero</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>
<b>Escalão Etário</b>		
– 65-74 anos	1	2
– 75-84 anos	5	9
– 85 anos ou mais	4	7
<b>Estado Civil</b>		
– Solteiro	0	3
– Casado	1	1
– Divorciado	3	0
– Viúvo	6	14
<b>Habilitações Literárias</b>		
– Analfabeto	1	3

– 1º Ciclo	4	11
– 2º Ciclo	0	1
– 3º Ciclo	2	2
– Ensino Secundário	2	1
– Ensino Superior	1	0

### 2.3.5 Procedimento

#### 2.3.6 Procedimento de Recolha de Dados

O estudo iniciou com o contacto para algumas instituições de assistência a idosos, nomeadamente, lares de terceira idade e casas de repouso. Os contactos com as instituições foram intermediados através de amigos ou familiares que conheciam os administradores dos mesmos. A seguir, houve uma breve apresentação do objetivo do estudo e durante essa troca de informações, foi marcado pelas instituições, uma entrevista para apresentação do protocolo de consentimento, do guião de entrevista, das escalas e dos objetivos.

Mediante autorização para realização das entrevistas nos lares por parte dos técnicos ou administradores, os idosos eram contactados para participação voluntária no estudo. Os idosos que aceitaram participar, assinaram um protocolo de consentimento informado, pois a realização só era possível mediante autorização. Todas as entrevistas foram gravadas e as transcrições eram feitas num momento posterior a realização destas. A realização das entrevistas eram feitas nos intervalos que os idosos não estivessem em atividades terapêuticas ou de grupo preservando a rotina diária da instituição. O tempo gasto nas entrevistas não era cronometrado mas durava em média 40 a 50 minutos.

#### 2.3.7 Procedimento de Análise de dados utilizando o Software IBM SPSS<sup>3</sup>

Todas as análises estatísticas foram realizadas com recurso ao spss 20. A primeira parte da análise quantitativa iniciou-se com a separação das variáveis que fossem passíveis de quantificação, presentes no questionário sócio demográfico, para estabelecer relações com escalas de solidão e saúde mental. A segunda parte da análise realizou-se testes de

<sup>3</sup> SPSS 20 - Statistical Package for the Social Sciences

fiabilidade das escalas utilizadas na amostra em estudo, e em seguida, a análise da distribuição para decidir quais testes seriam mais adequados as características da amostra. O teste da normalidade para distribuição da amostra foi o Shapiro-Wilk já que o SPSS produz um p-value para este teste sempre que a dimensão da amostra seja menor ou igual a 50 (Marôco, 2007 p.136). Mediante estas análises iniciais, partimos para análise descritiva da amostra das variáveis total solidão e total MHI-5 em relação as demais variáveis que compunham o questionário.

Posteriormente, devido a distribuição da escala de solidão não seguir uma normalidade, optamos pelo teste não-paramétrico Wilcoxon-Mann-Whitney para duas amostras independentes, com objetivo de comparar a variável total solidão entre vários grupos de interesse. A escala de saúde mental segue uma distribuição normal, assim optamos pelo teste paramétrico t-student para comparar a variável total MHI-5 entre vários grupos de interesse. Por fim, verificamos através do teste de correlação de Spearman se havia associação entre as variáveis solidão e saúde mental. Com este mesmo teste, verificamos também, se havia associação entre as variáveis déficit cognitivo e solidão, e entre déficit cognitivo e saúde mental.

### **2.3.8 Instrumentos de Recolha de Dados**

O processo de coleta de dados deu-se no período entre Abril e Junho de 2015. Em todas as entrevistas realizadas utilizamos um questionário sócio demográfico composto por itens relativos a idade, estado civil, género, rede de apoio social, institucionalização, autonomia e solidão. Além disso, aplicaram-se três escalas distintas nesta mesma ordem: o Mini Exame de Estado Mental (MEEM) de Folstein et al. (1975) tradução Portuguesa validada por Guerreiro et al. (1994), a escala de solidão (UCLA) de Russel, Peplau & Cutrona (1980) tradução Portuguesa validada por Neto (1989) e a sub-escala de saúde mental (MHI-5) versão original de Veit & Ware (1983) tradução Portuguesa validada por Ribeiro (2001) (ver anexo 3).

### **2.3.9 Mini Exame do Estado Mental**

O Mini Exame do Estado Mental (MEEM) é um teste para avaliação do funcionamento cognitivo. A versão original foi elaborada por Folstein et al. (1975) com tradução e adaptação para população Portuguesa realizada por Guerreiro e colaboradores em 1994.

O MEEM é constituído por 30 questões e examina seis domínios cognitivos: orientação temporal e espacial; retenção; atenção e cálculo, evocação; linguagem (compreensão escrita e falada) e habilidade construtiva. A pontuação mínima é de zero e a máxima é de trinta pontos. Para cada questão é atribuído um ponto, sendo que quanto mais próximo de trinta, melhor capacidade e mais próximo de zero, maior deficit cognitivo. A pontuação no teste pode sofrer influência de variáveis demográficas pois tende a diminuir com o avançar da idade e quando os idosos possuem menos anos de escolaridade. É um teste de fácil aplicação e exige apenas 5 ou 10 minutos (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro, Martins, 2009).

O ponto de corte estabelecido para a população Portuguesa na avaliação do déficit cognitivo foram: 15 pontos para idosos analfabetos, 22 pontos para idosos com 1 a 11 anos de escolaridade e 27 pontos para idosos com mais de 11 anos de escolaridade.

O mini mental pode ser usado como teste de rastreio para perda cognitiva, mas não pode ser usado para diagnosticar demência (Apostolo, 2012). É um teste utilizado por profissionais de várias áreas em contexto clínico e de investigação.

O mini mental apresenta boa fiabilidade para as seis dimensões, mas na amostra em estudo, a fiabilidade do teste foi  $\alpha=0.595$ .

### **2.3.10 Escala de Solidão (UCLA)**

A escala de solidão (UCLA) foi desenvolvida por Russel, Peplau e Cutrona (1980) e consta de um total de 20 questões cotadas de 1 a 4. Nesse estudo, utilizou-se a versão Portuguesa validada por Neto (1989) composta por 18 itens. Esta escala avalia a solidão enquanto estado psicológico. Esta escala é do tipo likert com 4 pontos: nunca (1), raramente (2), algumas vezes (3) e sempre (4). A pontuação mínima possível é de 18 pontos e a máxima de 72 pontos. A pontuação total é obtida através da soma dos itens. Metade destes itens: 1,4,8,9,13,14,17,18 são cotados de modo invertido. Assim, um resultado mais elevado traduz solidão, enquanto um resultado mais baixo traduz ausência de solidão.

Segundo Neto (1989), as questões da escala de solidão foram formuladas para avaliar a solidão de modo indireto, ou seja, não questiona os sujeitos do quanto eles sentem-se sós. Além disso, esta escala demonstra validade, quer em termos avaliativos da solidão,

quer em termos discriminativos entre a solidão e outros constructos relacionados como a depressão e a ansiedade.

Embora a escala de solidão seja adequada para avaliar a solidão, levanta muitos problemas quanto ao que Neto (1989) chama de desejabilidade social. Os sujeitos que identificam-se como solitários podem distorcer as respostas porque a solidão em nossa sociedade é vista como um estigma.

