



Sentimentos de Solidão e Depressão em Idosos Institucionalizados

Mestrado:

Tiago Trocato Lourenço

Orientadores:

Professora Doutora Maria João Guardado Moreira

Mestre Clotilde Alves Nunes Agostinho

Trabalho de Projeto apresentado à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Gerontologia Social, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Maria João Guardado Moreira e Mestre Clotilde Alves Nunes Agostinho, do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Dezembro 2018

Composição do júri

PRESIDENTE DO JÚRI

Professor Doutor Ernesto Candeias Martins. Professor Adjunto c/Agregação da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco

VOGAIS

Professora Doutora Rosa Marina Lopes Brás Martins Afonso, Professora Auxiliar da Universidade da Beira Interior na Covilhã (Arguente)

Professora Clotilde Alves Nunes Agostinho, Professora Adjunta da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco (Orientadora)

Dedicatória

QUANDO FOR IDOSO

Quando for idoso e deixe de ser como era, tem paciência e compreende-me.

Se entornar comida sobre a camisa ou esquecer como atar os sapatos, recorda as horas que passei a ensinar-te a ultrapassar estes problemas.

Se, quando conversar contigo, repetir vezes sem conta as histórias que conheces de cor, não me interrompas. Quando eras criança, contei-te milhares de vezes o mesmo conto para adormeceres. E, se me esquecer do que estava a dizer, espera que me lembre. Se não o conseguir, talvez não fosse importante o que dizia. Conformer-me-ei se me escutares nesse momento.

Quando estivermos reunidos em família – ou com os teus amigos, e sem querer, fizer as minhas necessidades, não te envergonhes de mim, pois não consigo controlar-me. Pensa em quantas vezes, enquanto crescias, te limpei e, com paciência, esperei que o fizesses no lugar certo.

Não ralhes comigo se não quero tomar banho tantas vezes. Quando eras pequeno também te perseguia e recorria a mil pretextos para velar pelo teu asseio.

Quando me tomares por ignorante acerca das novas tecnologias e inútil na sociedade, peço-te que me concedas o tempo necessário para aprender algo e poupa-me os teus sorrisos de gozo. Lembra-te que fui eu que te ensinei muitas coisas: o comer, a vestir-te, e a tua formação é fruto de muitos esforços.

Se alguma vez não quiser comer, não insistas; sei quando posso e quando não devo. Pensa que deixo de ter dentes fortes para morder e também perco o sentido do gosto.

Quando as pernas cansadas me falharem, dá-me a tua mão para que me apoie. Foi isso que fiz quando começaste a caminhar.

Por fim se algum dia me ouvires dizer que preferia morrer, não me chateies. Isso não nega a importância do teu carinho nem o meu amor por ti. Desejei-te sempre o melhor e desbravei caminhos que podias percorrer. Considera que os passos que me adianto a dar abrem outras rotas para ti e inauguram novos tempos. Jamais te sintas triste e impotente. Assim como te auxiliiei quando começaste a viver, acompanha-me até ao fim do meu caminho. Dá-me o teu coração, compreende-me e apoia-me. Dá-me amor e paciência. Devolver-te-ei sempre gratidão e sorrisos.

Walter Ballesteros outubro 2006

Agradecimentos

Ao Instituto Politécnico de Castelo Branco, nomeadamente à Escola Superior de Educação de Castelo Banco, pela oportunidade de formação académica.

Às Orientadoras, Professora Doutora Maria João Guardado Moreira e Mestre Clotilde Alves Nunes Agostinho, na ajuda da construção deste Trabalho Projeto, pela disponibilidade e sabedoria, dando-me alento, ânimo, estímulo e confiança.

Aos Professores do Mestrado de Gerontologia Social, pelo empenho e disponibilidade na minha formação enquanto aluno deste curso.

Ao Provedor e todos os colaboradores da instituição onde foi realizado o estudo, pelo seu apoio incondicional.

Aos utentes da instituição onde foi realizado o estudo, principalmente os que fizeram parte da amostra pela sua disponibilidade, amabilidade e colaboração ao longo da sua participação, fornecendo dados válidos e importantes para a realização do mesmo.

Aos meus amigos e família, pela compreensão e uma certa ausência em momentos importantes.

A Todos, o meu sincero Muito Obrigado!

Resumo

Os estudos demográficos têm apresentado o envelhecimento populacional como um dos mais importantes fenómenos do século XXI. As sociedades modernas são estruturas duplamente envelhecidas, caracterizadas por uma maior longevidade dos seus membros e por uma menor taxa de natalidade. Portugal, não foge a este fenómeno, confrontando-se a sociedade atual com desafios múltiplos a nível social, económico cultural e político para minorar as consequências desta realidade. A institucionalização da pessoa idosa foi uma das respostas sociais criadas com o objetivo de evitar o isolamento, a solidão, o aparecimento de incapacidades e dificuldades, tendo por fim último o bem-estar dos idosos. No entanto, a literatura tem mostrado que os idosos institucionalizados, apesar de estarem diariamente rodeados de pessoas, evidenciam sentimentos de solidão e apresentam sintomas de depressão. Ao ser institucionalizado, o idoso confronta-se com uma realidade muito diferente da habitual ao longo da sua trajetória de vida, desde a convivência com outros utentes e profissionais, muitas vezes desconhecidos, espaços físicos diferenciados, um conjunto de regras, normas e rotinas que podem levar à perceção da perda da sua intimidade, da privacidade, da autonomia, da responsabilidade das decisões pessoais que, em alguns casos, podem originar solidão e quadros depressivos.

Com o objetivo de estudar se a institucionalização da pessoa idosa pode condicionar o aparecimento de sentimentos de solidão e sintomas depressivos, foi delineado um trabalho de projeto constituído por duas partes. A primeira parte integra uma revisão da literatura sobre as problemáticas do envelhecimento e da relação entre a institucionalização e o desenvolvimento de sentimentos de solidão e de depressão. A segunda parte integra uma investigação de tipo descritivo, com suporte numa metodologia quantitativa, realizada a uma amostra de 30 idosos institucionalizados. Foram utilizados os seguintes instrumentos de recolha de dados: um questionário sociodemográfico, a Escala de Solidão da UCLA e a Escala Geriátrica da Depressão (EGD). De um modo geral, os resultados do estudo demonstram que a institucionalização é percecionada de forma positiva, apresentando índices baixos de sentimentos de solidão e de depressão. Pode concluir-se que, na amostra em estudo, a institucionalização não condiciona o surgimento de sentimentos de solidão e de quadros depressivos.

Palavras-Chave: Envelhecimento, Institucionalização, Idoso, Solidão e Depressão.

Abstract

Demographic studies have presented population ageing as one of the most important phenomenon of the 21st century. Modern societies are double-aged structures, characterized by a greater longevity of their members and a lower birth rate. Portugal, does not escape this phenomenon, confronting the current society with multiple challenges at social, economic, cultural and political level to alleviate the consequences of this reality. The institutionalization of the elderly person was one of the social responses created in order to avoid isolation, loneliness and the emergence of disabilities and difficulties, being it's final purpose the welfare of the elderly. However, literature has shown that institutionalized elders, despite being surrounded by people daily, show feelings of loneliness and present symptoms of depression. When institutionalized, the elderly confronts a reality very different from that experienced throughout a lifetime, from coexistence with others and professionals, often unknown, differentiated physical spaces, a set of rules, norms and routines that can lead to the perception of the loss of their intimacy, privacy, autonomy, the responsibility to make personal decisions that, in some cases, can cause loneliness and depression.

In order to study whether the institutionalization of the elderly person can condition the appearance of feelings of loneliness and depressive symptoms, a project work consisting of two parts was delineated. The first part includes a revision of the literature on the problems of ageing and the relationship between institutionalization and the development of feelings of loneliness and depression. The second part integrates a descriptive type of research, with support in a quantitative methodology, carried out to a sample of 30 institutionalized elderly individuals. The following data collection tools were used: A demographic survey, UCLA's loneliness scale and the Geriatric Depression Scale (GDS). In general, the results of the study show that institutionalization is understood in a positive way, presenting low indexes of feelings of loneliness and depression. It can be concluded that, in the sample under study, institutionalization does not condition the emergence of feelings of loneliness and depression.

Key words: Aging, institutionalization, elderly, loneliness and depression.

ÍNDICE GERAL

1.Introdução	1
Parte I – Enquadramento Teórico	4
1 – Envelhecimento demográfico	4
1.1 - Questões demográficas e epidemiológicas do envelhecimento	4
2 – Envelhecimento: aspetos bio-psicossociais.....	6
3 – Envelhecimento ativo e bem-sucedido.....	9
4 - Institucionalização do idoso	12
5 – A solidão do idoso em contexto institucional	15
5.1 – Conceito de solidão.....	15
5.2 – Tipos de solidão	16
5.3 – Causas e consequências da solidão	17
5.4 – Fatores protetores da solidão	19
6 - A depressão no idoso em contexto institucional.....	21
6.1 – Conceito, tipos e sintomas da depressão	21
6.2 - Fatores de risco e prognóstico	23
6.3 – Consequências da depressão	23
6.4 - A depressão no idoso.....	24
7 – Institucionalização / solidão / depressão: que relação?	27
Parte II – Metodologia	29
1- Apresentação da instituição onde se realiza o estudo.....	29
2 - Problema / objetivos do estudo.....	35
3 – Metodologia do estudo	37
3.1 – Metodologia.....	37
3.2 – Questões de investigação	37
3.3 – Tipo de estudo	37
3.4 – População	38
3.5 – Amostra.....	38
3.6 – Instrumentos de recolha de dados	39
3.7 – Procedimentos e considerações éticas	41
3.8 – Tratamento e análise dos dados.....	41
Parte III – Apresentação e análise de dados	42
1 - Caracterização sociodemográfica (Grupo I).....	42

2- Motivos da institucionalização (Grupo II).....	45
3 – Percepção da vida na instituição (Grupo III).....	47
4 – Ocupação do seu dia a dia na instituição (Grupo IV)	53
5 - Resultados da Escala de Solidão	57
6 - Resultados da Escala da Depressão.....	58
7 – Discussão dos resultados.....	60
8 – Plano de Intervenção.....	65
8.1 – Objetivo geral e específicos.....	66
8.2 – Análise SWOT	66
8.3 – Planeamento de atividades	68
8.4 – Avaliação do plano de intervenção	69
8.5 – Aplicação do plano de intervenção	69
9 – Conclusão.....	70
10 - Bibliografia.....	73
Legislação Consultada.....	76
Anexos.....	77
Anexo I - (Questionário Sociodemográfico)	78
Anexo II - (Escala de Solidão da Universidade da Califórnia em Los Angeles) (UCLA).....	87
Anexo III - (Escala Geriátrica da Depressão)	91
Anexo IV - (Pedido de autorização para realização do estudo)	93
Anexo V - (Consentimento Informado)	96

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Fatores de Risco, Características e Prognóstico	23
Tabela 2 - População total da instituição segundo o Sexo	30
Tabela 3 - População total da instituição segundo a Idade	31
Tabela 4 - Utentes do polo “Lar Antigo” segundo o Sexo.....	31
Tabela 5 - Utentes do polo “Lar Antigo” segundo a Idade.....	32
Tabela 6 - Utentes do polo “Ex-Hospital” segundo o Sexo.....	32
Tabela 7 - Utentes do polo “Ex-Hospital” segundo a Idade.....	33
Tabela 8 - Utentes do polo “Sr. ^a das Neves” segundo o Sexo.....	33
Tabela 9 - Utentes do polo “Sr. ^a das Neves” segundo a Idade	34
Tabela 10 - Caracterização Sociodemográfica	42
Tabela 11 - Causas da Institucionalização.....	45
Tabela 12 - Iniciativa da Institucionalização	46
Tabela 13 - Preocupação Consigo e com o seu bem-estar	47
Tabela 14 - Relações com outros Residentes.....	47
Tabela 15 - Relações com os Profissionais do Lar	48
Tabela 16 - Respeito pela sua Privacidade e intimidade no Lar	48
Tabela 17 - Preocupação por parte da Família	49
Tabela 18 - Visitas da Família	49
Tabela 19 - Preocupação por parte dos Amigos	50
Tabela 20 - Visitas dos Amigos	50
Tabela 21 - Falta de Companhia da Família	51
Tabela 22 - Falta de Companhia dos amigos	51
Tabela 23 - Sente-se só (sente Solidão).....	52
Tabela 24 - Sentia-se mais sozinho antes de vir para o lar.....	52
Tabela 25 - Ocupação do dia-a-dia em atividades da Instituição.....	53
Tabela 26 - Preferência de atividades propostas pela Instituição.....	54
Tabela 27 - O convívio ajuda a combater sentimento de solidão e depressão	55
Tabela 28 - Preferência em atividades realizadas individualmente	55
Tabela 29 - Preferência em atividades realizadas em grupo.....	56
Tabela 30 - Resultado da Escala de Solidão.....	57
Tabela 31 - Resultado da Escala da Depressão.....	58
Tabela 32 - Estado de Depressão	59
Tabela 33 - Análise Swot do Plano de Intervenção.....	67

LISTA DE ABREVIATURAS

DGS – Direção-Geral de Saúde

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

EGD – Escala Geriátrica da Depressão

ESE – Escola Superior de Educação

IPCB – Instituto Politécnico de Castelo Branco

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SWOT - (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats)

TBM – Taxa Bruta de Mortalidade

UCLA – Universidade da Califórnia em Los Angeles

1. Introdução

Durante séculos a pessoa idosa não originou grandes preocupações quer no seio da família, quer na comunidade e na sociedade em geral, devido a um conjunto de fatores, entre eles, uma longevidade reduzida, a permanência da mulher na vida doméstica, diferentes valores familiares e sociais, uma natalidade elevada permitia a manutenção de uma pirâmide populacional equilibrada e jovem.

Contudo, a sociedade evoluiu sofrendo múltiplas transformações, como o progresso da medicina e outras ciências, melhores condições higiénico-sanitárias, de vida, mudanças significativas a nível social e demográfico, levaram progressivamente a um envelhecimento acentuado da população a nível mundial.

Este envelhecimento populacional veio colocar múltiplos desafios quer ao indivíduo, quer às comunidades e mesmo à sociedade em geral, levando à necessidade em encontrar novas metodologias com o intuito de se encontrar respostas políticas e sociais mais abrangentes e meios de atenuar ou mesmo solucionar possíveis dificuldades que este fenómeno possa causar.

O envelhecimento e segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.99) indicam que *“A velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais, específicos de cada indivíduo”*.

Realça-se que a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999, citado pela Direção Geral da Solidariedade e Segurança Social, 2002, p.5) ” indicou como 1999 o ano da pessoa idosa, com o lema *“Construir uma sociedade para todas as idades”*, afirmando-se os princípios da dignidade (os cidadãos mais velhos devem gozar de todos os direitos), da autonomia (em todos os sentidos e circunstâncias, particularmente na reforma), do desenvolvimento pessoal (dar-lhes condições para o pleno desenvolvimento), do acesso aos cuidados de saúde e o da participação (na política e noutras atividades).

Existe, assim a necessidade de promover um envelhecimento bem-sucedido, de uma maior capacitação e significado da vida, estando estes fatores associados a determinadas condições, como uma reduzida probabilidade de doenças, em especial aquelas que causam a perda de autonomia, a manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivos e físico e a conservação do empenhamento social e de um bem-estar subjetivo, (Fontaine, 2000).

Contudo, ciente que ao processo natural de envelhecimento se encontram associadas determinadas perdas, a nível físico, cognitivo, psicológico e social é necessário a criação de meios facilitadores para a promoção da melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa. A sociedade tem construído respostas com este objetivo, passando pela própria família, pela comunidade envolvente, pelos governos com a criação de políticas e meios de resposta a esta realidade.

Indica-nos Netto (1996, p.92) que a *“...a família pode ser considerada o habitat natural da pessoa humana”*. Contudo, os valores da família sofreram transformações significativas, com alterações na estrutura das relações familiares e um desmoronamento do valor da família tradicional, verificando-se uma quebra da cadeia proximal familiar. Cerdeira (2001, p.18), *“...caminhamos para a perda de um determinado culto familiar. Antigamente as famílias eram unidas. Hoje encontramos-nos para dormir, para comer às vezes e pouco mais. Não existe nem ternura nem afetividade e o mais importante na velhice é conseguir ter uma certa qualidade de vida que os lares não nos conseguem dar. É preciso calor humano. Todo o homem é um ser sociável que*

precisa de estimar e ser estimado. Quando assim for teremos uma boa qualidade de vida para os idosos.”

No caso concreto de Portugal, a família continua a ser o grande suporte de apoio à pessoa idosa. Mas também verificamos que progressivamente essa responsabilidade tem passado para a esfera e domínio do Estado, com a criação de medidas e equipamentos de resposta aos problemas e necessidades da pessoa idosa, tais como o apoio domiciliário, os centros de dia e de noite, centros de convívio e os lares de permanência temporária ou definitiva.

Este estudo centra-se na institucionalização da pessoa idosa, nomeadamente perceber se existe relação entre a institucionalização e a perceção de sentimentos de solidão e sintomas depressivos por parte do idoso. A institucionalização da pessoa idosa pode constituir “...uma mudança significativa no seu padrão de vida e uma ruptura com o meio com o qual se identifica e para o qual deu o contributo mais ou menos válido. O idoso encara, nestas circunstâncias, uma realidade completamente nova e, por vezes, assustadora, com a qual nem sempre consegue estabelecer uma relação equilibrada e tranquila.” Pimentel (2001, p.75). Uma possível, não adaptação à realidade institucional pode conduzir ao aparecimento de sentimentos de tristeza, ansiedade, medo, revolta e mesmo agressividade verbal e física, solidão e quadros mais complexos de depressão.

A literatura evidencia que a pessoa idosa apresenta sentimentos de solidão quando as suas relações são reduzidas e pouco satisfatórias ou quando existe a perda de alguém querido como por exemplo o cônjuge, passando a constituir um grupo vulnerável ao aparecimento de doenças e consequentemente a um processo de institucionalização.

Por sua vez, a depressão no idoso tem graves consequências, incluindo o sofrimento dos idosos e dos prestadores de cuidados, a um aumento da incapacidade associada a perturbações do foro médico e cognitivas, o aumento de custos com cuidados de saúde e o aumento da taxa de mortalidade relacionada com o suicídio e doenças do foro médico. (Reynolds e Kupfer, 1999, citado por Spar e La Rue, 2005, p.71) ”.

As instituições que acolhem idosos e os seus profissionais devem ter um conhecimento profundo sobre estas problemáticas por forma a adequar os cuidados a esta realidade e assim minimizar os efeitos considerados menos favoráveis à institucionalização e ao desenvolvimento de solidão e depressão.

Este Trabalho Projeto intitulado “*Sentimentos de Solidão e Depressão em Idosos Institucionalizados*”, realizado na Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova, a uma amostra constituída por 30 utentes, teve como questão ou pergunta de partida: “Em que medida a institucionalização pode condicionar ou não, o aparecimento de sentimentos de solidão e quadros depressivos?” e como objetivo geral: Identificar níveis de solidão e depressão em idosos institucionalizados e perceber se existe relações entre níveis de solidão e depressão e o processo de institucionalização.

O desenho do presente estudo insere-se no âmbito de uma investigação que utiliza uma metodologia de natureza qualitativa, através da revisão da literatura, que trata do problema que envolve a relação entre a institucionalização dos idosos e o surgimento de sentimentos de solidão e de quadros depressivos, por um lado, e uma metodologia quantitativa que envolve a recolha de informação empírica, através de um questionário sociodemográfico e das escalas de solidão e de depressão a 30 idosos institucionalizados, nesta instituição que comporta uma população total de 152 utentes. O instrumento de colheita de dados constituiu a utilização de um Questionário

Sociodemográfico e na aplicação das Escalas de Solidão da UCLA e da Escala Geriátrica da Depressão. O tratamento e análise de dados foram feitos em programa SPSS. Foram tidas em conta as considerações éticas e as devidas autorizações da Instituição em estudo e o Consentimento Informado dos participantes.

O presente Trabalho Projeto encontra-se organizado em três partes:

Parte I - Enquadramento Teórico apresenta o resultado da revisão da literatura realizada, designadamente o Envelhecimento Demográfico, Aspetos Biopsicossociais do Envelhecimento, o Envelhecimento Ativo e Bem-Sucedido, a Institucionalização do Idoso, a Solidão e a Depressão em contexto institucional e a relação entre a Institucionalização/ Solidão/Depressão.

Parte II, integra o estudo empírico, designadamente a Metodologia do Estudo, compreendendo Metodologia, Questões de Investigação, Tipo de estudo, População, Amostra, Instrumentos de Recolha de Dados (Questionário Sociodemográfico, Escala da Solidão da UCLA, Escala Geriátrica de Depressão - EGD), Procedimentos e Considerações Éticas, Tratamento e Análise de Dados.

Parte III, compreende a Apresentação e Análise dos Dados, com a Caracterização Sociodemográfica (Grupo I), Motivos da Institucionalização (Grupo II), Perceção da vida na Instituição (Grupo III), Ocupação do seu dia-a-dia na Instituição (Grupo IV), Resultados da escala da Solidão, Resultados da Escala da Depressão, Cruzamento de Dados entre os Resultados Obtidos, Discussão dos Resultados, Plano de Intervenção (Objetivo Geral e Específicos, Análise SWOT, Estratégias do Plano de Intervenção, Planeamento de Atividades, Avaliação do Plano de Intervenção e Aplicação do Plano de Intervenção).

A análise e interpretação dos resultados obtidos e a proposta de implementação de um Plano de Intervenção, vão permitir a promoção da melhoria da prestação de cuidados à pessoa idosa institucionalizada, na busca de estratégias viáveis à melhoria da qualidade de vida, aperfeiçoamento de modelos de intervenção e atuação, melhoria de práticas profissionais, de uma maior envolvência da família, amigos, vizinhos e comunidade em geral, com o intuito de proporcionarem um bem-estar físico, psicológico, emocional, social e espiritual, aos idosos institucionalizados neste lar em estudo.

Parte I - Enquadramento Teórico

1 - Envelhecimento demográfico

1.1 - Questões demográficas e epidemiológicas do envelhecimento

O envelhecimento constitui um dos desafios recentes da nossa sociedade e o século XXI certamente é o século dos idosos. É, na verdade, um dos atuais fenómenos demográficos mais significativos, constatando-se que o aumento do número de idosos é uma realidade que atinge globalmente todos os países industrializados, ocorrendo, no entanto, a ritmos e intensidade diferentes. Nestes países ditos industrializados, verifica-se atualmente a tendência para a inversão da pirâmide populacional em que o topo cresce devido ao aumento da proporção da população idosa.

