

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA
UNIVERSIDADE DO PORTO**

FPCEUP

MESTRADO EM PSICOLOGIA

ELCIMAR ALVES SILVA

**Solidão, satisfação com a vida, vontade de viver e saúde
mental: um estudo comparativo entre idosos
institucionalizados e idosos não institucionalizados.**

Porto

2020



ELCIMAR ALVES SILVA

**Solidão, satisfação com a vida, vontade de viver e saúde mental:
um estudo comparativo entre idosos institucionalizados e idosos
não institucionalizados.**

**Trabalho apresentado à Faculdade de Psicologia e
Ciências da Educação da Universidade do Porto –
FPCEUP, como requisito para o curso de Mestrado em
Temas de Psicologia, com ênfase em Psicogerontologia.**

Orientador: Prof. Doutor Félix Neto

Porto

2020

AGRADECIMENTOS

Dedico este trabalho à minha mãe, Maria Alves. Apesar de todas as contingências e adversidades da vida, sempre me ensinou, por meio do exemplo, princípios e valores relacionados à honra e a dignidade humana. Uma mulher que quebrou muitos paradigmas culturais de sua época e de seu convívio social. Essencial para construção da minha subjetividade. Que sua Força possa reverberar em minhas lembranças e em meu coração.

Agradeço aos meus irmãos, familiares e amigos, pelo apoio e pelas palavras de motivação e carinho.

Agradeço ao Professor Doutor Félix Neto por transcender o espaço dual de ensino e proporcionar ensinamentos que levarei por toda minha vida. Agradeço por sua atenção e disposição nos últimos meses.

Resumo

O envelhecimento populacional tornou-se uma realidade cada vez mais evidente e vem alterando a forma demográfica em muitos países. Apesar deste fenómeno ser visto como uma grande conquista e progresso da humanidade, devido aos efeitos da melhoria das condições de vida da população, há outros fatores que devem ser considerados neste novo contexto de envelhecimento. As condições materiais de vida, saúde e bem-estar, isolamento familiar e social, entre outros temas, chamam cada vez mais a atenção das áreas científicas. Estas mudanças exigem capacidades de adaptação que ocorrem de forma diferente para cada indivíduo, que reagirá de acordo com os recursos disponíveis e em potenciais. Sendo assim, os idosos devem ser vistos por uma perspectiva heterogênea, livres de estereótipos negativos e discriminatórios. Não obstante às mudanças sóciodemográficas, dificuldades económicas, somadas ao preconceito e desvalorização, verifica-se um aumento das dificuldades de alguns idosos em permanecerem no meio familiar e social. A família que antes era a principal responsável pelo cuidado dos idosos, hoje transfere estes cuidados para instituições específicas. Apesar das instituições terem um papel vital para a organização e funcionamento da sociedade, na prática muitas destas instituições não atingem estes propósitos. O objetivo desta investigação foi analisar se o contexto habitacional influencia o bem-estar subjetivo dos idosos. Especificamente, analisar a relação entre a solidão, à satisfação com a vida, vontade de viver e saúde mental. O presente estudo utilizou o método quantitativo, descritivo, comparativo transversal e foram avaliados dois grupos: o primeiro grupo com 60 participantes institucionalizados e o segundo grupo com 60 participantes não institucionalizados da região do grande Porto em Portugal. A regra para inclusão no estudo foi ter 65 anos ou mais e não ter complicações mentais graves. Os resultados da pesquisa mostraram idosos institucionalizados com maiores níveis de solidão, menores níveis de satisfação com a vida e de vontade de viver, maiores níveis de depressão e stress em comparação aos idosos que viviam na comunidade. Concluimos neste estudo que a institucionalização pode ser um fator negativo na vida dos idosos institucionalizados em comparação aos idosos que vivem na comunidade. E estudo vai ao encontro da literatura que postula a institucionalização não atinge seus objetivos de bem-estar e saúde subjetiva nos lares devido a vários fatores. Às perdas, isolamento, distanciamento social, pouca comunicação e interação e carência afetiva impactam de forma direta e negativa o bem-estar dos idosos.

Palavras-chave: Bem-estar subjetivo; Envelhecimento; Idosos; Institucionalização; Saúde-mental.

Abstract

An aging population has become increasingly noticeable in our times and has been changing the pattern of demographics in many countries. Although this process is seen as a great achievement and progress for humanity, due to the effects of improving the living conditions of the population, there are other factors that must be considered in this new context of aging. The material conditions of life, health and well-being, family and social isolation, among other topics, are of interest in several scientific areas. These changes require adaptive capacities that occur differently for each individual, who will react according to available and potential resources. Therefore, the elderly should be seen from a heterogeneous perspective, free from negative and discriminatory stereotypes. With socio-demographic changes, economic difficulties, as well as prejudice and lack of due respect, there is furthermore an increase in the difficulties of some elderly people to remain in the family and social environment. The family that was previously responsible for the care of the elderly, today transfers this care to specific institutions. Although institutions play a vital role in the organization and functioning of society, in practice many of these institutions do not achieve these purposes. The aim of this investigation was to analyze whether the housing context influences the subjective well-being of the elderly. Specifically, in relation to loneliness, satisfaction with life, will to live, anxiety, depression and stress. The present study used the quantitative, descriptive, cross-sectional method and two groups were evaluated: the first group with 60 institutionalized participants and the second group with 60 non-institutionalized participants from the greater Porto region in Portugal. The rule for inclusion in the study was to be 65 years old or older and not have serious mental complications. The survey results showed institutionalized elderly people with higher levels of loneliness, lower levels of satisfaction with life and willingness to live, higher levels of depression and stress compared to elderly people who lived in the community. We concluded in this study that institutionalization can be a negative factor in the lives of institutionalized elderly people compared to elderly people living in the community. Moreover, the study goes against what the literature postulates, since our scientific data show that institutionalization does not reach its objectives of well-being and subjective health in homes due to several factors. Losses, isolation, social distance, poor communication and interaction and lack of affection directly and negatively impact the well-being of the elderly.

Keywords: Subjective well-being; Aging; Seniors; Institutionalization.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	7
2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO	9
2.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO	9
2.2 SOLIDÃO	11
2.3 SATISFAÇÃO COM A VIDA	14
2.4 VONTADE DE VIVER	15
2.5 ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS.....	16
2.6 INSTITUCIONALIZAÇÃO	19
3 OBJETIVOS	23
3.1 OBJETIVO GERAL	23
3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	24
4 METODOLOGIA	28
4.1 AMOSTRA	29
4.2 INSTRUMENTOS	29
4.3 PROCEDIMENTO	34
5 RESULTADOS	35
6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	43
7 CONCLUSÃO.....	45
REFERÊNCIAS	47
ANEXOS.....	57

1 INTRODUÇÃO

Em nosso mundo contemporâneo o envelhecimento acelerado das sociedades torna-se uma realidade cada vez mais evidente e vem alterando a forma demográfica em muitos países, principalmente no contexto europeu. Esta realidade além de ser evidente na Europa, é um processo que tende a progredir para a população mundial nos próximos anos (Aboim, 2014).

A população Europeia está em processo de envelhecimento e segundo informações da base estatística da União Europeia Eurostat (2018) no ano de 2017 aproximadamente 19% da população da União Européia tinham 65 anos ou mais. E a previsão é que este número mais que dobre de tamanho, o que fará com que as pessoas de 80 anos ou mais atinjam cerca de 13% da população total.

Este processo de envelhecimento populacional é visto como uma grande conquista cultural de um povo em relação ao progresso da humanização, fato este que mostra os efeitos da melhoria das condições de vida da população de modo geral (Veras, 2009).

A literatura mostra que o aumento da expectativa média de vida, o baixo índice de natalidade e os avanços tecnológicos são fatores que influenciam diretamente este processo, e traz novas possibilidades e desafios para as sociedades. Como por exemplo, as condições materiais de vida, a transição para reforma, o declínio da saúde, vitalidade física, isolamento familiar e social, entre outros temas que passaram a chamar a atenção das áreas científicas e sociais (Aboim, 2014). Como efeito deste fenómeno, teremos uma população mais envelhecida e a Psicologia Social tem papel fundamental no campo da investigação e intervenção para estas possíveis novas demandas.

Este processo de envelhecimento é um período de muitas alterações a nível biológico, psicológico e social, que promove significativas mudanças nas relações com o mundo objetivo e subjetivo de cada indivíduo (Barata, 2010). Estas mudanças exigem capacidades de adaptação que ocorrem de maneira diferente para cada pessoa, que reagirá de acordo com seus recursos disponíveis e em potenciais (Lima, 2006).

Deste modo, os idosos, como representantes deste grupo etário dos mais velhos não devem ser considerados como homogêneos. No decorrer do desenvolvimento humano as pessoas se tornam cada vez mais individualizadas com o passar dos anos e os idosos constituem uma categoria de pessoas altamente diferenciadas, abrangendo as pessoas mais sábias da sociedade e também as mais dementes (Neto et al, 2004).

Dentro de todas as possibilidades e capacidades desenvolvidas durante seu percurso de vida os idosos são capazes de usufruir de amplo leque de atividades, pois a maioria mantém-

se razoavelmente saudável pelo menos até os 75 anos. Apesar disso, ainda são relacionados como um grupo inferiorizado com poucas habilidades, sofrendo com o idadismo que os coloca em um lugar discriminatório e preconceituoso, reforçando uma crença negativa sobre idade e envelhecimento (Neto et al, 2004).

O Inquérito Europeu sobre Qualidade de Vida (EUROFOUND, 2016) revelou uma melhoria geral nos indicadores de qualidade da sociedade comparada com o estudo anterior feito em 2011. Os sentimentos de exclusão social e as tensões percebidas entre pobres e ricos, homens e mulheres, jovens e idosos diminuiram. Mas, apesar do aumento nos indicadores, é necessário prosseguir ostensivamente na busca da melhoria da qualidade de vida dos idosos, que por muitas vezes encontram-se em situação global de vulnerabilidade e exclusão.

Além de enfrentarem muitas vezes situações de preconceito e sofrerem com estereótipos de gênero e etários, verifica-se um aumento das dificuldades para os idosos viverem em seu meio familiar, meio este que anteriormente era principal responsável pelo cuidado aos idosos, cuidado que nos dias atuais são transferidos para instituições específicas. Segundo Neto (2000), com a diminuição de sua atuação e participação na sociedade por parte dos idosos, podem surgir sentimentos de desvalorização e de solidão.

O bem-estar subjetivo é uma das principais dimensões neste processo de envelhecimento e segundo Paúl e Fonseca (2005), a diminuição da qualidade e da frequência das relações sociais podem impactar diretamente esta condição de bem-estar.

Com a diminuição da rede de relacionamentos na vida dos mais velhos, somados a outros fatores como a solidão e o isolamento, muitas vezes a alternativa como resposta social encontrada é a institucionalização. Os serviços prestados por estas instituições para os idosos vão do suporte técnico de cuidados pessoais, alimentação, banhos e vestimentas, até às assistências médicas (Barroso & Tapadinhas, 2006). Este suporte social muito utilizado por idosos, por vezes apresenta alguma incapacidade funcional ou possui certo grau de carência (Paúl, 1997).

Apesar do processo de institucionalização ter como um dos objetivos diminuir o impacto dos fenômenos característicos desta fase, ainda há pouca concordância em relação à qualidade e a efetividade destes serviços prestados pelas instituições de modo geral. Pois o que deveria garantir melhores níveis de bem-estar, em alguns casos, parece potencializar a imagem dos idosos como incompetentes e incapazes, estagnados por fatores ambientais e estruturais das instituições (Paúl, 1997).

Alguns autores mencionam que o processo de institucionalização tem impactos diretos e indiretos no bem-estar e na qualidade de vida dos idosos. O local estranho, com pouca privacidade, gerido por regras e horários rígidos e padronizados para todos, somados à falta

de atividades físicas e laborais, podem aumentar a debilidade física e fragilizar ainda mais a condição de saúde global dos idosos (Santos et al, 2009).

De acordo com os fatores descritos no parágrafo anterior, que se relacionam diretamente com o processo de envelhecimento, desenvolvemos neste trabalho um enquadramento teórico, à luz da Psicologia, que proporcionou uma base para nossa investigação em campo.

Desenvolvemos um estudo quantitativo com instrumentos específicos para abordar estes temas. Trilhamos este caminho para verificar as relações entre envelhecimento, solidão, satisfação com a vida, vontade de viver, ansiedade, depressão e stress. Investigamos o quanto o ambiente habitacional influencia ou não o bem-estar e as percepções nesta fase tão importante da vida.

2 ENQUADRAMENTO TEÓRICO

2.1 ENVELHECIMENTO DEMOGRÁFICO

De acordo com a Organização das Nações Unidas (UN, 2019), o fenómeno do envelhecimento da população mundial está prestes a tornar-se uma das transformações sociais mais significativas do século XXI. Este acontecimento resulta em implicações em quase todos os sectores da sociedade, como trabalho, economia, moradia, transportes, protecção social, estruturas familiares e relações intergeracionais.

Segundo dados do relatório *World Population Outlook 2019*, em 2050, uma em cada 6 pessoas no mundo terá mais de 65 anos (16%), mais do que a proporção atual que é de uma em cada 11 pessoas (9%). De acordo com o relatório, no ano de 2018, pela primeira vez na história, as pessoas com mais de 65 anos ultrapassaram o número de crianças com menos de cinco anos em todo o mundo. A estimativa é que pessoas com 80 anos ou mais triplicará, passando de 143 milhões em 2019 para 426 milhões em 2050 (UN, 2019).

Em Portugal, a queda da natalidade e aumento da longevidade, afeta o envelhecimento demográfico de forma considerável. O índice de envelhecimento atingiu 140 idosos por cada 100 jovens em 2015. Os dados do relatório da Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (UNECE, 2017), mostraram que no ano de 2015, 2,1 milhões de pessoas tinham 65 anos ou mais, parcela que representa quase 20% da população portuguesa. De acordo com as projeções nacionais, prevê-se que em 2030 este percentual alcance os 26% e em 2060 quase

30% da população. O número de pessoas com 80 anos ou mais poderá duplicar entre 2015 e 2060, saindo dos 614 mil para 1421 mil indivíduos.

De acordo com Neto et al. (2004), a partir da segunda metade do século XX surgiu nas sociedades desenvolvidas o envelhecimento demográfico. As taxas de nascimento na maior parte dos países europeus têm diminuindo no decorrer das décadas, enquanto o ritmo de crescimento de pessoas idosas está a aumentar. Este processo não se relaciona diretamente com o maior tempo de vida dos idosos e sim pela baixa quantidade de pessoas mais jovens.

Esta modificação demográfica faz emergir novas questões não apenas económicas e sociais, mas também questões no âmbito da Psicologia, para que possa dar seu contributo através de novas estratégias e atitudes em relação ao fenómeno do envelhecimento. Devido ao processo de envelhecimento da população global, as mudanças nas condições de vida tem desafiado a posição dos idosos em quase todas as sociedades (Neto et al, 2004).