Para amostra em estudo com 28 participantes o alfa de Cronbach foi  $\alpha=.872$  revelando uma boa fiabilidade idêntica aos resultados obtidos por Neto (1989) durante o processo de validação dessa escala.

### **2.3.11 Escala de Saúde Mental (MHI-5)**

O MHI-5 é uma sub-escala que compõe o inventário de saúde mental (Ribeiro, 2001). Este inventário é composto de perguntas de auto-resposta e foi desenvolvido no âmbito do Health Insurate Study pela Rand Corporation (OMS, 1975) para investigação epidemiológica visando avaliar a saúde mental numa perspectiva que incluía dimensões positivas e negativas (Ribeiro, 2001). Este inventário inclui 38 itens que avalia 2 grandes dimensões: o <sup>4</sup>Distress psicológico e o bem-estar psicológico. As questões relativas a ansiedade são compostas por 10 itens, depressão com 5 itens, perda de controlo emocional/comportamental com 9 itens, afeto positivo 11 itens e laços emocionais 3 itens. A resposta a cada item para este inventário é dada numa escala ordinal de 5 ou 6 posições.

Com base no inventário referido acima, desenvolveu-se a versão reduzida de 5 itens, o MHI-5. Esta escala é uma versão reduzida que pode ser utilizada de forma isolada como teste de rastreio, mas também para compor outras escalas SF-20 ou SF-36 (Ware, Johnston, Davies-Avery, & Brook, 1979; Veit, & Ware, 1983; Ribeiro, 2001 p. 86). Os itens do MHI-5 possuem 6 tipos de respostas e a nota total resulta da soma dos valores brutos dos itens. O valor máximo obtido corresponde a 30 pontos e o mínimo 5 pontos. Os valores mais elevados correspondem a mais saúde mental e os mais baixos correspondem a sintomas graves de depressão, ansiedade e perda de controle emocional.

---

<sup>4</sup> O distress é uma experiência que engloba preocupação, medo, ansiedade e depressão (Nelson e col. 2009 cit. por Pereira, 2013).

Os itens que compõem o MHI-5 são o 11, 17, 19, 27 e 34. Sendo que 3 pertencem a escala de distress e dois pertencem a escala de bem-estar positivo. O item 11 mede a ansiedade, o 17 e 34 mede afeto positivo, o item 19 mede a perda de controlo emocional-comportamental e o 27 a depressão. Os itens 17 e 34 são cotados de forma invertida.

Segundo Ribeiro (2001), as investigações tem demonstrado a utilidade dessa escala em populações não-psiquiátrica constitui um bom instrumento para detectar a probabilidade da existência de perturbação mental.

A adaptação Portuguesa desenvolvida por Ribeiro (2001) mostra uma correlação de  $r=0,95$  entre o MHI-5 e o inventário de saúde mental de 38 itens. A consistência interna para o MHI-5 situa-se na casa dos Alfa= 0,80. Em relação a amostra deste estudo, o MHI-5 apresentou um alfa de Cronbach  $\alpha=.838$  nesta escala. Este resultado indica uma boa consistência interna da escala e boas capacidades métricas para avaliar a saúde mental. Os valores mais elevados correspondem a mais saúde mental e os mais baixos a sintomas graves de depressão, ansiedade e perda de controle emocional.

## **CAPITULO III: ANÁLISE DOS RESULTADOS**

### **3. Resultados**

Nesta secção serão apresentadas as análises e os resultados obtidos na presente investigação. Para dar início a análise, começamos por calcular o total para a escala de solidão somando a cotação que cada idoso obteve em cada item desta escala. De seguida procedemos do mesmo modo para a escala MHI-5. Além disso, também calculamos o total para o teste do mini mental (MEEM) somando a cotação que cada idoso obteve em cada item do teste mediante os critérios de escolaridade.

No passo seguinte testamos se os totais de todas as escalas seguem uma distribuição normal. O teste de Shapiro-Wilk demonstra que o total da escala de solidão não segue uma distribuição normal ( $S-W(28)=0.921$ ,  $p=0.036$ ). Para o total da escala MHI-5 o mesmo teste revela que esta variável segue uma distribuição normal ( $S-W(28)=0.949$ ,  $p=0,187$ ). Enquanto para o teste do mini mental o Shapiro-Wilk demonstra que ( $S-W(28)=0.848$ ,  $p=0.001$ ) não há uma distribuição normal. Em seguida, verificamos o que constava como objetivo geral neste estudo, ou seja, analisar a relação entre solidão e saúde mental de idosos institucionalizados utilizando os testes de coeficiente de correlação de Spearman, e por fim, fizemos comparações entre grupos, utilizando testes paramétricos e não paramétricos.

Os resultados e respectivas análises apresentam-se de acordo com os objectivos estabelecidos no estudo, já apresentados anteriormente. Considerou-se resultados estatisticamente significativos aqueles que a probabilidade de significância, ou seja, o p-value do teste fosse menor ou igual a 0.05.

#### **3.1 Análise Descritiva das Escalas**

##### **3.1.1 Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)**

A amostra de idosos ( $n=28$ ) obteve uma média ( $M=24.61$ ) e um desvio-padrão ( $d.p.=4.810$ ) para déficite cognitivo. O resultado mínimo obtido nesta amostra foi  $min=13$  e o máximo  $max=30$ . Estes valores indicam que esta amostra apresenta boas capacidades para déficite cognitivo. A amostra foi dividida em dois grupos “sim possui déficite cognitivo” ( $n=9$ , 32,1%) e “não possui déficite cognitivo” ( $n=19$ , 67,9%) atendendo o ponto de corte estabelecido para população Portuguesa acima referidos.

### **3.1.2 Escala de Solidão (UCLA)**

A amostra de idosos (n= 28) obteve uma média (M=40,18) e um desvio-padrão (d.p.=12,000) para níveis de solidão. O resultado mínimo obtido nesta amostra foi  $\text{mim}=24$  e o máximo  $\text{max}=62$ . Estes valores indicam que esta amostra apresenta um nível elevado para solidão.

### **3.1.3 Escala de Saúde Mental (MHI-5)**

A amostra de idosos (n=28) obteve uma média (M=15,79) e um desvio-padrão de (d.p.=3,6) para avaliação da saúde mental. O resultado mínimo obtido nesta amostra foi  $\text{min}=6$  e o máximo  $\text{max}=30$ . Estes valores indicam que esta amostra apresenta baixa saúde mental.

## **3.2 Análises do Coeficiente de Correlação de Spearman para as variáveis Solidão, Saúde mental e Déficit cognitivo seguindo a ordem dos objetivos**

### **Objetivo 1: Analisar a relação entre a solidão e a saúde mental dos idosos institucionalizados**

Foram realizadas correlações usando o coeficiente de Spearman. Verificou-se que há uma associação significativa entre solidão e saúde mental  $r(28)=-0.611$ ,  $p=0.001$ . A correlação encontrada é negativa, ou seja, quanto maior solidão pior a saúde mental ou quanto pior a saúde mental maior a solidão. Pode-se considerar o resultado do coeficiente de correlação como sendo moderado ou médio forte (ver quadro 3).