O conceito de envelhecimento demográfico diz respeito a uma progressiva diminuição do peso das gerações mais jovens enquanto o peso das gerações mais velhas aumenta. O início desta mudança coincide em geral com a descida da natalidade, provocando a redução da base da pirâmide e conseqüente alargamento do peso das gerações mais velhas no topo, (Bandeira et al, 2014, p.17).

Nos últimos 30 anos, a esperança média de vida cresceu associada a uma conjuntura de fatores de uma nova vivência da sociedade, entre elas, a melhoria das condições de vida, avanço da medicina, alterações sociais e económicas. Netto (1996, p.3) afirma que a população mundial em 1900, com mais de 65 anos, era menos de 1%, nos finais do século XX atingiria 6,2% e que em 2050 corresponderá a um quinto da população mundial, evidenciando um processo acelerado do envelhecimento da população mundial.

No que se refere a Portugal, a realidade é semelhante, atendendo aos dados disponíveis na Pordata (2017) e tendo em conta os Indicadores de Envelhecimento. Segundo os Censos da População, verificamos que o Índice de Envelhecimento em 1960 se situava nos 27,3, em 1970 nos 34, em 1981 nos 44,9, em 1991 nos 68,1, em 2001 nos 102,2 e em 2011 nos 127,8.

Segundo dados obtidos no Instituto Nacional de Estatística (INE - 2017) e segundo as Projeções de População Residente 2015 – 2080, o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões e o índice de envelhecimento duplicará, passando de 147 para 317 idosos. O índice de sustentabilidade (quociente entre o número de pessoas com idades entre 15 e 64 anos e o número de pessoas com 65 e mais anos) poderá diminuir de forma acentuada, devido ao decréscimo da população em idade ativa, a par do aumento da população idosa, passando este índice de 315 para 137 pessoas em idade ativa, por cada 100 idosos, entre 2015 e 2080.

Bandeira et al, (2014) considera que “a evolução da população portuguesa entre 1950 e 2011, sofreu profundas mudanças sociais, económicas e políticas, por progressos científicos, técnicos e médicos.” (p.29). Salientam Fernandes, Moreira e Rodrigues (2004), que “profundas transformações na dinâmica populacional, como o aumento da esperança de vida, um decréscimo continuado da fecundidade, alterações sociais, fatores migratórios e emigratórios, diminuição da mortalidade (taxa bruta de mortalidade (TBM), em 1950 de 12,34 ‰ e em 2011 de 9,88 ‰. A esperança de vida no nascimento em 1950 era de 58,90 anos, para se situar em 2011 em 80,15 anos.” (p.229).

Referenciam Bandeira et al (2014, p.36) “de 1950 a 2011, verificou-se um duplo envelhecimento da população portuguesa, resultado das diferentes dinâmicas e circunstâncias, levando a uma inversão da pirâmide de idades, com um alargamento do topo, devido ao aumento progressivo da população com mais anos e de uma diminuição da base devido à diminuição da fecundidade, justificando as mudanças nas estruturas populacionais. Salienta o mesmo estudo (2014, p.408) como nota conclusiva que o aumento substancial do peso dos seniores se deve em muito aos efeitos conjugados da diminuição do peso de jovens e dos adultos. E como causas do processo de envelhecimento, são indicados fatores como a emigração europeia entre 1950 e 1974, a queda da fecundidade e a continuidade dessa baixa, que se acentuou desde o início da década de 1980. E um recuo da mortalidade com efeitos contraditórios em relação ao envelhecimento.

Continuando a interpretação que este estudo faz (2014, p.464), pode verificar-se que por cada 100 indivíduos em idade ativa, existiam, em 2011, cerca de 52 (51,6) com menos de 15 anos ou com 65 ou mais anos de idade (considerados não ativos). Contudo, estes valores vão continuar a aumentar e em 2061 o índice de dependência total (relação entre a proporção de não ativos em relação à proporção de ativos) se situe acima dos 90 (90,6), sendo o grupo dos idosos responsável por cerca de 73 % deste valor em contraste com os atuais 56 % (em 2011).

Por outro lado, Bandeira et al (2014), faz um retrato provável da realidade da nossa população portuguesa para o futuro, realçando uma maior proporção de pessoas seniores apresentarem como estado civil solteiro, devido à perda de influência do casamento formal e pelas situações de divórcios mais acentuado. Indica também que o número de reformados deverá diminuir devido às políticas sociais vigentes com o reforço do aumento da idade da reforma. E realça também a tendência para a integração da pessoa idosa no seio da sua família e consequentemente um recuo ao processo de institucionalização.

2 - Envelhecimento: aspetos bio-psicossociais

O processo de envelhecimento encontra-se associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se desenrolam ao longo do percurso de vida. Sendo assim, é difícil determinar o momento exato a considerar uma pessoa como idosa.

Segundo Veloso (2015), *“O envelhecimento deve ser compreendido como um processo natural, dinâmico, progressivo e irreversível que acompanha o ser humano desde o seu nascimento até à sua morte. Este é um fenómeno pessoal e de variabilidade individual, ou seja, que varia de indivíduo para indivíduo, e que está associado a um conjunto de alterações biológicas, psicológicas e sociais que se processam ao longo do ciclo vital.”* (p. 7)

A Direção Geral de Saúde (DGS), no seu Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (2006, p.9), indicava que o envelhecimento estava associado a um conjunto de determinantes individuais, biológicos, genéticos e psicológicos, contribuindo para a forma como envelhecemos e para a ocorrência de doenças ao longo da vida e que este mesmo declínio das funções está intimamente relacionado com fatores externos, comportamentais, ambientais e sociais.

O envelhecimento é um fenómeno natural que faz parte do ciclo da vida, que comporta as suas vantagens e desvantagens e é influenciado por fatores intrínsecos (inerentes ao próprio indivíduo) e fatores extrínsecos (inerentes ao meio ambiente). Constitui um processo ao qual estão sujeitos todos os seres vivos, não estando associado a doença ou incapacidade, já que pelo simples facto de se viver, logo se envelhece. Corresponde à última fase do ciclo de vida e junta um conjunto de pessoas diferentes e únicas a nível biopsicossocial a que chamamos de idosos, seniores e outras designações.

Para Fontaine (2000, p.19), *“...envelhecimento não é um estado, mas sim um processo de degradação progressiva e diferencial...impossível de datar o seu começo porque, de acordo com o nível no qual se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e a sua gravidade são extremamente variáveis de indivíduo para indivíduo.”*

Ciente que o envelhecer não é uma patologia, mas sim uma transformação que o ser vivo apresenta ao longo da vida, envelhecer, é assim uma sequência natural da Infância, Juventude e Idade Adulta. Sendo definido como um processo que, devido ao avançar da idade, atinge toda a pessoa, a nível biopsicossocial, isto é, todas as modificações morfo-fisiológicas e psicológicas, com repercussões sociais, como consequência do desgaste do tempo. (Oliveira 2005, p. 24).

Como indica Monteiro (2005:41), *“O envelhecimento é um processo contínuo, irreversível e complexo, em que intervêm factores biológicos, socio-económicos, culturais e ambientais”*. Também Fernandes (2000, p.25) afirma que o envelhecimento não é sinónimo de doença ou incapacidade, mas sim uma menor capacidade orgânica e psíquica, devido ao agravamento de fenómenos inerentes à funcionalidade do sistema regulador do organismo. Segundo Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.99), *“A velhice é um processo inelutável caracterizado por um conjunto complexo de factores fisiológicos, psicológicos e sociais, específicos de cada indivíduo”*.

Neste sentido, pode afirmar-se que o processo de envelhecimento, afeta a pessoa a nível biopsicossocial, compreendendo todas as alterações morfológicas, fisiológicas, e psicológicas e sociais. Ou seja, os fatores relacionados com o envelhecimento contemplam não só as características pessoais, inerentes ao indivíduo enquanto ser humano, mas também relacionadas com o seu historial de vida, classe social, acesso a cuidados de saúde, valores perante a estrutura familiar e da sociedade

em geral. A este respeito, Fonseca (2010, p.126) afirma que a multiplicidade de *“trajetórias desenvolvimentais ao longo da velhice encontra a sua origem tanto nas modificações de cariz biológico e psicológico a que qualquer indivíduo está sujeito à medida que a idade avança, como nas relações que os indivíduos estabelecem com pessoas e instituições que encontram nos respectivos contextos sociais, ou seja, família, redes informais de relações, vizinhança, comunidade, sociedade, cultura e segmento da história”*. Assim sendo, não existe uma velhice, mas formas diferentes de envelhecer.

Atendendo às causas do envelhecimento, Fontaine (2000), subdivide-as em causas endógenas que compreendem fatores biológicos e genéticos (modos de transmissão genética) e em causas exógenas associadas aos comportamentos do indivíduo e do seu meio envolvente.

Mailloux-Poirier (1995, citado por Oliveira, 2008, p.33) a propósito das teorias que explicam o processo de envelhecimento, distingue entre envelhecimento biológico (teoria imunitária, teoria genética, teoria do erro na síntese proteica, teoria dos desgastes, teoria dos radicais livres, teoria neuro-endócrina) e de envelhecimento psicossocial (teoria da atividade, teoria da desinserção, teoria da continuidade. Já Ballesteros (2000), indica como teorias de envelhecimento: biológicas (genéticas, celulares, sistémicas, teorias dos eventos vitais biológicos e outras teorias, como a do desgaste), psicológicas (teorias do desenvolvimento, segundo Erikson) e teorias sociológicas (teoria da desvinculação, da subcultura, da modernização, e outras teorias).

Sequeira (2010, citado por Veloso, 2015) refere que a nível biológico ocorrem um conjunto de alterações orgânicas, morfológicas, e funcionais, resultando da perda gradativa da capacidade de funcionamento dos órgãos e sistemas e conseqüente alteração progressiva das capacidades de adaptação do corpo, verificando-se um aumento gradual do risco de desenvolver comorbidade e da probabilidade de morte variar de indivíduo para indivíduo. O envelhecimento psicológico resulta das repercussões psicológicas das alterações corporais, levando a mudança de atitudes, verificando-se possíveis perdas de memória ou maior dificuldade de raciocínio, algumas perturbações mentais e/ou comportamentais. A nível do envelhecimento social, traduz-se em alterações nos papéis a desempenhar no seio familiar, laboral e ocupacional, levando a uma diminuição da participação social.

A pessoa idosa pode vivenciar uma fase da sua vida momentos complexos, e indo ao encontro de Oliveira (2008, p.29) podem afetar o seu bem-estar físico, psicológico e social, como uma crise de identidade, diminuição da autoestima, dificuldade de adaptação a novos papéis e lugares e de planeamento do seu futuro, com atitudes infantis e infantilizadas por parte da pessoa idosa e envolventes, diminuição da libido e do exercício da sua sexualidade, tendência à depressão, à hipocondria ou somatização e mesmo tentações de suicídio, surgimento de situações de medo, diminuição das faculdades mentais, problemas cognitivos, motivacionais, afetivos e da personalidade.

Associado ao envelhecimento e às pessoas idosas surgem também estereótipos sociais, como refere Berger (1995, citado por Oliveira, 2005, p.26), que caracterizam a pessoa idosa como doente, infeliz, improdutiva, com necessidade de ajuda, conservadora, igual a todos os outros velhos e sofrendo de isolamento, solidão e, por vezes, de quadros depressivos. Berger (citado por Fernandes, 2000, p.28) também identifica sete mitos tidos como persistentes na avaliação da pessoa idosa e os quais contaria afirmando:

“Maioria dos idosos é senil ou doente”. Senilidade não tem qualquer ligação com envelhecimento, mas sim sintomas de uma doença degenerativa do sistema nervoso. Um envelhecimento normal não afeta as faculdades mentais de uma forma previsível.

“A maior parte dos idosos é infeliz”. Estudos realizados confirmam o contrário, demonstrando um nível de satisfação relativamente elevado em comparação de muitos adultos.

“No que se refere ao trabalho, os idosos não são tão produtivos como os jovens”. Estudos revelam que trabalhadores idosos, têm taxa de absentismo menos elevada, têm menos acidentes e um rendimento muito constante.

“A maior parte dos idosos está doente e tem necessidade de ajuda para as suas necessidades quotidianas”. Um mito acerca da dependência que não é de forma alguma, sinónimo da terceira idade, pelo contrário faz parte das diversas fases da vida de cada um de nós.

“Os idosos mantêm obstinadamente os seus hábitos de vida, são conservadores e incapazes de mudar”. É verdade que quando envelhecem, são mais estáveis, contudo, não recusam totalmente a mudança. Com o surgimento de situações novas, são capazes de se adaptar a elas, tal como as outras pessoas.

“Todos os Idosos se assemelham”. Falso, na medida em que o ser humano envelhece, diferencia-se dos outros sob diversos aspetos (humor, personalidade, modo de vida, filosofia pessoal, entre outros).

“A maioria dos idosos está isolada e sofre de solidão”. Estudos provam o contrário, muitos idosos mantêm elos de amizade, em contato estreito com a família e amigos e participa regularmente em atividades de cariz social. No que se refere à solidão e isolamento social, estudos não são unânimes nos resultados obtidos.

O processo de envelhecimento constitui assim, uma realidade que a sociedade não deve ignorar, mas sim, procurar respostas para as causas que determinam as atuais condições de saúde e de vida dos idosos, conhecer as múltiplas facetas de todo este processo, promover um planeamento adequado para dar resposta a esta realidade e às suas especialidades.

Encontrar um caminho para um envelhecimento bem-sucedido consiste numa tarefa de carácter individual, inerente à própria pessoa idosa, mas também à sociedade em geral que deverá proporcionar a cada indivíduo os recursos necessários que lhe permitam concretizar com êxito a sua expressão pessoal de envelhecimento.

3 - Envelhecimento ativo e bem-sucedido

O processo de envelhecimento deve ser encarado num novo paradigma, numa nova perspetiva, valorizando a individualidade da pessoa idosa, com recurso à implementação de medidas preventivas de controlo e de redução de possíveis perdas e de encontrar respostas criativas para a implementação de uma qualidade de vida nesta fase.

Estando de acordo com o documento que refere a necessidade de implementação de uma Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (Serviço Nacional de Saúde, 2017, p.8), uma vez que se deve atender à individualidade do processo de envelhecimento, visto estar condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, correspondendo a um processo progressivo da pessoa durante todo o seu ciclo de vida.

Segundo este documento da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025, (2017, p. 8,9) a necessidade da promoção de um envelhecimento ativo e saudável ao longo do ciclo de vida, constitui o caminho apontado para dar respostas aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população. Compreendendo uma participação ativa e contínua na vida social, económica, cultural espiritual e cívica. Entendendo-se como envelhecimento ativo o “...processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para a melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem (World Health Organization, 2002). E por envelhecimento saudável como o “...o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas idosas (World Health Organization, 2015) ”.

Uma mudança de paradigma sobre o envelhecimento que vise a pessoa idosa e a sociedade em geral, a adoção e aquisição de atitudes e de processos de *coping*, que permitam à pessoa idosa, apesar do aumento de possíveis défices, permanecer independente, autónoma, produtiva e socialmente ativa nesta sua fase de vida. Uma necessidade da maximização de acontecimentos positivos e desejáveis (longevidade e satisfação de vida) e uma minimização de acontecimentos negativos e indesejáveis (doença crónica ou a perda irreversível das capacidades mentais). (Fonseca, 2005, p.210).

Fonseca (2005) considera várias possibilidades para que um envelhecimento possa ser bem-sucedido e que se prendem com a natureza ecológica (sentido de um ajustamento recíproco entre o indivíduo e o meio onde vive), mecanismos de controlo (entre as mudanças que se sucedem com o envelhecimento e reação do indivíduo na reformulação dos seus objetivos e aspirações) e na utilização de mecanismos da sua vivência de vida que lhe permitam maximizar as perdas de forma a potencializar um envelhecimento bem-sucedido.

Para além do uso de estratégias de intervenção assentes em aspetos médicos, tecnológicos, comunitários e de política social, existem também estratégias de cariz psicológico, inerentes ao indivíduo idoso, de apoio à gestão da sua vida interna e externa, que constituem meios e caminhos facilitadores para otimizar a sua vida até uma idade mais avançada. Baltes e Baltes (1990, citados por Fonseca, 2005, p.216) enunciam um conjunto de estratégias potencialmente favorecedoras de um envelhecimento bem-sucedido e que passam por uma preservação de um estilo de vida saudável (para reduzir a probabilidade de ocorrência de condições patológicas inerentes ao próprio envelhecimento), pela manutenção de uma visão otimista da vida (como forma efetiva de compensar as perdas), por uma adoção de soluções individuais e sociais flexíveis e adaptadas a cada caso, pela procura de escolher e/ou criar “ambientes amigáveis” para a

implementação de estilos de vida apropriados à idade, pela manutenção e incentivo da realização de atividades enriquecedoras sob o ponto de vista cognitivo e social, compensando as perdas que ocorrem nestes domínios, pelo saber lidar com as perdas, passando pela consideração de alternativas que facilitem o confronto com a realidade objetiva, reorientando a própria vida em termos de objetivos e aspirações e por uma necessidade de recorrer a estratégias que facilitem e promovam a gestão do quotidiano, num ajustamento à realidade e não implicando a perda de identidade, com a adoção de comportamentos realistas face às capacidades individuais e pela consequente adequação de desejos e objetivos pessoais.

Baltes e Baltes (1990, citado por Oliveira, 2005, p.89,90) sendo pertinente para um envelhecimento bem-sucedido, indica como modelo de otimização seletiva por compensação tem por base dois objetivos: um elevado nível de funcionamento (ganhos) e o evitar comportamentos de riscos (perdas). O envelhecimento bem-sucedido situa-se numa dinâmica entre os três processos, de seleção (especialização em certos registos de atividades físicas e intelectuais), de otimização (depois de selecionadas, devem ser otimizadas, dada a eficácia pessoal) e de compensação (no caso, de tentar compensar com a inteligência cristalizada, o que foi perdendo a nível da inteligência fluida). A coordenação destes três processos, permitirá a manutenção de envelhecimento feliz e bem-sucedido, em que as perdas serão compensadas pelos ganhos. Zimerman (2000, citado por Oliveira 2005, p.90) reforça a ideia, com a necessidade da estimulação de diversas dimensões pessoais, com exercícios práticos de estimulação física (ginástica e desporto, adaptados e conforme as possibilidades da pessoa idosa), psíquica (perceção, pensamento, memória, atenção, afeto, autoestima, entre outros) e social (comunicação, convivência, sentimento de pertença, entre outros). Fontaine (2000, citado por Oliveira 2005, p.90) indica três categorias para um envelhecimento bem-sucedido, sendo a primeira, a redução da probabilidade de doenças, em especial as que causam perda de autonomia. Em segundo, a manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivo e físico. E em terceiro, na manutenção de empenhamento social e bem-estar subjetivo. Aponta ainda como fatores importantes para um envelhecimento bem-sucedido: as influências dos grupos etários, os fatores biológicos, a escolarização, a reforma, as influências históricas e as influências normativas (individualização e personalização). Salientando ainda, que o aumento dos riscos de doença e de perda de autonomia, são provocados essencialmente por fatores intrínsecos e que não podem ser controlados pelo indivíduo. Salienta ainda, que nós dispomos de uma reserva de capacidades físicas e cognitivas significativas que podem ser utilizadas de acordo com as nossas motivações e as solicitações ambientais. Sendo assim, a pessoa idosa pode recorrer a esses recursos internos, necessitando de os ativar, estimular e aumentar as suas capacidades intelectuais durante o envelhecimento. Também focaliza a necessidade da manutenção de uma participação social ativa, onde as relações sociais e a prática de atividades produtivas são essenciais, que se encontram dependentes da qualidade de vida na reforma, o bem-estar subjetivo e a satisfação de viver.

Fernández-Ballesteros e Huete (2004, p.473-475) indicam-nos a necessidade da implantação de comportamentos saudáveis, com uma criação de condutas que facilitem a vivência desta fase da vida. Tendo em conta a perceção por parte da pessoa idosa de assimilar essas mesmas condutas, através de um planeamento e da sua aplicação a comportamentos relacionados com a saúde, uma vez que existem muitos hábitos adquiridos e mantidos durante muitos anos e estes devem ser retificados numa perspetiva da prevenção. Salientam ainda a necessidade de implementar estilos de vida, compreendendo fatores individuais (tem a ver com a pessoa de forma intrínseca, desde as formas de comportamento, capacidade intelectual, variáveis do

organismo, fatores genéticos, tendências cognáticas, entre outros; fatores sociais (compreendendo diferentes variáveis, deste o nível educacional, económico, sistemas de apoio social, nível de emprego, disponibilidades culturais, entre outras); fatores do meio envolvente à pessoa (compreendendo diferentes variáveis, deste condições climatéricas, poluição, recursos de salubridade, meio rural ou urbano, entre outros).

Referem também Fernández-Ballesteros e Huete (2004, p.476-477), fatores de risco para a saúde e que constituem a principal causa de morbidade e mortalidade no mundo ocidental e em foco as pessoas idosas, como a alimentação (quer por deficit ou por excesso de nutrientes que ingere o organismo: gorduras, proteínas, hidratos de carbono, minerais); O uso de produtos tóxicos utilizados nos comportamentos individuais (álcool, nicotina e outras substâncias autoadministradas como resultantes da poluição, resíduos tóxicos, energias contaminantes, entre outros); Estilos de vida como o sedentarismo, aumento de transtornos emocionais, depressão, transtornos de ansiedade, entre outros. Na conjugação destes três fatores podem conduzir à incidência de grandes patologias orgânicas, como doenças cardiovasculares, neoplasias e problemas respiratórios, alterações emocionais e doenças foro psíquico. Sendo importante para favorecer um estado de um bem-estar, a necessidade de uma alimentação variada e equilibrada, a diminuição de hábitos tóxicos, controlo do meio ambiente, prática de exercício adequado, sistemas de apoio social e sanitário, estimulação cultural, entre outros.

Reforçam Fernández-Ballesteros e Huete (2004, p.477-480) a ideia de valorização de fatores predisponentes e influenciadores para a mudança de atitudes e comportamentos da pessoa idosa, uma necessidade de informação adequada acerca dos benefícios de criação de novos estilos de vida, a mudança de atitudes comportamentais e de valores e crenças que ao longo dos anos de vida. Em suma, a individualidade da pessoa idosa deve assumir comportamentos promotores da sua saúde e que leve a consequências positivas a curto prazo, a manutenção de uma envolvimento social com a participação da família, amigos, vizinhos e comunidade envolvente.