Essas alterações também afetam diretamente a estrutura da familiar, suas tradições e valores. O espaço familiar que antes era reconhecido como espaço que prestava apoio aos seus idosos, hoje diminuído, possui uma quantidade cada vez menor de membros. O que altera a relação afetiva, a segurança e os cuidados. Em muitos casos, este processo impossibilita a convivência com os mais velhos e abre caminho para a possibilidade das instituições acolherem esses idosos. Segundo Marquet et al. (2016) este é um fenómeno que decorre dos avanços dos processos da modernização e alteração demográfica da população global.

De acordo com Neto et al. (2004), os idosos em sua grande maioria, são capazes de usufruir de amplo leque de atividades, pois a maioria mantém-se razoavelmente saudável pelo menos até os 75 anos, mas apesar da confirmação deste fato, ainda existem muitas percepções baseadas em estereótipos negativos e com o idadismo, que afetam e colocam os idosos em um lugar de discriminação, preconceito, privação e diminuição da auto-estima.

Segundo Butler (1978, como citado em Neto et al, 2004, p. 277), o idadismo é considerado uma “profunda desordem psicossocial caracterizada pelo preconceito institucional e individual contra idosos, estereótipos, elaboração de mitos, aversão, e/ou evitamento”, e possui três aspectos distintos que se relacionam entre si: atitudes preconceituosas em relação às pessoas idosas e ao processo de envelhecimento, práticas discriminatórias contra idosos sobre emprego e papéis sociais, e práticas e políticas institucionais permeadas por crenças estereotipadas, que diminuem as oportunidades de uma vida satisfatória e enfraquece sua dignidade.

Outros fatores como a distribuição de recursos, educação e a classe social também afetam o processo de envelhecimento, assim como a política social sobre saúde pública

influencia a esperança de vida da população, ou seja, boas condições de educação e recursos podem melhorar o envelhecimento (Maddox, 1990 como citado em Neto et al, 2004, p. 276).

De acordo com Neto et al. (2004, p. 295), maior responsabilidade e controle sobre as escolhas pode tornar as pessoas mais saudáveis e felizes. Quando uma sociedade priva os idosos de tal controle por meio de “rótulos estereotipados e institucionalização desprovida de imaginação pode também privar essas pessoas da sua felicidade e saúde.”

Não obstante às grandes mudanças sóciodemográficas, somadas as situações económicas e a interferência negativa de estereótipos de género e etários, verifica-se um aumento das dificuldades para alguns idosos viverem em seu meio familiar e social. A família, que antes era principal responsável pelo cuidado aos idosos, agora transfere estes cuidados para instituições específicas. Esta alteração nem sempre traz resultados positivos em relação ao bem-estar dos idosos, que por vezes perdem sua autonomia, independência e rede de vínculos sociais. De acordo com Neto (2000) com a diminuição da actuação e participação dos idosos na sociedade podem surgir sentimentos de desvalorização e de solidão.

O estereótipo cultural que as pessoas mais velhas são pessoas solitárias, não se confirma em todos os estudos realizados. Segundo Neto (2000), a tendência geral é que a solidão diminui proporcionalmente ao aumento da idade.

Dentro deste contexto descrito, em que a combinação do processo de envelhecimento com as mudanças abruptas na estrutura social e familiar, somado aos atravessamentos de estereótipos negativos, idadismo e as perdas que esta fase da vida trás, como poderão os idosos não sofrerem com os impactos negativos de tais mudanças? Neste sentido o bem-estar e a saúde mental, nomeadamente a solidão, satisfação com a vida, vontade de viver, ansiedade, depressão e stress tornam-se indicadores importantes para estimar a saúde e bem-estar psicológico dos idosos nos tempos actuais.

2.2 SOLIDÃO

*“Solidão é lava, que cobre tudo
amargura em minha boca
sorri seus dentes de chumbo
solidão palavra cavada no coração
resignado e mudo
no compasso da desilusão”*

(Paulinho da Viola)

*“A solidão é fera, a solidão devora.
É amiga das horas prima irmã do tempo,
e faz nossos relógios caminharem lentos,*

causando um descompasso no meu coração.”
(Alceu Valença)

Em Portugal foram contabilizados no ano de 2018 cerca de 45.563 idosos que vivem sozinhos e/ou isolados ou em situação de vulnerabilidade (GNR, 2019). De acordo com as informações do Censo Sénior divulgado no ano de 2019, da Guarda Nacional Republicana (GNR), esta situação de isolamento e vulnerabilidade ocorre em razão da condição física, psicológica ou outra que possa colocar a segurança dos idosos em causa.

A solidão por se tratar de uma experiência subjetiva, pode ser imbuída de significados diferentes que variam entre cada pessoa. Para Neto (2000), a solidão não é algo que sente quando está só, pois podemos sentir solidão quando estamos sozinhos ou em meio a relacionamentos. A essência da solidão relaciona-se com as nossas insatisfações aos nossos relacionamentos sociais.

Peplau e Perlman, (1982 como citado em Neto, 2000, p. 321) apresentam alguns aspectos trazidos pela literatura em relação à solidão: “uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com isolamento objetivo, experiência subjetiva psicologicamente desagradável para o indivíduo, a solidão resulta de alguma forma de relacionamento deficiente”.

“A solidão é causada não por estar só, mas por estar sem alguma relação precisa de que se sente a necessidade ou conjunto de relações... A solidão aparece sempre como sendo uma resposta à ausência de algum tipo particular de relação ou, mais precisamente, uma resposta à ausência de alguma provisão relacional particular” (Weiss, 1973 como citado em Neto, 2000, p. 322).

“Defino solidão como ausência ou ausência percebida de relações sociais satisfatórias, acompanhada de sintomas de malestar psicológico que estão relacionados com a ausência actual ou percebida... Proponho que as relações sociais possam ser tratadas como uma classe particular de reforço... Por isso, a solidão pode ser vista como uma resposta à ausência de reforços sociais importantes” (Young, 1998 como citado em Neto, 2000, p. 323).

“Uma condição estável de malestar emocional que surge quando uma pessoa se sente afastada, incompreendida, ou rejeitada pelas outras pessoas e/ou lhe faltam parceiros sociais apropriados para as atividades desejadas, em particular atividades que lhe propiciam uma fonte de integração social e oportunidades para intimidade emocional” (Rook, 1984 como citado em Neto, 2000, p. 323).

A solidão pode ser abordada como um estado psicológico temporário em momentos e situações diferentes de sua existência. O indivíduo poderá ter “uma curta experiência de solidão ou pode ser uma pessoa só” (Neto, 2000, p. 324).

Outro fator para classificar a solidão tem sido o “défice social implicado”. De acordo com Weiss (1973 como citado por Neto, 2000 p. 324) a solidão pode ser diferenciada entre

solidão social e solidão emocional. A solidão social relaciona-se com a insatisfação devido ao défice de sua rede social de amigos ou de pessoas conhecidas. E a solidão emocional está relacionada com as relações pessoais, mais íntimas. Sendo esta considerada pelo autor como sendo “a forma mais dolorosa de isolamento”.

Em um estudo de Russel et al. (1984 como citado por Neto, 2000, p. 325), foi apresentado que as medidas de solidão social e emocional estavam associadas, respectivamente, à falta de amizade e de relações íntimas, partilhando entre si um núcleo comum de mal-estar, além dos elementos de cada experiência subjetiva.

Segundo Neto (2000, p. 325), quando uma pessoa sente-se sozinha, pode sentir angústia, insatisfação e exclusão”, experiência que não é vivida da mesma forma por todos. Cada pessoa poderá sentir-se de uma forma, podendo apresentar em suas experiências da solidão “desejos de passado, frustração com o presente e medos acerca do futuro”.

A solidão como experiência subjetiva e complexa, pode estar associada a uma gama de sentimentos. Rubenstein e Shaver (1982 como citado por Neto, 2000, p. 326), encontraram quatro conjuntos de sentimentos que as pessoas relataram sentir quando estão sós: “desespero, depressão, aborrecimento impaciente e auto-depreciação”.

De acordo com Pais (2006), a solidão, especificamente para alguns idosos, pode chegar juntamente com as reformas da vida ativa e com as doenças que chegam com o avançar da idade. Estes processos podem ser acumulativos, principalmente em lares para idosos.

A solidão deve nos chamar a atenção quando há juntamente com o processo de envelhecimento o processo de institucionalização. Em grande parte dos casos, o ingresso em lares é feito por escolha dos familiares, por acordo entre a família e idoso ou quando o idoso vive só e não quer constituir-se um fardo para os familiares, e também quando estes não fornecem a ajuda necessária para os mais velhos. Como efeito desta mudança na vida do idoso, pode ocorrer um afrouxamento dos laços afetivos entre os envolvidos, que podem causar no idoso sentimentos de insegurança e solidão (Pais, 2006, p. 164).

Segundo Pais (2006), o ingresso nos lares não significa necessariamente a ruptura dos antigos laços com a família. Para muitos a falta de proximidade é o factor que levou a ingressar neste tipo serviço, pois a falta de cuidados, o medo de se tornar um fardo e o medo de morrerem abandonados, faz com que escolham viver nos lares. Estas situações podem aumentar ainda mais o sentimento de inutilidade, debilitamento físico e isolamento social.

“A tristeza torna-se desespero, não somente por nostalgia do passado, mas por desesperança no futuro. Porque são isolados, expostos à sua própria solidão?” (Pais, 2006, p.170).

2.3 SATISFAÇÃO COM A VIDA

As investigações sobre a saúde subjetiva têm aumentado nas últimas décadas. A percepção da satisfação com a vida tem recebido maior ênfase pelos pesquisadores. De acordo com Shin e Johnson (1978, citado por Neto, 1990), a satisfação com a vida está relacionada ao julgamento cognitivo e é um componente de bem-estar subjetivo das pessoas. A satisfação com a vida pode ser definida como uma avaliação global da qualidade de vida de um indivíduo de acordo com os critérios escolhidos. Esta avaliação de como os indivíduos estão satisfeitos é baseada em uma comparação com um padrão que cada sujeito definiu para si.

De acordo com Diener et. al. (1985), o bem-estar subjetivo concentra-se em julgamentos pessoais e a satisfação com a vida deve ser avaliada de modo global, abrangendo todas as áreas da vida.

A satisfação com a vida está associada ao bem-estar pessoal, relacionando-se com o bem-estar psicológico e social de cada pessoa. Deste modo, apresenta-se como um conceito variável e individual, que dependerá de aspectos diversos como as características de cada indivíduo, relações familiares e sociais, experiências de vida, condições financeiras, rede de apoio e etc. (Teixeira, 2010; Paúl & Fonseca, 2005; Santos et. al, 2009). Logo, o bem-estar subjetivo e a satisfação com a vida podem ser percebidos como consequências entre aspectos internos e as influências externas, bem como suas relações e contexto social onde está inserido (Casas, 2011).

Estudos realizados com populações mais velhas apontaram que indivíduos mais idosos têm menores índices de satisfação com a vida (Motel-Klingebiel, Kondratowitz, Tesch-Romer, 2004). Os investigadores relataram que quanto maior a idade, maior é a dependência externa, o que afeta a percepção da qualidade e satisfação com a vida (Butler & Ciarrochi, 2007).

Outras investigações apontaram no sentido oposto, mostraram que com o avançar da idade os índices de qualidade e satisfação com a vida aumentam (Pimenta et al, 2008).

Estudos com grupos de idosos apontaram melhores índices de satisfação entre idosos casados ou em união estável quando comparados aos solteiros, separados e viúvos (Teixeira, 2010; Pimenta et al, 2008; Thomopoulou, Thomopoulou & Koutsouki, 2010).

Outro fator relevante para o grupo etário dos idosos é a rede de suporte social e a participação dos idosos dentro deste contexto. A participação ativa dos idosos cria um impacto positivo em suas percepções da qualidade e satisfação com a vida. (Pimenta et al, 2008; Teixeira, 2010). Estes estudos mostraram que os idosos com relações frequentes no ambiente familiar e social tiveram maiores índices de qualidade e satisfação com a vida. Estes

estudos permitem pensarmos sobre a importância da interação social e as condições para o bem-estar subjetivo na vida dos idosos.

2.4 VONTADE DE VIVER

O esforço para ter uma vida prolongada é um instinto básico e uma força motriz natural dos seres vivos. Para nós humanos, esta pulsão existencial tem uma faceta emocional-cognitiva, que é influenciada por características da personalidade de cada pessoa e pelo ambiente sociocultural que vive. Estas características entrelaçadas são expressas em um conceito de vontade de viver (Carmel, 2001).

A vontade de viver (WTL) é um conceito de especial importância quando se trata de bem-estar subjetivo nos idosos, pois deve ser considerada a percepção de sua finitude que se aproxima e as perdas em quase todos os domínios da vida, com mais frequência nesta fase da vida, fatores que afetam de forma negativa a sua qualidade de vida. Estes processos fazem com que os idosos aumentem o confronto da questão se a vida ainda vale a pena ser vivida (Carmel, 2012).

A vontade de viver envolve fatores fisiológicos e psicológicos, sendo influenciada diretamente por valores e diretrizes da sociedade, mas a WTL é uma expressão psicológica do instinto natural dos humanos para lutar pela vida, de continuar a viver, como um compromisso com a vida. Sara Carmel (2012) apontou que na velhice, sendo a última etapa do curso da vida, os idosos seriam mais conscientes de sua vontade de viver e esta percepção é um bom indicador de bem-estar geral na velhice.

De acordo com investigações anteriores (Carmel, 2001; 2011), a vontade de viver está relacionada direta e positivamente com o bem-estar subjetivo, envolvendo a autoestima, felicidade, viver com um parceiro e com bom nível econômico. Entretanto, a vontade de viver tem associações negativas com a depressão, ansiedade, medo da morte, desesperança, isolamento social e perda de dignidade (Carmel, 2011; 2017).

Normalmente, as pessoas mais jovens não estão conscientemente preocupadas com sua vontade de viver, pois esta autoconsciência surge quando as pessoas percebem que estão se aproximando do fim de suas vidas, logo as pessoas com idades mais avançadas, expostas a maior quantidade de perdas em quase todas as áreas da vida, aumentam sua consciência sobre sua vontade de viver, constatação que foi apontada nos achados científicos entre os grupos etários e especificamente com idosos com 70 anos ou mais (Carmel & Mutran, 1997).

A vontade de viver, relacionada ao bem estar subjetivo, foi apontada como um influenciador de maior longevidade entre idosos (Levy, Slade, Kunkel, & Kasl, 2002). Outro estudo realizado com idosos mostrou que a vontade de viver declina no grupo dos mais velhos devido à proximidade até a morte (Carmel, Shrira, & Shmotkin, 2013).

Apesar de alguns avanços nos estudos, os pesquisadores sugerem que a vontade de viver é um fenómeno que merece ainda muito mais investigações no grupo etário dos idosos e na sociedade de modo geral (Carmel, 2001; 2011; Carmel, Granek, & Zamir, 2015; Chochinov et al, 2005; Damron-Rodriguez, & Carmel, 2014; George, 2012; Sinard, 2001).

2.5 ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS

A Direção Geral da Saúde (DGS, 2017) relatou que Portugal é um dos países da Europa com maior prevalência de perturbações de ansiedade e depressivas. Simultaneamente, o país é o maior consumidor europeu de benzodiazepinas (os tranquilizantes mais frequentes ou ansiolíticos) e com valores relevantes nos antidepressivos e nas bebidas alcoólicas.