### **Objetivo 2: Verificar a relação entre déficit cognitivo e as variáveis solidão e saúde mental**

Verificamos as correlações para as três variáveis dependentes: o Mini Exame do Estado Mental e a Escala de Solidão; o Mini Exame do Estado Mental e a Escala de Saúde Mental (MHI-5). Verificou-se que não há uma associação significativa entre o mini mental e a escala de saúde mental. Embora, tenha se verificado, que há uma correlação negativa entre o teste mini mental e escala de solidão (ver quadro 3).

**Quadro 3: Coeficiente de Correlação entre Solidão e Saúde Mental; Quadro Coeficiente de Correlação entre Déficit Cognitivo e Saúde Mental; Quadro Coeficiente de Correlação entre Déficit Cognitivo e Solidão:**

Escalas	Média	Desvio-Padrão	Coefficiente de Correlação de Spearman
<b>Escala de solidão (18 itens)</b>	<b>40.18</b>	<b>12.000</b>	<b>p= 0.001</b> <b>rho= - 0.611</b>
<b>Escala de saúde Mental (5 itens)</b>	<b>15.79</b>	<b>6.613</b>	<b>n=28</b>
Mini Mental State (30 questões)	24,61	4,810	p= 0,177 rho= 0,236
Escala de saúde Mental (5 itens)	15.79	6.613	n=28
<b>Mini Mental State (30 questões)</b>	<b>24,61</b>	<b>4,810</b>	<b>p= 0,143</b> <b>rho= -0,284</b>
<b>Escala de Solidão (18 itens)</b>	<b>40.18</b>	<b>12.000</b>	<b>n=28</b>

### 3.3 Análise de Comparação de Grupos entre a Escala de Solidão, Déficit Cognitivo e Dados Sócio Demográficos

#### 3.3.1 Escala de Solidão

Como já vimos, o teste de Normalidade de Shapiro-Wilk para a escala de solidão (UCLA) demonstra que o total da escala de solidão não segue uma distribuição normal. Visto que esta variável não segue uma distribuição normal não estão reunidas as condições de uso dos testes paramétricos para a comparação de médias (e.g. Teste T). Neste caso, teremos de recorrer as análises não paramétricas, utilizando o Teste de Mann-Whitney para comparar a solidão com vários grupos de interesse no nosso trabalho (e.g. grupo etário; género, filhos, etc.). Esta análise de comparação entre a escala de solidão e os grupos propõe identificar diferenças significativas. Neste caso, é o que veremos a seguir:

**Objetivo 3: Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de solidão em função da existência/inexistência de déficite cognitivo**

Os grupos foram divididos entre “sim” possui déficite cognitivo (n=9 M=43.22, d.p.=15.563) e “não” possui déficite cognitivo (n=19 M=38.74, d.p.=10.077). Identificou-se que os idosos que possuem um déficite cognitivo e os idosos que não possuem déficite cognitivo não apresentaram diferenças significativas em relação a solidão (U= 71.500, W=261.500, p=0.498).

**Objetivo 4: Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de solidão em função do grupo etário, género, estado civil, rede de apoio social (ter filhos, receber visitas dos filhos, receber visitas dos amigos e contactar com pessoas fora da instituição), tempo de institucionalização e autonomia (higiene pessoal e mobilidade).**

***Grupo etário***

Para esta análise constituímos dois grupos etários: um com 65-84 anos (n=17 M=40.35, d.p.=12.379) e outro com mais de 85 anos (n=11 M=39.91, d.p.=11.979). Não surgiram diferenças significativas entre ambos os grupos etários em relação a solidão (U=92.000, W=245.000, p= 0.963).

***Género***

O mesmo teste de Mann-Whitney revela-nos que os idosos do sexo feminino (n=18, M=39.78, d.p.=11.830) e os idosos do sexo masculino (n=10, M=40.90, d.p.=12.000) não surgiram diferenças significativas em relação a solidão (U= 86.000, W=257.000, p=0.869).

***Filhos***

Quanto aos idosos que relataram ter filhos (n=19, M=37.32, d.p.=10.914) e os que não têm filhos (n=9, M=46.22, d.p.=12.548) também não apresentam diferenças significativas em relação a solidão (U=50.000, W=240.00, p=0.085).

***Receber visitas dos filhos***

Os idosos que relataram nunca ou raramente receber visitas dos filhos (n=11, M=46.09, d.p.=11.597) e os que recebem visitas regularmente (n=17, M=36.35, d.p.=10.926)

apresentam níveis de solidão significativamente diferentes ( $U=48.000$ ,  $W=201.000$ ,  $p=0.033$ ). Os idosos que nunca ou raramente recebem visitas dos filhos apresentam maiores níveis de solidão do que aqueles que recebem visitas dos filhos.

### ***Receber visitas de amigos***

Os idosos que nunca ou raramente recebem visitas de amigos ( $n= 19$   $M=43.05$ ,  $d.p.=12.541$ ); e os que recebem visitas dos amigos algumas vezes ou sempre ( $n= 9$   $M=34.11$ ,  $d.p.=8.433$ ) não apresentaram diferenças significativas em relação a solidão ( $U=48.500$ ,  $W=93.500$ ,  $p=0.068$ ).

### ***Contacto com pessoas fora da instituição***

Os idosos que não contactam com pessoas fora da instituição ( $n=5$ ,  $M=52.60$ ,  $d.p.=7.733$ ) e os que contactam por telefone ( $n=23$ ,  $M=37.48$ ,  $d.p.=11.098$ ) apresentam diferenças significativas entre si ( $U= 14.500$ ,  $W=290.500$ .  $p=0.007$ ). Os idosos que não contactam com pessoas fora da instituição apresentam maiores níveis de solidão do que aqueles que mantem contactos.

### ***Tempo de institucionalização***

Os idosos que estão institucionalizados até 1 ano ( $n=13$ ,  $M=40.92$ ,  $d.p.=12.059$ ) e os que já estão institucionalizados há mais de 1 ano ( $n=15$ ,  $M=39.53$ ,  $d.p.=12.334$ ) não apresentaram diferenças significativas entre esses dois grupos em relação a solidão ( $U= 89.000$ ,  $W=209.000$ ,  $p=0.717$ ).

### ***Mobilidade***

Quando comparamos os idosos que se consideram dependentes ( $n=19$ ,  $M=42.21$ ,  $d.p.=12.264$ ) e os que se consideram autónomos ( $n=9$ ,  $M=35.89$ ,  $d.p.=10.822$ ) também não obtivemos diferenças significativas em relação a solidão ( $U= 53.500$ ,  $W=98.500$ ,  $p=0,117$ ).

### ***Higiene Pessoal***

Os idosos que relataram necessitar de ajuda para fazer sua higiene pessoal ( $n=20$ ,  $M=40.85$ ,  $d.p.=12.820$ ) e os que não necessitam de ajuda ( $n=8$ ,  $M=38.50$ ,  $d.p.=10.240$ ) não apresentaram diferenças significativas em relação a solidão ( $U=68.500$ ,  $W=104.500$ ,  $p=0,566$ ).

Para esta escala encontramos diferenças significativas para duas variáveis: Receber visitas dos filhos e Contactar pessoas fora da instituição. Os idosos que nunca ou raramente recebem visitas dos filhos e que não contactam com pessoas fora da instituição apresentam maior nível de solidão. Para as restantes variáveis analisadas os grupos não apresentaram resultados significativos em relação a solidão. Para simplificar a interpretação dos dados apresentamos em seguida um quadro de resumo das análises efetuadas para o total da escala de solidão (ver quadro 4).