Em suma, Fernández-Ballesteros (2004) indica-nos que um envelhecimento bem-sucedido, encontra-se relacionado como caminho e processo ao longo da vida assumido pela pessoa humana na sua individualidade, nas condições ambientais envolventes quer a nível físico, psicológico, social, cultural e espiritual, para alcançar um bom funcionamento a nível dos domínios fundamentais. No domínio da saúde física, realça-se a manutenção de estilos de vida saudáveis para a promoção da saúde e prevenção da doença, como uma prática regular de exercício físico e da manutenção de uma dieta nutricional equilibrada e saudável. No domínio cognitivo, a prática de exercício físico exerce um efeito positivo no funcionamento cognitivo do idoso e através de treinos cognitivos diminuem declínios intelectuais e atenuação do seu comprometimento. No domínio da regulação emocional, a necessidade do reforço das emoções positivas através do desenvolvimento da autoeficácia e de estratégias de *coping*, uma vez que emoções negativas se encontram associadas a um envelhecimento patológico e a uma maior mortalidade, casos da depressão, ansiedade ou estilos não adaptativos de *coping*. No domínio da interação social, o fator de convívio permite a promoção do bem-estar individual e coletivo no reforço de laços sociais, quer familiares, comunitários e da sociedade em geral.

4 - Institucionalização do idoso

Uma das principais marcas do processo de envelhecimento é, sem dúvida, a admissão do indivíduo idoso numa instituição. É uma realidade vivida pelos nossos idosos que, por motivos de vária ordem, não encontram dentro da família e da comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades existenciais.

Embora nos dias de hoje, a família ainda tenha um papel importante no cuidado dos idosos, as transformações sofridas ao longo do tempo levaram à diluição do seu papel, (Lima, 2010). As famílias modernas apresentam cada vez menos condições para proporcionar ao idoso os cuidados necessários ao seu bem-estar, sobretudo quando este se apresenta dependente, com uma doença crónica associada, viúvo/a ou perda do companheiro/a de uma vida, levando a quadros de fragilização da sua personalidade, de isolamento e solidão e a quadros mais graves de depressão. Por outro lado, as políticas e programas, do Estado tornam-se insuficientes no apoio à família para promover o cuidado da pessoa idosa, em contexto familiar. A institucionalização é, assim, encarada atualmente como uma alternativa à família.

As instituições passam a suporte formal da prestação de cuidados, substituindo assim a rede de cuidados informais e familiares. Estas instituições são hoje uma garantia de prestação de cuidados indispensáveis à manutenção de uma vida digna para muitos idosos e um inestimável contributo para a saúde e bem-estar dos seus residentes.

A institucionalização de idosos deve ser sempre precedida da reflexão sobre onde é que a pessoa idosa se pode sentir mais feliz – em casa ou na instituição? A viver com a família, sozinha ou numa instituição?

Neste sentido, a institucionalização deve ser entendida como um duplo processo. Por um lado, como recurso a serviços sociais de institucionalização de idosos em lares, casas de repouso e afins, onde lhes são proporcionados serviços permanentes e adequados às suas necessidades. Por outro, como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional, (Cardão, 2009).

A institucionalização do idoso deve ser *“...um recurso, quando é encarada e vivida pelos intervenientes como um bem e uma fonte de promoção de qualidade de vida”*, (Lima, 2010, p. 104).

Uma vez institucionalizada a pessoa idosa, deve-se procurar evitar fatores negativos inerentes a todo o processo, designadamente: a despersonalização (pouca privacidade), a desinserção familiar e comunitária, o tratamento massificado, a vida monótona e rotineira que trata todos os idosos de igual forma, sem ter em conta as diferenças de cada idoso, (Fernandes, 2000, p. 47). Estes fatores podem conduzir a uma autêntica carência de liberdade do idoso.

A perda da sua intimidade, da privacidade, da autonomia, da responsabilidade de decisões pessoais, da estimulação intelectual e da privação espiritual levam a uma perda de segurança e de valores pessoais e afetam a sua personalidade.

Contudo, estas instituições de cariz social e de apoio à pessoa idosa, assumem um papel preponderante, uma vez que vão permitir a melhoria das condições de vida dos seus utentes, especialmente daqueles em que as redes de solidariedade primária são inexistentes ou ineficientes, como na situação de isolamento das pessoas idosas, a sua inserção na comunidade, a fim de lutar contra o risco de exclusão. Facilitando o quotidiano da pessoa idosa e seus familiares, (Pimentel, 2001, p.65,66). Também a nível de resposta a diferentes necessidades da pessoa idosa,

quer a nível de saúde, da dependência física, psicológica e social, da falta de autonomia e independência, da falta de apoio familiar e comunitário, de dificuldades económicas, entre outras. Não devendo constituir um fator inibitivo, mas como uma forma que permite à pessoa idosa institucionalizada a possibilidade de continuar a manter a sua vida ativa, evitando muitas vezes a solidão e mantendo a sua segurança a diferentes níveis.

A própria legislação assim o define e segundo a Norma II, do Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro de 1998 que estabelece as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos, são objetivos específicos destas instituições:

- a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- b) Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação inter familiar; potenciar a integração social.

Para Fernandes (2000:48), *“Devem ser aceites e respeitadas as necessidades sociais, psicológicas, religiosas, culturais, políticas e sexuais dos idosos. Permitir apenas as restrições necessárias à consecução de um bom nível de cuidados à proteção da saúde e à segurança do idoso”*.

A institucionalização da pessoa idosa representa para Pimentel (2001:75) *“... uma mudança significativa no seu padrão de vida e uma ruptura com o meio com o qual se identifica e para o qual deu o contributo mais ou menos válido. O idoso encara, nestas circunstâncias, uma realidade completamente nova e, por vezes, assustadora, com a qual nem sempre consegue estabelecer uma relação equilibrada e tranquila”*. Por esta razão, alguns autores consideram importante preparar e acompanhar o idoso na transição para a instituição por forma a promover a sua adaptação equilibrada e saudável.

Os idosos vivenciam esta realidade de uma forma diversificada. O que para uns pode representar uma melhoria das condições de vida e da sua estabilidade emocional, para outros trata-se de uma rutura com o seu espaço físico e relacional, que pode ser acompanhada por sentimentos de depressão e mesmo de exclusão, como nos refere Pimentel (2001:205).

Sendo assim, a instituição deve assumir um papel ativo quando recebe a pessoa idosa, procurando encontrar meios facilitadores para uma integração menos penosa, indo ao encontro de princípios fundamentais e de respeito da sua individualidade, integridade, personalidade, autonomia e independência. Também, deve promover o respeito pelos deveres e direitos, quer da parte da pessoa idosa e da própria instituição, promovendo uma vida diária alegre, ativa em atividades que promovam o seu bem-estar físico, psíquico, social, cultural e espiritual, evitando situações de monotonia, isolamento, solidão e mesmo de possíveis quadros depressivos.

Afirma Pimentel (2001:207), que a maior ou menor facilidade de integração e aceitação da realidade institucional, depende principalmente do tipo de normas e regras que regulam o funcionamento da mesma e o grau de abertura que esta tem em relação ao espaço exterior.

A entrada da pessoa idosa numa instituição pode ser angustiante pelo que uma adaptação bem-sucedida à institucionalização dependerá não só da sua personalidade e da forma como se foi envelhecendo, como também de fatores ambientais privilegiados pela cultura e rede institucional. Existe assim, a necessidade de estabelecer e fortalecer as relações sociais quer no interior da instituição, quer com a comunidade envolvente. Também é necessário a promoção e manutenção das

relações familiares, amigos e vizinhos, através de visitas, telefonemas e troca de correspondência, de forma a promover a autonomia e independência da pessoa idosa institucionalizada.

5 - A solidão do idoso em contexto institucional

5.1 - Conceito de solidão

O tema da solidão encontra-se envolvido de uma conjugação complexa e muitas vezes confundido com isolamento, abandono, incomunicação, clausura e muitos outros. Constitui um fenómeno complexo, amplo e subjetivo, com diversas abordagens sobre o fator causal, suas consequências e manifestações, sendo necessário conhecer as formas de prevenir e combater esta situação. Sendo assim, torna-se difícil uma definição concreta e proceder a uma avaliação objetiva e com amplitude da solidão.

Segundo Rebelo (2009, citado por Pereira, 2010, p.14), a solidão pode ser definida como “(...) um estado mental angustiante e persistente através do qual um individuo se sente afastado ou rejeitado pelos seus pares, embora se encontre faminto da intimidade que sabe existir nos relacionamentos emocionais profundos e na actividade com os outros.”. Também Sousa, et al. (2004, citado por Pereira, 2010, p.14), afirma que “A solidão é uma noção (sentimento) subjectiva, refere-se à percepção de privação de contactos sociais ou falta de pessoas disponíveis ou com vontade de partilhar experiências sociais e emocionais. Essencialmente, trata-se de um estado em que o sujeito tem potencial vontade para interagir com os outros, mas não o faz, isto é, há discrepância entre o desejo e a realidade das interações com os outros”.

Para Neto (2000), a solidão constitui um lado perturbante, correspondendo a uma experiência dolorosa que se tem quando as relações sociais não são adequadas e apresenta três aspetos caracterizadores da solidão:

Consiste numa experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo.

Consiste numa experiência subjetiva e psicologicamente desagradável para o indivíduo.

Resulta de uma forma de relacionamento deficiente.

Na opinião de Fernandes (2000, p.51,52) “Um dos aspectos que são susceptíveis de interferir de modo mais significativo com a saúde e a segurança das pessoas de idade avançada é a solidão. O sentimento de solidão é determinado pelas expectativas individuais em relação aos contactos sociais. É a percepção subjectiva dos contactos sociais, ou seja, é uma forma de vivência subjectiva perante a interacção social e não da frequência dos mesmos contactos. Pode também resultar da falta de planos para as actividades diárias.”

Reforçando esta ideia, Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.387) referem que “A solidão é uma experiência excessivamente penosa que se liga a uma necessidade de intimidade não satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias.”

Nesta perspetiva, a solidão não é isolamento, mas sim uma reação pessoal face a uma dada situação.

A solidão constitui um dos problemas mais frequentes da nossa sociedade atual, com uma valorização de tudo o que é material, passando para plano secundário a dimensão afetiva. As pessoas não valorizam os problemas dos outros, valores como de família ou de amizade não apresentam hoje o mesmo sentido, sendo ignorados e minimizados e assim os indivíduos mais vulneráveis, como os idosos, ficam entregues a si mesmas e sentindo sós. Para além disso, são vistos sem interesse, com problemas da visão e da audição levando a uma repetição constante de

determinado assunto, as suas ideias a serem menosprezadas, vistos como um entrave na realização de projetos no seio familiar, com dificuldades na mobilização, com uma multiplicidade de doenças e conseqüentemente uma dependência evidente face aos seus familiares.

Para Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.387), *“Tudo o que diminui a auto-estima (a reforma, os problemas de saúde, a perda de papéis, o isolamento social, etc.) aumenta a solidão bem como o risco de problemas físicos e/ou psíquico, de morte ou de doença grave.”*

A solidão em si, como vimos, pode constituir um problema grave para as pessoas idosas, principalmente para as que vivem sós ou que se debatem com doenças crônicas de saúde.

A pessoa idosa apresenta sentimentos de solidão quando as suas relações são reduzidas e pouco satisfatórias ou quando existe a perda de alguém querido como por exemplo o cônjuge, passando a constituir um grupo vulnerável de risco ao aparecimento de doenças e conseqüentemente a um processo de institucionalização.

5.2 - Tipos de solidão

A definição de solidão é pouco consensual e de difícil descrição. Contudo diversos autores são unânimes em defenderem que a solidão é um produto combinado dos efeitos provocados por fatores situacionais e da personalidade do indivíduo. Sendo também diversificada a classificação e definição de tipos de solidão. Contudo, diferentes autores indicam de acordo com os seus estudos diferentes classificações:

Weiss (1957, citado por Pocinho et al 2006, p.66) define dois tipos de solidão:

Solidão social – em que a pessoa se sente só e insatisfeita, por causa da falta da rede social de amigos e de pessoas conhecidas.

Solidão emocional – em que em que o indivíduo está só e insatisfeito, por falta de uma relação pessoal íntima.

Já Pais (2006, citado por Leitão 2015, p.32,33), refere diferentes situações ou tipos de solidão, nomeadamente, as geradas pelo ressentimento, pela perda de alguém significativo, pela disjunção, pela procura, pela possessão, pela depressão, pela indiferença, pela opção e pelos excluídos da sociedade.

Solidão do ressentimento – relacionado com o facto das “pessoas cujo desejo de amor em relação a outros foi ferido ou perturbado de tal modo” que mais tarde revivem a experiência e sentem novamente esses golpes.

Solidão da perda – provocada pela falta de alguém com quem o individuo tinha um relacionamento exemplar, como por exemplo, o cônjuge.

Solidão da disjunção – traduz-se na “desunião do que outrora foi uno”.

Solidão da indiferença – resultado da falta de significado que a pessoa sente relativamente às pessoas que a rodeiam. Esta indiferença está presente no modo como as pessoas com mais recursos olham para as que têm menos recursos.

Solidão da procura – caracteriza-se pela procura da criação de redes de comunicação. Pela individualidade vivida na sociedade contemporânea, verificam-se perdas relativas ao sentimento de pertença. Em que o individuo procura a conexão com o outro como forma de combater a

dessocialização. Se o outro não assume o papel esperado, pode desapontar um desconforto/deceção e conseqüentemente, levar ao sentimento de solidão.

Solidão da possessão – aquela que orienta para o preenchimento “do ser com o delírio do ter”. Estando relacionada com a privação de bens se subsistência.

Solidão da depressão – resultado das falhas de encontro “com os outros ou consigo próprio”.

Solidão pela opção – refere-se a uma escolha individual. Onde este mergulha em si mesmo, no seu mundo interior, redescobrando a sua identidade e renovando o seu sentimento de pertença.

Solidão da descrença ou dos excluídos da sociedade – caracteriza-se pela ausência de afetos e de esperança. Característica de idosos acamados e próximos da morte, encontrando-se em espaços afastados dos restantes idosos institucionalizados.

Uma outra autora, Soares (2013), indica seis tipos de solidão:

- Solidão interpessoal (perda de uma relação significativa ou íntima).
- Solidão social (pessoa sente excluída do grupo).
- Solidão cultural (falta de aceitação a uma cultura nova).
- Solidão intelectual (falta de sincronia com os seus pares, família ou grupo social).
- Solidão psicológica (falta da compreensão).
- Solidão existencial ou Cósmica (deparar com a morte).

5.3 - Causas e conseqüências da solidão

A pessoa idosa convive nesta fase do seu ciclo de vida com uma progressiva diminuição da sua interação com o seu meio envolvente e conseqüente isolamento social, podendo conduzir a situações de solidão. É evidente a diminuição da participação em atividades junto da comunidade, com um certo sentimento de desvalorização e conseqüentemente com efeitos na sua integração social e familiar, bem como a nível da sua saúde física e psíquica.

Sousa et al. (2004, citado por Pereira (2010, p.16), identifica diversos fatores associados à solidão, como a reforma, migração, dependência ou outros eventos inerentes a sentimentos de perda de papéis anteriores importantes. Salienta que o processo de institucionalização, rotatividade pela casa dos filhos, situações de isolamento pode reforçar situações de soldão. Como também, os baixos índices de saúde, deficiente condição física, situações e problemas do foro mental (depressão), podem levar a sentimentos de solidão. Fatores económicos deficitários, podem constituir um entrave à realização e satisfação de condições de bem-estar da pessoa idosa e conseqüentemente conduzir a situações de solidão. O recurso à espiritualidade constitui um fator protetor face à solidão e isolamento.

Saliente-se o estudo de Barroso e Tapadinhas (2006), indica que os idosos solteiros e divorciados apresentam maiores índices de solidão do que os casados. Na mesma linha, quanto à perceção pessoal relativamente à preocupação e receção de visitas por parte da família e amigos, sendo que aqueles que indicam mais contatos, apresentam níveis menores de sentimentos de solidão. Estes dados indicam que os resultados obtidos revelam a importância das ligações sociais para a saúde dos idosos.

Recorrendo à consulta dos estudos apresentados por Teixeira (2010, p.5,6) verifica-se que Savikko e colaboradores (2005), num estudo realizado na Finlândia, com uma amostra de 3915 idosos com idades iguais ou superiores a 75 anos, revelam que os resultados apontavam para que 39% da amostra apresentava sentimentos de solidão, sendo 5% com sintomatologia de solidão frequente ou sempre. Mais presente em idosos mais velhos e residentes em zonas rurais do que os que viviam em grandes centros urbanos. Identificaram também como fatores potenciadores da solidão, o fraco estado físico a nível funcional, a viuvez e baixos rendimentos. Também salientaram, como fatores causais para a solidão, as próprias doenças, a morte do companheiro e a falta de amigos. Estes resultados vão ao encontro da opinião de Neto (1999), que indica como fatores causais da solidão a reforma, a viuvez e a diminuição de saúde, uma vez que privam a pessoa idosa de muitos papéis e relações essenciais para a definição da sua identidade.

Contudo, a realidade portuguesa difere do estudo anterior, verificando-se que a pessoa idosa vivendo em meio rural, apresenta menor incidência de sentimentos de solidão, face a residentes idosos em meio urbano, como revelam os estudos de Lopes (2004) que observou que no meio rural a perceção de suporte social recebido era maior que no meio urbano. No estudo de Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005) os resultados convergiram no mesmo sentido e realçando que os idosos de meio rural têm uma rede mais alargada de familiares e amigos. Também no estudo de Sequeira e Silva (2003), verificou-se que o meio rural pode tornar-se num ambiente privilegiado de envelhecimento, uma vez que promove as redes de relação, há maior contacto, e uma maior rede de vizinhança, o que dita maior apoio instrumental, emocional e psicológico. Sendo assim, nos meios rurais o nível de solidão tende a ser menor que nos meios urbanos.

No que se refere ao estado civil, o estudo de Sequeira e Silva (2003), observam-se diferenças significativas entre os estados civis: casados e viúvos, em que os casados apresentam menores índices de sentimentos de solidão, justificado pelo facto da convivência com o cônjuge. O mesmo estudo revela ainda que a pessoa idosa com mais contacto com a família apresenta atitudes mais positivas face ao seu processo de envelhecimento, em relação aos idosos com menor contacto com a família, justificado pela existência ou ausência desse relacionamento familiar. Citam os mesmos autores, Sequeira e Silva (2003), o estudo de Gubrium (1974) e tendo em conta a característica de que a mulher tem maior esperança de vida face ao homem e, por isso, há mais viúvas, os resultados revelam que a solidão nas mulheres não casadas era maior nas pessoas viúvas e divorciadas do que nas solteiras. A solidão parece, pois, ser determinada mais pela perda de uma relação conjugal que pela sua ausência. No estudo de Fernandes (2007), verifica-se que nos idosos, os viúvos e os solteiros apresentavam maior perceção da solidão familiar que os casados, referindo que a viuvez é frequentemente associada à solidão, o que se deve principalmente à perda de uma relação íntima muito particular. Também a avaliação da solidão tendo em conta a rutura com a atividade profissional, verifica-se um declínio no padrão de vida e a perda de utilidade social. Neto (1999) indica que o processo de reforma leva a várias perdas, como a de rendimento, prestígio, sentimento de competência e utilidade e mesmo de certos contatos sociais. Sendo que a reforma vai favorecer o isolamento social, a inatividade e a depressão, para além de efeitos a nível económico com a quebra de rendimento, podendo levar a sentimentos de falta de importância e utilidade, com consequências ao nível da autoestima e do bem-estar da pessoa idosa.

Quanto a consequências inerentes à solidão Pereira (2010, p.17,18), indica o aumento de situações de stress, a redução da autoestima, o aparecimento de quadros depressivos, facilitadores para o desenvolvimento de doenças físicas e psicológicas. Fernandes (2000, citado por Pereira, 2010, p.17,18), que a pessoa idosa manifesta num quadro de solidão:

- Sentimentos de desespero (aterrorizado, desesperado, desamparado, assustado, sem esperança, abandono, vulnerável).
- Sentimentos depressivos (triste, deprimido, vazio, isolado, pesaroso, melancólico, alienado).
- Sentimentos de aborrecimento (impaciente, aborrecido, desejo de estar em outro lugar, inquieto, zangado, incapaz de se concentrar).
- Sentimento de autodepreciação (pouco atrativo, severo consigo, estúpido, envergonhado, inseguro).

Depreendendo-se a solidão como uma situação complexa, com diferentes fatores causais, consequências e manifestações, exigindo um conhecimento cuidado, por forma a estabelecer métodos preventivos e de combate da situação. Corresponde a um estado mental angustiante de sentimento penoso, de uma privação de contatos sociais e de uma presença de sintomas de mal-estar psicológico e emocional. Não tendo origem numa única causa, mas sim na conjugação de vários fatores individuais, relacionais e sociais. Elevando o risco de problemas físicos, psíquicos e sociais, podendo conduzir a situações mais extremas, como doenças graves (depressão) e mesmo conduzir à morte.

5.4 - Fatores protetores da solidão

A necessidade de uma intervenção por parte da família e da comunidade envolvente como meio facilitador para a integração da pessoa idosa, a sua valorização e manutenção da autoestima. Contudo, para além de todo o apoio exterior que possa ser desenvolvido, a envolvimento da pessoa idosa é fundamental para evitar ou melhorar os seus sentimentos de solidão.

Neril e Freire (2000, citados por Lopes, 2015, p.16), indicam possíveis estratégias de ajuda à pessoa idosa, a prevenir e combater sentimentos de solidão:

- Conhecer novas pessoas e fazer novas amizades;
- Participar em atividades sociais voluntárias;
- Transmitir saberes e experiências a outras pessoas;
- Encontrar novos canais de comunicação entre pessoas da mesma geração e de outras gerações;
- Envolver-se em grupos de culturais;
- Mentalizar-se do seu papel como cidadão na sociedade e reconhecer os seus direitos e deveres;
- Investir em si próprio, cuidando da saúde física e mental;
- Convencer-se que a adaptação às mudanças naturais da velhice traz dificuldades, mas fazer com que isso não leve a um afastamento social, a uma inatividade, a um isolamento, e à depressão;
- Favorecer o crescimento a nível espiritual;
- Saber eleger as prioridades pessoais e defender a privacidade.