A DGS (2017) considera que no grupo dos mais velhos, a problemática psíquica mais comum é a depressão, que ao contrário da demência é potencialmente tratável. Mas, por ser uma patologia com grande plasticidade, o grupo dos mais velhos apresenta em conjunto com os sintomas depressivos ou ansiosos, comprometimento de suas capacidades cognitivas como alteração da memória, desorientação temporal-espacial e perda aparente das capacidades comuns. Este quadro pode ser confundido com alguns sintomas de um processo demencial, o que pode ocultar o diagnóstico e possíveis tratamentos para depressão e ansiedade.

O Relatório do Programa Nacional de Saúde Mental do ano de 2016 (DGS, 2017) aponta um aumento expressivo nos registros de perturbações no país desde o ano de 2011, relativamente às perturbações de ansiedade e depressivas. Apesar das pessoas terem mais anos de vida, estão a viver com maiores incapacidades na área da saúde mental, o que implica em maior sofrimento de modo geral.

De acordo com estimativa da Organização Mundial de Saúde (OMS) o total de pessoas com depressão a nível mundial foi estimado em 2015, em mais de 300 milhões, dados que representam aproximadamente 4,4% da população global, registrando um número quase igual ao de pessoas sofrendo com algum tipo de transtorno de ansiedade. Como é comum as pessoas sentirem simultaneamente ambas as condições (comorbidade), não é apropriado somar estes dois números para chegar em um total de perturbações (UN, 2017).

Segundo informação do Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE, 2014), cerca de 887 mil pessoas com 15 anos ou mais apresentaram sintomas depressivos em Portugal. A frequência de pessoas com estes tipos de sintomas foi maior em faixas etárias mais avançadas; 10,6% entre 45 – 54 anos e quase 20% com 85 anos ou mais.

Para Dalgalarrodo (2008), o Manual Diagnóstico e Estatístico de transtornos Mentais (DSM) é uma das melhores referências para consulta diagnósticas em saúde. Os critérios diagnósticos para os transtornos depressivos segundo o DSM devem seguir pelo menos cinco critérios por duas semanas, com prejuízo no funcionamento psicossocial ou sofrimento significativo. “Critérios: humor deprimido; desânimo; perda do interesse; apetite; sono; anedonia; fadiga, perda de energia; pessimismo; baixa autoestima; concentração prejudicada; pensamentos de morte ou suicídio; retardo/agitação psicomotora.” (Dalgalarrodo, 2008, p. 310).

Estes sintomas impactam negativamente a vida quotidiana do indivíduo de forma douradora ou recorrente e coloca a depressão entre as principais causas de incapacidade no mundo atual, constituindo-se como uma verdadeira epidemia silenciosa com alta prevalência entre idosos (Gonzalez et al, 2010).

De acordo com os números da OMS, a depressão é mais prevalente no sexo feminino (5,1% da população global), comparativamente ao sexo masculino (3,6%). As taxas de prevalência variam de acordo com a idade e são maiores na idade adulta mais avançada: 7,5% entre as mulheres com 55-74 anos e 5,5% entre homens da mesma faixa etária (DGS, 2017).

Já as perturbações de ansiedade referem-se a um grupo de distúrbios mentais que é caracterizado por sentimentos de ansiedade e medo, incluindo perturbação generalizada, perturbação obsessiva compulsiva, pânico, fobias, stress pós-traumático, entre outros. Os sintomas podem variar entre ligeiros à graves e a duração dos sintomas pode ser variado (DGS, 2017).

A ansiedade pode ser considerada como uma resposta adaptativa do organismo por meio de processos fisiológicos, comportamentais e cognitivos. Estes processos geram um estado de ativação e se altera face a um sinal de perigo, ameaça física ou psicológica (Ruiz, Cuadrado, & Rodriguez, 2001).

A proporção da população global com perturbações de ansiedade em 2015 foi estimada em 3,6%. Assim como ocorre na depressão, a prevalência é maior entre as mulheres (4,6% em comparação aos homens, a nível global), Entre os grupos etários, a taxa de prevalência de ansiedade não é muito significativa, mas há uma tendência observável para menor prevalência entre as pessoas mais idosas. A estimativa de pessoas com perturbações de

ansiedade no mundo em 2015 foi de 264 milhões, que representou um aumento de 14,9% em relação aos estudos feitos em 2005 (DGS, 2017).

O stress pode ser definido como um processo complexo gerado por uma resposta inespecífica do indivíduo a um stressor interno ou externo. O stress pode produzir reações cognitivas, comportamentais, fisiológicas que dependem da discrepância entre a forma que o sujeito percebe o stressor e como percebe a sua capacidade de lidar com o mesmo (Lipp, 2006; Margis, Picon, Cosner, & Silveira, 2003; Ribeiro, 2005).

A ansiedade, a depressão e o stress estão presentes em muitos estudos no campo da saúde mental e servem de base para estudos em Psicologia e Psicopatologia. Estas dimensões distintas costumam estar estreitamente relacionadas e são difíceis de diferenciá-las empiricamente, devido a forte associação entre os sintomas e suas comorbidades (Watson et al, 1995).

Devido a esta questão, Clark e Watson (1991), propuseram um modelo tripartido, dividindo os sintomas de ansiedade e depressão em três estruturas básicas. A primeira estrutura foi designada como distress ou afecto negativo, esta estrutura inclui sintomas que são experimentados tanto por indivíduos deprimidos, como por ansiosos; como insônia, desconforto, insatisfação, irritabilidade e outros. A estrutura especificamente relacionada à ansiedade foi composta com a tensão somática e hiperatividade. A estrutura específica da depressão composta por sintomas de anedonia e ausência de afecto positivo.

Para operacionalizar este modelo foi construída a escala a *Depression Anxiety Stress Scale* (DASS) de Lovibond e Lovibond (1995), que na língua portuguesa é designada como escala de Ansiedade Depressão e Stress (EADS). A escala propôs englobar a totalidade dos sintomas de ansiedade e depressão e ao mesmo tempo, satisfazer os padrões elevados de critérios psicométricos. O estudo factorial desta escala apresentou um novo fator, os itens menos discriminativos das duas dimensões referiam-se a dificuldade em relaxar, tensão nervosa, irritabilidade e agitação, que foram denominados pelos autores como itens de stress.

Os autores propuseram uma classificação de diferença de graus entre cinco posições, variando entre normal a muito grave. Para os autores a caracterização dos itens da escala de ansiedade enfatizam as ligações entre ansiedade e respostas de medo, a depressão relacionada a perda de autoestima e de motivação, associada a baixa probabilidade em alcançar objetivos da vida significativos. O stress sugere estados de excitação e tensão persistentes, baixo nível de resistência à frustração e desilusão (Lovibond & Lovibond, 1995).

De acordo com a literatura, as questões da saúde mental, relativamente a perturbações de ansiedade e depressão podem ser influenciadas por diversos fatores, como fatores biológicos ou de personalidade (Seguin, Manion, Cloutier, McEvoy, & Cappelli, 2003),

história familiar de depressão (Cook, Peterson, & Sheldon, 2009), acúmulo de experiências de vida adversas, negligência parental ou perdas na infância (Seguin et al, 2003).

Muitos estudos relacionam também tipos de abuso como negligência e violência com a idade que ocorrem episódios, que podem produzir efeitos traumáticos a nível emocional e fisiológico cerebral. Estes efeitos poderão influenciar no comportamento do sujeito e potencializar perturbações depressivas ou ansiosas (Matos et al, 2015; Redondo, 2015). Além da questão temporal da causa ou surgimento dos sintomas, a questão do ambiente social pode ser uma peça fundamental para promover melhoria na saúde mental, diminuindo a ansiedade, depressão e stress patológicos.

Em um estudo realizado com 903 idosos no Brasil, a ausência de perturbações depressivas relacionou-se com suporte social satisfatório, e os autores enfatizaram a importância do suporte social como um dos fatores protetores contra perturbações mentais (Batistoni et al, 2009). Outro estudo com o grupo dos mais velhos e suporte social (Fuller-Iglesias, Sellars, & Antonucci, 2008), mostrou que quanto maior o tamanho da rede, menos sintomas depressivos e maior satisfação com a vida. Os idosos que relataram mais características positivas em seus relacionamentos, também apresentaram menos sintomas depressivos e maior satisfação com a vida.

2.6 INSTITUCIONALIZAÇÃO

A institucionalização é um suporte social muito utilizado pelos mais velhos que apresentam alguma incapacidade funcional ou que possuem carências sociais (Paúl, 1997). Os serviços prestados por estas instituições específicas, conhecidas como “lares”, vão desde o suporte técnico de cuidados pessoais, alimentação, banhos, vestimentas até às assistências médicas (Barroso & Tapadinhas, 2006).

O papel das instituições é vital para a boa organização e funcionamento da sociedade atual. A perda da autonomia devido às questões de saúde, perda do parceiro conjugal e a falta de apoio social e familiar, são impulsionadores para as famílias optarem pela institucionalização de seus idosos. Neste processo, a instituição deve proporcionar aos idosos os cuidados básicos de sobrevivência; higiene e alimentação, além da sensação de segurança, tanto para os utentes, quanto para seus familiares (Neto & Côrte Real, 2013).

De acordo com informações geridas pelo Gabinete de Estratégia e Planeamento divulgados pela Carta Social (2015), no ano de 2014 foram registados em Portugal mais de 82 mil utentes nas Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). De acordo com a Carta

Social este número de idosos institucionalizados tende a crescer a cada ano.

Uma estrutura de residência permanente, um lar de idoso, é uma resposta social destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente para as pessoas mais velhas. De acordo com as informações da ISS (2016), esta resposta social deve: proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas; contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo; criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar; potencializar a integração social.

A Constituição da República Portuguesa (1976), artigo 72º descreve que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”.

Um dos objetivos da institucionalização é amenizar o impacto dos fenómenos característicos desta fase da vida. Impactos como as dificuldades funcionais do dia-a-dia, carências sociais e o isolamento. Apesar de terem o intuito da promoção da melhoria da qualidade de vida dos idosos, a literatura tem mostrado que por vezes estes objetivos não chegam a ser alcançados na sua totalidade, pois a qualidade da prestação deste tipo de serviço deixa a desejar. Por vezes, o que deveria garantir bem-estar, na prática parece não apresentar bons resultados e muitas vezes cristalizam uma imagem dos idosos como pessoas incapazes (Paúl, 1997).

Para garantir uma boa aceitação e adaptação neste processo de mudança e para contribuir de forma positiva na qualidade de vida dos idosos, a instituição deve oferecer melhorias perceptíveis na alimentação, higiene e nos cuidados médicos, além de promover atividades que estimulem a cognição e a interação social (Tobin, 1989).

De acordo com Barroso e Tapadinhas, (2006), muitos idosos resistem em saírem de suas casas, sendo alguns obrigados a irem para o lar, mesmo que contra vontade e mediante aos graves problemas de saúde e autonomia. Nestes casos, o ingresso na instituição torna-se moroso e pode causar fortes sentimentos de solidão e abandono.

Este impacto do processo de institucionalização é dinâmico e cada sujeito sente e reage a sua própria maneira. O histórico de relações familiares, sociais e tipo de moradia que tinha anteriormente, pode influenciar negativa ou positivamente esta adaptação. Logo, o desenvolvimento ou não de sintomas depressivos ou ansiosos também será diferente para cada idoso (Achterberg, Pot, Kerkstra, & Ribbe, 2006).

Segundo Melo e Neto (2003), a instituição pode não ser uma boa solução para quem quer ter um final de vida tranquilo, pois muitas vezes ao entrar em um Lar, o idoso tem dificuldade na questão de sua privacidade, que por muitas vezes não é respeitada. Nestas

condições, o envelhecer pode ser acompanhado de sentimentos negativos como inutilidade e desesperança.

Apesar de poucas divergências das investigações, de modo geral, a literatura mostra que estes resultados menos favoráveis ocorrem devido às perdas e ao isolamento que a institucionalização causa na vida dos idosos (Carneiro, Falcone, Clark, Prette, & Prette, 2007).

De acordo com Oldman e Quilgars (1999), grande parte dos investigadores apresentam críticas negativas em relação aos cuidados e condições das instituições, mas segundo os autores, os idosos que recebem os cuidados de seus familiares, muitas vezes conseguem preservar certo grau de autonomia, identidade e suas memórias (Oldman & Quilgars, 1999).

Já no contexto institucional, os idosos estão sob o controle exclusivo de cuidadores, que por regra devem enquadrar a todos às normas de funcionamento e procedimentos que limitam a privacidade, autonomia e identidade dos idosos. Ou seja, a padronização dos cuidados, padroniza a rotina e controla de forma intrusiva o dia-a-dia das pessoas institucionalizadas (Twigg, 1997).

Por vezes, o processo de institucionalização gera muitas perdas e sofrimento na vida de grande parte dos idosos. As perdas relacionam-se com os seus pertences materiais, perda de sua rotina familiar, social e perdas psicológicas, que podem causar um impacto desestabilizador no bem-estar dessas pessoas e potencializar transtornos depressivos (Lawton, 1999).

De modo geral, quando entram para a instituição, os idosos sentem-se isolados e abandonados, esta nova situação pode aumentar o risco de desenvolver algumas patologias (Patterson, 1995). Soma-se a esta situação a dificuldade em diagnosticar os quadros depressivos em idosos que possuem outras questões que afetam o estado mental no processo de envelhecimento (Fröjd, Håkansson, Karlsson, & Molarius, 2003).

Compartilhar o mesmo ambiente todos os dias com pessoas estranhas, fazer as refeições em horários rígidos, não ter opção de escolha na organização e decoração do ambiente onde vive e se cuidado por pessoas diferentes, são vivências negativas e opostas ao conceito de “lar” que as instituições deveriam tentar preservar (Uhlenberg, 1997).

Segundo Uhlenberg (1997) as instituições para idosos apresentam três grandes problemas em suas estruturas: o elevado custo da prestação dos serviços, a baixa qualidade dos mesmos e a desumanização por eles causada. A propriedade do corpo é sistematicamente violada pelo ambiente e pelos prestadores de serviço.

De acordo com Calenti (2002), a comunidade proporciona um ambiente mais rico e estimulante comparativamente às instituições, estas que por poucas vezes, conseguem

oferecer um ambiente saudável. Segundo o autor, muitas destas instituições para idosos são consideradas como lugares frios, com pouca estimulação e muita monotomia. A consequência deste ambiente na vida dos idosos revela-se com efeitos de privação das relações e desintegração das redes sociais.

O processo de institucionalização envolve responsabilidades, crenças, valores e necessidades (Carvalho & Dias, 2011). Um conflito frequente neste contexto é o conflito entre instituição e familiares, que acusam-se de não cumprirem seus papéis pré-estabelecidos. Os profissionais envolvidos neste processo acusam os familiares por abandonarem seus idosos na instituição e os familiares acusam as instituições de não atuarem de forma integral na saúde e bem-estar dos idosos.