**Quadro 4: Resumo das análises da escala de solidão**

Variável	Grupos	Nº Idosos/Grupo	Média (d.p.)	U	p-value
Grupo etário	65-84 anos	n=17	40.35, d.p.=12.379	92.000	p=0.963
	Mais de 85 anos	n=11	39.91, d.p.=11.979		
Género	Feminino	n=18	39.78, d.p.=11.830	86.000	p=0.869
	Masculino	n=10	40.90, d.p.=12.000		
Filhos	Sim	n=19	37.32, d.p.=10.914	50.000	p=0.085
	Não	n=9	46.22, d.p.=12.548		
<b>Receber visitas dos filhos</b>	<b>Regularmente</b>	<b>n=17</b>	<b>36.35, d.p.=10.926</b>	<b>48.000</b>	<b>p=0.033</b>
	<b>n/r*</b>	<b>n=11</b>	<b>46.09, d.p.=11.597</b>		
Receber visitas de amigos	Algumas vezes ou sempre	n=9	34.11, d.p.=8.433	48.500	p=0.068
	<b>n/r*</b>	n=19	43.05, d.p.=12.541		
<b>Contacto com pessoas fora da instituição</b>	<b>Sim</b>	<b>n=23</b>	<b>37.48, d.p.=11.098</b>	<b>14.500</b>	<b>p=0.007</b>
	<b>Não</b>	<b>n=5</b>	<b>52.60, d.p.=7.733</b>		
Tempo de institucionalização	Até 1 ano	n=13	40.92, d.p.=12.059	89.000	p=0.717
	Há mais de 1 ano	n=15	39.53, d.p.=12.334		
Mobilidade	Dependentes	n=19	42.21, d.p.=12.264	53.500	p=.117

	Autónomos	n=9	35.89, d.p.=10.822		
Higiene Pessoal	Precisa de ajuda	n=20	40.85, d.p.=12.820	68.500	p=0,566
	Não precisa de ajuda	n=8	38.50, d.p.=10.240		
Deficit Cognitivo	Sim	n=9	43.22, d.p.=15.563	71.500	p=0.498
	Não	n=19	38.74, d.p.=10.077		

\* n/r nunca ou raramente

### 3.4 Análise de Comparação de Grupos entre a Escala de Saúde Mental, Déficit Cognitivo e Dados Socio Demográficos

#### 3.4.1 Escala de Saúde Mental

Como já vimos, o teste de Normalidade de Shapiro-Wilk para a escala de saúde mental (MHI-5) demonstra que esta variável segue uma distribuição normal. Como esta variável dependente é intervalar e segue uma normalidade, utilizamos o teste T para comparar os grupos de interesse em relação a escala MHI-5. Esta análise de comparação entre a escala de saúde mental e os grupos propõe identificar diferenças significativas. Neste caso, é o que veremos a seguir:

**Objetivo 5: Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de saúde mental em função da existência/inexistência de déficit cognitivo;**

Os idosos com déficit cognitivo (n=9, M=13.33, d.p.=6.185) e os idosos sem déficit cognitivo (n=19, M=16.95, d.p.=6.646) não apresentaram diferenças significativas em relação a saúde mental ( $t(26) = -1.373$ ,  $p=0.182$ ). Talvez não hajam diferenças porque a amostra possui em grande maioria o mesmo nível de escolaridade.

**Objetivo 6: Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de saúde mental em função do grupo etário, género, estado civil, rede de apoio social (ter filhos, receber visitas dos filhos, receber visitas dos amigos e contactar com pessoas fora da instituição), tempo de institucionalização e autonomia (higiene pessoal e mobilidade).**

***Grupo etário***

Os idosos com idade entre 65-84anos (n=17, M=15.35, d.p.=6.133) e os idosos com idade igual ou superior a 85 anos (n=11, M=16.45, d.p.=7.555) não apresentaram diferenças significativas em relação a saúde mental ( $t(26)=-0.424$ ,  $p=0.675$ ).

***Género***

Os idosos do sexo feminino (n=18, M= 15.67, d.p.=7.292) e os idosos do sexo masculino (n=10, M=16.00, d.p.=5.538) não apresentaram diferenças significativas em relação a saúde mental ( $t(26)=-0.125$ ,  $p=0.901$ ).

***Filhos***

Os idosos que têm filhos (n=19, M=17.05, d.p.=6.38 e os idosos que não têm filhos (n=9, M=13.11, d.p.=6.642) não apresentaram diferenças significativas em relação a saúde mental ( $t(26)=1.507$ ,  $p=0.144$ ).

***Receber visitas dos filhos***

Os idosos que nunca ou raramente recebem visitas dos filhos (n=11 M=15.36, d.p.=7.852) e os idosos que recebem visitas dos filhos regularmente (n=17, M=16.06, d.p.=5.921) não apresentaram diferenças significativas em relação a saúde mental ( $t(26)=-0.267$ ,  $p=0.792$ ).

***Receber visitas de amigos***

Os idosos que nunca ou raramente recebem visitas dos amigos (n=19, M= 13.42, d.p.=5.39) e os idosos que recebem visitas dos amigos algumas vezes ou sempre (n=9, M=20.78, d.p.=6.37) apresentaram diferenças significativas em relação a saúde mental ( $t(26)=-3,179$   $p=0.004$ ). Nesse caso, os idosos que recebem visitas dos amigos apresentam mais saúde mental em relação aos que não recebem visitas de amigos.

***Contacto com pessoas fora da instituição***

Os idosos que não contactam com pessoas fora da instituição (n=5, M=11.20, d.p.=4.324) e os idosos que contactam por telefone (n=23, M=16.78, d.p.=6.667) não apresentaram diferenças significativas em relação a saúde mental ( $t(26)=-1.778$ ,  $p=0.087$ ).

### ***Tempo de institucionalização***

Os idosos que vivem na instituição até 1 ano ( $n=13$ ,  $M=15.38$  d.p.=4.857) e os idosos que residem há mais de 1 ano na instituição ( $n=15$ ,  $M=16.13$ , d.p.=7.990) não apresentaram diferenças significativas em relação a saúde mental ( $t(23.500)=-0.304$ ,  $p=0.764$ ).

### ***Mobilidade***

Os idosos dependentes de suporte (canadianas, cadeiras de rodas, bengalas e andarilho) para locomover-se ( $n=19$ ,  $M=14.00$ , d.p.=6.566) e os idosos autônomos ( $n=9$ ,  $M=19.56$ , d.p.=5.199) apresentaram diferenças significativas ( $t(26)=-2.222$ ,  $p=0,035$ ). Nesse caso, os idosos autônomos apresentam mais saúde mental em relação aos dependentes de suporte para se locomover.

### ***Higiene pessoal***

Os idosos que precisam de ajuda para fazer a sua higiene pessoal ( $n=20$ ,  $M=14.20$ , d.p.=6.453) e os idosos que não precisam de ajuda ( $n=8$ ,  $M=19.75$ , d.p.=5.523) apresentaram diferenças significativas ( $t(26)=-2.134$ ,  $p=0,042$ ). Isto significa que os idosos que não precisam de ajuda para fazer a sua higiene pessoal apresentam mais saúde mental em relação aos que precisam de ajuda.