É, portanto, necessário fomentar as relações sociais, uma vez que assumem um papel preponderante na prevenção da solidão e na promoção de um envolvimento ativo e social da pessoa idosa. É igualmente importante a adoção de hábitos saudáveis pela pessoa idosa, bem como a promoção de um bem-estar físico, psicológico, social e espiritual por parte do mesmo, para um envelhecimento bem-sucedido, ativo e saudável.

6 - A depressão no idoso em contexto institucional

A literatura reconhece a depressão no idoso como um problema de saúde pública importante e afirma que é mais comum em idosos institucionalizados do que na comunidade. Por ser, erradamente, considerada como parte integrante do processo de envelhecimento, é frequentemente subdiagnosticada, comprometendo de forma substancial a saúde mental e a qualidade de vida dos idosos, (Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., Nunes, C., 2015).

6. 1 - Conceito, tipos e sintomas da depressão

A depressão compreende um distúrbio da área afetiva ou do humor, podendo atingir qualquer faixa etária, com uma multiplicidade de fatores causais, tanto de ordem biológica, como psicológica e social.

Segundo a Direção Geral de Saúde, D.G.S. (2017, p.5), as perturbações depressivas são caracterizadas por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração. Podendo ser duradoura ou recorrente e em situações mais graves pode levar ao suicídio.

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM V) (2017, p.155), as depressões enquadram-se nos transtornos depressivos que incluem transtorno disruptivo da desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente (distímia), transtorno disfórico pré-menstrual, transtorno depressivo induzido por substância/medicamento, transtorno depressivo devido a outra condição médica, outro transtorno depressivo especificado e transtorno depressivo não especificado.

A DGS (2017, p.5), divide as perturbações depressivas em duas subcategorias principais:

- Perturbação depressiva major/episódio depressivo, que envolve sintomas como humor deprimido, perda de interesse e do prazer e diminuição da energia; dependendo do número e gravidade dos sintomas, um episódio depressivo pode ser categorizado como ligeiro, moderado ou grave;
- A distímia, uma forma persistente ou crónica de depressão ligeira; os seus sintomas são semelhantes aos do episódio depressivo, mas tendem a ser menos intensos e durar mais tempo.

Contudo, salienta a DSM V que o transtorno depressivo maior representa a condição clássica desses grupos de transtornos.

De acordo com Oliveira (2008), os sintomas da depressão manifestam-se por uma diminuição das capacidades cognitivas, afetivas e motivacionais, dificuldades de concentração, perda do gosto pela vida (risco de suicídio), diminuição da autoestima, isolamento, problemas cardíacos e gastrointestinais, perturbações do sono, perda de apetite, imobilidade (ficar na cama).

De acordo com a DSM V (2017, p.160,161), o transtorno depressivo maior indica como critérios para um diagnóstico de depressão a presença de cinco ou mais sintomas durante um período de duas semanas:

- Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, conforme indicado por relato subjetivo (p. ex., sente-se triste, vazio, sem esperança) ou por observação feita por outras pessoas (p. ex., parece choroso).
- Acentuada diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicada por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
- Perda ou ganho significativo de peso sem estar fazendo dieta (p. ex., uma alteração de mais de 5% do peso corporal em um mês); redução ou aumento do apetite, quase todos os dias.
- Insônia ou hipersônia quase todos os dias.
- Agitação ou lentificação psicomotora quase diariamente (observáveis por outras pessoas, não meramente sensações subjetivas de inquietação ou de estar mais lento).
- Fadiga ou perda de energia, quase todos os dias.
- Sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva ou inapropriada (que podem ser delirantes) quase todos os dias (não meramente autorrecriminação ou culpa por estar doente).
- Capacidade diminuída para pensar ou se concentrar, ou indecisão, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observação feita por outras pessoas).
- Pensamentos recorrentes de morte (não somente medo de morrer), ideação suicida recorrente sem um plano específico, uma tentativa de suicídio ou plano específico para cometerem suicídio.

6.2 - Fatores de risco e prognóstico

A DSM V (2017, p.166,167), indica como fatores de risco:

Tabela 1 - Fatores de Risco, Características e Prognóstico

Fatores de Risco	Características / Prognóstico
Temperamentais	- Afetividade negativa. - Probabilidade de aparecimento de episódios depressivos em resposta a situações de stress.
Ambientais	- Experiências adversas na infância. - Fatores de risco potenciais para o transtorno depressivo maior.
Genéticos e Fisiológicos	- Familiares de primeiro grau com transtorno depressivo maior, risco 2 a 4 vezes mais elevado de desenvolver a doença.
Modificadores de Curso	- Transtornos maiores não relacionados ao humor, aumentam o risco de depressão. Uso de substâncias, ansiedade e transtorno da personalidade borderline.
Relacionadas com a cultura	- Determinadas culturas a depressão é sete vezes maior em relação a outras.
Relacionadas com o sexo	- Maior prevalência no sexo feminino
Risco de suicídio	

6.3 - Consequências da depressão

Segundo DSM V (2017, p.167), muitas das consequências do transtorno depressivo têm origem em sintomas individuais.

Podem assumir características leves, uma vez que as pessoas que interagem como o indivíduo depressivo nem sempre se apercebem dos sintomas apresentados. Contudo, as consequências podem ser mais graves, conduzindo o indivíduo a uma total incapacidade, não tendo capacitações para dar atenção às suas necessidades humanas básicas a nível do cuidado consigo mesma.

De salientar que indivíduos com transtornos depressivos, apresentam sintomatologia de dor e doença física e uma maior redução no funcionamento físico, social e de papéis.

6.4 - A depressão no idoso

Nos idosos os distúrbios psíquicos de maior incidência são as síndromes depressivas e demenciais, segundo Netto (1996).

A depressão no idoso tem graves consequências, incluindo o seu sofrimento e dos prestadores de cuidados, a amplificação da incapacidade associada com perturbações do foro médico e cognitivas, o aumento de custos com cuidados de saúde e o aumento da taxa de mortalidade relacionada com o suicídio e doenças do foro médico, (Reynolds e Kupfer 1999, citado por Spar e La Rue, 2005, p. 71).

A depressão no idoso tem sido considerada como um dos principais problemas de saúde pública, contudo continua a ser pouco valorizada, especialmente quando ocorre no contexto de múltiplos problemas médicos. Assim, a perda de memória, mudanças de estado de humor, tristeza, falta de apetite e perda de interesse em atividades do quotidiano podem ser confundidos com o normal envelhecimento e resultarem de uma polimedicação.

No que se refere a fatores que podem predispor a depressão no idoso Berger e Mailloux-Poirier (1995, p.388), diferencia-os em fatores biológicos (história familiar, predisposição genética, episódios anteriores de depressão, modificações a nível hormonal e a nível do sistema nervoso central, como a doença de Alzheimer); físicos (patologias específicas, como enfarte, cancro, artrite, incontinência, etc., doenças crónicas com dor e perda de função), uso de medicamentos (analgésicos, esteroides, anti hipertensores, psicotrópicos, entre outros, privação sensorial sobretudo da visão); psicológicos (conflitos não resolvidos como o luto, cólera, etc., perdas de memória, demência, alterações da personalidade); sociais (perdas da família e de amigos, isolamento, perda de emprego, perda de rendimentos).

Marques et al (1989, citado por Fernandes, 2000), indica-nos como fatores de predisposição à depressão pelo idoso:

- Fatores ambientais – situações traumáticas que se depara o idoso na sua relação com o meio (profissional, social ou familiar), como o isolamento, falta de convívio social, ausência de trabalho e consequente imobilidade, saída dos filhos da casa paterna (ninho vazio), morte do cônjuge ou de pessoas da família, noção de desvalorização social e profissional, noção de “fardo” para a família, perdas físicas, mentais, e sociais do próprio idoso.
- Fatores genéticos – a existência fatores genéticos predisponentes para a depressão em idades tardias e que as suas manifestações têm vindo a aumentar de geração em geração.
- Fatores orgânicos – existência de uma diversidade de afeções orgânicas que se podem manifestar em sintomas desta natureza, como alteações senis e arterioscleróticas e os acidentes vasculares cerebrais.

Nos idosos pode haver um predomínio particular de sintomas cognitivos (desorientação, apatia, dificuldade de concentração, perda de memória). Contudo, é difícil determinar se estes sintomas são explicativos de um estado de demência ou de um episódio depressivo. Reforçando a ideia, González (2007), afirma que os sintomas que podemos encontrar nos idosos com uma perturbação depressiva são a tristeza, abatimento, tendência para a inatividade, diminuição da satisfação vital, desinteresse, choro, ansiedade, negativismo, frustração, anorexia, astenia, insónia, obstipação e diminuição da libido. Podendo surgir desejos de morte e mesmo tentativas de pôr em prática.

Para além do quadro depressivo que o idoso possa apresentar temos que ter em conta todo o processo de envelhecimento em si, analisando a multiplicidade de fatores nas suas diferentes dimensões, quer sejam biológicas, sociais e psicológicas.

O idoso ao longo da sua vida experimenta alterações de diferente ordem biológicas, psicológicas e sociais. Estas mesmas alterações podem afetar mais ou menos a saúde mental do idoso. Fernandes (2000) refere a existência de fatores intrínsecos e extrínsecos, em que os intrínsecos, ou seja, de ordem pessoal compreendem a idade, o género, as doenças e o processo de adaptação ao seu processo de envelhecimento. Enquanto os fatores extrínsecos compreendem o meio envolvente da pessoa idosa, como as condições sociodemográficas, socioeconómicas, ambientais e do processo de institucionalização.

Reforçando a ideia no que concerne ao meio ambiente ou social em que o idoso está inserido, Fernandes (2000:68) aponta como os mais importantes *“o isolamento e falta de convívio social; a ausência de trabalho, com conseqüente imobilidade; a saída dos filhos da casa paterna, ou síndrome do “nicho vazio”; a morte do cônjuge ou de pessoas de família; a noção de desvalorização social e profissional; a noção de “fardo” para a família; as perdas físicas, mentais e sociais próprias do idoso”*.

Torna-se natural que a depressão no idoso venha forçosamente, a curto ou a médio prazo, a exercer a sua influência nos indivíduos que com ele se relacionam mais intimamente, particularmente os seus familiares.

No que se refere a idosos institucionalizados, Hallstrom e McClure (2005:101), afirmam que um terço dos utentes ao cuidado de lares sofre de depressão, demonstrando estados de tensão, de desânimo, de preocupação, de perda de interesse pelo meio circundante, de alterações dos padrões do sono e tendência para fazerem uma avaliação negativa da vida e uma visão do futuro sem perspectivas, estando a temática da morte muito presente nos seus discursos.

Marques e Firmino (2003:140) afirmam que o facto de viver numa instituição de idosos constitui um fator que pode contribuir para a depressão do humor, particularmente se o idoso não tiver tido a possibilidade de escolher o lar ou de recusar a institucionalização. *A despersonalização (pouca privacidade), a desinserção familiar e comunitária, o tratamento massificado, assim como a monotonia e as rotinas da instituição, são, entre outros fatores, os que podem intervir de forma mais negativa.* (Fernandes, 2000, p. 47-48).

No que se refere a estudos realizados em Portugal e que analisam a depressão em idosos institucionalizados, são de ressaltar os seguintes estudos e suas conclusões:

Um estudo de Vaz (2009, p.147) com idosos institucionalizados no concelho de Bragança evidenciou uma elevada taxa de prevalência de depressão (46,7%), em quase metade da população estudada, sendo mais prevalente entre as mulheres (50,9%) do que entre os homens (40,3%). Também concluiu que é tendencialmente mais elevada em idosos com menor nível cognitivo, menor adaptação à vida institucional, menor participação em atividades de lazer, com maior índice de solidão e maior dependência nas atividades de vida diária. Contudo, não se revelou uma relação entre a depressão e as doenças crónicas.

O estudo de Lucas et al (2014, p.87), realizado a uma amostra de 165 idosos institucionalizados no concelho de Belmonte, identificou uma prevalência de depressão de 59,3%, 56,3% no sexo feminino. Nos utentes que apresentaram depressão, o diagnóstico situava-se em 31,3%, e 62,5% e estavam medicados com antidepressivos. Muitos idosos institucionalizados apresentam sinais de défice cognitivo. A prevalência de depressão foi

semelhante à encontrada noutros estudos. Existe uma percentagem importante de utentes que, apesar de medicados, apresentam sintomas de depressão.

Frade et al (2015, p.41), realizaram uma investigação com uma amostra de 75 idosos, em que 44 se encontravam institucionalizados e 31 a viver em comunidade. Foi realizado um estudo comparativo entre as duas realidades, obtendo-se que a prevalência de sintomas de depressão foi mais elevada em idosos solteiros e viúvos relativamente aos idosos casados. A probabilidade de apresentar sintomas de depressão foi 74,1% mais baixa em idosos não institucionalizados. Concluiu-se que o facto de estes idosos viverem sozinhos, serem viúvos e estarem institucionalizados parece contribuir de forma evidente para a presença de sintomas depressivos.

No estudo de Silva et al (2011, p.1387), dos 102 participantes, 49,0% apresentam depressão e destes, 36,3% com depressão leve a moderada e 12,7% com depressão severa. Verificou-se a associação entre sintomas de depressão com o aumento da idade, tendencialmente no sexo feminino, limitação/dependência e insatisfação com a instituição. Existe ainda, associação significativa entre depressão e insónia, taquicardia, parestesia, tontura e suor excessivo. Também se concluiu que a depressão é altamente prevalente entre idosos institucionalizados, é mais comum entre as mulheres, que podem ser relacionados uma série de sinais e sintomas que podem auxiliar no diagnóstico precoce.

Reforçando desta ideia Silva (1990, citado por o estudo de Fernandes, 2000 p.70), entre idosos institucionalizados e frequentadores de centros de dia em Sintra, onde foram obtidas prevalências de depressão de 25,47% nos institucionalizados e de 14,29% para os de centro de dia.

Como indicam Marques e Firmino (2003), ser necessário valorizar a história pessoal e o tipo de personalidade, particularmente se marcados por sintomas depressivos prévios e dificuldades de estabelecer relações significativas de intimidade. Também situações de perdas, de luto, problemas económicos, ou a mudança forçada do seu ambiente habitual. Se a pessoa idosa sentir dificuldades no seu relacionamento com o meio envolvente corre o risco de se refugiar no seu mundo interior, podendo entrar em regressão e com consequências a nível do seu estado de saúde.

Assumindo o processo de institucionalização, um papel determinante para o desenvolvimento de um sentimento de perda das suas relações afetivas, quer com o meio envolvente, quer com a família, com os amigos e vizinhos, a perda do seu lar de uma vida, onde guarda recordações de momentos difíceis e de felicidade e, conseqüentemente levar ao aparecimento de sintomas e sinais de um transtorno depressivo, interessa analisar alguns aspetos relacionados com este processo.

7 - Institucionalização / solidão / depressão: que relação?

Com o processo de institucionalização, o idoso vai ao encontro de um ambiente coletivo de regras e imposições que muitas vezes nada tem a ver com a sua personalidade e individualidade e com a sua própria história de vida. A pessoa idosa encontra neste ambiente institucional uma certa forma de aprisionamento e torna-se cada vez mais dependente do mesmo, uma vez que perde o contacto diário com o seu meio familiar e comunitário. Muitas vezes, a vivência desta realidade é encarda de forma nostálgica, como de uma vida perdida se tratasse.

De realçar a opinião de Gineste e Pellissier (2008, p.230), quando nos indicam que a entrada do idoso na instituição conduz a riscos importantes em termos de morbilidade física e psíquica e que estes mesmos riscos são acrescidos quando a imposição da institucionalização é feita de maneira brutal e sem outra escolha possível. De referir que o sentimento de perda é acompanhado por uma série de respostas afetivas, mais ou menos conscientes, que vão desde os sentimentos de tristeza aos de revolta, medo, ansiedade, angústia, solidão em casos mais graves de depressão.

A perda do meio familiar e comunitário é um marco importante. O idoso perde o carinho, o amor, a afetividade da sua família, sente-se como que abandonado neste novo mundo que não foi durante uma vida o seu meio ambiente de sociabilidade. Perde o contato com os vizinhos, com os amigos e os colegas que foram a sua vivência, os laços de sociabilidade que estabeleceu durante a vida. Com o processo de institucionalização, o idoso perde a sua própria independência, a realização pessoal das suas vontades. As normas, regras e princípios estabelecidos levam à perda da sua individualidade. Estas normas rígidas levam a que o idoso deixe de ter motivação para planear por si próprio a sua vida. É a sensação de o tempo ter parado para o indivíduo idoso, o sentimento de perda de forças para viver e que pode antecipar o seu fim, com pensamentos e afirmações quase constantes sobre a sua morte. Pode perder a sua própria privacidade, uma vez que deve partilhar os espaços da instituição (salões, quarto, sala de refeições, cadeirão, entre outros), com outros utentes que nunca fizeram parte da sua vida. Por vezes, surgindo momentos de conflito e de uma indiferença na convivência entre os utentes. É sua intimidade que deixa de existir, no momento dos cuidados de higiene, estando sujeito aos cuidados de profissionais que exercem a sua atividade na instituição. Como que os cuidados à pessoa idosa fossem no sentido da uniformização, remetendo a sua identidade e personalidade para segundo plano, levando consequentemente a perda da sua autoestima e de uma desvalorização da sua pessoa.

Verificando-se que com o processo de institucionalização, todo este conjunto de perdas vivenciadas pela pessoa idosa institucionalizada, funcionam de certo modo como meio facilitador para o aparecimento de sentimentos evidentes de resposta às suas necessidades enquanto ser humano e que podem evidenciar situações de solidão e mesmo de quadros depressivos.

Atendendo a estudos que se debruçaram sobre esta temática, realça-se entre outros os resultados e conclusões de Fernandes e Ribeiro (2014), numa amostra de 54 utentes, verificou-se que 50% (27 utentes) apresentavam sintomas de depressão grave e 88,8% (48 utentes) com estado de solidão evidente e da existência de uma correlação, estatisticamente significativa positiva e moderada entre a depressão e a solidão. Isto significa que quanto maior é a auto percepção da solidão tanto maior é a sintomatologia depressiva em pessoas idosas institucionalizadas.

No estudo de Vaz e Gaspar (2011), verifica-se uma elevada taxa de prevalência de depressão (46.7%), a qual afeta quase metade dos idosos inquiridos institucionalizados, sendo mais prevalente entre as mulheres (50.9%) do que entre os homens (40.3%). Afirmando ainda que a institucionalização é uma condição indutora de stress e potenciadora de depressão e de solidão. Pelo ambiente o idoso vê-se isolado do seu convívio social e adota um estilo de vida diferente do seu, tendo que adaptar-se a uma rotina de horários, dividir o seu ambiente com desconhecidos e viver distante da família.

Quanto ao estudo de Bernardino (2013), os dados indicam que numa amostra 100 idosos institucionalizados, 48 apresentam depressão e 60 com níveis de ansiedade e solidão situada entre leve a grave.

Através deste Trabalho Projeto irei procurar identificar níveis de solidão e depressão em idosos institucionalizados e perceber se existe uma relação entre esses mesmos níveis de solidão e depressão com o seu processo de institucionalização. De acordo com os estudos consultados há uma tendência para se verificarem elevados índices de níveis de solidão e depressão entre os idosos institucionalizados. Considero, assim, pertinente aferir através deste Trabalho Projeto se se verificam também níveis de solidão entre os seus utentes idosos institucionalizados na instituição em concreto onde desenvolvi o meu estudo.

Parte II - Metodologia

1- Apresentação da instituição onde se realiza o estudo

A Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova é uma instituição particular de solidariedade social, com estatutos aprovados por portaria de 14 de agosto de 1926.

Tendo sido registada em 11 de fevereiro de 1982, no livro das Irmandades da Misericórdia, em conformidade com o disposto no nº1 do artigo 34º dos estatutos das Instituições Particulares da Segurança Social (IPSS). Sendo uma instituição sem fins lucrativos.

A Instituição foi crescendo ao longo dos tempos apresentando-se hoje com uma estrutura dinâmica e de extrema importância junto da comunidade Proencense. É a segunda maior estrutura do concelho com capacidade empregadora logo a seguir à Câmara Municipal. Sendo a maior empregadora no que se refere ao sexo feminino.

Encontra-se estruturada pelas seguintes valências:

- Creche e Jardim-de-infância;
- Lar de Idosos;
- Apoio Domiciliário;
- Centro de Dia.

Atendendo à componente de apoio aos idosos e olhando para as suas valências, destaca-se:

Lares de Idosos – correspondem a estabelecimentos onde são desenvolvidas atividades de apoio social a pessoas idosas através de um alojamento coletivo, com utilização temporária ou definitiva, onde é fornecida alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto, promovendo o convívio e a ocupação dos seus tempos livres. Consiste num acolhimento de utentes idosos ou mesmo outras situações, em que a situação social, familiar, económica e de saúde não lhes permite a sua manutenção no seu domicílio. Estes lares proporcionam a manutenção das necessidades humanas básicas, a manutenção da sua autonomia e independência, promover a relação familiar e comunitária e dar respostas e soluções a cada uma das situações. Pretende ainda fomentar a convivência social, através do relacionamento entre os idosos e destes com familiares e amigos, com os funcionários do lar e com a própria comunidade, assim como a participação de familiares, ou pessoa responsável pelo internamento, no apoio ao idoso, sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafectivo do idoso.

Centro de Dia – uma resposta social que é desenvolvida na estrutura principal lar, onde o utente passa o seu dia, onde lhe é fornecida alimentação, cuidados de saúde, higiene, conforto e convívio com os outros utentes. Assegurando a sua autonomia, bem-estar e conforto, favorecendo que de noite o utente permaneça no seu domicílio com familiares ou cuidadores informais, e assim evitando uma institucionalização imediata. Permite também prevenir a solidão e o isolamento fomentando relações interpessoais e intergeracionais.

Apoio Domiciliário – um serviço que permite a prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência, velhice ou outro impedimento, não possam assegurar temporariamente ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou atividades da vida diária. Este serviço permite uma melhoria da qualidade de vida do utente e da sua família, onde são assegurados cuidados de ordem física, psicológica e social ao utente para permitir um equilíbrio, bem-estar e conforto do mesmo. Mantendo a satisfação das necessidades humanas básicas e atividades de vida diária, bem como preservar e manter as relações com a família e comunidade. Assegura também o acesso à prestação de cuidados de saúde e permitindo evitar uma institucionalização precoce e manutenção da sua autonomia.

A nível organizacional é gerida por uma mesa administrativa, eleita pelos irmãos da Misericórdia, por um período válido de quatro anos e é composta por cinco elementos, Provedor, Vice-Provedor, Secretário, 1º Vogal e 2º Vogal.