Geralmente, este conflito sem resolução tira o foco dos problemas subjacentes relacionados à institucionalização vividos pelos idosos que deveriam ter o apoio de ambas as partes, que deveriam atuar em conjunto para amenizar suas dificuldades e sofrimento, sem ignorar as necessidades psicológicas, afetivas e de adaptação no ambiente institucional (Freitas et al, 2006). A cooperação das partes reduz os conflitos em benefício da adaptação bem-sucedida e satisfação dos idosos (Moragas, 2004).

Por mais que a instituição tenha ótimas condições físicas e materiais, siga as normas e procedimentos para o bom funcionamento, pode fracassar ao proporcionar um ambiente impessoal e frio. A rigidez no controle retiram os hábitos individuais e adapta todos às mesmas rotinas, tirando-lhes autonomia, liberdade e suas características pessoais (Pimentel, 2005).

O idoso deve ser tratado com dignidade e igualdade, mas também deve ser valorizado em sua individualidade e ter seu espaço de privacidade. Para isso ocorrer, as instituições devem manter certo grau de flexibilidade das regras referente aos horários e rotinas individuais, sem que isso comprometa o bom funcionamento da instituição como um todo (Castro, 2010).

Este processo de flexibilização pode colaborar na promoção de um envelhecimento bem-sucedido, pois reconhece a heterogeneidade e as capacidades individuais que podem ser utilizadas para o enfrentamento das dificuldades e declínios de determinadas capacidades (Baltes & Baltes 1990).

A qualidade e a frequência das relações interpessoais também são primordiais para o bem-estar das pessoas. Quanto mais integradas e satisfeitas com a qualidade e quantidade de seus relacionamentos, melhor o estado de saúde em comparação com menos relações sociais, apesar da rede de relacionamento diminuir nesta fase da vida dos idosos (Cabral et al, 2013).

3 OBJETIVOS

De acordo com Fortin (1999), toda investigação tem que partir de uma problemática que causa mal-estar e inquietação. Exigindo aprofundamento para melhor compreensão e explicações sobre um determinado fenômeno. Ou seja, uma situação que necessita de melhorias ou soluções.

Segundo Tuckman (2000) a hipótese de uma investigação deve ter como base generalizações entre determinadas variáveis, relacionando-as com teoria e conceitos. Utiliza-se observações apropriadas e baseadas em fatos, para confirmar ou não as hipóteses de investigação. Para o autor referido, é necessário elaborar hipóteses gerais para obter respostas diretas às questões da investigação, mas é possível criar outras hipóteses específicas, para melhor explicar alguns fenômenos encontrados.

O interesse pelo tema surgiu a partir de leituras exploratórias de estudos sobre o envelhecimento e bem-estar subjetivo; nomeadamente em relação à solidão, satisfação com a vida, vontade de viver, ansiedade, depressão, stress e institucionalização de idosos, bem como os processos dinâmicos que estão relacionados às perdas e ganhos que os idosos confrontam durante o seu percurso de envelhecimento. Acreditamos que esta investigação é relevante para aprofundar questões sobre a saúde e bem-estar nos idosos, e possíveis focos estratégicos para intervenções com a Psicologia Social e Clínica.

Este tema é relevante dentro do cenário de envelhecimento demográfico que evidenciamos no cenário europeu e em grande parte do mundo. Estudar as causas e consequências da solidão, níveis da satisfação com a vida, de vontade de viver, ansiedade, depressão e stress, poderá colaborar na promoção de possíveis intervenções e fazer com que os idosos possam desfrutar de uma melhor qualidade de vida dentro de suas possibilidades. Desta forma, a investigação em campo, voltada para o bem-estar e a saúde mental dos idosos, torna-se fundamental para os profissionais e instituições de cuidado.

3.1 OBJETIVO GERAL

O presente estudo teve como objetivo comparar e analisar se o contexto habitacional influencia o bem-estar subjetivo dos idosos. Especificamente em relação à solidão, satisfação com a vida, vontade de viver e saúde mental (ansiedade, depressão e stress) no processo de envelhecimento, e verificar quais as variáveis sócio-demográficas que podem estar relacionadas com estas experiências e sentimentos entre idosos institucionalizados e não institucionalizados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comparar os níveis de solidão dos idosos institucionalizados em relação aos não institucionalizados.
- Comparar os níveis de satisfação com a vida dos idosos institucionalizados em relação aos não institucionalizados.
- Comparar os níveis de vontade de viver dos idosos institucionalizados em relação aos não institucionalizados.
- Comparar os níveis de saúde mental (ansiedade, depressão e stress) dos idosos institucionalizados em relação aos não institucionalizados.
- Analisar as possíveis relações entre as variáveis sócio-demográficas e os índices de solidão, satisfação com a vida, vontade de viver e de saúde mental entre os dois grupos de idosos.

Questão 1: Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão entre idosos institucionalizados e não institucionalizados?

Questão 2: Existem diferenças estatisticamente significativas na satisfação com a vida entre idosos institucionalizados e não institucionalizados?

Questão 3: Existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis da vontade de viver entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados?

Questão 4: Existem diferenças estatisticamente significativas na saúde mental (ansiedade, depressão e stress) nos idosos institucionalizados comparados com idosos não institucionalizados?

Questão 5: Existem diferenças significativas entre os níveis de solidão, satisfação com vida, vontade de viver, ansiedade, depressão e stress nos idosos em relação às variáveis sócio-demográficas?

Hipótese 1: Idosos institucionalizados apresentam maiores níveis de solidão em relação aos idosos não institucionalizados.

Pretendemos verificar se o processo de institucionalização é preditor de maiores níveis de solidão nos idosos como apontam alguns estudos científicos. Grande parte dos investigadores apresenta críticas negativas em relação aos cuidados e condições das instituições, reportando a vida em comunidade sendo mais favorável em relação à institucionalização (Oldman & Quilgars, 1999).

Apesar das instituições colaborarem para melhor organização social e da família, alguns estudiosos criticam o processo de institucionalização como gerador de um afastamento

do idoso do convívio social e da família, além de impor rotinas rígidas aos idosos, o que resulta em perda de identidade, independência e privacidade. Muitas vezes poderá potencializar níveis de solidão extremos (Neto & Côrte-Real, 2013).

Em uma investigação realizada com a população portuguesa (Paúl & Fonseca, 2005), verificou-se que os idosos institucionalizados sentiam-se mais sozinhos e menos agitados em relação ao processo de envelhecimento. Em contra partida, os idosos que moravam em suas residências mostraram bem-estar psicológico reduzido.

Em um estudo realizado na Finlândia, mostrou que a institucionalização está relacionada com maiores índices de solidão (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2005). No estudo de Smith (2007) verificou-se que a institucionalização e as limitações físicas relacionam-se com maiores níveis de solidão.

Hipótese 2: Idosos institucionalizados apresentam menores índices de satisfação com vida em comparação aos idosos não institucionalizados.

Para esta hipótese, partimos do pressuposto que o suporte social no contexto não institucionalizado é preditor de melhores condições e percepções de saúde de forma global. Pois existem preditores negativos no processo de institucionalização que afetam a satisfação com a vida nos idosos institucionalizados.

Em uma investigação na Tailândia (Yeh & Lo, 2004) sobre a satisfação com o suporte social de idosos não institucionalizados, conclui-se que viver só tem um efeito negativo na solidão e no suporte social. Outro estudo realizado na Tailândia concluiu que a qualidade do suporte social é um indicador de boa atividade cognitiva (Yeh & Liu, 2003).

Uma pesquisa realizada nos Estados Unidos da América também apontou para melhores níveis de saúde e satisfação relacionados com melhores níveis de apoios sociais. Verificaram que mesmo em idosos mais velhos e frágeis, o apoio social tem efeitos positivos (Choi & Wodarski, 1996).

Em um estudo realizado no Brasil com sujeitos institucionalizados e não institucionalizados, Carneiro et al. (2007), compararam os dois grupos referente às habilidades sociais, apoio social, qualidade de vida e níveis de depressividade. Os idosos institucionalizados brasileiros apresentaram alta percentagem de depressão e os idosos não institucionalizados apresentaram resultados superiores em suas habilidades sociais, apoio social e qualidade de vida.

Os autores explicam estes resultados referindo-se ao isolamento que os institucionalizados vivem; pouca comunicação entre eles, carência afetiva e a pouca interação social positiva. O estudo afirma a relação de bem-estar e satisfação com a vida e apoio social (Carneiro et al, 2007).

Para Scocco, Rapattoni e Fantoni (2006), a qualidade de vida é menor nos idosos institucionalizados em relação aos não institucionalizados. Maiores índices de sintomas psiquiátricos e demências são encontrados nas instituições em comparação ao outro grupo.

Portanto, torna-se importante efetuar estudos paralelos com outras culturas para perceber a existência ou não de similaridades com os dados encontrados anteriormente.

Hipótese 3: Idosos institucionalizados podem apresentar menores escores em relação à vontade de viver comparados com idosos não institucionalizados.

Em um realizado com idosos israelitas (Carmel & Tovel, 2014), foram avaliados fatores relacionados ao envelhecimento bem-sucedido e longevidade, e encontram escores que relacionaram-se positivamente com a vontade de viver dos participantes. Os níveis de vontade de viver, como medida de bem estar subjetivo, tem demonstrado em outros estudos que apoio social e auto-eficácia são preditores de melhores escores na vontade de viver em idosos (Jopp & Smith, 2006; Jopp & Rott, 2006; Yazicioglu et al, 2006).

Outros estudos mostraram que as mudanças na saúde física e diagnósticos de doenças afetam a satisfação com a vida e a vontade de viver (Carmel & Bernstein, 2003).

Não encontramos estudos que compararam idosos institucionalizados e não institucionalizados para verificar os níveis de vontade de viver entre os grupos. Mas, como supomos anteriormente, a vida de idosos institucionalizados tende a ter características menos favoráveis em relação à saúde física e subjetiva, além de ser empobrecida na relação com a rede social. Nossa hipótese é que a vida institucionalizada está relacionada com menores níveis de vontade de viver, se comparados com idosos não institucionalizados, que supostamente possuem mais autonomia, maior rede de apoio social, menos diagnósticos de doenças e limitações.

Hipótese 4: Idosos institucionalizados apresentam maiores níveis de ansiedade, depressão e stress em relação aos idosos não institucionalizados.

De acordo com Neto et al. (2004), tudo que prive as pessoas idosas da sua independência e do controle das suas vidas, tal como a doença mental ou acentuar a pobreza, enfraquece a auto-estima. A mudança para uma residência familiar ou para uma instituição onde as pessoas que oferecem os cuidados tomam as decisões em relação aos idosos, pode diminuir a auto-estima, que muitas vezes também podem estar relacionadas à depressão e a estados afectivos negativos como ansiedade, irritabilidade, agressividade e culpabilidade.

Dentro do processo de institucionalização, a ansiedade, como uma resposta adaptativa do organismo por meio de processos fisiológicos, comportamentais e cognitivos, pode gerar um estado de ativação devido ao desconforto e sinal de perigo (seja perigo real ou percebido), ou pela percepção de algum tipo de ameaça físico ou psicológico (Ruiz et al, 2001).

Um estudo realizado por Paúl (1993), não encontrou diferenças significativas entre idosos institucionalizados e não institucionalizados no que diz respeito à condição depressiva. A investigadora verificou que havia um grande número de idosos deprimidos, independentemente do tipo de habitação. Porém, outro estudo de depressividade (Barroso & Tapadinhas, 2006), mostrou que idosos institucionalizados apresentaram maiores níveis de depressividade em comparação com os idosos não institucionalizados.

H5: Idosos mais velhos, solteiros ou viúvos, mulheres, aqueles com menores índices de escolaridade, baixo nível socioeconômico apresentam menores níveis de satisfação com a vida e vontade de viver, e maiores níveis de solidão, ansiedade, depressão e stress.

Um dos estudos pioneiros sobre satisfação com a vida, (Medley, 1980; Spreitzer & Snyder, 1974) mostrou que mulheres mais velhas são menos satisfeitas com a vida em relação aos homens mais velhos.

Há estudos que verificaram que quanto maior a idade, maior o nível de solidão no idoso (Barretta, Dantzler, & Kayson, 1995). Apesar do acúmulo das habilidades sociais e expectativas mais realistas sobre a vida, os idosos também podem apresentar menor interesse em juntar-se a grupos e a quantidade de pessoas do seu meio social diminui gradativamente devido à ordem natural da vida. Este processo pode gerar maiores índices de solidão nos idosos. No entanto existem outras investigações que apontam que a solidão diminui com o avançar da idade (Neto, 2000).

Em relação ao gênero, frequentemente não são encontradas muitas diferenças como variável influenciadora nos níveis de solidão (Neto, 2000). Os estudos mostram que a aplicação de instrumentos de natureza indireta ou direta e inquéritos, podem apresentar resultados diferentes em relação ao gênero. Sendo as mulheres as que apresentam maiores níveis de solidão quando surge alguma diferença. Pretendemos verificar se existem e se as diferenças são significativas ou não.

De acordo com informações do Inquérito Nacional de Saúde de Portugal (INS, 2014), cerca de 887 mil pessoas com 15 anos ou mais apresentaram sintomas depressivos em Portugal. A frequência de pessoas com estes tipos de sintomas foi maior em faixas etárias mais avançadas e cerca de 70% deste número eram mulheres.

Estudos realizados para comparar diferenças entre os sexos apontaram as mulheres com resultados superiores nas escalas de ansiedade, depressão e stress em relação aos homens (Apóstolo, Figueredo, Mendes & Rodrigues, 2011; Melo, Leal, & Faria, 2006).

No que diz respeito à vontade de viver, a maioria dos estudos aponta que as mulheres idosas possuem níveis menores de vontade de viver se comparadas com os homens. Nos estudos de Carmel (2012), na velhice, apesar das mulheres viverem mais que os homens, suas

pontuações sobre a vontade de viver são mais baixas, demonstrando pouca motivação para continuar a viver e lutar pela vida.

Relativamente ao nível de escolaridades e o nível socioeconômico, a literatura aponta para menores níveis de solidão para aqueles que possuem maiores níveis literários e maiores rendimentos financeiros, pois possuem uma rede social de convívio mais alargada (Savikko et al, 2005). Weiss (1982, citado em Neto, 2000), apontou que a solidão tem maiores índices entre as pessoas com baixos níveis econômicos, comparados com pessoas com boas condições financeiras. Tempo e dinheiro podendo proporcionar momentos de lazer e boas interações entre as pessoas.

Em relação ao estado civil, existem estudos que mostram que pessoas casadas sofrem menos de solidão que os viúvos, divorciados e solteiros (Neto, 2000). No estudo de Sundstrom et al. (2009), verificou-se que morar com um companheiro está associado a menor prevalência de solidão em países da Europa. Iremos testar estas hipóteses no contexto em Portugal.

4 METODOLOGIA

O método de investigação científica é um processo sistemático que possibilita analisar fenômenos para obter respostas para questões precisas que necessitam de investigação (Fortin, 1999). O investigador verifica os fatos e formula generalizações baseadas em suas análises e interpretações.

São inúmeras as possibilidades de métodos para serem utilizados e esta diversidade é necessária para a ampliação do conhecimento científico. Existe uma distinção entre dois grandes métodos de colheita de informação científica: qualitativa e quantitativa (Gil, 1991).