No caso desta escala encontramos diferenças significativas para três variáveis: Receber visitas de amigos, Mobilidade e Higiene Pessoal. Os idosos que recebem visitas de amigos, são autônomos e não precisam de ajuda para fazer a sua higiene pessoal apresentam uma melhor saúde mental. Para as restantes variáveis analisadas, os grupos não apresentaram resultados significativos para saúde mental. Tal como fizemos para a escala de solidão, também para a escala MHI-5 apresentamos um quadro de resumo das análises efetuadas (ver quadro 5).

### **Quadro 5: Resumo das Análises efetuadas para Escala MHI-5**

Variável	Grupos	Nº Idosos/Grupo	Média (d.p.)	T	p-value
Grupo etário	65-84 anos	n = 17	15.35, d.p.=6.133	-0.424	p=0.675
	Mais de 85 anos	n = 11	16.45, d.p.=7.555		
Género	Feminino	n = 18	15.67, d.p.=7.292	-0.125	p=0.901
	Masculino	n = 10	16.00, d.p.=5.538		
Filhos	Sim	n = 19	17.05, d.p.=6.38	1.507	p=0.144
	Não	n = 9	13.11, dp=6.642		
Receber visita dos filhos	Regularmente	n = 17	16,06, d.p.=5.921	-0.267	p=0.792
	n/r*	n = 11	15.36, d.p.=7.852		
<i>Receber visistas de amigos</i>	<i>Receber visitas de amigos</i>	<i>n = 9</i>	<i>20.78, d.d.=6.37</i>	<i>-3.179</i>	<i>p=0.004</i>
	<i>n/r*</i>	<i>n = 19</i>	<i>13.42, d.p.=5.39</i>		
Contacto com pessoas fora da instituição	Sim	n = 23	16.78, d.p.=6.667	-1.778	p=0.087
	Não	n = 5	11.20, d.p.=4.324		
Tempo de institucionalização	Até 1 ano	n = 13	15.38, d.p.=4.857	- 0.304	p=0.764
	Há mais de 1 ano	n = 15	16.13, d.p.=7.990		
<i>Mobilidade</i>	<i>Dependentes</i>	<i>n = 19</i>	<i>14.00, d.p.=6.566</i>	<i>-2.222</i>	<i>p=0.035</i>
	<i>Autónomos</i>	<i>n = 9</i>	<i>19.56, d.p.=5.199</i>		
<i>Higiene Pessoal</i>	<i>Precisa de ajuda</i>	<i>n = 20</i>	<i>14.20, d.p.=6.453</i>	<i>-2.134</i>	<i>p=0.042</i>
	<i>N/precisa de ajuda</i>	<i>n = 8</i>	<i>19.75, d.p.=5.523</i>		
Deficit Cognitivo	Sim	n = 9	13.33, d.p.=6.185	-1.373	p=0.182
	Não	n = 19	16.95, d.p.=6.646		

\*n/r Nunca ou raramente

## **CAPITULO IV: DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Esse estudo é descritivo, correlacional e comparativo. Para análise de correlações recorreremos ao teste de coeficiente de correlação de Spearman e para comparação dos grupos recorreremos aos testes paramétricos teste t-student e não paramétricos o teste Mann Whitney.

Neste capítulo, apresenta-se a discussão dos resultados obtidos, seguindo a ordem dos objetivos estabelecidos.

### **Objetivo 1: Analisar a relação entre solidão e saúde mental de idosos institucionalizados;**

Considerando os resultados obtidos, verificou-se que há uma correlação negativa entre a solidão e a saúde mental dos idosos. Isso significa que quanto maior a solidão, pior a saúde mental. Em muitas pesquisas realizadas, já verificou-se que a solidão é uma condição psicológica debilitante, pois está associada a problemas de saúde física e mental. Para corroborar com estes resultados, citamos uma pesquisa realizada com 272 comunidades de idosos espanhóis. Neste estudo, verificou-se que a solidão não é só um fator de risco para morbidade e mortalidade, mas também um fator de risco para Alzheimer, níveis mais elevados de depressão, déficit cognitivo, níveis mais baixos de contactos sociais e satisfação com a vida. Embora o estudo referido, tenha sido feito com uma amostra bastante grande e num outro contexto cultural, muitos outros estudos realizados, constataram que a solidão é debilitante e está associada não só a esses aspectos da saúde mental, mas também está associada a problemas físicos em idosos e indivíduos de outros grupos etários.

Avaliámos a saúde mental, levando em consideração essas dimensões: depressão, ansiedade, perda /de controlo emocional e afeto positivo. Os resultados indicam que esta amostra apresenta baixa saúde mental. Acredita-se, que estes resultados são ocasionados pela solidão, mas também, por institucionalização quase forçada, sentirem-se abandonados pela família, perder o cônjuge, afastamento dos amigos e da sua casa.

### **Objetivo 2: Verificar a relação entre déficit cognitivo e as variáveis solidão e saúde mental;**

A partir dos resultados obtidos, verificou-se também que há uma correlação negativa entre déficite cognitivo e solidão. Estes resultados indicam que melhores capacidades cognitivas são acompanhados por menos sentimento de solidão em idosos. Segundo Holmén, Ericsson & Winblad (2000), os indivíduos com déficite cognitivo relatam mais solidão do que aqueles sem déficite cognitivo. Os indivíduos com boas capacidades cognitivas têm mais possibilidades de manterem relações sociais e possui mais autonomia.

Quanto a relação entre déficite cognitivo e saúde mental, não foram encontrados resultados significativos. Acredita-se que seja pelo facto dos idosos desta amostra, ainda manterem boas capacidades cognitivas, e estarem em condições psicológicas para participarem das entrevistas.

**Objetivo 3: Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de solidão em função da existência/inexistência de déficite cognitivo;**

Para realizar essa comparação, tivemos que separar a amostra de idosos em dois grupos e respeitar os critérios estabelecidos pelo teste quanto aos anos de escolaridade. A partir dessa análise, dividimos os idosos que possuem déficite cognitivo em comparação com os que não possuem déficite cognitivo. Verificamos que esses grupos não apresentaram diferenças significativas em relação a solidão. Acredita-se que seja pelo facto de a maioria possuir o mesmo nível de escolaridade, ou seja, ter cursado apenas o 1º ciclo. Além disso, muitos sentem-se constrangidos em admitir ter ficado pouco tempo na escola.

**Objetivo 4: Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de solidão em função do grupo etário, género, estado civil, rede de apoio social (receber visitas dos filhos, receber visitas dos amigos e contactar pessoas fora da instituição), tempo de institucionalização e autonomia (mobilidade e higiene pessoal).**

Nesta amostra, verificamos que os idosos que nunca ou raramente recebem visitas dos filhos apresentam mais solidão do que aqueles que recebem visitas dos filhos regularmente. Identificamos também, níveis mais altos de solidão em idosos que não mantem contacto com pessoas fora da instituição do que aqueles que mantem contacto com pessoas por telefone. Segundo um estudo de Barroso & Tapadinhas (2006), quem tem menos contacto e menor percepção de preocupações por parte de amigos e familiares apresentam mais sentimento de solidão.