No que se refere concretamente ao Lar de Idosos, ponto essencial para a realização deste projeto de trabalho, comporta atualmente uma população de 152 utentes idosos institucionalizados, que se encontram distribuídos por três polos, Lar Antigo, Lar do ex-Hospital e Lar Senhora das Neves.

Caracterizando a realidade da instituição, tendo em conta as variáveis Sexo e Idade, apresenta-se de seguida a realidade de toda a estrutura em si e pelos três polos, anteriormente definidos.

Estes dados foram recolhidos por mim junto da equipa de Serviço Social e de Enfermagem da Instituição.

Tabela 2 - População total da instituição segundo o Sexo

Sexo	Nº Indivíduos
Feminino	115
Masculino	37
Total	152

Da análise da Tabela 2, verifica-se que o número de indivíduos total da instituição é de 152 utentes, maioritariamente são do sexo feminino 115 indivíduos, o que vai ao encontro da realidade registada em outros estudos, já que a esperança média de vida é superior no sexo feminino em relação ao masculino.

Tabela 3 - População total da instituição segundo a Idade

Idade	Nº Indivíduos
[49 - 64]	9
[65 - 69]	8
[70 - 74]	6
[75 - 79]	17
[80 - 84]	31
[85 - 89]	49
[90 - 94]	27
[95 - 99]	4
[Mais de 100 Anos]	1
Total	152

Atendendo à análise da Tabela 3, pode-se concluir que a população da instituição em estudo, tem maioritariamente mais de 80 anos, sendo a média de idades de 83,77 anos, situada no intervalo [80 - 84].

Tabela 4 - Utentes do polo “Lar Antigo” segundo o Sexo

Sexo	Nº Indivíduos
Feminino	59
Masculino	19
Total	78

Pela leitura da Tabela 4, verifica-se que o número de utentes pertencentes ao polo “Lar Antigo” é de 78 utentes, maioritariamente do sexo feminino.

Tabela 5 - Utentes do polo “Lar Antigo” segundo a Idade

Idade	Nº Indivíduos
[49 - 64]	5
[65 - 69]	6
[70 - 74]	1
[75 - 79]	13
[80 - 84]	18
[85 - 89]	24
[90 - 94]	9
[95 - 99]	2
[Mais de 100 Anos]	0
Total	78

Pela observação da Tabela 5, verifica-se que o maior número de indivíduos pertencentes ao polo “Lar Antigo”, se situa nos grupos etários a partir do 80 anos.

Tabela 6 - Utentes do polo “Ex-Hospital” segundo o Sexo

Sexo	Nº Indivíduos
Feminino	40
Masculino	6
Total	46

De acordo com a Tabela 6, verifica-se que o número de utentes pertencentes ao polo “Ex-Hospital” é constituído por 46 indivíduos que são maioritariamente do sexo feminino, 40 utentes.

Tabela 7 - Utentes do polo “Ex-Hospital” segundo a Idade

Idade	Nº Indivíduos
[49 - 64]	3
[65 - 69]	0
[70 - 74]	1
[75 - 79]	0
[80 - 84]	8
[85 - 89]	18
[90 - 94]	14
[95 - 99]	1
[Mais de 100 Anos]	1
Total	46

Conforme se pode observar pela tabela 7, verifica-se que o maior número de indivíduos pertencentes ao polo “Ex. Hospital”, se situa nos grupos etários a partir dos 80 anos.

Tabela 8 - Utentes do polo “Sr.^a das Neves” segundo o Sexo

Sexo	Nº Indivíduos
Feminino	16
Masculino	12
Total	28

Pela Tabela 8, verifica-se que o número de utentes pertencentes ao polo “Sr.^a das Neves” é constituído por 28 indivíduos que são maioritariamente do sexo feminino, com 16 utentes.

Tabela 9 - Utentes do polo “Sr.^a das Neves” segundo a Idade

Idade	Nº Indivíduos
[49 – 64]	1
[65 – 69]	2
[70 – 74]	4
[75 – 79]	4
[80 – 84]	5
[85 – 89]	7
[90 – 94]	4
[95 – 99]	1
[Mais de 100 Anos]	0
Total	28

De acordo com a Tabela 9, verifica-se que o maior número de indivíduos pertencentes ao polo “Sr.^a das Neves”, se situa em grupos etários a partir dos 80 anos.

No que se refere à localização dos três polos constituintes da instituição, os polos “Lar Antigo e “Lar Ex-Hospital”, são dois batimentos contínuos com ligação interna entre ambos. Quanto ao polo “Sr.^a das Neves”, encontra-se localizado cerca de 500 metros dos outros dois polos. Pelo que a deslocação dos utentes para os dois polos principais é assegurada por transporte de carrinhas da instituição (manhã e noite) ou a pé por iniciativa dos mesmos.

Em termos da organização interna da instituição, a maioria das atividades de apoio aos idosos é desenvolvida nos dois primeiros polos supracitados, sendo que os utentes da Senhora das Neves regressam ao seu polo só para o período noturno devido às suas faculdades de autonomia e independência serem ainda consideradas boas.

É de salientar que a Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova, na valência Lar de Idosos, tem no seu quadro técnico, 1 Diretora-Técnica (assistente social), 1 assistente social, 3 enfermeiros, 3 ajudantes de enfermagem, 1 médica (tempo parcial em avença), 1 nutricionista (tempo parcial em avença), 1 fisioterapeuta (tempo parcial, empresa particular), 1 animadora sociocultural. No total, a Santa Casa de Misericórdia de Proença-a-Nova emprega, atualmente 89 funcionários.

2 - Problema / objetivos do estudo

Este Trabalho Projeto visa compreender se o processo de institucionalização constitui um fator de risco para a saúde e o bem-estar da pessoa idosa, nomeadamente para o aparecimento e/ou desenvolvimento de sentimentos de solidão e de sintomatologia depressiva.

Na realidade, a pessoa idosa institucionalizada está sujeita a um conjunto de condicionalismos, como um ambiente diferente da realidade vivida ao longo da sua vida, constituindo um conjunto de perdas significativas e marcantes. Apresenta, por vezes, sentimentos de perda da autonomia, da personalidade e individualidade, da privacidade, da intimidade, da integridade, da independência, a perda do seu lar de uma vida, do contato diário ou mesmo de abandono com a família, vizinhos e amigos, da perda de objetos e bens que eram só seus, da perda da autoestima, da diminuição das capacidades físicas e psicológicas e da vivência da sua sexualidade. E conseqüentemente o aparecimento de situações mais graves, como a perda de esperança e motivação de viver, entrando em sentimentos de tristeza, revolta, medo, ansiedade, agressividade verbal e mesmo física, isolamento, solidão e processos depressivos.

O presente estudo visa avaliar a presença de sentimentos de solidão, isolamento e de quadros depressivos em pessoas que vivenciam o processo de institucionalização e analisar se existe relação entre a institucionalização e o surgimento de sentimentos de solidão e de sintomatologia depressiva.

Pelo que se define como problema deste Trabalho Projeto, ou seja, a questão de partida a implementar:

• **Em que medida a institucionalização da pessoa idosa pode condicionar ou não, o aparecimento de sentimentos de solidão e quadros depressivos?**

Definido o problema do estudo e de modo a verificar a questão formulada, tornou-se necessário delinear, por um lado, os objetivos a atingir, e, por outro, formular as questões de investigação que permitam responder ao problema.

Objetivo Geral

• Identificar os níveis de solidão e depressão em idosos institucionalizados e perceber se existe relação entre o processo de institucionalização e os níveis de solidão e depressão.

Objetivos Específicos

• Conhecer a percepção de solidão e depressão em idosos institucionalizados, tendo em conta as variáveis sociodemográficas (Sexo, Idade, Estado Civil, Habilitações Literárias, Naturalidade, Profissão, Tempo de Institucionalização).

• Analisar se existe relação entre a percepção de solidão e/ou depressão e a institucionalização.

- Identificar os possíveis fatores que possam influenciar o aparecimento de sentimentos de solidão e depressão na pessoa idosa institucionalizada.

- Delinear um projeto de intervenção promotor duma institucionalização bem-sucedida e que previna o surgimento de possíveis sentimentos de solidão, isolamento e de depressão.

3 - Metodologia do estudo

3.1 - Metodologia

A revisão da literatura permitiu um conhecimento mais fundamentado sobre a temática em estudo e tornou mais clara a definição e operacionalização do estudo que se apresenta. Como afirma Fortin (1999, p. 40 e 41) “... o desenho de investigação é o plano lógico elaborado e utilizado para obter respostas às questões de de investigação. Dependendo do problema em causa e o estado dos conhecimentos à sua volta”.

O desenho do presente estudo insere-se no âmbito de uma investigação que utiliza uma metodologia de natureza qualitativa, através da revisão da literatura, que trata do problema que envolve a relação entre a institucionalização dos idosos e o surgimento de sentimentos de solidão e de quadros depressivos, por um lado, e uma metodologia quantitativa que envolve a recolha de informação empírica, através de um questionário sociodemográfico e das escalas de solidão e de depressão a 30 idosos institucionalizados.

3.2 - Questões de investigação

- Qual a perceção da pessoa idosa em relação ao seu processo de institucionalização?
- Qual a perceção da pessoa idosa acerca da solidão?
- Qual a perceção da pessoa idosa acerca da depressão?
- Qual a perceção da pessoa idosa institucionalizada em relação ao seu futuro face ao processo de institucionalização?

3.3 - Tipo de estudo

Tendo em conta os objetivos do presente trabalho de projeto, existe a necessidade de escolher o caminho metodológico mais adequado.

Face à questão de investigação, em que medida a institucionalização da pessoa idosa pode influenciar o aparecimento de sentimentos de solidão e de quadros depressivos, e aos objetivos definidos, este estudo é de cariz quantitativo e caracteriza-se por ser descritivo e exploratório. É descritivo porque pretende descrever as características de um grupo integrado no seu contexto e exploratório porque procura conhecer um fenómeno concreto que é a influência da institucionalização da pessoa idosa no aparecimento de sentimentos de solidão e de quadros depressivos (Fortin, 1999).

O método quantitativo revela-se o mais adequado a este estudo, uma vez que a investigação quantitativa se mostra, geralmente, apropriada quando existe a possibilidade de recolha de medidas quantificáveis de variáveis de uma população. A este estudo, estão subjacentes aspetos quantificáveis, característicos do método quantitativo, sendo este “(...) um processo sistemático de recolha de dados observáveis e quantificáveis” (Fortin, 1999:22).

3.4 - População

A população deste estudo corresponde às pessoas institucionalizadas no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova, que tem um total de 152 utentes, com idades compreendidas entre os 49 e os 102 anos.

3.5 - Amostra

A amostra selecionada de idosos institucionalizados para este estudo foi retirada do universo de residentes de uma Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova.

Definiram-se os seguintes critérios de inclusão e de exclusão

Os Critérios de Inclusão permitem ajudar a definir a amostra.

- Idade igual ou superior a 65 anos.
- Pessoas idosas que residam no Lar em estudo.
- Tempo de Institucionalização igual ou superior a um ano.
- Apresentação de um estado cognitivo e mental válido para participar no estudo. Será pedida a avaliação pelas equipas Médica, Enfermagem e de Serviço Social.

Os Critérios de Exclusão indicam-nos características que poderão interferir na interpretação, resultados e qualidade dos dados.

- Tempo de Institucionalização inferior a um ano.
- Diminuição da capacidade mental e intelectual para participar no estudo.
- Recusa de participação no estudo.

Este universo de residentes contempla 152 utentes, contudo aplicados os critérios de inclusão e exclusão, selecionou-se uma amostra de 30 indivíduos.

3.6 - Instrumentos de recolha de dados

Os instrumentos de recolha de dados, selecionados pelo investigador, devem possibilitar o acesso a informações pertinentes e necessárias à pesquisa para, posteriormente, serem submetidas a tratamento e análise e permitir um maior conhecimento sobre a realidade estudada. De acordo com Fortin (2003, p.365), a recolha de dados é “(...) um processo de observação, de medida e de consignação de dados, que visa recolher informação sobre certas variáveis junto dos sujeitos que participam numa investigação”. Como foram utilizados mais do que uma forma de recolha de dados foi possível uma análise mais abrangente, assim como, a clarificação e aprofundamento dos dados recolhidos.

Para a realização deste estudo foram selecionados e aplicados três instrumentos de avaliação, designadamente:

- Questionário Sociodemográfico (Anexo – I).
- Escala de Solidão da Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA) (Anexo – II).
- Escala Geriátrica da Depressão (Anexo – III).

3.6.1 - Questionário Sociodemográfico

O Questionário Sociodemográfico tem como intuito caracterizar a amostra em estudo, tendo em conta dados específicos de cada indivíduo que a constitui. Foi organizado em três grupos de questões fechadas: Grupo I: Caracterização Individual; Grupo II: Motivos da Institucionalização; Grupo III: Perceção da Vida na Instituição. As questões (identificar o número e o grupo) possibilitam a escolha de mais do que uma opção de resposta. Conforme se verificará na Apresentação e Análise dos Dados.

3.6.2 - Escala de solidão da UCLA

A Escala de Solidão da UCLA, utilizada no presente estudo, é uma adaptação para a população portuguesa da escala original *Revised UCLA Loneliness Scale*, de Russell, Peplau e Cutrona (1980, citado por Neto, 1989). Por ser uma das escalas mais empregues para a avaliação da solidão e dos sentimentos associados à mesma, foi adaptada para a população portuguesa por Neto em 1989. De acordo com Neto (1992), nesta escala, a solidão é encarada como um estado psicológico e apreendida de modo unidimensional.

A escala adaptada para a população portuguesa é constituída por um total de dezoito itens, avaliados numa escala de tipo Likert, com quatro pontos: 1 – *Nunca*; 2 – *Raramente*; 3 – *Algumas Vezes*; 4 – *Até muitas vezes*. Avalia a solidão de uma forma indireta, discriminando a solidão de outros estados emocionais.

Os inquiridos selecionam a opção que melhor reflita os seus sentimentos. A escala faz-se acompanhar pela seguinte informação: “Indique quantas vezes se sente da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações. Coloque um círculo à volta de um número para cada uma delas.”,

A pontuação final é obtida através da soma dos 18 itens, mas tendo em conta os itens negativos da escala, a soma destes itens negativos é realizada de acordo com a escala, enquanto a soma dos itens positivos – todos os que estão assinalados desta forma (*) – é obtida através da inversão da escala. Ou seja, “nunca” assume o valor (4); “raramente” (3); “algumas vezes” (2) e “muitas vezes” (1).

O resultado final da escala situa-se entre um mínimo de 18 e um máximo de 72 pontos. Quanto mais elevado o resultado final, maior o nível de solidão.

Em relação às características psicométricas, a Escala de Solidão da UCLA adaptada para a população portuguesa, revelou uma boa consistência interna, sendo o valor do alfa de Cronbach de 0,87 8 (Neto, 1992).

3.6.3 - Escala geriátrica de depressão (EGD)

As tentativas de aumentar a identificação de perturbações depressivas nos idosos têm-se concentrado na utilização de escalas compostas por itens que focam diversas facetas da depressão (por exemplo, mudanças na cognição e humor, perda de interesse).

A escala mais utilizada tem sido a Escala Geriátrica a Depressão (GDS) que foi construída por Yesavage JA, Brink TL Rose TL et al. em 1983 e tem como objetivo avaliar a sintomatologia depressiva no idoso. Esta escala foi traduzida e validada para população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos e Sobral (2003).

Yesavage (1983, citado por Ferrari e Dalacorte, 2007, p.4), indicam que a EGD possui uma versão longa e uma curta, composta de 30 e 15 questões, respetivamente, em que cada item é pontuado por 0 ou 1 variando a pontuação total entre 0 e 30 e 0 e 15. A versão utilizada neste estudo foi a versão reduzida composta por 15 itens. Em dez das perguntas a resposta afirmativa dá pontuação positiva, indicando depressão, e, nas restantes cinco, a resposta negativa dá a pontuação positiva. No final da aplicação da escala somam-se as pontuações, variando o total entre 0 (ausência de sintomas depressivos) e 15 (pontuação máxima de sintomas depressivos). De acordo com Dias (2013), Almeida e Almeida (1999) propõem o resultado de corte ≥ 5 para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos.

- 0 – 5 Pontos – Sem depressão
- 6 – 10 Pontos – Depressão ligeira
- 11 – 15 Pontos – Depressão grave

O estudo de adaptação e validação da Escala Geriátrica da Depressão (GDS), versão de 15 itens, para a língua portuguesa, realizado por Apóstolo e colaboradores (2014), revelou uma boa

consistência interna com um valor de alfa Cronbach de 0,83 e uma correlação item-total entre 0,21 e 0,61.

3. 7 - Procedimentos e considerações éticas

Definido o trabalho de projeto, iniciaram-se os contactos com a Instituição e solicitada a autorização para a realização do estudo. Foi apresentado o projeto de investigação incluindo os objetivos, os critérios de seleção dos participantes, os instrumentos a ser utilizados e a planificação dos procedimentos a seguir. Concedida a autorização por parte da Instituição, iniciou-se a recolha dos dados durante os meses de fevereiro e março de 2018.

De modo a testar a compreensão das questões do questionário e das escalas, por parte dos idosos, realizou-se, previamente, a aplicação dos instrumentos a uma amostra de quatro sujeitos do sexo masculino e do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 73 e os 90 anos de idade, que não integraram a amostra do presente estudo. Concluiu-se que os idosos não apresentaram dificuldades na compreensão das questões dos três instrumentos utilizados.

Toda e qualquer pesquisa que envolva seres humanos deve ter presente a proteção dos direitos dos intervenientes, estando assentes no código de ética e nos seus três princípios: o da beneficência, o do respeito à dignidade humana e o da justiça.

Para que a investigação seja eticamente sólida é necessário o consentimento por parte dos intervenientes no estudo, o qual deverá ser livre e esclarecido. Para tal, os participantes foram informados sobre os objetivos e a relevância da investigação, os procedimentos a seguir e os métodos de recolha de dados e foram garantidos o anonimato e a confidencialidade dos dados.

A recolha de dados só se iniciou depois da assinatura do consentimento informado pelo idoso e foi realizada pelo autor do presente trabalho de projeto (Anexos IV e V).

3.8 - Tratamento e análise dos dados

Após a recolha dos dados, estes foram introduzidos na base de dados do programa informático – SPSS (Pacote Estatístico para as Ciências Sociais) versão 24, de modo a realizar a análise dos resultados com maior objetividade.

É importante referenciar que algumas das questões colocadas aos participantes no estudo, permitiam a possibilidade de assinalar mais do que uma resposta.

Parte III - Apresentação e análise de dados

1 - Caracterização sociodemográfica (Grupo I)

Tabela 10 - Caracterização Sociodemográfica

Variáveis	Categorias	Frequência (n)	Percentagem %
Sexo	Masculino	11	36,7
	Feminino	19	63,3
Idade	[65 - 69]	2	6,7
	[70 - 74]	2	6,7
	[75 - 79]	4	13,3
	[80 - 84]	6	20,0
	[85 - 89]	8	26,7
	[90 - 94]	6	20,0
	[95 - 99]	2	6,7
Naturalidade	Concelho de Proença-a-Nova	22	73,3
	Concelho de Castelo Branco	3	10,0
	República do Congo	1	3,3
	Concelho da Sertã	3	10,0
	Concelho de Oleiros	1	3,3
Estado Civil	Solteiro	9	30,0
	Casado	3	10,0
	Divorciado	1	3,3
	Viúvo	17	56,7

Escolaridade	Analfabeto	8	26,7
	Saber ler e escrever	6	20,0
	Instrução primária (4 anos)	14	46,7
	Entre 4 - 9 anos de escolaridade	1	3,3
	Entre 9 - 12 anos de escolaridade	1	3,3
	Ensino superior	0	0,0
Profissão	Agricultura	18	60,0
	Comércio	4	13,3
	Correios	1	3,3
	Costureira	2	6,7
	Doméstica	1	3,3
	Funcionário da Câmara	2	6,7
	Marinha	1	3,3
	Taxista	1	3,3
Tempo de Institucionalização	1 Ano	10	33,3
	2 Anos	4	13,3
	3 Anos	5	16,7
	4 Anos	2	6,7
	5 Anos	3	10,0
	6 Anos	1	3,3
	7 Anos	2	6,7
	8 Anos	1	3,3
	11 Anos	1	3,3
	20 Anos	1	3,3

Como se pode verificar através da Tabela 10, a maioria dos participantes é do sexo feminino (63,3%) e tem idades acima dos 80 anos. Apenas 8 participantes têm idades inferiores a 80 anos. Como se pode verificar, estamos na presença de uma população tendencialmente envelhecida.

A maioria dos sujeitos (73,3%) é natural do Concelho de Proença-a-Nova. Os restantes são naturais de concelhos limítrofes.

Quanto ao estado civil, é significativa a percentagem de viuvez (56,7%), seguindo-se a percentagem de sujeitos solteiros (30%).

Relativamente ao nível de escolaridade, a amostra em estudo apresenta níveis de escolaridade muito baixos. Verifica-se que predomina a instrução primária (1º ciclo do ensino básico) com uma percentagem de 46,7%. Apenas um sujeito possui o 3º ciclo do ensino básico (3,3%) e outro o ensino secundário (3,3%). Como se pode constatar, a taxa de analfabetismo é de 26,7% e o saber ler e escrever é de 20%.

Quanto às profissões desempenhadas, as mais frequentes foram a de agricultor (a) com 60%.

No que respeita ao tempo na instituição, os valores variam entre 1 e 10 anos. O valor mais elevado (33,3%) indica que 10 idosos estão na instituição apenas há 1 ano. Apenas 1 inquirido (3,3%) apresenta 20 anos de tempo de institucionalização.

2- Motivos da institucionalização (Grupo II)

Tabela 11 - Causas da Institucionalização

Causas da Institucionalização	Frequência (n)
Dificuldades em auto cuidar-se (cuidar de si, higiene, alimentação, medicação)	21
Falta de recursos económicos	0
Falta de habitação condigna	1
Não tem família	0
Não se dá com a família	1
Falta de apoio familiar	3
Por se sentir sozinho	16
Preferência de viver em lar embora tenha família	9
Dificuldade de acesso aos serviços de saúde	3
Prevalência de doenças	7

(possibilidade de indicação de mais que uma causa)

No que respeita às principais causas da Institucionalização (tabela 11), verifica-se que os idosos identificam as dificuldades em auto cuidar-se (21 inquiridos), o sentir-se sozinho (16 inquiridos) e a opção pela institucionalização, apesar de ter família (9 inquiridos), e a prevalência de doenças (7 inquiridos).