O método quantitativo é um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis numericamente. O objetivo é contribuir para desenvolvimento e validação de conhecimentos. O método qualitativo é utilizado para a compreensão mais ampla de determinado fenómeno, com o objetivo de descrever e interpretá-lo (Fortin, 1999).

As investigações também podem ser classificadas em exploratórias-descritivas ou explicativas-preditivas, cada uma delas ramificando-se para muitas outras categorias. O tipo de estudo escolhido irá representar a estrutura que cada investigação utilizará para descrever, analisar, explorar ou examinar as relações entre as suas variáveis ou grupos, e verificar possíveis hipóteses (Fortin, 1999).

Optamos pelo método quantitativo devido à possibilidade de analisar dados passíveis de quantificação, tais como as escalas e dados do questionário sócio demográfico.

A presente investigação trata-se de um estudo descritivo, comparativo transversal. Pretendemos assim, descrever as características específicas dos grupos escolhidos e explicar os resultados através de comparações estatísticas entre as variáveis em um único momento.

4.1 Amostra

O estudo foi realizado com pessoas com 65 anos ou mais. Foram avaliados dois grupos: o primeiro grupo com 60 participantes institucionalizados e o segundo grupo com 60 participantes não institucionalizados da região do grande Porto em Portugal. A regra para inclusão no estudo foi de ter 65 anos ou mais e não ter complicações mentais graves.

4.2 Instrumentos

Em concordância com o objetivo deste estudo, optamos por instrumentos que permitissem analisar de forma quantitativa as questões e hipóteses da investigação relacionadas ao bem-estar subjetivo, respectivamente à solidão (escala ULS-6 e escala Selsa), satisfação com vida (escala SWS-L), vontade de viver (escala WLS), Ansiedade, depressão e stress (EADS) e o questionário sócio demográfico. Os dados foram recolhidos pelo próprio investigador em campo.

Questionário Sócio demográfico (anexo 1)

Segundo Gil (1991), a utilização do questionário é uma técnica utilizada em pesquisas para colaborar na exploração e descrição de dados. É uma técnica padronizada de levantamento de informações que poderá ser utilizada para descrever as características de determinada população ou fenómeno, além de colaborar para estabelecer relações entre possíveis variáveis.

O Questionário sócio demográfico foi aplicado com o intuito de colaborar para o alcance dos objetivos deste estudo e relacionar os níveis de solidão, satisfação com a vida, vontade de viver, ansiedade, depressão e stress com o contexto habitacional, bem como relacionar com aspectos como a idade, sexo, estado civil, entre outras variáveis.

Escala UCLA: ULS-6 (anexo 2)

A Escala UCLA, Escala de Solidão da Universidade da Califórnia é vista enquanto

estado psicológico e possui uma perspectiva unidimensional, com 20 itens. Os autores da escala trabalharam para criar um instrumento psicometricamente adequado e que estimulasse as investigações sobre a solidão (Neto, 2000).

Após passar por algumas revisões a escala foi redimensionada, em uma versão mais curta com 20 itens. O que tornou a administração mais fácil e manteve sua altamente fidedigna e validade na avaliação da solidão e na discriminação de solidão e outros constructos relacionados. (Russel et al, 1980 citados em Neto, 2000).

Em sua versão Portuguesa, a escala UCLA-R (Neto, 1989), possui 18 itens e foi validada em uma pesquisa com uma amostra de 286 estudantes da Universidade do Porto em 1987. Foi avaliada a consistência interna e o coeficiente alfa de Cronbach foi $\alpha = .87$, considerado um valor alto.

A pontuação da escala relaciona-se de forma satisfatória com outros estados emocionais e este instrumento foi avaliado e adaptado em várias outras culturas e línguas além da norte americana, como persa (Hojat, 1982), alemã (Lamm & Stephan, 1987), portuguesa (Neto, 1989) e canadense-francesa (Grâce, Joshi, & Pelletier, 1993; Dulssault, 1993).

Em sua versão reduzida, a ULS-6 obteve uma boa pontuação em relação à escala anterior, boas correlações com outras variáveis psicológicas e bom com coeficiente de alfa de Cronbach $\alpha = .77$ (Neto, 1992; 2014). Portanto mostrou-se confiável e válida, assim como as versões anteriores. Os 6 itens são avaliados em uma escala de 4 pontos variando de 1 - nunca a 4 – frequentemente (sinto falta de camaradagem; sinto que faço parte de um grupo de amigos, sinto-me excluído, sinto-me isolado dos outros, as pessoas estão a minha volta, mas não estão comigo).

A ULS-6 foi utilizada com jovens (Neto, 1992), estudantes universitários (Neto, 2006; Nazzal, Cruz, Orlanda, & Neto, 2018), imigrantes (Neto, 2002; 2016) e idosos (Neto, 2014). A escala mostrou confiabilidade e validade. Escolhemos utilizar esta escala devido a sua praticidade, confiabilidade e validade para um dos principais constructos que trabalhamos neste estudo, a solidão.

Escala SELSA (anexo 3)

A escala SELSA (Social and Emotional Loneliness Scale for Adults) de DiTommasco, Brannen e Best (2004), faz uma distinção no domínio da solidão social e emocional. A escala é um instrumento multidimensional, psicologicamente credível e viável para avaliar os níveis de solidão.

Esta escala é constituída por três sub-escalas. Possui a sub-escala social que avalia relação com rede de amigos e colegas. Para a solidão emocional possui duas sub-escalas; sub-escala romântica, que avalia o relacionamento com cônjuge e a sub-escala relações com a família, que avalia companheirismo, apoio e encorajamento (DiTommaso, Brannen, & Best, 2004).

Em sua última versão reduzida com 15 itens DiTommasco, Brannen e Best (2004), verificaram que maiores níveis na solidão social apontam para déficit na rede social com amigos e colegas. Maiores níveis na solidão romântica se relacionam com necessidades referentes à relação conjugal. Níveis elevados na solidão familiar revelam menores níveis de satisfação com as relações parentais.

As respostas podem variar entre 1 a 7, totalmente em desacordo e o totalmente de acordo respectivamente (ex.: posso contar com a ajuda dos meus amigos, sinto-me só quando estou com a minha família, tenho necessidade de uma relação romântica íntima).

Em sua tradução para versão portuguesa, Fernandes e Neto (2009) realizaram dois estudos para adaptação e validação da escala. O primeiro estudo foi realizado com 183 estudantes universitários com média de idade de 21.6 anos. A escala foi administrada em conjunto com outros instrumentos que avaliaram a solidão global, a timidez, a sociabilidade, os sintomas psicológicos, satisfação com a vida e autoestima.

O segundo estudo foi realizado com 179 idosos com média de idade de 73.05 anos, foi administrado em paralelo com a escala UCLA de solidão, avaliação da saúde subjetiva e outras questões sociodemográficas. A escala apresentou boas qualidades psicométricas e confiabilidade interna satisfatória; solidão social $\alpha = .71$, solidão familiar $\alpha = .71$ e solidão romântica $\alpha = .80$ de alfa de Cronbach. E o estudo de Neto (2015), com uma amostra de 1.209 portugueses com idade entre 18 e 90 anos avaliou os níveis de solidão social, familiar e romântica e obteve o alfa de Cronbach $\alpha = .65$ para solidão social, $\alpha = .73$ para a solidão familiar e $\alpha = .76$ para solidão romântica. Estes números reforçam a confiabilidade e a capacidade da escala para utilização no campo da investigação.

Escala de Satisfação com a Vida – SWLS (anexo 4)

A SWLS (Satisfaction With Life Scale) é um dos instrumentos mais utilizados para avaliar o bem-estar subjetivo. A Escala de Satisfação com a Vida elaborada nos Estados Unidos da América por Diener et al. (1985), tem como objetivo avaliar a percepção do indivíduo em relação à satisfação com a sua vida. Considerada uma das melhores escalas de avaliação da componente cognitiva do bem-estar subjetivo de maneira positiva ou negativa.

O estudo de validação da escala contou com 176 alunos da universidade de Ilinois/EUA e obteve uma pontuação média de 23,0 valores e um desvio padrão de 6,43. Demonstrou uma boa consistência interna ($\alpha=.87$). O no teste-reteste após 2 meses demonstrou uma boa fidedignidade ($\alpha=.82$). Foi realizado também um estudo com um grupo de 53 idosos, com uma média de idade de 75 anos. Foi verificada boa validade interna, com coeficiente Alfa de $\alpha=.69$ (Diener et al, 1985).

A primeira validação feita para a população portuguesa foi realizada por Neto, Barros e Barros (1990), que avaliou 308 professores dos ciclos do ensino básico e secundário. A consistência interna dessa versão portuguesa da SWLS apresentou o coeficiente de alfa Cronbach de $\alpha=.78$.

Em outros dois estudos, um realizado em Portugal por Neto (1993), com uma população de adolescentes e outro realizado no Brasil por Bedin e Sarriera (2014) com adolescentes e adultos, demonstram que a versão em português do SWLS apresenta propriedades psicométricas desejáveis e boas relações com outras medidas psicológicas. O que confirma que aplicação da SWLS é apropriada para diferentes faixas etárias e afirmou também sua validade transnacional.

Este instrumento para avaliar a satisfação com a vida é composto por cinco itens (estou satisfeito com a minha vida; em muitos aspetos a minha vida aproxima-se dos meus ideais; até agora, consegui obter aquilo que era importante na vida; as minhas condições de vida são excelentes; se pudesse viver a minha vida de novo, não alteraria praticamente nada). Com a possibilidade de sete respostas em uma escala tipo likert (1– discordo muito; 2 – discordo; 3- discordo um pouco; 4 – não concordo nem discordo; 5 – concordo um pouco; 6 – concordo; 7 – concordo muito).

Além de demonstrar forte consistência interna e estabilidade temporal, a SWLS em seu formato mais curto e preciso, proporciona melhor aplicabilidade em relação ao tempo e ao número de participantes, principalmente para grandes amostras.

Escala de vontade viver / WTLS - Will-to-Live Scale (anexo 5)

A autora Sara Carmel (2015) tem mostrado em suas investigações que o conceito e a escala para avaliar a vontade de viver tem diagnóstico confiável para avaliar o bem-estar geral. A autora aponta que como medida a escala WTLS é uma ferramenta simples, eficiente e fácil de ser utilizada. Especificamente com a população idosa, a WTLS tem boa aceitação entre os idosos, sendo utilizada em investigações para avaliação do bem-estar e monitoramento de mudanças em geral, particularmente no fim da vida.

A escala para avaliar a vontade de viver surgiu da necessidade de abranger de forma direta a percepção pessoal deste fenômeno, possibilitando um trabalho mais eficaz, confiável e preciso. A WTLS é composta por 5 perguntas diretas sobre autoavaliação, percepção e comparação da força de vontade de viver (ex: “na sua condição atual, gostaria de continuar vivendo por muitos anos? Em comparação com pessoas da sua idade, como avaliaria sua vontade de viver?”). As respostas são dadas através de escala tipo likert com 6 categorias.

O desenvolvimento e validação da escala foi realizado através de um estudo longitudinal no período de 3 anos com uma amostra aleatória de 868 adultos com mais de 75 anos. A escala foi administrada com outros 7 constructos que avaliam o bem-estar subjetivo. A WTLS apresentou boas propriedades psicométricas e confiabilidade medida pelo alfa de Cronbach apresentou parâmetros ideais em todos os três tempos do estudo: $\alpha = .83$, $\alpha = .86$, $\alpha = .90$ (Carmel, 2015). Esta escala foi recentemente adaptada para a língua portuguesa (Neto, Costa, Neto, & Carmel, (submitted).

De modo geral, os resultados dos estudos indicam que a WTLS é uma ferramenta concisa, confiável e válida para avaliar a vontade de viver em adultos mais velhos como um importante indicador de bem-estar subjetivo.

Escala EADS-21 – Ansiedade, depressão e stress (anexo 6)

A escala EADS-21 de autoria de Lovibond e Lovibond (1995), avalia níveis dos sintomas de ansiedade, depressão e stress experienciados na última semana. Do original Depression Anxiety Stress Scale (DASS), a escala possui 21 itens divididos em 3 subescalas com 7 questões cada e as respostas são dadas por meio de uma escala tipo Likert de 0 a 3 pontos.

De acordo com os autores, inicialmente, as escalas foram desenvolvidas de modo que os fatores começaram por serem definidos em termos de consenso clínico e posteriormente foram refinados em termos empíricos com recursos de técnicas de análise fatorial (Lovibond e Lovibond, 1995).

A subescala de depressão é composta por itens relacionados à disforia, desânimo, desvalorização da vida, auto depreciação, falta de interesse, anedonia e inércia. (ex: “não consegui sentir nenhum sentimento positivo”).

A subescala de ansiedade é composta por itens relacionados à excitação do sistema nervoso autónomo, ansiedade situacional, experiências de ansiedade subjetivas e efeitos músculo-esqueléticos (ex: “Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso”).

A subescala de stress é composta por itens relacionados com a dificuldade em relaxar, excitação nervosa, agitação, irritabilidade, impaciência e reação exagerada (ex: “tive dificuldades em me acalmar”).

Os itens da escala são frases afirmativas que remetem a sintomas emocionais negativos. É solicitado ao participante responder se o item aplicou-se a si dentro das 4 possibilidades de respostas apresentadas em uma escala tipo Likert de acordo com a gravidade ou frequência; “não se aplicou nada a mim” e “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”. Quanto mais elevado os valores encontrados, mais elevado o estado afetivo e mal-estar subjetivo dos sujeitos (Pais-Ribeiro et al, 2004). A escala foi traduzida e adaptada para o português por Pais Ribeiro, Honrado e Leal (2004) e foram realizados estudos na população de crianças e pré-adolescentes (Apostolo, Mendes, & Azevedo, 2006). Os estudos realizados com a EADS-21 têm mostrado boa qualidade psicométrica (Willemsen, Markey, Dclercq, & Vanheule, 2011) e boa consistência interna $\alpha = .85$ depressão, $\alpha = .74$ ansiedade, $\alpha = .81$ stress (Pais-Ribeiro et al, 2004).

4.3 Procedimento

O estudo foi realizado com participantes institucionalizados que residem em Lares para idosos da região do grande Porto e com idosos não institucionalizados da comunidade da mesma região. Primeiramente entramos em contato com as instituições para agendamento de uma visita para apresentação do estudo de modo geral. Após agendamento e ida a primeira visita, apresentamos o nosso estudo, os objetivos gerais e os procedimentos da pesquisa para deixar claro o propósito e a relevância do estudo. Apoiados nas questões éticas de sigilo, anonimato, confidencialidade e assistência, caso necessário, fornecemos para todos os participantes e Instituições os termos de consentimento.