Esses resultados confirmam que para os idosos que conseguem manter relações sociais satisfatórias, mesmo em condição de institucionalização, a possibilidade de sentir solidão diminui. De acordo com Margrett et al. (2011), quanto mais relações satisfatórias o idoso estabelece, maior é o afeto positivo; e quanto maior a percepção das disponibilidades de apoio social, menos relatos de afeto negativo e solidão tendem a aparecer. Como disse anteriormente, acredita-se que esses resultados foram significativos porque muitos queixam-se que recebem poucas visitas e não contactam por telefone, seja com os familiares ou amigos fora da instituição.

Para as demais variáveis não obtivemos resultados significativos. Apenas podemos ressaltar que grande parte da amostra era do sexo feminino em situação de viuvez. A maior parte tem mais de 74 anos e esperava-se que os resultados, no que diz respeito, a receber visitas de amigos fossem significativas. Pois, a solidão também está relacionada com as perdas sociais, no que diz respeito, a falta de uma rede social de apoio. O tempo de institucionalização não apresentou diferenças significativas, mas de acordo com Barroso e Tapadinhas (2006) os sentimentos de solidão estão fortemente presentes nos idosos, principalmente naqueles que vivem institucionalizados em lares de assistência a terceira idade.

Segundo um estudo realizado por Holmén, Ericsson e Winblad (2000) com idosos dementes e não-dementes, os sujeitos que estão no hospital ou que vivem em casas de repouso, relataram mais frequência de solidão social e emocional do que os sujeitos que vivem em sua própria casa ou com alguém. O ambiente de sua casa, o convívio com os vizinhos significa para o idoso a manutenção da sua privacidade e integridade de sua identidade.

**Objetivo 5: Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de saúde mental em função da existência/inexistência de déficit cognitivo;**

Como dissemos anteriormente, para comparação dos grupos, dividimos a amostra de idosos em dois grupos mediante os critérios estabelecidos pelo teste. A partir dessa análise, separamos os idosos que possuem déficit cognitivo em comparação com os que não possuem déficit cognitivo. Verificamos que esta análise de comparação não apresentou diferenças significativas. Acredita-se que seja pelo facto dos idosos estarem com boas capacidade cognitivas e a maioria ter o mesmo nível de escolaridade.

**Objetivo 6: Analisar, numa perspectiva diferencial de comparação intergrupos, o nível de saúde mental em função do grupo etário, género, estado civil, rede de apoio social (receber visitas dos filhos, receber visitas dos amigos e contactar pessoas fora da instituição), tempo de institucionalização e autonomia (mobilidade e higiene pessoal).**

Para esta análise, verificou-se que os idosos que recebem visitas de amigos, algumas vezes ou sempre, apresentam mais saúde mental do que aqueles que nunca ou raramente recebem visitas. Para alguns investigadores como Berger, (1995; Giles, Glonek, Luszcz & Andrews, 2005 cit. por Barroso & Tapadinhas, 2006) não só a família, mas também os amigos proporcionam o convívio social. Os amigos funcionam como uma rede de apoio importante no controle do ambiente e na manutenção de um ótimo estado de saúde. Ser lembrado pelos amigos traz um sentimento de valorização pessoal, reafirma vínculos e minimiza sentimentos de depressão e ansiedade em momentos difíceis.

No que respeita a autonomia, os idosos que identificaram-se como autónomos, ou seja, que não utilizavam meio de suporte para locomover-se, apresentaram mais saúde mental do que aqueles que dependem de algum tipo de suporte para mobilidade, como cadeira de rodas, andarilho, canadiana e bengala. Um outro aspecto analisado a nível de autonomia foi a higiene pessoal. Os idosos que não precisam de ajuda para fazer sua higiene pessoal apresentaram mais saúde mental do que aqueles que necessitam de ajuda para lavar-se, trocar a fralda, vestir-se e deitar.

Segundo Sousa e Feio (1998 cit. por Coimbra, 2008), num estudo realizado com 90 idosos verificou-se que a perda de autonomia funcional pode ser uma das consequências para deterioração cognitiva, pois quanto mais deteriorado cognitivamente o idoso estiver, mais dependente fica; ou quanto menos autónomo, mais deteriora cognitivamente. Os idosos que conseguem locomover-se com mais facilidade tendem a ser mais ativos nas suas atividades de vida diária, realizam atividades desportivas e mantem mais frequentemente contactos com amigos.

Para os resultados da escala de saúde mental em relação as variáveis género, estado civil e grupo etário, receber visitas dos filhos, contactar pessoas fora da instituição e tempo de institucionalização também não foram verificadas diferenças significativas. Embora o tempo de institucionalização, não apresente diferenças significativas nessa amostra, em outros estudos, a quantidade de tempo institucionalizado faz toda diferença,

principalmente para os recém admitidos. Segundo Tobin (1989), é comum os recém-admitidos numa instituição, sentirem-se desorientados, deprimidos, manifestarem comportamentos grotescos ou ocorrer morbidade em pouco tempo.

No que diz respeito a institucionalização do idoso, seja por vontade própria ou “forçada”, segundo Barroso e Tapadinhas (2006), há uma predominância de solidão e depressão em idosos institucionalizados. Notava-se nos discursos dos participantes, durante a entrevista, que os idosos institucionalizados por conta própria, mostavam-se mais adaptados, ao contrário, dos que foram “forçados”. Estes relatavam muitas vezes o desejo de voltar para casa, de sentir muita tristeza e julgavam-se abandonados pela família. Por outro lado, entende-se que os idosos menos autônomos, necessitam de estar numa instituição devido a problemas de saúde e segurança.

Com estes resultados podemos inferir que manter relações sociais satisfatórias, através de uma boa rede de apoio social e possuir autonomia durante a velhice, diminuem as possibilidade de sentir solidão e ocasiona menos problemas de saúde mental.

Podemos concluir, que a solidão é um fenômeno a ser discutido, devido aos efeitos causados na saúde física e mental. Em idosos, tem sido motivo para ansiedade, depressão e redução nas capacidades cognitivas.

## **CAPITULO V: CONCLUSÕES**

O isolamento é uma experiência objetiva, pois depende da escolha do indivíduo e há quem goste de viver sozinho. Mas a solidão é uma experiência subjetiva, desagradável e angustiante, pois há pessoas que mesmo rodeada de amigos e familiares, sentem solidão.

O tema da solidão remete-nos a importância que todo ser humano necessita de estabelecer vínculos afetivos para sentir-se seguro, apoiado e compreendido. Os indivíduos que não conseguem manter vínculos significativos no decorrer de seu desenvolvimento criam expectativas irrealistas dos seus relacionamentos (sociais e familiares).

O objetivo desta dissertação foi analisar a relação entre solidão e saúde mental em idosos institucionalizados. Através desse estudo, constatou-se que a solidão está associada a problemas de saúde mental em idosos e poderá contribuir para potencializar quadros de ansiedade e depressão.

Verificamos também, que há uma correlação negativa entre déficit cognitivo e solidão. Os idosos com melhores capacidades cognitivas tendem a sentir menos solidão porque tem mais possibilidades de manter relações sociais e preservar sua autonomia.