Tabela 12 - Iniciativa da Institucionalização

Iniciativa da Institucionalização	Frequência	Porcentagem
Por iniciativa própria	23	76,7
Trazido por familiares	5	16,7
Trazido por amigos	0	0,0
Trazido por técnicos da ação social	2	6,6
Total	30	100,0

De acordo com a Tabela 12, verifica-se que a iniciativa da institucionalização dos idosos é na sua maioria da sua própria iniciativa (76,7%). Apenas 16,7% é da iniciativa dos familiares e 6,6% é da responsabilidade dos técnicos de ação social.

3 - Percepção da vida na instituição (Grupo III)

Tabela 13 - Preocupação Consigo e com o seu bem-estar

Respostas	Frequência	Porcentagem
Nada	0	0,0
Pouco	0	0,0
Nem muito, nem pouco	4	13,3
Muito	26	86,7
Total	30	100,0

Atendendo à Tabela 13, verifica-se que a maioria (86,7%) dos inquiridos são de opinião que o lar está muito preocupado com o seu bem-estar e apenas 4 inquiridos manifestam a opinião de “Nem muito, nem pouco”.

Tabela 14 - Relações com outros Residentes

Respostas	Frequência	Porcentagem
Más	0	0,0
Nem boas, nem más	0	0,0
Boas	30	100,0
Total	30	100,0

Analisando a Tabela 14, verifica-se que os 30 inquiridos, ou seja, o total da amostra (100%), consideram que as relações com os outros residentes são boas.

Tabela 15 - Relações com os Profissionais do Lar

Respostas	Frequência	Percentagem
Más	0	0,0
Nem boas, nem más	3	10,0
Boas	27	90,0
Total	30	100,0

De acordo com a Tabela 15, verifica-se que 27 inquiridos (90%), indicam a opção “Boas” e 3 inquiridos (10%) a opção “Nem boas, nem más” como traduzindo as relações com os profissionais. A opção “Más”, não foi indicada.

Tabela 16 - Respeito pela sua Privacidade e intimidade no Lar

Respostas	Frequência	Percentagem
Más	0	0,0
Nem boas, nem más	0	0,0
Boas	30	100,0
Total	30	100,0

Pela observação da Tabela 16, verifica-se que os 30 inquiridos, ou seja, o total da amostra (100%), são de opinião que a instituição respeita a sua privacidade e intimidade.

Tabela 17 - Preocupação por parte da Família

Respostas	Frequência	Porcentagem
Nada	1	3,3
Pouco	3	10,0
Nem muito, nem pouco	4	13,3
Muito	22	73,4
Total	30	100,0

Como se pode observar pela Tabela 17, verifica-se que a maioria, 22 (73,4%) indica que a sua família manifesta muita preocupação consigo, 4 (13,3%) consideram que “Nem muito, nem pouco”, 3 (10%) são de opinião que a família se preocupa “Pouco” e 1 (3,3%) “Nada”.

Tabela 18 - Visitas da Família

Respostas	Frequência	Porcentagem
Diariamente	3	10,0
Semanalmente	8	26,7
Quinzenalmente	8	26,7
Mensalmente	6	20,0
Trimestralmente	3	10,0
Semestralmente	0	0,0
Anualmente	1	3,3
Nunca	1	3,3
Total	30	100,0

De acordo com a Tabela 18, verifica-se que as visitas da família, são indicadas pelos inquiridos da amostra, 26,7% em cada uma das opções, ocorrem **Semanalmente** e **Quinzenalmente**, 20% **Mensalmente** e 10% em cada uma das opções, ocorrem **Diariamente** e **Trimestralmente**. As visitas por parte dos familiares ocorrem de uma forma razoável.

Tabela 19 - Preocupação por parte dos Amigos

Respostas	Frequência	Porcentagem
Nada	5	16,7
Pouco	10	33,3
Nem muito, nem pouco	7	23,3
Muito	8	26,7
Total	30	100,0

Pela Tabela 19, verifica-se que 10 (33,3%) idosos são de opinião que os amigos se preocupam pouco com eles; 8 (26,7%) que os amigos se preocupam muito com eles; 7 (23,3%) preocupam-se “Nem muito, nem pouco” e 5 (16,7%) não se preocupam nada.

Tabela 20 - Visitas dos Amigos

Respostas	Frequência	Porcentagem
Diariamente	0	0,0
Semanalmente	1	3,3
Quinzenalmente	2	6,7
Mensalmente	4	13,3
Trimestralmente	5	16,7
Semestralmente	0	0,0
Anualmente	0	0,0
Nunca	18	60,0
Total	30	100,0

A análise da Tabela 20, mostra 60% dos idosos afirma que os amigos nunca os visitam; 16,7% afirmam que os amigos os visitam “**Trimestralmente**”, 13,3% “**Mensalmente**”. Verificando-se que a frequência de visitas por parte dos amigos não ocorre de forma regular.

Tabela 21 - Falta de Companhia da Família

Respostas	Frequência	Porcentagem
Nunca	1	3,3
Raramente	1	3,3
Às vezes	8	26,7
Frequentemente	12	40,0
Sempre	8	26,7
Total	30	100,0

Pode verificar-se pela análise da Tabela 21 que os idosos indicam que frequentemente (40%) sentem falta da companhia da família, 26,7% manifestam que sentem sempre (26,7%) a falta de companhia da família e 26,7% só às vezes. Estes resultados sugerem que estes idosos sentem a falta de companhia por parte da família.

Tabela 22 - Falta de Companhia dos amigos

Respostas	Frequência	Porcentagem
Nunca	0	0,0
Raramente	1	3,3
Às vezes	14	46,7
Frequentemente	15	50,0
Sempre	0	0,0
Total	30	100,0

Pela análise da Tabela 22, 50% dos idosos sente frequentemente a falta da companhia dos amigos, 46,7% às vezes. Estes resultados sugerem que estes idosos sentem a falta de companhia por parte dos amigos.

Tabela 23 - Sente-se só (sente Solidão)

Respostas	Frequência	Porcentagem
Nunca	17	56,7
Raramente	4	13,3
Às vezes	4	13,3
Frequentemente	3	10,0
Sempre	2	6,7
Total	30	100,0

Pela análise da Tabela 23, 56,7% dos idosos da amostra em estudo é de opinião nunca se sente só, 13,3% afirma que raramente acontece e 13,3% afirma que acontece às vezes. Apenas 10% afirma que frequentemente se sente só e 6,7% afirma sentir-se sempre só.

Tabela 24 - Sentia-se mais sozinho antes de vir para o lar

Respostas	Frequência	Porcentagem
Nunca	11	36,7
Raramente	5	16,7
Às vezes	8	26,6
Frequentemente	6	20,0
Sempre	0	0,0
Total	30	100,0

De acordo com a Tabela 24, 36,7% dos idosos são de opinião que nunca se sentiram sozinhos antes de entrar no lar, 16,7% são de opinião que muito raramente se sentiam sozinhos, 20% são de opinião que acontecia frequentemente e 26,6% acontecia às vezes.

4 - Ocupação do seu dia a dia na instituição (Grupo IV)

Tabela 25 - Ocupação do dia-a-dia em atividades da Instituição

Respostas	Frequência	Porcentagem
Nunca	2	6,7
Raramente	6	20,0
Às vezes	8	26,7
Frequentemente	4	13,3
Sempre	10	33,3
Total	30	100,0

Da análise da Tabela 25, pode-se concluir que a maioria dos idosos ocupa os seus dias com atividades propostas pela Instituição, com 33,3% a fazê-lo “Sempre”, 13,3% “Frequentemente” e 26,7% “Às vezes”, 20% “Raramente” e 6,7% não participa nas atividades. Estes resultados sugerem que os idosos participam com alguma regularidade nas atividades da instituição.

Tabela 26 - Preferência de atividades propostas pela Instituição

Respostas	Frequência
Leitura	4
Musicoterapia	2
Televisão/ cinema	12
Passeio	7
Momentos religiosos	23
Atividades manuais	11
Jogos	5
Ginástica	15
Jardinagem	0
Conversar	20
Não fazer nada	0

Pela observação da Tabela 26, a amostra em estudo indica como atividades propostas pela Instituição, preferencialmente, 23 inquiridos indicam **“Momentos religiosos”**, 20 inquiridos a opção **“Conversar”**, 15 inquiridos a opção **“Ginástica”**, 12 inquiridos a opção **“Televisão/Cinema”**, 11 inquiridos a opção **“Atividades manuais”**, 7 inquiridos a opção **“Passeio”** e 5 inquiridos a opção **“Jogos”**. Por se tratar de uma amostra de meio rural e com fortes tradições católicas, os **“Momentos religiosos”** assumem um papel preponderante em termos de preferência de atividades. Esta questão permitia a indicação de mais do que uma atividade.

Tabela 27 - O convívio ajuda a combater sentimento de solidão e depressão

Respostas	Frequência	Porcentagem
Nunca	0	0,0
Raramente	0	0,0
Às vezes	2	6,6
Frequentemente	14	46,7
Sempre	14	46,7
Total	30	100,0

Pela análise da Tabela 27, a amostra em estudo indica que o convívio ajuda a combater sentimento de solidão e depressão, designadamente 46,7% **“Sempre”** e 46,7% **“Frequentemente”**. Apenas 6,6% assinala a opção **“Às vezes”**. Os resultados mostram a importância que é atribuída ao convívio para combater sentimentos de solidão e depressão.

Tabela 28 - Preferência em atividades realizadas individualmente

Respostas	Frequência	Porcentagem
Nunca	1	3,3
Raramente	7	23,4
Às vezes	16	53,3
Frequentemente	4	13,3
Sempre	2	6,7
Total	30	100,0

Decorrente da análise da Tabela 28, a preferência dos idosos em realizar atividades individualmente é a seguinte: 53,3% apontam a opção **“Às vezes”**, 23,4% a opção **“Raramente”** e 13,3% a opção **“Frequentemente”**.

Tabela 29 - Preferência em atividades realizadas em grupo

Respostas	Frequência	Porcentagem
Nunca	2	6,7
Raramente	8	26,7
Às vezes	3	10,0
Frequentemente	4	13,3
Sempre	13	43,3
Total	30	100,0

Decorrente da análise da Tabela 29, conclui-se que 43,3% dos idosos prefere **Sempre** realizar atividades em grupo, 13,3% refere que **“Frequentemente”** tem preferência por atividades em grupo; 10% refere que **“Às vezes”** prefere realizar atividades em grupo e 26,7% responde que **“Raramente”** prefere realizar atividades em grupo. Estes resultados evidenciam que amostra em estudo manifesta preferência pela realização de atividades em grupo.

5 - Resultados da Escala de Solidão

Tabela 30 - Resultado da Escala de Solidão

Resultados	Frequência	Percentagem
[18;20]	6	20,0
[21;25]	11	36,7
[26;30]	10	33,4
[31;35]	1	3,3
[36;40]	1	3,3
[41;43]	1	3,3
Total	30	100,0

Como se pode verificar na Tabela 30, os resultados obtidos indicam níveis muito baixos de solidão. Com um resultado entre **[18;20]** temos 20%, 36,7% apresentam um resultado entre **[21;25]** e 33,4% um resultado entre **[26;30]**. Os idosos da amostra em estudo apresentam índices baixos de solidão.

6 - Resultados da Escala da Depressão

Tabela 31 - Resultado da Escala da Depressão

Resultados	Frequência	Porcentagem
0	4	13,3
1	4	13,3
2	8	26,8
3	3	10,0
4	3	10,0
5	2	6,7
6	1	3,3
8	2	6,7
10	1	3,3
11	1	3,3
12	1	3,3
Total	30	100,0

Atendendo à Tabela 31, a amostra em estudo apresenta índices baixos de depressão. 13,3% dos idosos têm uma pontuação compreendida entre 0 e 1 ponto, 26,8% apresenta 2 pontos, 10% uma pontuação de 3 e 4 pontos e 6,7% a pontuação de 5 pontos.

Tabela 32 - Estado de Depressão

Resultado	Frequência	Porcentagem
Estado de humor normal	24	80,0
Depressão média	4	13,3
Depressão moderada/severa	2	6,7
Total	30	100,0

Como se pode ver na Tabela 32 e atendendo à definição da pontuação escala (0 – 5 Pontos – Estado de Humor Normal; 6 – 10 Pontos – Depressão Média; 11 – 15 Pontos – Depressão Moderada/Severa), os idosos da amostra em estudo, revelam níveis de depressão muito baixos, praticamente inexistentes, **80%** com Estado de humor normal, **13,3%** com depressão média e apenas **6,7%** com Depressão moderada/severa.

7 - Discussão dos resultados

O presente estudo teve como objetivo geral identificar os níveis de solidão e depressão em idosos institucionalizados e perceber se existe relação entre o processo de institucionalização/vivência em contexto institucional e os níveis de solidão e depressão.

Os dados apresentados no ponto 1, da parte III deste trabalho, mostram que a maioria dos idosos da amostra é do sexo feminino (63,3%) e têm idades acima dos 80 anos. Apenas oito idosos têm idade inferior a 80 anos, evidenciando tratar-se de uma população envelhecida. Quanto ao estado civil, a maioria dos idosos (56,7%) são viúvos, 10% são casados, 3,3% são divorciados e 30% são solteiros. As maiorias dos sujeitos da amostra (73,3%) são naturais do Concelho de Proença-a-Nova, local onde está situada a instituição onde foi realizado o presente estudo.

No que se refere às habilitações literárias, a amostra apresenta níveis muito baixos de escolaridade, sendo que 46,7% têm o 4º ano de escolaridade e 26,7% são analfabetos.

Como se pode constatar, trata-se de uma população envelhecida e com baixos níveis de escolaridade, que viveu toda a sua vida em contexto rural e que na sua maioria (60%) teve a agricultura com atividade profissional.

Quanto ao tempo de institucionalização, os idosos da amostra em estudo apresentam uma variação entre um a cinco anos (24 inquiridos).

No que se refere aos principais motivos da institucionalização, os idosos identificam a dificuldade em autocuidar-se e o sentir-se sozinho. Pimentel (2001:73) indica que vários estudos *“...têm confirmado que os problemas de saúde e a conseqüente perda de autonomia não surgem como os principais factores apontados pelos idosos para a decisão de internamento. O motivo mais frequente é o isolamento, ou seja, a inexistência de uma rede de interações que facilite a integração social e familiar do idoso e que garanta um apoio efectivo em caso de maior necessidade”*.

Quanto à iniciativa da institucionalização, a maioria (76,7%) dos participantes entrou na instituição por iniciativa própria, 30% por preferir viver no lar embora tenha família e apenas 16,7% foram trazidos por familiares. O facto da maioria dos idosos ter entrado na instituição por iniciativa própria e preferir aí viver pode explicar os baixos índices de solidão e de depressão apresentados pelos participantes da amostra. Esta decisão voluntária pode ter resultado de uma análise ponderada da perda da sua autonomia, quer de ordem física, económica, familiar, social ou psíquica e dos seus contextos de vida, nomeadamente familiares, e considerarem que a institucionalização pode proporcionar-lhe uma melhor proteção e qualidade de vida. Apesar da decisão poder resultar de um cálculo do “mal menor”, a institucionalização pode promover uma maior sensação de segurança principalmente se resultar de perdas na autonomia, causadas por patologias físicas, perda de cônjuge, carências de apoio social, isolamento ou vivências habitacionais negativas (Pimentel,2001) e, eventualmente de falta de apoio familiar.

Relativamente à percepção acerca da vida no lar, os resultados revelam que os idosos consideram que o lar se preocupa com o seu bem-estar, manifestam uma opinião muito positiva relativamente à relação com os outros residentes e com os profissionais da instituição e também quanto ao respeito pela sua intimidade e privacidade. A percepção de bons cuidados, de boas relações e de respeito pela intimidade e privacidade sugerem uma percepção positiva e bastante satisfatória da instituição e dos cuidados/apoio que esta lhes proporciona. O facto de se tratar de

uma instituição que presta cuidados a uma grande percentagem de utentes com origem no concelho e constituída por profissionais cuidadores também residentes no mesmo (condições favorecedoras de um melhor conhecimento dos idosos, dos seus contextos de vida e das suas necessidades), pode facilitar o estabelecimento de relações de maior proximidade e afetuosidade, quer entre os utentes, quer entre os cuidadores e idosos.

Quando questionados sobre a perceção que têm acerca da preocupação que a família demonstra relativamente a si próprios e ao seu bem-estar, os idosos afirmam que os seus familiares mostram essa preocupação (73,4%) e que os visitam com alguma regularidade. Deste modo, pode-se afirmar que a imagem que transmitem da família é a de uma família presente, preocupada e atenta ao seu bem-estar e com quem mantêm relações frequentes e gratificantes. Muitos dos estudos revelam que a frequência das visitas realizadas pelos familiares e as características que as mesmas assumem, constituem fatores muito importantes para a saúde e bem-estar do idoso institucionalizado. O contacto regular com as suas famílias promove uma atitude mais positiva face aos acontecimentos do seu dia-a-dia e a perceção de bem-estar. Apesar de identificarem um vínculo familiar positivo e apoiante, a maioria dos idosos afirma sentir a falta da companhia da família.

Os idosos consideram que os seus amigos estão pouco preocupados com eles e sentem, com frequência (50%), a falta da companhia destes. As visitas dos amigos são percecionadas como sendo pouco frequentes. O afastamento dos idosos dos seus contextos de vida, caso dos idosos institucionalizados, pode condicionar a continuidade da rede de relações sociais, nomeadamente das relações de amizade. A seguir à família, o ciclo de amigos e vizinhos assumem um papel preponderante na vivência da pessoa idosa mesmo institucionalizada.

Os resultados relativos à perceção dos idosos sobre o sentir-se só (sente solidão), mostram que a maioria afirma que nunca se sentiram sozinhos (56,7%). No entanto há que registar a existência de alguns idosos que manifestam este sentimento (13,3%, às vezes; 10%, frequentemente e 6,7%, sempre), o que deve merecer a atenção dos cuidadores uma vez que a solidão afeta as atividades de vida diária e a qualidade de vida.

No que se refere ao sentimento de se sentir sozinho antes da entrada para o lar, os resultados apontados revelam que 36,7% dos idosos nunca se sentiram sozinhos, mas verifica-se uma percentagem superior de idosos que dizem ter-se sentido sozinhos (26,6%, às vezes e 20%, frequentemente). Tendo em conta os dados relativos à perceção que os idosos têm acerca do sentir-se só na instituição, pode afirmar-se que os idosos se sentiam mais sozinhos antes de serem institucionalizados do que após a institucionalização. O processo de institucionalização funcionou como meio atenuante deste mesmo sentimento.

A análise dos dados relativos à perceção dos idosos acerca das suas vivências no lar, evidencia uma perceção bastante satisfatória quer no que respeita aos cuidados de que são alvos, quer nas relações com os outros residentes e funcionários. Indicam ser respeitados na sua dignidade, intimidade e privacidade e, apesar de sentirem a ausência da família e amigos, a perceção de sentimentos de solidão não é mais acentuada com o facto de se encontrarem institucionalizados.

Muitos dos idosos participam e envolvem-se voluntariamente nas atividades propostas pela instituição (33,3% participa sempre, 13,3% participa frequentemente e 26,7% participa às vezes), contudo há ainda uma percentagem de idosos (6,7% nunca participam e 20% raramente) que necessitam de um maior apoio e incentivo para se envolverem nas atividades propostas ou outras que venham a ser apresentadas. A participação dos idosos nas atividades de animação,

convívio e de estimulação são, em geral, geradoras de maior qualidade de vida em idosos institucionalizados (Jacob, 2007).

As atividades que merecem a preferência dos idosos são os momentos religiosos (76,7%), a conversa/convívio entre eles (66,7%), a ginástica (50%), televisão/cinema (40%), atividades manuais (36,7%) e os passeios (23,3%). A religiosidade assume um papel muito importante nestes idosos, por se tratar de uma região com fortes tradições religiosas, pelo que se deve continuar a proporcionar condições para a vivência religiosa dos idosos que dela necessitam. Como afirma Oliveira (2008, p. 25), *a vivência religiosa correlaciona positivamente com a satisfação com a vida, o bem-estar psicossocial, a saúde física e mental, ao mesmo tempo que ajuda a recuperar da doença e é fonte de significado e objetivos de vida*. Dada a importância atribuída às atividades identificadas, deve-se continuar a promovê-las e melhorá-las por forma a facilitar um maior envolvimento dos idosos tendo sempre como objetivo o bem-estar da pessoa idosa institucionalizada.

Os idosos apontam a participação nas atividades e o convívio daí decorrente como formas de prevenir o desencadeamento de sentimentos de solidão e de estados depressivos. De acordo com os resultados, pode afirmar-se que as atividades realizadas e o convívio que estas proporcionam têm um papel preponderante na prevenção e diminuição dos índices de solidão e de depressão e na promoção do bem-estar físico, psíquico, social e espiritual do utente idoso institucionalizado. Ainda de acordo com os resultados, os idosos manifestam a preferência por atividades realizadas em grupo (43,3% sempre e 13,3% frequentemente), embora considerem que a realização individual de atividades também é da sua preferência (53,3% às vezes; 13,3% frequentemente e 23,4% raramente). Estes resultados confirmam, de algum modo, a importância atribuída ao convívio como forma de estabelecer relações interpessoais e prevenir os sintomas de solidão e de depressão. A participação em atividades de grupo permite ao idoso construir/reconstruir vínculos com outros indivíduos, aprender e valorizar os seus saberes e capacidades. Como afirma Pimentel (2001, p.113), apesar dos idosos a residirem junto da sua comunidade de origem, terem mais facilidade para se envolverem em tarefas domésticas, ou no cultivo dos seus quintais, “...*não existem diferenças significativas em relação a idosos institucionalizados, que procuram igualmente manter uma actividade que contribua para o seu bem-estar e seja entendida pelos outros como proveitosa*”.

Atendendo aos resultados da Escala da Solidão, os idosos que participaram no estudo apresentam índices baixos de solidão (20% [18;20]; 36,7% [21;25]; 33,4% [26;30]). Contudo, deve a instituição continuar a fomentar as relações interpessoais, incentivar a participação em atividades de cariz social, promover a comunicação entre todos os utentes e comunidade envolvente, valorizar o seu papel e identidade junto de todos, promover os cuidados da sua saúde física e mental, favorecer o seu crescimento espiritual e saber eger as prioridades pessoais e defender a privacidade, intimidade, ou seja, a individualidade de cada um dos seus utentes, sobretudo com os idosos menos motivados, para que os índices de solidão não aumentem.