Após as devidas formalizações, autorizações e consentimentos das instituições (anexo 7) e dos participantes (anexo 8), realizamos as entrevistas e as aplicações dos instrumentos da pesquisa. Os participantes que aceitaram participar do estudo foram entrevistados nos intervalos de suas atividades, sem prejudicar suas rotinas e atividades nas instituições. Este processo de coleta de dados ocorreu entre o mês de dezembro de 2019 a março de 2020. Para seleção dos participantes utilizamos a condição de idade igual ou maior que 65 anos, idosos sem complicações graves cognitivas, tanto para os participantes institucionalizados, quanto para os não institucionalizados. No processo de verificação e análise dos dados, utilizamos o sistema IBM SPSS Statistics 25 e seus recursos estatísticos descritivos, de frequência, correlação de variáveis entre outros, bem como valores, tabelas e gráficos comparativos.

5 RESULTADOS

Apresentamos a seguir os dados relacionados às principais características da amostra. Inicialmente, suas variáveis sócio-demográficas, e por fim, os resultados referentes às avaliações das escalas e as diferenças entre os grupos.

O estudo foi realizado com pessoas com 65 anos ou mais, divididos em dois grupos: o primeiro grupo com 60 participantes institucionalizados da região do grande Porto em Portugal e o segundo grupo com 60 participantes não institucionalizados da comunidade da mesma região. A regra para inclusão no estudo foi ter 65 anos ou mais e não ter complicações mentais graves.

Na Tabela 1 verificamos as características sociodemográficas do estudo. A pesquisa contou com o total de cento e vinte participantes ($N=120$), sessenta participantes institucionalizados ($n=60$), residentes em Lares da região do grande Porto e sessenta participantes de comunidades da mesma região ($n=60$), sendo 48,3% do sexo masculino e 51,7% do sexo feminino.

Referente ao estado civil dos participantes, a amostra foi constituída de 35% de pessoas viúvas ($n=42$), seguidos de 27% casados ($n=33$), 23,3% solteiros ($n=28$) e 14,2% divorciados ($n=17$).

Do total dos participantes 78% tiveram filhos ($n=94$) e 26% não tiveram filhos ($n=26$). Dentre os participantes que tiveram filhos 30% da amostra ($n=36$) tiveram 2 filhos, 23% ($n=28$) tiveram 1 filho, 21,7% ($n=26$) não tiveram filhos, 18,3% ($n=22$) tiveram 3 filhos, 5% ($n=6$) tiveram 4 filhos, 0,8% ($n=1$) tiveram 5 filhos e 0,8% ($n=1$) tiveram 6 filhos.

Relativamente ao nível de escolaridade, os números mostraram que 51,7% ($n=62$) dos participantes possuíam o ensino básico (4ª classe), 21,7% ($n=26$) não frequentaram a escola, 17,5% ($n=21$) possuíam o ensino secundário (12º ano) e 9,2% ($n=11$) possuíam o nível de ensino superior.

Tabela 1 - Características sócio-demográficas das duas amostras

Grupos	n	%	Filhos	n	%
Institucionalizados	60	50,0	Sim	94	78,3
Não Institucionalizados	60	50,0	Não	26	21,7
Total	120	100,0	Total	120	100,0
Sexo	n	%	Quantidade filhos	n	%
Homens	58	48,3	0	26	21,7
Mulheres	62	51,7	1	28	23,3
Total	120	100,0	2	36	30,0
Idade			3	22	18,3
Válido		120	4	6	5,0
Omisso		0	0	1	0,8
Idade Média		77,24	6	1	0,8
Idade mínima		65,00	Total	120	100,0
Idade máxima		99,00	Escolheu a institucionalização	n	%
Estado civil	n	%	Sim	19	31,7
Solteiro	28	23,3	Não	41	68,3
Casado	33	27,5	Total	60	100,0
Viúvo	42	35,0	Doenças	n	%
Divorciado	17	14,2	Sim	76	63,3
Total	120	100,0	Não	44	36,7
Escolaridade	n	%	Total	120	100,0
Sem escolaridade	26	21,7	Atividades	n	%
Básico (4ª ano)	62	51,7	Literatura / música	11	9,2
Secundário (12ª ano)	21	17,5	Trabalhos manuais	8	6,7
Superior	11	9,2	Atividade física	14	11,7
Total	120	100,0	Tv / internet	55	45,8
			Passeio	31	25,8
			Jogos	1	0,8
			Total	120	100,0

A coleta das informações referentes aos rendimentos financeiros foi dividida em três níveis. Os que relataram receber renda menor ou igual a 600 euros representaram 69,2% dos participantes ($n=83$), acima de 600 euros até 1.200 euros foram 20,8% ($n=25$) e acima de 1.201 euros 10% ($n=12$).

Perguntamos aos participantes se tinham algum tipo de doença crônica (não especificada) e os números foram os seguintes: 63,3% dos participantes ($n=76$) disseram ter alguma doença crônica e 36% ($n=44$) disseram não terem doenças.

Em relação às atividades que os participantes fazem para ocupar os tempos livres, os resultados mostraram que 45,8% dos participantes ($n=55$) ocupam seu tempo com TV ou Internet, 25,8% dos participantes ($n=31$) ocupam seu tempo com passeios, 11,7% dos participantes ($n=14$) praticam algum tipo de atividade física, 9,2% dos participantes ($n=11$) ocupam o tempo com leituras e ouvem música, 6,7% ($n=8$) fazem trabalhos manuais e 0,8% ($n=1$) ocupam o tempo com jogos.

Para o grupo dos participantes institucionalizados ($n=60$), fizemos algumas perguntas específicas, como opção de escolha de ir para a instituição, motivo e frequência de visitas. A maioria dos participantes deste grupo não escolheu a institucionalização 68,3% ($n=41$) e 31,7% ($n=19$) fizeram a opção em viver na instituição. Dentre os motivos da ida para a instituição 38,3% ($n=23$) disseram que foram por motivos de doença ou incapacidade, 35% ($n=21$) foram para a instituição devido à solidão e 26,7% ($n=16$) foram para a instituição por motivo de falta de suporte familiar.

Em continuidade às perguntas específicas do grupo dos participantes institucionalizados perguntamos se estes recebem visitas e qual a frequência destas visitas. A maioria dos participantes ($n=49$) recebe visitas 81,7% e 18,3% ($n=11$) não recebem visitas de amigos ou parentes. Dos participantes que recebem visitas 51% recebem visitas mensalmente, 24,1% semanalmente e 24,1% recebem visitas uma vez por ano.

Examinamos se haveria diferenças significativas segundo o sexo e a idade nas duas amostras. Na análise do Teste qui-quadrado não encontramos diferenças entre os dois grupos em relação ao sexo. No entanto, encontramos diferenças significativas na variável idade ($F=(1,118) = 11,07, p<,001$), pelo que será utilizada como co-variável. A média de idades dos participantes institucionalizados foi de $M=79,7$ ($DP=8,6$) e dos participantes não institucionalizados foi de $M=74,83$ ($DP=7,1$).

Solidão (ULS-6)

A escala de Solidão ULS-6 apresentou bom coeficiente de alfa de Cronbach $\alpha =,88$. Conforme estudos anteriores utilizados com idosos (Neto, 2014), mostrou-se novamente ser um instrumento de boa confiabilidade e validade para um dos principais constructos que investigamos nesta pesquisa. Apesar das mulheres apresentarem maior índice de solidão nesta escala ($M=2,30$; $DP=0,85$) em comparação com os homens ($M=2,27$; $DP=0,93$), não

encontramos diferenças significativas entre os sexos ($F=(1,118) = 0,04, p=0,850$).

Tabela 2 – ULS-6: Solidão comparação entre sexos.

ULS-6	N	Média	DP
Homens	58	2,27	,94
Mulheres	62	2,30	,85
Total	120	2,29	,89

Já na análise comparativa entre os dois grupos de idosos; institucionalizados e não institucionalizados, encontramos diferenças significativas ($F=(1,117) = 76,64, p=<,001$).

Os resultados mostraram que os idosos não institucionalizados apresentaram menor nível de solidão na escala ULS-6 ($M=1,71$; $DP=0,63$) comparados com os idosos institucionalizados ($M=2,86$; $DP=0,72$).

Tabela 3 – ULS-6: Solidão entre institucionalizados e não institucionalizados.

ULS-6	Média	DP	N
Institucionalizados	2,86	,72	60
Não Institucionalizados	1,71	,63	60
Total	2,29	,89	120

Solidão Familiar, Social e Romântica (Escala SELSA)

A escala SELSA de solidão, que avalia a solidão em três subescalas com cinco itens cada uma, apresentou bons coeficientes de confiabilidade. Para os itens que avaliam a Solidão Familiar apresentou alfa de Cronbach de $\alpha =,91$, para os itens que avaliam a Solidão Social $\alpha =,87$ e para os itens que avaliam a Solidão Romântica o alfa de Cronbach foi $\alpha =,67$ conforme tabela abaixo.

Os resultados apontam diferenças entre homens e mulheres nas três subescalas, mas não encontramos diferenças estatisticamente significativas entre sexos. Os homens apresentaram maiores índices de Solidão Familiar ($M=3,97$; $DP=1,82$) comparados com as mulheres ($M=2,24$; $DP=1,34$).

Os homens apresentaram também maiores níveis na subescala de Solidão Social ($M=3,49$; $DP=1,70$) comparados com as mulheres ($M=3,39$; $DP=1,57$). Na subescala de Solidão romântica as mulheres apresentaram maiores níveis de solidão ($M=4,78$; $DP=1,55$) em relação aos homens ($M=4,32$; $DP=1,89$).

Tabela 4 – SELSA - Solidão familiar, social e romântica entre sexos.

SELSA		N	Média	DP
Familiar	Homens	58	3,26	1,91
	Mulheres	62	2,97	1,72
	Total	120	3,11	1,81
Social	Homens	58	3,49	1,70
	Mulheres	62	3,39	1,57
	Total	120	3,44	1,63
Romântica	Homens	58	4,32	1,89
	Mulheres	62	4,79	1,14
	Total	120	4,56	1,56

Quando analisados os dois grupos de idosos; institucionalizados e não Institucionalizados, encontramos diferenças nas três subescalas de Solidão.

Os participantes Institucionalizados mostraram índices superiores na subescala de Solidão Familiar (M=3,97; DP=1,82) comparados aos não institucionalizados (M=2,24; DP=1,82), valor estatisticamente significativo ($F=(1,117) = 36,65, p<,001$).

Na subescala de Solidão Social os participantes Institucionalizados apresentaram índices superiores (M=4,47; DP=1,35) comparados o grupo dos participantes não institucionalizados (M=2,39; DP=1,15), diferença esta estatisticamente significativa ($F=(1,117) = 72,79, p<,001$).

Na subescala de Solidão Romântica os participantes Institucionalizados apresentaram maiores índices (M=5,09; DP=0,99) comparados o grupo dos participantes não institucionalizados (M=4,03; DP=1,82), diferença considerável e estatisticamente significativa ($F=(1,117) = 16,77, p<,001$).

Tabela 5 – SELSA - Solidão familiar, social e romântica entre institucionalizados e não institucionalizados.

Solidão Familiar			
	Média	DP	N
Institucionalizados	3,97	1,82	60
Não Institucionalizados	2,25	1,34	60
Total	3,11	1,81	120
Solidão Social			
	Média	DP	N
Institucionalização	4,48	1,36	60
Não Institucionalizados	2,40	1,15	60
Total	3,43	1,63	120

Solidão Romântica			
	Média	DP	N
Institucionalizados	5,09	1,0	60
Não Institucionalizados	4,03	1,83	60
Total	4,56	1,56	120

Escala de Satisfação com a Vida (SWLS)

A escala de Satisfação com a Vida - SWLS (Satisfaction with life scale) mostrou uma boa consistência interna apresentando o Alfa de Cronbach de $\alpha = ,85$. Os dados obtidos permitiram a análise dos níveis de satisfação com a vida dos participantes.

Os dados analisados apontaram que as mulheres têm uma média ligeiramente superior relativamente maior grau de satisfação com a vida ($M=4,79$; $DP=1,19$) quando comparadas com os homens ($M=4,50$; $DP=1,42$). No entanto, esta diferença não é estatisticamente significativas ($F=(1,118) = 1,52, p=0,221$).

Tabela 6 - Satisfação com a vida em relação ao sexo

Satisfação com a vida	N	Média	DP
Homens	58	4,50	1,42
Mulheres	62	4,79	1,19
Total	120	4,65	1,31

Na sequência das análises, nossa pesquisa encontrou diferenças significativas entre os idosos Institucionalizados e não Institucionalizados no que se refere à satisfação com a vida ($F=(1,117) = 38,21, p<,001$). Os dados mostraram que os idosos não institucionalizados têm uma média superior relativamente ao grau de satisfação com a vida ($M=5,24$; $DP=1,07$) quando comparados com os idosos institucionalizados ($M=4,06$; $DP=1,26$).

Tabela 7 - Satisfação com a vida comparação entre institucionalizados e não institucionalizados.

SWL-S	Média	DP	N
Institucionalizados	4,06	1,26	60
Não Institucionalizados	5,24	1,08	60
Total	4,65	1,31	120

Vontade de viver

A escala de Vontade de viver - WTLS (Will-to-Live Scale) apresentou bom índice de confiabilidade interna, medida pelo Alfa de Cronbach de $\alpha = .90$. A utilização desta escala mostrou-se novamente ser uma ferramenta concisa, confiável e válida para avaliar a vontade de viver em adultos mais velhos como um bom indicador de bem-estar subjetivo, indo de encontro aos estudos realizados anteriormente (Carmel, 2015).

Em nossas análises dos resultados, os homens mostraram níveis de vontade de viver ligeiramente superiores ($M=3,56$; $DP=0,85$) quando comparados com as mulheres ($M=3,37$; $DP=1,01$), apesar desta diferença entre os grupos, os valores não são considerados estatisticamente significativos ($F(1,118) = 1,15, p=0,286$).

Tabela 8 – Vontade de viver em relação ao sexo.

WTLS	N	Média	DP
Homens	58	3,56	,86
Mulheres	62	3,37	1,02
Total	120	3,46	,94

Encontramos em nossa pesquisa diferenças significativas entre os idosos Institucionalizados e não Institucionalizados no que se refere à vontade de viver ($F = (1,117) = 22,85, p < .001$). Os valores mostraram que os idosos não institucionalizados apresentaram maior nível de vontade de viver ($M=3,88$; $DP=0,65$) quando comparados com os idosos Institucionalizados ($M=3,04$; $DP=1,00$).

Tabela 9 – Vontade de viver entre institucionalizados e não institucionalizados

WTLS	Média	DP	N
Institucionalizados	3,04	1,00	60
Não Institucionalizados	3,89	,65	60
Total	3,46	,94	120

Ansiedade, depressão e stress (EADS-21)

A escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21) apresentou bons coeficientes de confiabilidade; alfa de Cronbach. Para os itens que avaliam a ansiedade apresentou alfa de Cronbach de $\alpha = .76$, para os itens que avaliam a depressão $\alpha = .91$ e para os itens que avaliam

o stress $\alpha = ,84$.

Encontramos no presente estudo diferenças entre homens e mulheres para as 3 subescalas, em duas delas foram apontadas diferenças estatisticamente significativas.