Os demais objetivos, tinham como proposta verificar a relação da solidão com a rede de apoio social e autonomia. Para essas variáveis constatamos que os idosos que nunca ou raramente recebem visitas dos filhos e que não mantem contacto com pessoas fora da instituição, sejam de familiares ou amigos apresentam maior nível de solidão. Uma rede de apoio social satisfatória assegura manutenção de vínculos afetivos e diminui os casos de isolamento e solidão.

Além disso, os idosos que recebem mais visitas dos amigos na instituição apresentaram melhor saúde mental. O facto de ser lembrado pelos amigos ajuda no processo de adaptação a institucionalização, traz um sentimento de valorização pessoal e fortalece vínculos.

O último resultado verificado foi a relação entre a solidão e a autonomia. Para essa variável, constatamos que os idosos autónomos, no que diz respeito, a mobilidade e realizar higiene pessoal, apresentaram mais saúde mental. Os idosos que conseguem movimentar-se para realizar suas tarefas diárias e cuidados pessoais tem mais

possibilidade de adaptação ao meio social, pois quanto mais autónomo menos deteriora cognitivamente.

Apesar dos resultados terem confirmado a relação entre solidão e saúde mental, foram encontradas algumas limitações quanto ao tamanho da amostra e por realizar-se com idosos que possuem baixos rendimentos. Outro aspecto que poderá ter influenciado os resultados foi o facto dos idosos ter dificuldades em perceber as questões da escala de solidão, principalmente os itens com questões negativas.

Tendo em consideração a complexidade do tema sugere-se que estudos futuros sejam de análise qualitativa para valorizar as percepções dos indivíduos quanto ao tema da solidão.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apostolo, J.L.A. (2012). Instrumentos para Avaliação em Geriatria. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra;
- Araújo, L. & Carvalho, V. (2005). Aspectos Sócio históricos da Velhice. Revista de Humanidades v.6, n.13 p.1-9.
- Barroso, V.L. & Tapadinhas, A.R. (2006). Órfãos Geriatras: Sentimento de Solidão e Depressividade Face ao Envelhecimento—Estudo Comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.
- Cabral, M., Silva, P., Almeida, M. Cabaço, S. (2011). Seniores de Lisboa: Capital Social e Qualidade de Vida. Um estudo Preliminar. Instituto do Envelhecimento. Universidade de Lisboa. Retirado de: <http://www.i envelhecimento.ul.pt/actividades-do-ie/publicacoesdocumentos/relatorios/123-seniores-de-lisboa>
- Coimbra, J.F.M. (2008). O Sentimento de Solidão em Idosas Institucionalizadas: A Influência da Autonomia Funcional e do Meio Ecológico. Tese de Mestrado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Dias, I. (2005). Envelhecimento e violência contra idosos. Revista da Faculdade de letras: Sociologia, I série, vol. 15 (2005), p. 249-274.
- Ditommaso. E, Spinner, B. Social and Emotional Loneliness: Reexamination of Weiss Typology of loneliness. Person. Individ, Diff. Vol. 22, N. 3 p. 417-428 Elsevier Science. doi:10.1016/S0191-8869(96)00204-8
- Erikson, E; Erikson, J. & Kinnock, H. (1986). The voices of our informants. In: Vital Involvement in old age. New York: W.W. Norton & Company Inc.
- Fernandes, A.C.O. (2012). A solidão nos idosos. Licenciatura em gerontologia social. Escola São João de Deus. Lisboa.
- Ferreira, A. C. B. M. (2009). A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: A perspectiva do próprio e dos seus cuidadores. Tese de mestrado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Fontaine, R. O envelhecimento e suas causas. In: Psicologia do envelhecimento. 1ª edição, Lisboa. Ed. Climepsi.

Graneheim, U.H., B. Lundman (2009). Experiences of Loneliness among the very old: The Umea 85y project. *Aging & Mental Health*. Vol. 14, N. 4, p. 433-438. doi: 10.1080/13607860903586078

Holmén, K., Ericsson, K & Winblad, B. (2000). Social and Emotional Loneliness among non-dement and dement elderly people. *Archives of Gerontology and Geriatrics* 31, p. 177-192 Elsevier Science. doi: 10.1080/13607860903586078

Instituto Nacional de Estatística (2014). Dia Mundial da População. Publicação em 10 de julho de 2014. [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Instituto Nacional de Estatística (2007). Dia Internacional do Idoso. Publicação em 27 de setembro de 2007. [www.ine.pt](http://www.ine.pt)

Lima, P. & Coelho, V. (2011). A Arte de Envelhecer: Um Estudo Exploratório sobre a História de vida e o Envelhecimento. *Revista de Psicologia Ciência e Profissão*. 31 (1), 4-19.

Lima, P. Coelho, V. & Günther, I. Envolvimento vital: um Desafio da Velhice. *Revista de Geriatria e Gerontologia*. (2011); 5(4): 261-8 Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia.

Losada, A. et.al. (2012). Loneliness and Mental Health in a Representative Sample of Community-Dwelling Spanish Older Adults. 146 (3) p. 277-292, *The Journal of Psychology*. doi: 10.1080/00223980.2011.582523

Marôco, J. (2007). *Análise Estatística com SPSS Statistics*. 4ª edição, Pero Pinheiro, Ed. Report Number.

Marchand, H. (2001). A Identidade e o eu na vida adulta. In: *Temas de desenvolvimento Psicológico do Adulto e do Idoso*. 1ª Edição. Lisboa. Ed. Quartet

Margrett et. all (2010). Affect and Loneliness among Centenarians and the Oldest Old: The Role of Individual in Social Resources. *Revista Aging & Mental Health*. Vol. 15, N. 3, April 2011, p. 385-396. doi: 10.1080/13607863.2010.519327

Moreira, J.O. (2012). Mudanças na Percepção sobre o Envelhecimento: Reflexões Preliminares. *Revista de Psicologia teoria e pesquisa*. Dez 2012, vol. 23 nº. 4, pp 451-456. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v28n4/03.pdf>

Morgado, J., Rocha, C.S., Maruta, C., Guerreiro, M., Martins, I.P. (2009). Novo Valores Normativos do Mini Mental State. Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia vol.2 nº 2;

Mota, T.B. (2013). Depressão e Religiosidade: Um Estudo Exploratório na População Idosa Dependente. Tese de Mestrado em Psicologia da Universidade de Lisboa.

Muchnick, E. & Seidmann, S. Aislamiento y Soledad. 1ªedição- Buenos Aires: Eudeba,2004.

Neto, M. & Côrte-Real, J. (2012). A Pessoa Idosa Institucionalizada: Depressão e Suporte Social. 26ª Reunião do GEECD, Tomar.

Neto, F. (1989). Escala de Solidão da UCLA: Adaptação Portuguesa. Psicologia Clínica, v. 2, p.65-79, 1989.

OMS, 2002. The world Health Report, 2001. Mental Health: New Understanding, New Hope. Direção Geral de Saúde. 1ªedição, Lisboa. Retirado de: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_po.pdf](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf)

Paúl, C. (2007). Old-old people Major recent findings and the european contribution to the state of the art. In: Geropsychology european perspectives for aging world. Chapter 8 p. 129-144 ed. Hoegrefe & Huber.

Peplau, L, Miceli, M. & Morasch, B. (1982). Loneliness and Self-Evaluation: in Loneliness a sourcebook of current theory, research and therapy. Chapter 9. p. 135-151. A wiley-interscience publication.