No que respeita à Escala da Depressão, os resultados obtidos revelam que a amostra em estudo apresenta índices baixos de depressão, refletindo a não existência de sentimentos e sintomas de depressão (13% com uma pontuação compreendida entre 0 e 1 ponto; 26,8% com uma pontuação de 2 pontos; 10% com uma pontuação compreendida entre 3 e 4 pontos e 6,7% com uma pontuação de 5 pontos). No que se refere ao estado de humor, 80% dos idosos apresenta um estado de humor normal, 13,3% apresentam uma depressão média e 6,7% uma depressão moderada/severa. Estes resultados indicam que a maioria destes idosos não apresenta

humor deprimido, estando em desacordo com os resultados obtidos noutros estudos, nomeadamente o de Hallstrom e McClure (2005, p. 101), que concluiu que um terço dos utentes ao cuidado de lares sofre de depressão, demonstrando estados de tensão, desânimo, preocupação, perda de interesse pelo meio circundante, alterações dos padrões do sono, avaliação negativa da vida e uma visão do futuro sem perspetivas em que a morte está presente nos seus discursos. Apesar dos resultados positivos obtidos na escala de depressão, é importante ter presente que 6,7% dos idosos da amostra em estudo apresenta uma depressão moderada/severa e, como tal, necessita de cuidados e tratamentos especializados para que não evolua para condições de saúde física e mental de morbilidade. As pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional, influenciando negativamente a sua qualidade de vida.

É de vital importância que os técnicos responsáveis pelas instituições de idosos, bem como, as equipas prestadoras de cuidados, saibam identificar os seus sinais e sintomas e conheçam o impacto que certos fatores têm no decurso desta doença.

A triangulação de dados permite-nos afirmar que os idosos que integram a amostra em estudo revelam baixos índices de solidão e de depressão. Estes resultados sugerem que, para estes idosos, a institucionalização não constituiu fator de desenvolvimento de sentimentos de solidão e de depressão. Quando analisados os índices de solidão e de depressão por sexo, verifica-se que são mais elevados no sexo feminino. Este resultado vem ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos revistos na bibliografia consultada, ao indicarem que o sexo feminino apresenta maiores índices de solidão e depressão, não só por fatores fisiológicos, mas também psicológicos e sociais. A esperança média de vida superior à do homem, a situação de viuvez que pode, em alguns casos, levar a situações de isolamento, entre outros fatores, podem contribuir para índices mais elevados de solidão e depressão.

Relativamente à relação entre o estado civil e os índices de solidão e de depressão, os idosos solteiros e os viúvos apresentam resultados mais elevados, embora dentro dos índices normais.

De acordo com os dados obtidos, não se verificam relações entre as causas da institucionalização e os índices de solidão e de depressão. Curiosamente, os idosos que revelam índices de depressão média (n=4) e moderada/severa (n=2) são idosos cujas causas identificadas para a entrada no Lar são as dificuldades em auto cuidar-se e sentir-se sozinho. A perceção da necessidade de apoio de cuidados para uma melhor qualidade de vida e de convívio com outras pessoas, pode ter levado a uma melhor adaptação ao contexto institucional.

A perceção das boas relações entre utentes e profissionais, a perceção do apoio da família, não indicar sentimentos de solidão e de depressão, o gosto/satisfação e participação nas atividades proporcionadas quer as individuais quer as de grupo, podem ter contribuído para a existência de baixos índices de solidão e depressão.

Podendo concluir-se neste estudo que a amostra em análise apresenta um bom nível de aceitação e integração do processo de institucionalização, bem como índices de solidão e depressão baixos, evidenciando uma perceção positiva da vivência na instituição, quer no relacionamento com outros utentes e profissionais, quer na realização das atividades propostas. Manifestam também um bom relacionamento com familiares e amigos. Os resultados apresentados revelam que os idosos consideram que a Instituição cuida bem dos seus utentes, com o recurso a diferentes meios para promoverem o seu bem-estar físico, psíquico, social e espiritual. Afirmam ainda que sentem que a instituição procura preservar a sua intimidade,

integridade, autonomia, independência, personalidade e identidade. O facto de a instituição em causa estar sediada no concelho de origem da maioria dos idosos e, por isso percebida como mais familiar, pode contribuir para que percecionem uma maior pessoalidade dos cuidados por parte da instituição e dos seus profissionais.

Pelo que o processo de institucionalização nesta instituição em concreto e segundo os resultados obtidos revela que grande parte dos seus idosos pode preservar a sua intimidade, integridade, autonomia, independência, personalidade e identidade, devido aos condicionalismos positivos e facilitadores de integração da pessoa idosa institucionalizada. Contribuindo de certa forma, serem maioritariamente oriundos do concelho onde se encontra sediada a instituição, permitindo uma convivência mais saudável e de promoção do seu bem-estar físico, psíquico, social e espiritual.

8 - Plano de Intervenção

Os resultados obtidos através da investigação realizada, mostram que os idosos da amostra em estudo apresentam índices de solidão e depressão baixos, revelando uma boa integração e adaptação à institucionalização. Contudo, acreditamos que para envelhecer com *saúde, autonomia, independência*, o mais tempo possível, constitui cada vez mais um desafio à responsabilidade individual e coletiva. Neste sentido, é sempre importante um planeamento permanente e constante para melhorar os contextos de vida dos idosos, aceitando a existência de uma relação causal entre as ações e os resultados que se pretendem atingir, com vista a alcançar um nível superior de bem-estar físico, psíquico, social e espiritual do utente idoso institucionalizado. Para tal sucesso é necessário o envolvimento de todas as partes intervenientes, quer internas à instituição, quer externas, designadamente a comunidade local.

Olhando á realidade da instituição em estudo, é importante para a manutenção e a melhoria da qualidade do bem-estar dos seus utentes promover a:

- Melhoria da qualidade das atividades de estimulação cognitiva, estimulação sensorial, estimulação da memória, estimulação das relações interpessoais já implementadas na instituição.
- Melhoria da qualidade das relações interpessoais: utentes, família, amigos, profissionais e comunidade envolvente.

A elaboração de um Plano de Intervenção para a população idosa residente no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova, apesar dos resultados obtidos no Trabalho Projeto serem contundentes na resposta à Questão ou pergunta de Partida que *“A Institucionalização da pessoa idosa NÃO condiciona o aparecimento de sentimentos de solidão, isolamento e de quadros depressivos”*, no que se refere a esta mesma realidade em concreto.

Contudo, este Plano de Intervenção visa a melhoria do Cuidar do Utente Institucionalizado nesta instituição. Porque apesar do ambiente saudável, de elevados valores de respeito pela dignidade, individualidade e integridade de cada um dos seus utentes, existe sempre a necessidade de melhorar a nível qualitativo.

Pelo que seja pertinente este Plano de Intervenção que vise a melhoria da qualidade das atividades de estimulação cognitiva, sensorial e motora e das relações interpessoais, intergeracionais, entre o utente e a família, os amigos, os vizinhos, as crianças e toda a comunidade em geral. Para fortificar os laços de amizade e solidariedade entre todos os intervenientes, sobretudo melhorar a qualidade de vida e bem-estar físico, psíquico, emocional, social e espiritual do utente idos institucionalizado nesta realidade em concreto.

Ficando assim um instrumento válido para a instituição em si, analisar e perspetivar de pôr em prática, no intuito de elevar a sua qualidade na prestação de cuidados aos seus utentes.

8.1 - Objetivo geral e específicos

➤ **Objetivo Geral**

- Promover o aumento da qualidade das atividades lúdicas e das relações interpessoais envolventes à pessoa idosa institucionalizada.

➤ **Objetivos Específicos**

- Determinar fatores condicionantes à melhoria da qualidade das atividades lúdicas e das relações interpessoais.
- Promover a envolvimento dos diferentes intervenientes em todo o Plano de Intervenção.
- Dinamizar meios, estruturas e equipamentos necessários ao sucesso do Plano de Intervenção.
- Informar permanentemente a instituição e intervenientes das ações e estratégias para a realização do Plano de Intervenção.
- Desenvolver atividades lúdicas, de convívio e confraternização entre os diferentes intervenientes e os utentes idosos institucionalizados, para a promoção, prevenção de situações de solidão e depressão, proporcionando o seu bem-estar físico, psíquico, emocional, social e espiritual.
- Otimizar a participação ativa nas atividades desenvolvidas, envolvendo a família, os amigos, os vizinhos, a comunidade em geral e as diferentes associações locais.
- Criar mecanismos de comunicação válidos, de forma a facilitar todo o processo de respostas ao plano de intervenção.
- Promover parcerias com entidades locais e associações com vista a dar respostas ao plano de intervenção.
- Fortalecer as relações interpessoais entre utentes e intervenientes através de atividades promovendo a partilha, o diálogo, a discussão, a negociação e uma participação ativa

8.2 - Análise SWOT

Após a definição do Problema e delineados os objetivos, quer gerais quer específicos, é pertinente a definição de estratégias de intervenção que passam pela determinação de Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças, conhecida por uma Análise Swot (Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats).

Tabela 33 - Análise Swot do Plano de Intervenção

<p>FORÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instituição – equipas multidisciplinares envolvidas. • Creche e Jardim de Infância da Santa casa da Instituição • Família e Amigos – Papel no bem-estar do utente institucionalizado. • Paróquia de Proença-a-Nova e Capelão da Instituição. • Associações culturais e recreativas locais – Promover o convívio, distração e tornar ativa esta população institucionalizada. • IPSS (Instituições Particulares de Solidariedade Social) – No concelho e limítrofes, na promoção do convívio, apoio social, humano e de cuidados. • Outras entidades, Câmara Municipal, Juntas de Freguesia, Centro de Saúde, Departamento da Segurança Social local – no apoio técnico, humano, económico e logístico. 	<p>FRAQUEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Situação da interioridade e isolamento social. • Desertificação da população ativa, onde se incluem os familiares dos utentes institucionalizados, por vezes com ausência de acompanhamento. • Falta de apoio social local. • Carência de técnicos superiores para uma boa implementação do Plano. • Falta de motivação de algumas associações.
<p>OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Promoção de atividades conjunta entre diferentes IPSS, Associações; jardim de Infância e Paróquia de Proença-a-Nova. • Promoção de encontros, passeios, com o intuito de manter tradições, costumes culturais e troca de saberes. • Dinamização e incentivo dos intervenientes, assumindo um papel mais ativo nas suas intervenções. • Promoção de projetos sociais através de parcerias entre os intervenientes, com vista a melhoria da qualidade de vida do utente institucionalizado. 	<p>AMEAÇAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Falta de recursos financeiros. • Restrições orçamentais. • Falta de recursos humanos, nomeadamente qualificados. • Possível falta de articulação entre intervenientes.

8.3 - Planeamento de atividades

Após a identificação das atividades que sejam motivantes e estimulantes para os utentes, estas serão planificadas de forma dar respostas às necessidades e principalmente fomentarem as suas relações interpessoais, com o intuito de minimizar possíveis quadros de solidão e depressão.

- Momentos religiosos - missa, terço, festividades religiosas, confissões, entre outras. Com uma participação necessária de envolvimento da família, amigos, vizinhos e comunidade em geral. Todos estes possíveis intervenientes com uma ligação ativa à envolvimento religiosa teriam um papel preponderante e interventivo nessa mesma realidade. Pelo simples facto, de serem elementos participativos no coral local, em ranchos folclóricos, tocadores de piano, guitarra e outros instrumentos musicais, a sua motivação na participação seria válida e importante para esta realidade exposta.

- Sessões de Convívio com outras IPSS, com temáticas programadas, como festividades de âmbito social, cultural e religioso, com a sinalização de datas importantes nacionais e locais, jogos temáticos entre outras atividades.

- Sessões de convívio com o Jardim de Infância, para a promoção da intergeracionalidade.

- Sessões de convívio entre utentes, famílias, amigos, vizinhos e comunidade – discussão de temas importantes, como o dia do idoso, da mulher, da poesia, de contos populares, do cinema e teatro, entre outras.

- Participação nas atividades culturais promovidas pelo município, como o cinema, teatro, festas das aldeias, entre outras.

- Participação nas festas populares do município, através da apresentação de peças de teatro alusivas às festas populares, desfile de marchas populares, exposição dos trabalhos realizados pelos utentes nas suas sessões de animação sociocultural

- Implementação com maior regularidade da musicoterapia e ginástica e com envolvimento da família, amigos, vizinhos e comunidade.

- Participação em atividades realizadas pelas associações, com destaque para as que fazem apelo à memória individual e coletiva do património local.

Todas estas atividades obedecem a uma determinada programação, com o acordo entre a instituição das suas equipas técnicas e os diferentes intervenientes, sendo necessário a elaboração de um Cronograma de Atividades.

8.4 - Avaliação do plano de intervenção

Após a aprovação do Plano de Intervenção por parte de todos os intervenientes, este deve ser posto em prática de acordo com o planeamento definido.

Para o êxito do Plano de Intervenção é necessária a avaliação continuada da sua coerência, pertinência, rigor e viabilidade da sua implementação, tendo em conta os objetivos, estratégias, ações e recursos utilizados. Para tal, a avaliação deve ser feita por parte de todos intervenientes no processo, não excluindo o utente idoso institucionalizado, utilizando questionários de satisfação, grelhas de observação, instrumentos de avaliação de competências, antes de depois da realização das atividades propostas, etc. Devendo esta avaliação ser periódica e sempre realizada em colaboração com todos os intervenientes no processo. Sendo realizado de forma formal e informal, através da observação em diferentes contextos, dos resultados obtidos e dos diferentes registos. Procurando sempre identificar os pontos fortes e fracos do plano e que estes menos favoráveis não constituam obstáculos, mas sim formas de mudança na intervenção. Numa aposta na eficácia através da adequação à realidade dos destinatários, na eficiência pela gestão dos recursos disponíveis, dos resultados de aprendizagem das intervenções, dos trabalhos de equipa desenvolvidos, uma adequação da organização das práticas implementadas, com vista à socialização, ao bem-estar, a uma participação ativa na vida da instituição e no grau de satisfação da comunidade envolvida. De salientar, que esta avaliação do plano de intervenção vem permitir, uma melhor operacionalização, gestão e condução do projeto, implementar possíveis correções e inflexões de forma de ajustamentos ou mesmo reprogramação do mesmo, permitindo uma maior consolidação de uma visão de partilha, de informação estratégica e de uma maior corresponsabilização na ação.

O fim último do plano de intervenção é a melhoria da qualidade de vida dos idosos e, como tal, devemos avaliar o seu grau de satisfação face às medidas e atividades implementadas, necessidades a reajustar e/ou resolver, novas intervenções a implementar, para que se possa de novo planificar, agir, mudar, transformar, caso seja o resultado da avaliação.

8.5 - Aplicação do plano de intervenção

De acordo com o cronograma de atividades devidamente delineado e atendendo à realidade da instituição em estudo, foi devidamente esclarecido e entregue à equipa de Serviço Social da Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova. Estando recetiva à sua implementação em conjunto com toda a equipa multidisciplinar da instituição e diferentes intervenientes definidos anteriormente.

Depois de reunião marcada para o fim do mês de março de 2019, com todos os intervenientes no plano de intervenção. Existe a perspetiva da sua implementação no decorrer do mês de junho de 2019 e com uma duração de um ano. Avaliações permanentes e constantes serão definidas em função da aplicação do plano de intervenção e com as respetivas retificações de acordo com as necessidades detetadas. Estas avaliações serão feitas pela equipa coordenadora e respetivos intervenientes.

9 - Conclusão

Um trabalho projeto que percorreu um processo evolutivo de certa forma complexo, mas que conduziu a um conjunto de conclusões sobre a realidade institucional da pessoa idosa. Da formulação da questão de partida, passou-se a um processo de construção de um conteúdo teórico, permitindo a fundamentação do problema e a formulação de objetivos. O estudo percorreu uma dimensão institucional da pessoa idosa, nomeadamente a realidade vivida na Santa Casa da Misericórdia de Proença-a-Nova.

Como nota conclusiva deste trabalho projeto, destaca-se a importância de a pessoa idosa vivenciar um processo de envelhecimento bem-sucedido, quer seja no seio da sua família, da comunidade ou mesmo a nível das respostas sociais. No caso em concreto de uma institucionalização, esse acompanhamento deve ter uma abrangência muito mais demarcada, quer a nível, físico, psicológico, social e espiritual, nas relações interpessoais (com outros residentes, profissionais, família, amigos/vizinhos e comunidade), na ocupação dos tempos livres com recurso a atividades propostas pela instituição e na perceção de uma vivência saudável, de qualidade e de um sentimento de bem-estar, numa constante valorização desta última etapa do ciclo de vida da pessoa humana.

Uma perceção da Institucionalização, como um modelo positivo de assegurar a manutenção das necessidades essenciais a uma qualidade de vida da pessoa idosa nesta fase da vida, de uma certa perda de independência e autonomia, mas que sejam salvaguardadas a sua identidade e personalidade. E não surjam possíveis sentimentos de solidão e de quadros depressivos ao longo da sua passagem pela vivência em lar. Cientes que esta integração na instituição, exige a necessidade da manutenção da sua vida social, mas também a prestação de um acolhimento e encaminhamentos personalizados, passando por uma informação assertiva e adequada sobre o funcionamento da instituição, sobre os seus direitos e deveres e uma imensa disponibilidade para prestar ajuda na solução dos seus problemas.

A consciencialização de uma necessidade de formação por parte dos profissionais que cuidam de pessoas idosas institucionalizadas, com o intuito de promoção da humanização dos cuidados prestados. Uma capacitação dos profissionais para a compreensão do processo de envelhecimento nas suas diferentes dimensões, quer de ordem biológica, física, psíquica, social e espiritual, processando-se de uma forma diferenciada em pessoas idosas, tendo em conta a sua individualidade e experiência de vida, não permitindo um tratamento igualitário e massificado de todos os seus utentes idosos.

No que se refere ao espaço físico da instituição, este deve promover a privacidade e a estimulação da pessoa idosa a criar e recriar o seu próprio ambiente, como forma da manutenção da sua estabilidade emocional e da preservação da sua personalidade e identidade.

No contexto deste trabalho projeto e de acordo com os resultados obtidos, pode-se afirmar com alguma segurança que os níveis de sentimento de solidão e de depressão são pouco ou nada significativos no que diz respeito à institucionalização da pessoa idosa.

No caso em concreto da Instituição em estudo, pode-se afirmar e dando resposta à Questão ou Pergunta de Partida *“A Institucionalização da pessoa idosa **NÃO** condiciona o aparecimento de sentimentos de solidão e de quadros depressivos”*. Apesar da existência de situações mínimas e esporádicas de utentes que revelam esses sentimentos, não são significativamente relevantes no

resultado do estudo. Contudo, são situações que exigem uma maior atenção e intervenção por parte dos quadros qualificados da instituição em estudo.

De realçar a importância e papel da família que não deve descuidar o seu dever de ser sempre parte integrante ao longo de toda a institucionalização do seu familiar idoso. O papel importante dos amigos/vizinhos, da comunidade envolvente e dos voluntários na manutenção de laços e na diminuição de possíveis perdas que a pessoa idosa institucionalizada vivência. A necessidade de fortalecer as relações com os outros residentes do lar, independentemente de nunca terem feito parte do seu ciclo de vida. O fomentar o papel para além de profissional, de relação de empatia entre utentes e colaboradores com cordialidade, amizade e mesmo de espírito familiar. Reforçar o papel da animação para dar criatividade e qualidade às atividades realizadas, para assim motivarem a pessoa idosa a terem um sentimento positivo em relação esta fase do seu ciclo de vida e não surjam valores negativos, como situações de solidão e de quadros de depressão.

De acordo com os objetivos delineados para este estudo, os resultados são explícitos na demonstração de níveis baixos da solidão e depressão nos idosos da amostra em estudo.

Quanto ao estudo em si, julga-se ter alcançado os objetivos e as metas estabelecidas. Salientam-se, contudo algumas limitações inerentes ao próprio estudo, tais como o reduzido tamanho da amostra, o ter sido realizado numa só instituição e em meio rural. Estamos convictos da necessidade de uma maior abrangência do estudo, nomeadamente comparar realidades diferentes (instituições de meio rural e de meio urbano), realizar um estudo comparativo entre duas realidades distintas, ou seja, idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados, uma vez que são realidades distintas que podem influenciar os resultados.

Todavia, fica a satisfação de uma oportunidade única de aprendizagem e de um reforço motivacional positivo de continuar a desenvolver a atividade profissional e de reflexão na melhoria da qualidade de vida, na promoção de um envelhecimento bem-sucedido e harmonioso da pessoa idosa em diferentes contextos da sua vivência. Permitindo um aprofundar de conhecimentos teóricos e empíricos sobre o processo de envelhecimento, a realidade do envelhecimento populacional, a desmistificação de mitos e preconceitos acerca do envelhecimento, a necessidade de promoção de um envelhecimento ativo e bem-sucedido, o processo de institucionalização, a clarificação de conhecimentos teóricos acerca de solidão e depressão. E toda a convivência e vivência ao longo do estudo com a pessoa idosa institucionalizada neste lar, permitindo uma visão mais cuidada, personalizada e profissional, acerca desta realidade e uma busca constante da humanização do cuidar destes utentes com direitos e deveres iguais a todo e qualquer cidadão, independentemente da sua idade biológica ou cronológica.

Fica também um contributo pessoal, um Plano de Intervenção para a promoção do bem-estar e qualidade de vida do utente idoso institucionalizado.

Fica o estímulo motivacional de promoção da qualidade no cuidar do utente idoso institucionalizado, com muito Saber Ser, Saber Estar e Saber Fazer.

A principal limitação deste estudo é o facto de a amostra ser constituída por lares e idosos que aceitaram voluntariamente participar neste estudo, não sendo, por isso, uma amostragem aleatória. De facto, nem os lares, nem os idosos foram selecionados aleatoriamente e, por isso, a generalização das conclusões para a população fica comprometida.

Abreviadamente espera-se que o presente trabalho tenha contribuído para uma reflexão e interpretação mais abrangente sobre a leitura que se faz do processo de envelhecimento e

sintomatologia patológica associada com a solidão e a depressão em idosos institucionalizados. Permita a valorização do envelhecimento geriátrico, bem como, venha a contribuir para a promoção do bem-estar nos idosos dando visibilidade a uma problemática identificada, mas muitas vezes ignorada.