As mulheres apresentaram nível de ansiedade superior ($M=0,51$; $DP=0,46$) em relação aos homens ($M=0,25$; $DP=0,35$), diferença esta estatisticamente significativa ($F= (1,118) = 11,55$, $p<,001$). As mulheres também mostram nível ligeiramente superior de depressão ($M=0,82$; $DP=0,70$) em relação aos homens ($M=0,70$; $DP=0,65$), diferença estatisticamente não significativa ($F= (1,118) = 0,94$, $p=0,335$).

Na subescala de stress, as mulheres mostraram níveis de stress superiores ($M=0,79$; $DP=0,58$) quando comparadas aos homens ($M=0,57$; $DP=0,48$), diferença estatisticamente significativa ($F=(1,118) = 5,50$, $p=,021$).

Tabela 10 - EADS – Ansiedade, depressão e stress em relação ao sexo.

EADS		N	Média	DP
Ansiedade	Homens	58	0,26	0,35
	Mulheres	62	0,51	0,46
	Total	120	0,39	0,42
Depressão	Homens	58	0,70	0,66
	Mulheres	62	0,82	0,70
	Total	120	0,77	0,68
Stress	Homens	58	0,57	0,48
	Mulheres	62	0,80	0,58
	Total	120	0,69	0,55

Os participantes institucionalizados apresentaram maiores níveis nos itens que avaliam a ansiedade ($M=0,44$; $DP=0,39$) em comparação aos participantes não institucionalizados ($M=0,34$; $DP=0,43$), no entanto esta diferença não é estatisticamente significativa ($F=(1,117) = 2,47$, $p=0,118$).

Os participantes institucionalizados apresentaram maiores níveis nos itens que avaliam a depressão ($M=1,14$; $DP=0,62$) em comparação aos participantes não institucionalizados ($M=0,39$; $DP=0,50$), diferença estatisticamente significativa ($F=(1,117) = 46,63$, $p=,001$).

Os participantes institucionalizados também apresentaram maiores níveis nos itens que avaliam o Stress ($M=0,81$; $DP=0,48$) em comparação aos participantes não institucionalizados ($M=0,56$; $DP=0,57$), diferença estatisticamente significativa ($F=(1,117) = 10,40$, $p=,002$).

Tabela 11 – EADS – comparação entre institucionalizados e não institucionalizados.

Ansiedade			
	Média	DP	N
Institucionalizados	,44	,40	60
Não institucionalizados	,34	,45	60
Total	,39	,43	120
Depressão			
	Média	DP	N
Institucionalizados	1,14	,62	60
Não Institucionalizados	,39	,50	60
Total	,77	,68	120
Stress			
	Média	DP	N
Institucionalizados	,81	,48	60
Não institucionalizados	,56	,57	60
Total	,69	,54	120

6 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O objetivo central do presente estudo foi comparar e analisar se o contexto habitacional influencia o bem-estar dos idosos. Nesta investigação foi realizada a comparação entre idosos institucionalizados (n=60) e idosos não institucionalizados (n=60). Como avaliadores de bem-estar foram utilizados os índices de solidão, satisfação com a vida, vontade de viver, ansiedade, depressão e stress, relacionados com as variáveis sóciodemográficas.

A primeira hipótese deste estudo afirma que idosos institucionalizados apresentam maiores níveis de solidão quando comparados com o grupo dos idosos não institucionalizados. Os participantes institucionalizados mostraram índices superiores nas três sub-escalas de solidão da escala SELSA (solidão familiar, social e romântica) e na escala de solidão ULS-6. Estes resultados vão de encontro aos estudos anteriores que mostraram a institucionalização como preditora negativa de maiores índices de solidão (Oldman & Quilgars, 1999; Neto & Côrte-Real, 2013; Paúl & Fonseca, 2005; Savikko et al, 2005; Smith, 2007)

Relativamente à satisfação com a vida, os resultados mostraram que idosos institucionalizados possuem uma média ligeiramente menor em relação ao grau de satisfação com a vida dos idosos não institucionalizados, este resultado confirma a segunda hipótese do

estudo, que teve como pressuposto o contexto institucional como preditor negativo que afeta a satisfação com a vida dos idosos. Estes resultados vão de encontro aos estudos anteriores que verificaram o efeito positivo do suporte social percebido por idosos não institucionalizados como preditor de melhores níveis de satisfação com a vida e de bem-estar (Yeh & Lo, 2004; Yeh & Liu, 2003; Choi & Wodarski, 1996; Carneiro et al, 2007).

Em relação à vontade de viver, os resultados confirmaram a terceira hipótese do estudo, pois os idosos institucionalizados apresentaram menores índices de vontade de viver. Não encontramos pesquisas anteriores que compararam a vontade de viver dos idosos institucionalizados e não institucionalizados, sendo este estudo um dos primeiros a realizar esta análise, mas encontramos estudos que nos mostram que o apoio social, auto-eficácia, mudanças físicas e de saúde afetam negativamente a vontade de viver (Carmel & Tovel, 2014; Jopp & Smith 2006; Jopp & Rott 2006; Yazicioglu et al, 2006; Carmel & Bernstein, 2003).

A quarta hipótese deste estudo afirma que idosos institucionalizados apresentam maiores níveis de ansiedade, depressão e stress. Na escala que avalia estes três itens (EADS_21), encontramos diferenças significativas entre idosos institucionalizados e não institucionalizados nos itens de depressão e stress, e não encontramos diferenças estatisticamente significativas na sub-escala de ansiedade. Estes resultados vão de encontro aos estudos realizados anteriormente (Barroso & Tapadinhas, 2006), que relataram que o processo de institucionalização pode gerar ou potencializar estados afetivos negativos nos idosos, bem como a depressão.

No que diz respeito à relação das variáveis sócio-demográficas e o processo de institucionalização, solidão, satisfação com a vida, vontade de viver, ansiedade, depressão e stress, encontramos algumas diferenças nas variáveis sexo e idade dos participantes.

Houve diferença significativa entre a variável sexo na sub-escala de ansiedade e stress, em que as mulheres apresentaram maiores índices para estes dois itens. Estes resultados vão de encontro aos estudos anteriores que postularam a variável sexo como preditora de maiores níveis de ansiedade e stress (Apóstolo et al, 2011; Melo et al, 2006).

O presente estudo deparou com uma limitação do número de participantes devido ao início da pandemia da doença COVID-19 (vírus SARS-CoV-2). Por medidas de proteção à saúde pública, no mês de março deste ano de 2020, foram proibidas as entradas em lares de idosos, logo o trabalho em campo ficou limitado em 60 participantes de cada grupo, institucionalizados e idosos da comunidade.

7 CONCLUSÃO

Este estudo procurou demonstrar que o envelhecimento demográfico, como fenômeno social mundial, pode impactar a saúde e bem-estar dos idosos. O processo de institucionalização, decorrente de uma demanda cada vez maior, mostrou-se como um fator negativo na vida dos idosos investigados nos lares em comparação aos idosos que vivem na comunidade.

Dentro deste contexto o papel das instituições é vital para a boa organização e funcionamento social (Neto & Côrte Real, 2013), mas o que as investigações têm mostrado é que, por vezes, o que deveria garantir bem-estar, na prática do dia-a-dia não apresenta bons resultados (Paúl, 1997).

Apesar de poucas divergências das investigações, este estudo vai de encontro ao que a literatura postula, pois os registros científicos mostram que a institucionalização não atinge seus objetivos de bem-estar e saúde subjetiva nos lares devido a vários fatores. As perdas, isolamento, distanciamento social, pouca comunicação e interação e carência afetiva impactam de forma direta e negativa o bem-estar dos idosos (Carneiro et al, 2007).

A perda da autonomia, a padronização rígida das rotinas e cuidados, o controle exclusivo por parte dos cuidadores, a falta de privacidade e atividades, podem potencializar a perda da identidade, aumentar os níveis de solidão, depressão, ansiedade e stress, além de diminuir a satisfação com a vida e a vontade de viver.

Muitos investigadores apontam que a vida em comunidade é mais favorável para a saúde e bem-estar quando comparada com a vida institucionalizada (Oldman & Quilgars, 1999). O cuidado dos familiares e da sociedade, a autonomia, a identidade social, suas memórias, seus pertences e seu próprio espaço físico privado, favorecem e amenizam os impactos dos fenômenos característicos desta fase da vida.

Esta realidade de viver em comunidade pode ser impossível para muitos idosos que perderam suas capacidades físicas e materiais ou que não possuem rede de apoio familiar. Muitos idosos são obrigados a ingressar em instituições para receber auxílios básicos de saúde, alimentação e higiene, sendo a instituição a única e “salvadora” opção.

Se a instituição falha em seu objetivo que deveria partir de um conceito de “lar”, devemos repensar as reais necessidades das pessoas que utilizam estes equipamentos sociais. A promoção da dignidade e igualdade, a valorização da individualidade e privacidade devem ser diretrizes fundamentais e efetivas para que os idosos tenham possibilidade de escolha e liberdade.

Apesar da diminuição da rede de relacionamento, a qualidade e a frequência das

relações interpessoais devem existir para colaborar com a promoção do bem-estar e a saúde dos idosos (Cabral et al, 2013). Este fator essencial deve ser considerado quando falamos deste processo tão difícil e moroso, que é a mudança para uma residência temporária ou permanente, que na grande maioria dos casos ocorre nesta fase da vida dos idosos.

Nesta etapa do envelhecimento, podemos diminuir os impactos negativos na vida dos mais velhos, se pensarmos as pessoas e as instituições à partir de uma visão mais humanitária. Se a instituição e a sociedade desconstruir o olhar negativo de inutilidade e desesperança que mantêm sobre os idosos, e promover a valorização, o respeito à vida, às experiências, às vivências e a sabedoria deste grupo etário tão heterogêneo e importante para as sociedades, poderemos promover novos processos de conscientização e integração social e conseqüentemente, atingiríamos novos índices de melhoria na qualidade de vida de forma integral, para evitar o isolamento e a marginalização social.

Devido à complexidade do tema e as interfaces com vários domínios das áreas da saúde, ciências sociais e políticas, sugere-se mais estudos quantitativos que analisem e comparem as populações idosas institucionalizadas e da comunidade, no que se refere às suas condições de vida e bem-estar subjetivo. Sugere-se também que sejam realizados estudos com análises qualitativas para aprofundar as percepções e discursos individuais dos idosos, para permitir espaço e lugar para a voz deste grupo etário tão importante e fundamental em nossas vidas e em nossa sociedade.

REFERÊNCIAS

- Aboim, S. (2014). Narrativas do envelhecimento: ser velho na sociedade contemporânea. *Tempo Social, Revista de Sociologia da USP*, 26 (1), 207-232. doi:10.1590/S0103-20702014000100013.
- Achterberg, W., Pot, A., KerKstra, A., & Ribbe, M. (2006). Depressive symptoms in newly admitted nursing home residents. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21 (12), 1156-1162. doi: 10.1002/gps.1623.
- Apóstolo, J.L.A., Mendes, A.C., Antunes, M.T.C., Rodrigues, M.A., Figueiredo, M.H. & Lopes, M. C.F.G. (2011). Perturbações afectivo-emocionais em contexto de cuidados de saúde primários. *Revista de Enfermagem*, 3, 67-74. Disponível em: http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000100007&lng=pt&tlng=pt
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). *Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation*. In P. B. Baltes & M. M. Baltes (Eds), *Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences*, 1-34. Cambridge University. doi: 10.1017/CBO9780511665684.003.
- Barata, S. (2010). *Política social e sociologia*. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Barretta, D., Dantzler, D., & Kayson, W. (1995). Factors related to loneliness. *Psychological Reports*, 76(3), 827-830. doi: 10.2466/pr0.1995.76.3.827.
- Barroso, V. L., & Tapadinhas, A., R. (2006). Órfãos Geriatras: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento. Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Psicologia.pt: O Portal dos Psicólogos*. Recuperado de: <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>.
- Batistoni, S. S. T., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2010). Medidas prospectivas de sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Revista de Saúde Pública*, 44(6), 1137-1143. doi:10.1590/S0034-89102010000600020.
- Bedin, L. M., & Sarriera, J. C. (2014). Propriedades psicométricas das escalas de bem-estar: PWI, SWLS, BMSLSS e CAS. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 213-225. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712014000200009&lng=pt&tlng=pt.
- Butler, J. & Ciarrochi, J. (2007). Psychological acceptance and quality of life in the elderly. *Quality of life research: an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*. 16(4), 607-615. doi: 10.1007/s11136-006-9149-1.
- Cabral, M., Ferreira, P., Jerónimo, P., Marques, T., & Silva, P. (2013). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Lisboa: Guide-Artes Gráficas, Lda.
- Calenti, J. (2002). *Inclusion Socio-Laboral y Envejecimiento em las personas com discapacidad intelectual*. Coruña: Instituto Gallego de Iniciativas Sociales y Sanitarias.

- Carmel, S. (2001). The will to live: Gender differences among elderly persons. *Social Science & Medicine*, 52, 949-958. doi:10.1016/S0277-9536(00)00198-2.
- Carmel, S. (2011). The will to live as an indicator of well-being and predictor of survival in old age. In L.W. Poon & J. Cohen-Mansfield (Eds.), *Understanding well-being in the oldest old*, 281-289. Cambridge University. doi: 10.1017/CBO9780511920974.017.
- Carmel, S. (2012). Gender differences and the will-to-live in old age. *Przeegląd lekarski*, 69(2), 49-53. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/228437394_Gender_differences_and_the_will-to-live_in_old_age.
- Carmel, S. (2015). The will-to-live scale: development, validation, and significance for elderly people. *Aging & Mental Health*, 21(3), 289-296. doi: 10.1080/13607863.2015.1081149.
- Carmel, S. (2017) The will-to-live scale: development, validation, and significance for elderly people. *Aging & Mental Health*, 21(3), 289-296. doi: 10.1080/13607863.2015.1081149.
- Carmel, S., Bernstein J. (2003). Gender differences in physical health and psychosocial well being among four age-groups of elderly people in Israel. *The International Journal of Aging & Human Development*, 56 (2), 113-131. doi: 10.2190/87YH-45QN-48TY-9HN8.
- Carmel, S., & Mutran, E. (1997). Wishes regarding the use of life-sustaining treatments among elderly persons in Israel: An explanatory model. *Social Science & Medicine*, 45, 1715-1727. doi:10.1016/s0277-9536(97)00104-4.
- Carmel, S., Granek, L., & Zamir, A. (2015). Influences of nationalism and historical traumatic events on the will to live of elderly Israelis. *The Gerontologist*, 56(4), 753-761. doi:10.1093/geront/gnv031.
- Carmel, S., Shrira, A., & Shmotkin, D. (2013). The will to live and death-related decline in life satisfaction. *Psychology and Aging*, 28(4), 1115-1123. doi: 10.1037/a0034649.
- Carmel, S., & Tovel, H., (2014). Maintaining successful aging: The role of coping patterns and resources. *Journal of Happiness Studies*. 15 (2), 255-270. doi: 10.1007/s10902-013-9420-4.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z., & Prette, A. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237. doi: 10.1590/S0102-79722007000200008.
- Carta Social (2015). Gabinete de Estratégia e Planeamento. Ministério da Solidariedade, Emprego e Segurança Social. Governo de Portugal. *Folha Informativa. Mais Informações sobre a rede de serviços e equipamentos*, nº 18, agosto de 2015. Disponível em: www.cartasocial.pt/pdf/FI182015.pdf
- Carvalho, P. & Dias, O. (2011). Adaptação dos idosos institucionalizados. *Millenium*, 40, 161-184. Disponível em:

https://www.researchgate.net/publication/267379489_Adaptacao_dos_Idosos_Institucionalizados