Perlini, N. Leite, M. Furini, A. (2007). Em busca de uma instituição para pessoa idosa morar: motivos apontados por familiares. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 41 (2): 229-236. Retirado de: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/07.pdf>

Pereira, C.P.N (2013). Distress, qualidade de vida e estratégias de confronto em pacientes oncológicos. Mestrado integrado em Psicologia. Universidade de Lisboa.

Ribeiro, J.L.P. (2001). Mental Health Inventor: Um estudo de adaptação à população portuguesa. Psicologia, Saúde e Doença, 2001, 2(1), 77-99. Retirado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36220106>

Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R.S., Strandberg, T.E, Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and Subjective Causes of Loneliness in aged population. Archives of Gerontology and geriatrics 41. p. 223-233 Elsevier Science. doi: 10.1016/j.archger.2005.03.002

Silva, C.P.A.M. (2012). O Idoso e a institucionalização: O fenômeno da solidão. Tese de Mestrado. Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da vida (ISPA), Lisboa. Retirado de: <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/2597>

Silva, N.F.F. (2014). Teoria da Vinculação. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Tobin, S. (1989). The effects of institutionalization. In: Aging, stress and health. Chapter 7. p. 139-163. John Wiley & sons Ltd.

## **ANEXOS**

## **Anexo 1 - Questionário Sócio Demográfico**

### **1. Informação Sócio Demográfica**

- 1.1 Qual a sua idade?
- 1.2 Qual é o seu sexo?
- 1.3 Qual é o seu estado civil?
- 1.4 Qual é o seu grau de escolaridade?
- 1.5 Qual era a profissão que exercia?

### **2. Rede Social do Idoso?**

- 2.1 Tem filhos? Quantos?
- 2.2 Costuma vê-los? Com que frequência?
- 2.3 Tem amigos? Costuma visita-los?
- 2.4 Os amigos vêm visita-lo (a) com que frequência?
- 2.5 Como faz para contactar com pessoas fora da instituição?
- 2.6 Têm algum amigo (a) na instituição?

### **3. Instituição**

- 3.1 Há quanto tempo vive na instituição?
- 3.2 Porque escolheu uma instituição?
- 3.3 Gosta de viver nesta instituição?
- 3.4 O que mais gosta de fazer na instituição?

### **4. Autonomia**

- 4.1 Quais são as atividades que costuma realizar na instituição?
- 4.2 Precisa de ajuda de alguém para fazer a Higiene Pessoal?
- 4.3 Necessita de alguma ajuda para movimentar-se?

Obrigada pela sua participação

**Anexo 2: Escala de Solidão (Russell, D. W., 1988; tradução portuguesa de Neto, F., 1989)**

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

### Anexo 3 - Inventário de Saúde Mental (MHI-5) (versão reduzida de 5 itens)

Desenvolvido por: C. T. Veit & J. E. Ware, (1983) e adaptada à população Portuguesa por Ribeiro (2001).

ABAIXO VAI ENCONTRAR UM CONJUNTO DE QUESTÕES ACERCA DO MODO COMO SE SENTE NO DIA A DIA. RESPONDA A CADA UMA DELAS ASSINALANDO NUM DOS QUADRADOS POR BAIXO A RESPOSTA QUE MELHOR SE APLICA A SI.

11. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS PASSADO SE SENTIU MUITO NERVOSO?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. A maior parte do tempo
4. Durante algum tempo
5. Quase nunca
6. Nunca

17. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU CALMO E EM PAZ?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. A maior parte do tempo
4. Durante algum tempo
5. Quase nunca
6. Nunca

19. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO?

1. Sempre
2. Quase sempre
3. A maior parte do tempo
4. Durante algum tempo
5. Quase nunca
6. Nunca

27. DURANTE QUANTO TEMPO, NO MÊS QUE PASSOU, SE SENTIU TRISTE E EM BAIXO, DE TAL MODO QUE NADA O CONSEGUIA ANIMAR?

1. Sempre
2. Com muita frequência
3. Frequentemente
4. Com pouca frequência
5. Quase nunca
6. Nunca

34. NO ÚLTIMO MÊS DURANTE QUANTO TEMPO SE SENTIU UMA PESSOA FELIZ?

1. Sempre
2. Com muita frequência
3. Frequentemente
4. Com pouca frequência
5. Quase nunca
6. Nunca

## Anexo: 4 Mini-Exame do Estado Mental (MEEM)

### Mini Mental State Examination (MMSE)

#### 1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que dia da semana estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

Em que país estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que distrito vive? \_\_\_\_\_  
 Em que terra vive? \_\_\_\_\_  
 Em que casa estamos? \_\_\_\_\_  
 Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 2. Retenção (contar 1 ponto por cada palavra correctamente repetida)

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor".

Pêra \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 3. Atenção e Cálculo (1 ponto por cada resposta correcta. Se der uma errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como correctas. Parar ao fim de 5 respostas)

"Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar".

27\_24\_21\_18\_15\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta.)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar".

Pêra \_\_\_\_\_  
 Gato \_\_\_\_\_  
 Bola \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

#### 5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a. "Como se chama isto? Mostrar os objectos:

Relógio \_\_\_\_\_  
 Lápis \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: \_\_\_\_\_

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos \_\_\_\_\_

Nota: \_\_\_\_\_

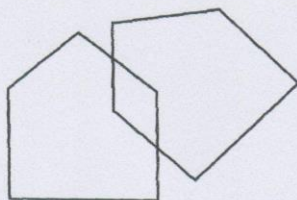
e. "Escreva uma frase inteira aqui". Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

Frase:

Nota: \_\_\_\_\_

**6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correcta.)**

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersectados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Nota: \_\_\_\_\_

TOTAL (Máximo 30 pontos): \_\_\_\_\_

**Considera-se com defeito cognitivo:**  analfabetos  $\leq$  15 pontos  
 1 a 11 anos de escolaridade  $\leq$  22  
 com escolaridade superior a 11 anos  $\leq$  27

**Anexo 5 – Protocolo de Consentimento Informado do Idoso**

Utente: \_\_\_\_\_

Aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Maristela Nascimento Santos (Estudante da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique (Professor Associado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa), no âmbito da dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, na área de Psicologia da Saúde e da Doença. Foram-me explicados e compreendo os objetivos principais deste estudo:

1. Identificar os sentimentos de solidão vivenciados pelos idosos institucionalizados;
2. Identificar e analisar as estratégias utilizadas pelos idosos para confrontar o sentimento de solidão;
3. Analisar o significado da solidão para os idosos.

Compreendi os procedimentos que tenho de realizar:

Responder as perguntas de duas escalas, participar de um mini exame do estado mental e uma entrevista com auxílio de um gravador. A aplicação destes instrumentos tem por objectivo estudar a minha saúde mental em relação com a solidão.

Percebo que a minha participação neste estudo é voluntária, e que posso desistir em qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim. Compreendo, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer publicação, ou em relação a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito. Entendo que ao estudo interessam as respostas obtidas na entrevista e nos questionários, sem a identificação individual, preservando a minha privacidade. Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação na área da psicologia, não sendo, contudo, acordado qualquer benefício directo ou indirecto pela minha colaboração.

Nome do Utente ou Representante:

\_\_\_\_\_

Data: \_\_/\_\_/\_\_