10 - Bibliografia

- Berger, L., MAILLOUX-POIRIER, D. (1995). *Pessoas Idosas: Uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.
- Cerdeira, P. (2001). *O espírito de quem é só...mais velho que os outros*. Lisboa, Pretextos.
- Costa, M. (2006). *Cuidar de Idosos (2ª Edição)*. Coimbra: Formasau Edições Sinais Vitais.
- Costa, M. et al. (1999). *O Idoso Problemas e Realidades (1ª Edição)*. Coimbra: Formasau Edições Sinais Vitais.
- Fernández-Ballesteros, R. (2008). *Active aging: The contribution of psychology*. Cambridge, M. A: Hogrefe & Huber Publishers.
- Fernández -Ballesteros, R. (2004). *Gerontologia Social*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Fernandes, P. (2000). *A Depressão no Idoso – Estudo da Relação entre Factores Pessoais e Situacionais e Manifestações da Depressão*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e Sociedade*. Oeiras: Celta Editora.
- Fonseca, A. (2005). *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização*. Loures: Luso-Ciência.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização (3ª edição)*. Loures: Lusociência.
- Garcia, L. M. A. (1994). Dependência em idosos. Lisboa: *Nursing*, 78/79, 8-11.
- Gineste, Y., Pellissier (2008). *Humanidade: Cuidar em Compreender a Velhice*. Lisboa: Instituto Piaget.
- González, J. L. (2007). *As Perturbações Psicogeríatrias*. Lisboa: Edições Médicas Lda.
- Guerra, I. C. (2006). *Pesquisa Qualitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e Formas de Uso*. Estoril: Principia Editora.
- Jacob, L. (2007). *Animação de Idosos (3ª edição)*. Porto: Âmbar.
- Jesuíno, J. C. (2012). *Imagens da velhice*. In L. F. Tura & A. O. Silva (Eds.), *Envelhecimento e representações sociais* (pp. 51-67). Rio de Janeiro, Brasil: Quarteto Editora.
- Marques, L., & Firmino, H. (2003). Depressão e comportamentos suicidários no idoso. In A. Vaz Serra (Coord.), *Medicina, Temas Actuais, Depressão* (pp. 133-162). Castanheira do Ribatejo: Atral Cipan Vida.
- Monteiro, M. C. P.D. (2005). Impacto dos Problemas Psicogeríátricos na Família. *Revista Portuguesa de Enfermagem*, 4, 40-48.
- Netto, M. (1996). *Gerontologia – A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do envelhecimento e do Idoso (3ª edição)*. Porto: Legis Editora,
- Oliveira, J. B. (2008). *Psicologia do idoso. Temas Complementares*. Porto: Livpsic Edições de Psicologia.

Pereira, I. T. (2006). Meio da vida: relações. *Revista Xis*, 375, 21-23.

Pimentel, L. (2001). *O Lugar do Idoso na Família: Contextos e Trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.

Spar, J. E., La Rue, A. (2005). *Guia Prático de Psiquiatria Geriátrica* (1ª edição). Lisboa: Climepsi Editores

Streubert, H., Carpenter D. (2002). *Investigação Quantitativa em Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Yin, R. (2002). *Estudo de Caso, Planejamento e Métodos* (2ª Edição). Rio de Janeiro: Bookman.

Apóstolo, J., Loureiro, L., Reis, I., Silva, I., Cardoso, D., Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale -15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, IV, 3, nov./dez., 65-73. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14033>

Bandeira, M., Azevedo, A., Gomes, C., Tomé, L., Mendes, M., Baptista, M., Moreira, M. (2014). *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa 1950-2011. Evolução e Perspectivas* (pp. 1-579). Fundação Francisco Manuel dos Santos. Acedido a partir de https://www.ffms.pt/upload/docs/dinamicas-demograficas-e-envelhecimento-da-populac_efe8FbqjUGZx3LduUIzgg.pdf.

Bernardino, A. (2013). *Depressão e Ansiedade em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados - Valorizar o envelhecimento*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde). Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal. Acedido a partir de <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2696/1/Tese%20final.pdf>.

Correia, C. (2012). *A Qualidade de Vida e a Solidão em idosos institucionalizados e na comunidade*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia, Especialidade em Clínica). Instituto Superior de psicologia Aplicada de Lisboa, Portugal. Acedido a partir de <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2321/1/15439.pdf>.

Dias, N. (2013). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida do Idoso em diferentes contextos de vida: a perspectiva do próprio e do seu cuidador*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido a partir de <http://repositorio.ul.pt/handle/10451/9842>.

Direção-Geral de Saúde (DGS-2005). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>.

DSM – V (2013). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª edição). American Psychiatric Association. Porto Alegre, Brasil. Acedido a partir de <https://blogs.sapo.pt/cloud/file/b37dfc58aad8cd477904b9bb2ba8a75b/obaudoeeducador/2015/DSM%20V.pdf>.

Direcção-Geral da Solidariedade e Segurança Social (2002). *Boletim Envelhecimento Bibliográfico*, Nº20. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/documents/10152/51935/Envelhecimento/90e0a3db-9658-44c1-b1a7-a66969035a80>

Fernandes, H. (2007). *Solidão em idosos em Meio Rural do Concelho de Bragança*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia com especialização em Psicologia do Idoso). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal. Acedido a partir de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2668/1/Solidao%20em%20idosos%20do%20meio%20rural%20do%20concelho%20de%20Braganca.pdf>.

Ferrari, J., Dalacorte, R. (2007). Uso da Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage para avaliar a prevalência de depressão em idosos hospitalizados. *Scientia Medica*, Vol. 17, 3- 8. Retirado de <https://core.ac.uk/download/pdf/26998550.pdf>.

Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV, n.º 4, jan./fev./mar. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>.

Freitas, W., Jabour, C. (2010). O Estudo de Caso (s) como Estratégia de Pesquisa Qualitativa: Fundamentos, Roteiro de aplicação e pressupostos de excelência. *Revista Abepro*, 1-14. Retirado de: http://www.abepro.org.br/biblioteca/enegep2010_tn_sto_122_790_15342.pdf.

Freitas, P. (2011). *Solidão em Idosos, Percepção em função da Rede Social*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social Aplicada). Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa de Braga, Portugal, Acedido a partir de <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLID%20EM%20IDOSOS.pdf>.

Instituto Nacional de Estatística. *Projeções da população residente 2015-2080*. Acedido a partir de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2.

Leitão, C. (2015). *A experiência de solidão num lar de idosos: estudo de caso*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social). Instituto Superior de Serviço Social do Porto, Portugal. Acedido a partir de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10550/1/C%20A1tia%20Marisa%20Pinto%20Leit%20A3o.pdf>.

Lopes, N. (2015). *A Solidão nos Idosos, em função da rede de suporte social, no concelho de Vila do Bispo*. (Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social). Escola Superior de Educação e Comunicação da Universidade do Algarve, Faro, Portugal. Acedido a partir de <https://sapiencia.ualg.pt/bitstream/10400.1/7900/1/Disserta%20A7%20A3o%20N%20ADdia%20Lopes.pdf>.

Lucas, A., Vinogradova, E., Rosa, C. (2014). Depressão no Idoso Institucionalizado: A realidade no Concelho de Belmonte. *INFAD, Revista de Psicologia*, nº2, Vol. 1., 87-95. Retirado de: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349833719011.pdf>.

Martins, R. M. L. (2002). Envelhecimento Demográfico. *Revista Millenium*, Nº26 (pp. 1-6). Retirado de: <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/626/1/Envelhecimento%20demogr%20A1fico.pdf>.

Miguel, I. (2014). Envelhecimento e desenvolvimento psicológico: Entre mitos e factos. In H. R. Amaro da Luz & I. Miguel (Eds.), *Gerontologia social: Perspetivas de análise e intervenção* (pp. 53-67). Coimbra: Centro de Investigação em Inovação Social e Organizacional - Instituto Superior Bissaya Barreto. Coimbra, Portugal. Acedido a partir de <http://repositorio.uportu.pt:8080/bitstream/11328/1495/1/Miguel%20%282014%29%20Envelhecimento%20e%20desenvolvimento%20psicol%20B3gico.pdf>

Neto, F., Barros, J. (1999). As pessoas idosas são pessoas: Aspectos psico-sociais do envelhecimento. *Revista de Psicologia, Educação e Cultura*, III, 2, 297-322. Retirado de: https://sigarra.up.pt/flup/en/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=82027.

Neto, F. (1979). Avaliação da Solidão, *Revista Psicologia Clínica*, 2, 65-79. Retirado de: https://www.iscet.pt/sites/default/files/imce/avaliacao_solidao_felix_netto.pdf.

Pereira, L. (2010). *Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado. A Intervenção da Animação Sociocultural*. (Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Especialização em Animação Sociocultural). Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Vila Real, Portugal.. Acedido a partir de https://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/701/1/MsC_lptpereira.pdf.

Pocinho, M., Farate, C., Dias, C. A. (2006). Validação Psicométrica da Escala da UCLA – Loneliness para Idosos Portugueses. *Revista Interações*, 18, 65-77. Retirado de: <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304/316>.

Pordata. *Indicadores de Envelhecimento segundo os Censos*. Disponível em: <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento+segundo+os+Censos+-+525>

Raupp, F., Beuren, I. (2006). Metodologia da Pesquisa Aplicável às Ciências Sociais. *Advances in Journalism and Communication*, Vol.4, 4, 76-97. Acedido a partir de https://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/33863767/metodologia_de_pesquisa_aplicavel_as_ciencias_sociais.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1544055621&Signature=1GvNqmQb4nTyJu3ZEoOmVazqppo%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3D%20Metodologia+de+pesquisa+aplicavel+as+cie.pdf

RIBEIRO, M.; FERNANDES, A. (2014). *Sintomas de Depressão e Solidão em Idosos Institucionalizados*. Instituto Politécnico de Bragança. <http://hdl.handle.net/10198/10876>

SOARES, Isabel (2013). Tipos de Solidão. *Psych Books*. Acedido a partir de <http://www.isabelduartesoares.com/6-tipos-de-solidao/>

Vaz, S. (2010). *A Depressão no Idoso Institucionalizado, estudo em Idosos Residentes nos lares do distrito de Bragança*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia, na área de especialização em Psicologia do Idoso). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal. Acedido a partir de <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23338/2/29837.pdf>

Vaz, S., Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série, nº 4, 49-58. Acedido a partir de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIIn4/serIIIIn4a05.pdf>

Tier, C. G., Santos, S. S. C., Marlene Teda Pelzer, M. T., Bulhosa, M. S. (2007). Escalas de Avaliação da Depressão em Idosos, (E.G.D.). *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 21, nº. 2/3, 27-36. Acedido a partir de <https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/viewFile/3922/2896>

Veloso, A. (2015). *Envelhecimento, Saúde e Satisfação, Efeitos do Envelhecimento Ativo na Qualidade de Vida*. (Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde). Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal. Acedido a partir de <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/29711/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado+Ana%20Veloso.pdf>

Serviço Nacional de Saúde (SNS). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*, Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho nº 12427/2016). Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Silva, E. R., Sousa, A. R. P., Ferreira, L. B., Peixoto, H. M. (2011). Prevalência e fatores associados à depressão em idosos institucionalizados. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(6), 1387-93. Retirado de <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/15.pdf>

Teixeira, L. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. (Dissertação de Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Portugal. Acedido a partir de http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf

Legislação Consultada

Despacho Normativo n.º 12/98 de 25 de fevereiro de 1998 que estabelece as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos, sendo os objetivos específicos dos lares.

Anexos

Anexo I - (Questionário Sociodemográfico)

QUESTIONÁRIO

O presente questionário tem como objetivo recolher dados para uma investigação a desenvolver no âmbito do Projeto Final do Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação de Castelo Branco, cuja temática é *Sentimentos de Solidão e Depressão em Idosos Institucionalizados*. Os dados recolhidos são anónimos e confidenciais.

Desde já agradeço a sua colaboração.

INSTRUÇÕES:

Leia com atenção, cada um dos itens e responda, por favor, fazendo uma cruz no quadrado em frente das respostas que melhor o (a) identificam.

GRUPO I - CARACTERIZAÇÃO INDIVIDUAL

1) SEXO

- Masculino
- Feminino

2) IDADE: _____

3) NATURALIDADE: _____

4) ESTADO CIVIL

- Solteiro
- Casado
- Divorciado
- Viúvo

5) ESCOLARIDADE

- Analfabeto
- Sabe ler e escrever
- Instrução Primária (4 anos de Escolaridade)
- Entre 4 – 9 anos de Escolaridade
- Entre 9 – 12 anos de Escolaridade
- Ensino Superior

6) PROFISSÃO: _____

7) TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO (Superior a 1 ano): _____

Grupo II – Motivos da Institucionalização

1. QUAIS DAS SEGUINTE CAUSAS MOTIVARAM A SUA ENTRADA NO LAR? (Assinale só aquelas que motivaram a sua Institucionalização)

Dificuldades em auto cuidar-se

(cuidar de si, higiene,
alimentação, medicação)

Falta de recursos económicos

Falta de habitação condigna

Não tem família

Não se dá com a família

Falta de apoio familiar

Por se sentir sozinho

Preferência de viver em Lar
embora tenha família

Dificuldade de acesso aos
serviços de saúde

Prevalência de doenças

2. INICIATIVA DA INSTITUCIONALIZAÇÃO (Entrada no lar)?

➤ Por iniciativa própria

➤ Trazido por familiares

➤ Trazido por amigos

➤ Trazido por técnicos da ação social

GRUPO III – PERCEÇÃO DA VIDA NA INSTITUIÇÃO

1. ACHA QUE AQUI NO LAR SE PREOCUPAM CONSIGO E COM O SEU BEM-ESTAR?

- Nada
- Pouco
- Nem muito, nem pouco
- Muito

2. COMO DESCREVE AS SUAS RELAÇÕES COM OS OUTROS RESIDENTES DO LAR?

- Más
- Nem boas, nem más
- Boas

3. COMO DESCREVE AS SUAS RELAÇÕES COM AS PESSOAS QUE TRABALHAM NO LAR?

- Más
- Nem boas, nem más
- Boa

4. CONSIDERA QUE NO LAR EXISTE RESPEITO PELA SUA PRIVACIDADE E INTIMIDADE?

(Autonomia, Independência, Liberdade, Identidade, Integridade, Privacidade no quarto e da sua vida, Conforto)

- Má
- Nem boa, nem má
- Boa

5. ACHA QUE A SUA FAMÍLIA SE PREOCUPA CONSIGO?

- Nada
- Pouco
- Nem muito, nem pouco
- Muito

6. A SUA FAMÍLIA COSTUMA VISITÁ-LO (A)?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Trimestralmente
- Semestralmente
- Anualmente
- Nunca

7. ACHA QUE OS SEUS AMIGOS SE PREOCUPAM CONSIGO?

- Nada
- Pouco
- Nem muito, nem pouco
- Muito

8. OS SEUS AMIGOS COSTUMAM VISITÁ-LO (A)?

- Diariamente
- Semanalmente
- Quinzenalmente
- Mensalmente
- Trimestralmente
- Semestralmente
- Anualmente
- Nunca

9. COM QUE FREQUÊNCIA SENTE FALTA DE COMPANHIA DA FAMÍLIA?

- | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nunca | Rarame
nte | Às vezes | Frequentem
ente | Sempre |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. COM QUE FREQUÊNCIA SENTE FALTA DE COMPANHIA DOS AMIGOS?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. COM QUE FREQUÊNCIA SE SENTE SÓ (SENTE SOLIDÃO)?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. ANTES DE VIR PARA A O LAR SENTIA-SE MAIS SOZINHO DO QUE AGORA?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GRUPO IV – OCUPAÇÃO DO SEU DIA A DIA NA INSTITUIÇÃO

1. COM QUE FREQUÊNCIA OCUPA O SEU DIA A DIA COM AS ATIVIDADES PROPOSTAS PELA INSTITUIÇÃO?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. DAS ATIVIDADES PROPOSTAS PELA INSTITUIÇÃO, ASSINALE AQUELAS EM QUE MAIS PARTICIPA?

➤ Leitura	<input type="checkbox"/>
➤ Musicoterapia	<input type="checkbox"/>
➤ Televisão/Cinema	<input type="checkbox"/>
➤ Passeio	<input type="checkbox"/>
➤ Momentos Religiosos	<input type="checkbox"/>
➤ Atividades Manuais	<input type="checkbox"/>
➤ Jogos	<input type="checkbox"/>
➤ Ginástica	<input type="checkbox"/>
➤ Jardinagem	<input type="checkbox"/>
➤ Conversar	<input type="checkbox"/>
➤ Não fazer nada	<input type="checkbox"/>

3. ACHA QUE O CONVÍVIO ENTRE AS PESSOAS QUE ESTÃO NO LAR AJUDAM A COMBATER O SENTIMENTO DE SOLIDÃO E MESMO DE DEPRESSÃO?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. PREFERE PARTICIPAR EM ATIVIDADES QUE SÃO REALIZADAS INDIVIDUALMENTE?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. PREFERE PARTICIPAR EM ATIVIDADES QUE SÃO REALIZADAS EM GRUPO?

Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo II - (Escala de Solidão da Universidade da Califórnia em Los Angeles) (UCLA)

ESCALA DA SOLIDÃO DA UCLA**INSTRUÇÕES:**

Leia com atenção cada uma das afirmações que se seguem e responda fazendo uma cruz no quadrado abaixo da resposta que melhor o (a) identifica

1. Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta. (*)

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Sinto falta de camaradagem.

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Não há ninguém a quem possa recorrer.

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Sinto que faço parte de um grupo de amigos. (*)

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam. (*)

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Já não sinto mais intimidade com ninguém.

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Sou uma pessoa voltada para fora. (*)

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Há pessoas a quem me sinto chegado (a). (*)

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Sinto-me excluído (a).

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Ninguém me conhece realmente bem.

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Sinto-me isolado dos outros.

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Consigo encontrar camaradagem quando quero. (*)

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14. Há pessoas que me compreendem realmente. (*)

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Sou infeliz por ser retraído (a)

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo.

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Há pessoas com quem consigo falar. (*)

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Há pessoas a quem posso recorrer. (*)

NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS.VEZES
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo III - (Escala Geriátrica da Depressão)

ESCALA GERIÁTRICA DA DEPRESSÃO
AVALIAÇÃO DO ESTADO DE ESPÍRITO

INSTRUÇÕES:

Leia com atenção cada uma das perguntas que se seguem e responda colocando um círculo à volta do **Sim** ou do **Não**, de acordo com o que mais apropriadamente descreve os seus sentimentos no presente.

- | | |
|---|-----------------|
| 1 - Está satisfeito com a sua vida? | Sim (0) Não (1) |
| 2 - Abandonou muitos dos seus interesses e atividades? | Sim (1) Não (0) |
| 3 - Sente que a sua vida está vazia? | Sim (1) Não (0) |
| 4 - Sente-se frequentemente aborrecido? | Sim (1) Não (0) |
| 5 - Na maior parte do tempo está de bom humor? | Sim (0) Não (1) |
| 6 - Tem medo de que algo de mal lhe aconteça? | Sim (1) Não (0) |
| 7 - Sente-se feliz na maior parte do tempo? | Sim (0) Não (1) |
| 8 - Sente-se frequentemente abandonado / desamparado? | Sim (1) Não (0) |
| 9 - Prefere ficar em casa, a sair e fazer coisas novas? | Sim (1) Não (0) |
| 10 - Sente que tem mais problemas de memória do que os outros da sua idade? | Sim (1) Não (0) |
| 11 - Atualmente, acha que é maravilhoso estar vivo? | Sim (0) Não (1) |
| 12 - Sente-se inútil? | Sim (1) Não (0) |
| 13 - Sente-se cheio de energia? | Sim (0) Não (1) |
| 14 - Sente-se sem esperança? | Sim (1) Não (0) |
| 15 - Acha que as outras pessoas estão melhores que o Sr./Sra.? | Sim (1) Não (0) |

Anexo IV - (Pedido de autorização para realização do estudo)



Exm^o. Senhor
Provedor da Santa Casa da Misericórdia de
Proença-a-Nova

Assunto: Autorização para aplicação dos instrumentos de colheita de dados

Tiago Trocato Lourenço, aluno do Mestrado em Gerontologia Social, do Instituto Politécnico de Castelo Branco (IPCB) e nomeadamente pela Escola Superior de Educação de Castelo Branco (ESSE).

Encontro-me a realizar a Monografia Final deste mesmo Curso, onde procuro realizar um estudo sobre o processo de envelhecimento da pessoa idosa institucionalizada, com o título "Sentimentos de Solidão e Depressão em Idosos Institucionalizados"

Venho por este meio solicitar a V. Ex^a se digne autorizar a aplicação dos instrumentos de colheita de dados, numa amostra de utentes da instituição salvaguardando o seu consentimento informado, consistindo em:

- Questionário Sociodemográfico;
- Adaptação portuguesa da Escala de solidão da UCLA;
(Universidade da Califórnia em Los Angeles)
- Escala Geriátrica da Depressão (EGD).

Grato pela atenção dispensada
Proença-a-Nova, 10 de janeiro de 2018
O Aluno: Tiago Trocato Lourenço



Tiago Trocado Lourenço
Bairro da Tamolha
6150 Proença-a-Nova

Proença-a-Nova, 01 de Fevereiro de 2018

Assunto: Colheita de dados

A Instituição faz saber que tem todo o interesse em incentivar e colaborar na formação dos seus funcionários.

Nestas condições, dá autorização ao seu pedido para aplicação dos instrumentos de colheita de dados, conforme sua exposição de 01 de Fevereiro de 2018.

Com os melhores cumprimentos,

A Mesa Administrativa

O Provedor
José Pereira Bairrada (Dr.)

Anexo V - (Consentimento Informado)



CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, Tiago Trocato Lourenço, estudante do Curso de Mestrado de Gerontologia Social, no Instituto Politécnico de Castelo Branco e lecionado pela Escola Superior de Educação de Educação de Castelo Branco

Encontro-me a desenvolver um Trabalho Projeto intitulado “**Sentimentos de Solidão e Depressão em Idosos Institucionalizados**”.

Ciente das implicações éticas inerentes a um trabalho de investigação, comprometo-me a assegurar o consentimento do investigado através da explicação da natureza e finalidade do estudo, do direito à recusa e à confidencialidade.

Tiago Trocato Lourenço



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Educação

CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, -----, declaro que fui devidamente informado da natureza e finalidade deste estudo, pelo estudante Curso de Mestrado de Gerontologia Social, Tiago Trocato Lourenço, bem como do direito à recusa e confidencialidade dos dados e da importância da minha participação no estudo, sendo de livre e espontânea vontade que aceito participar.

(Assinatura)