- Casas, F. (2011). Subjective social indicators and child and adolescent well-being. *Child Indicators Research*, 4(4), 555–575. doi: 10.1007/s12187-010-9093-z.
- Castro, S. (2010). *Processo de institucionalização da pessoa idosa: um olhar comparativo entre uma instituição pública e privada*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Letras, Porto, Portugal.
- Chochinov, H.M., Hack, T., Hassard, T., Kristjanson, L.J., McClement, S., & Harlos, M. (2005). Understanding the will to live in patients nearing death. *Psychosomatics*, (46), 7-10. doi:10.1176/appi.psy.46.1.7.
- Choi, N. & S. Wodarski, J. (1996). The relationship between social support and health status of elderly people: Does social support slow down physical and functional deterioration? *Social work research*. 20(1). 52-63. doi: 10.1093/swr/20.1.52.
- Clark, L., & Watson, D. (1991). Tripartite Model of Anxiety and Depression: Psychometric Evidence and Taxonomic Implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(3), 316-336. doi: 10.1037/0021-843X.100.3.316.
- Constituição da República Portuguesa. (1976). VII Revisão Constitucional, 2005. Recuperado de: <https://www.parlamento.pt/Legislacao/paginas/constituicaorepublicaportuguesa.aspx>
- Cook, M. N., Peterson, J., & Sheldon, C. (2009). Adolescent depression: An update and guide to clinical decision making. *Innovations in Clinical Neuroscience*, 6(9), 17-31. ISSN: 2158-8341.
- Dalgalarrodo, Paulo. *Religião, psicopatologia e saúde mental*. Porto Alegre: Artmed, 2008.
- Damron-Rodriguez, J.; Carmel, S. (2014). Exploring the willto-live and distinguishing depression at the end of life. *Generations*, (38), 30-36. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/279033166_Exploring_the_Will_to_Live_and_Distinguishing_Depression_at_End_of_Life
- Daniel, F., Antunes, A., & Amaral, I. (2015). Representações sociais da velhice. *Análise Psicológica*, 33(3), 291–301. doi.org/10.14417/ap.972.
- Delhey, J. (2004). *Life satisfaction in an enlarged Europe*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/308493528_Life_satisfaction_in_an_enlarged_Europe_QUALITY_OF_LIFE_IN_EUROPE
- DGS, Direção Nacional de Saúde (2017). Depressão e outras perturbações mentais comuns. Enquadramento Global e Nacional e referência de recurso em casos emergentes. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns.aspx>.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13.

- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being: The Science of Happiness and a Proposal for a National index. *The American psychologist*, 55 (1), 34-43. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.34.
- DiTommasco, E., Brannen, C., Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emotional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64, 99-119. doi: 10.1177/0013164403258450.
- Eurofound, Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho. (2016). *Inquérito Europeu sobre Qualidade de Vida 2016*. Disponível em: <https://www.eurofound.europa.eu/surveys/european-quality-of-life-surveys/european-quality-of-life-survey-2016>
- Eurostat (2018). Eurostat Estatistics Explained. *Estrutura populacional e envelhecimento*. Disponível em: https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt
- Fernandes, H., Neto, F. (2009). Adaptação portuguesa da escala de solidão social e emocional (SELSA-S). *Psicologia Educação Cultural*. ISSN 0874-2391, 13(1). 7-31. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/2886>
- Freitas, T., Oliveira, M., Ribas, C. & Souza, C. (2006). Idosos e família: Asilo ou casa. *Psicologia.pt*. Disponível em: http://www.psicologia.pt/artigos/ver_artigo.php?codigo=A0281.
- Frojdth, K., Hakansson, A., Karlsson, I., & Molarius, A. (2003). Deceased, disabled or depressed – a population-based 6 year follow-up study of elderly people with depression. *Social Psychiatry and psychiatric Epidemiology*, 38(10), 557-562. doi: 10.1007/s00127-003-0670-z.
- Fortin, Marie-Fabienne, (1999). *O Processo de Investigação: Da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fuller-Iglesias, H., Sellars, B. & Antonucci, T. (2008). Resilience in old age: Social Relations as a protective factor. *Research in Human Development*, 5(3), 181–193. doi: 10.1080/15427600802274043.
- George, L.K. (2012). Well-being of the oldest old: An oxymoron? No! *The Gerontologist*, 52(6), 871-880. doi: 10.1093/geront/gns133.
- Gil, A., C., (1991). *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- GNR, Guarda Nacional Republicana (2019). Notícias Operação Census Séniors 2019. Disponível em: <https://www.gnr.pt/noticias.aspx?linha=12943>
- González, Luz Angélica Muñoz, Romero, Yocelyn Margaret Price, López, Marcia Reyes, Ramírez, Macarena, & Stefanelli, Maguida Costa. (2010). Vivencia de los cuidadores familiares de adultos mayores que sufren depresión. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(1), 32-39. doi: 10.1590/S0080-62342010000100005.
- Gosling, S., Rentfrow, P., Swann, W., (2003). A Very Brief Measure of the Big-Five Personality Domains. *Journal of Research in Personality*. 37(6). 504-528. doi: 10.1016/S0092-6566(03)00046-1.

- Grâce, G.R., Joshi, P. e Pelletier, R. (1993). L'Échelle de solitude de l'Université Laval (ÉSUL): validação canadense-francesa da UCLA Escala de Solidão [A escala de solidão da Universidade Laval: Uma validação canadense-francesa da Escala de Solidão da Universidade da Califórnia em Los Angeles (UCLA)]. *Revista Canadense de Ciência Comportamental / Revue canadienne des sciences du comportement*, 25 (1), 12-27. doi: 10.1037/h0078812.
- Hojat, Mohammadreza. (1982). Psychometric Characteristics of the UCLA Loneliness Scale: A Study with Iranian College Students. *Educational and Psychological Measurement*, 42, 917-925. doi: 10.1177/001316448204200328.
- INS. Instituto Nacional de Saúde. (2014). *Documento metodológico do Inquérito Nacional de Saúde 2014*, Lisboa. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESp_ub_boui=263714091&PUBLICACOESmodo=2
- ISS. Instituto Segurança Social. (2016). Apoios sociais e programas. Idosos. *Estruturas residenciais*. Portugal. Disponível em: <http://www.seg-social.pt/idosos>
- Jopp, D., Rott, C. (2006). Adaptation in very old age: exploring the role of resources, beliefs, and attitudes for centenarians' happiness. *Psychology and Aging*, 21(2), 266–280. doi: 10.1037 / 0882-7974.21.2.266.
- Jopp, D., Smith, J. (2006). Resources and life-management strategies as determinants of successful aging: On the protective effect of selection, optimization and compensation. *Psychology and Aging*, 21(2), 253–265. doi: 10.1037 / 0882-7974.21.2.253.
- Lamm, H., Stephan, E. (1987). Loneliness among German University students: some correlates. *Social Behavior and Personality: an international journal*. 15(2), 161-164. doi: 10.2224/sbp.1987.15.2.161.
- Lawton, M.P., Moss, M., Hoffman, C., Grant, R., Ten Have, T., & Kleban, M.H. (1999). Health, valuation of life, and the wish to live. *The Gerontologist*, 39(4), 406-416. doi:10.1093/geront/39.4.406.
- Levy, B.R., Slade, M.D., Kunkel, S.R., & Kasl, S.V. (2002). Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 261-270. doi:10.1037/0022-3514.83.2.261.
- Lima, M. (2006). *Posso participar? Actividade de desenvolvimento pessoal para idosos*. Porto: Ambar.
- Lipp, M. E. (2006). Teoria de temas de vida do stress recente e crónico. *Boletim Academia Paulista de Psicologia*, 26(3), 82-93. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/946/94626311.pdf>
- Lovibond, P., & Lovibond, S. (1995). The structure of emotional negative states: Comparison of Depression Anxiety Stress Scales (DASS) and Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343. doi: 10.1016/0005-7967(94)00075-U.

- Matos et al., (2015), *Acolhimento Terapeutico: pistas de intervencao para profissionais*. Lisboa, Casa Pia.
- Margis, R., Picon, P., Cosner, A., & Silveira, R. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 25(1), 65-74. doi: 10.1590/S0101-81082003000400008.
- Marquet. Manon, Missotten. Pierre, Schroyen. Sarah, Nindaba. Desiderate, Adam. Stéphane. (2016). Ageism in Belgium and Burundi: a comparative analysis. *Clinical Interventions in Aging*. University of Liège, Liège, Belgium, 11, 1129-1139. doi: 10.2147/CIA.S105298.
- Martins, C. (2011). *Manual de análise de dados quantitativos com recurso ao IBM SPSS: saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. Braga: Psiquilíbrios Edições, 2011. ISBN 978-989-8333-08-7.
- Medley, M. (1980). Life satisfaction across four stages of adult life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 11(3), 193-209. doi: 10.2190/D4LG-ALJQ-8850-GYDV.
- Melo, L. & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*. 7(1), 107-121.
- Melo, V., leal, I., & Faria, C. (2006). Depressão, ansiedade e stress em sujeitos inférteis. In I. Leal, J.P. Ribeiro, S.N. Jesus (Eds.), *Actas do 6º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde* (pp. 241-246). Faro: Universidade do Algarve. Disponível em: http://www.isabel-leal.com/portals/1/pdfs/livros_actas/depressao_sujeitos_inferteis.pdf
- Motel-Klingebiel, A., Kondratowitz, H., Tesch-Romer, C. (2004). Social inequality in the later life: cross-national comparison of quality of life. *Europe Journal of Ageing*,(1)1, 6-14. doi: 10.1007/s10433-004-0001-6.
- Moragas, R. S. L. (2004). *Gerontologia Social: Envelhecimento e Qualidade de Vida*. Barcelona: Helder Editorial.
- Nazzal, Filasteen & Cruz, Orlanda & Neto, Félix. (2018). Psychometric Analysis of the Short-Form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) Among Palestinian University Students. *Interpersona: An International Journal on Personal Relationships*, 11(2), 113-125. doi: 10.5964/ijpr.v11i2.269.
- Neto, M., Côrte-Real, J. (2013). *A Pessoa Idosa Institucionalizada: Depressão e Suporte*. *Journal of aging and innovation*, 2 (3). Disponível em: <http://journalofagingandinnovation.org/pt/volume2-edicao3-julho2013/a-pessoa-institucionalizada/>.
- Neto, F. (1989). Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
- Neto, F., Barros, J., Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida et al. (Eds.). *A acção educativa: análise psicossocial* (pp. 105-117). Leiria: ESEL/APPORT.
- Neto, F. (1992). Loneliness among Portuguese adolescents. *Social Behavior and Personality: An International Journal*, 20(1), 15-22. doi: 10.2224/sbp.1992.20.1.15.

- Neto, F. (1993). The Satisfaction With Life Scale: Psychometric properties in an adolescent sample. *Journal of Youth and Adolescence*, 22(2), 125-134. doi: 10.1007/BF01536648.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social* (2). Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. (2002). Loneliness and acculturation among adolescents from immigrant families in Portugal. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(3), 630-647. doi: 10.1111/j.1559-1816.2002.tb00234.x.
- Neto, F., Ferreira, A., Oliveira, C., Veiga, F., Canavarro, J., Gonçalves, R., Freira, T. (2004). *Psicologia Aplicada*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. (2006). Dimensions and correlates of social axioms among a Portuguese sample. *Individual Differences Research*, 4(5), 340-351. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2006-20322-006>.
- Neto, F. (2014). Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-6) in older adults. *European Journal of Ageing*, 11(4), 313-319. doi:10.1007/s10433-014-0312-1.
- Neto, F. (2015). Socio-demographic and Subjective Well-being Predictors of Social and Emotional Loneliness. *Social Inquiry into Well-Being*. doi: 10.13165/SIIW-15-1-1-02.
- Neto, F. (2016). Predictors of loneliness among Portuguese youths from returned migrant families. *Social Indicators Research*, 126(1), 425-441. doi:10.1007/s11205-015-0895-8.
- Neto, J., Costa, M. P., Neto, F., & Carmel, S, (submitted). The Will-to-Live Scale: Validation among Portuguese adolescents.
- Oldman, C., Quilgars, D. (1999). The last resort? Revisiting ideas about older people's living arrangements. *Ageing and Society*, 19(3), 363-384. doi: 10.1017/S0144686X99007370.
- Pais, José Machado. (2006). *Nos rastros da solidão; deambulações sociológicas*. Porto: Ambar.
- Patterson, B. (1995). The processo of social support: adjusting to life in a nursing home. *Journal of Advance Nursing*, 21(4), 682-689. doi: 10.1046/j.1365-2648.1995.21040682.x.
- Paúl, M. C. (1993). A depressão em idosos: estudo exploratório. *Análise Psicológica*, 9(4), 609-617. Disponível em: http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3245/1/AP_1993_4_609.pdf
- Paúl, C. (1996). *Psicologia dos idosos: O envelhecimento em meios urbanos*. Braga: Sistemas Humanos e Organizacionais, Lda.
- Paúl, M. C. (1997). *Lá Para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Paúl, C., Fonseca, A., Martin, I., Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. In Paúl, Constança, Fonseca, António (coord.) - *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, 2005. (Manuais Universitários; 42). ISBN 972-796-185-1. Parte 1, pp. 75-95 (2005). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/11725>.

- Peplau, L.A., Bikson, T. K., Rook, K.S. & Goodchilds, J. D. (1982). Being old and live alone. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a source book of current theory, research and therapy*, 327-344. New York: John Wiley & Sons.
- Perreira, F. (2008). A importância da manutenção relações familiares para o idoso institucionalizado. *Revista Transdisciplinar de Gerontologia*, 1(2), 6-10. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/3626>.
- Pimenta, F., Pedrosa, A., Simil, F., Torres, H., Amaral, C., Rezende, C., Coelho, T., & Rezende, N. (2008). Avaliação da qualidade de vida de aposentados com a utilização do questionário SF-36. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(1), 55-60. doi: 10.1590/S0104-42302008000100021.
- Pimentel, L. (2005). O lugar do idoso na família. .Coimbra: Quarteto.
- Redondo, J. (2015). *Intervencao na Crianca Institucionalizada: Crianças saudáveis não brotam em jardins*. Comunicação apresentada do 6.o Encontro de Nacional de Internos de Psiquiatria da Infancia e Adolescencia com o tema Crianca Institucionalizada, Escola Superior de Saude de Viseu, 27 e 28 Novembro 2015, Viseu.
- Ribeiro, J. P. L. (2005). *O importante é a saúde*. Lisboa: Fundação Merck Sharp Dohme.
- Ruiz, J., Cuadrado, A., & Rodriguez, J. (2001). *Transtorno de angustia: Crisis de pánico y agorafobia en atención primaria*. Barcelona: III Masson.
- Russel, D. W., Cutrona, C. E., Mora, A., & Wallace, R. B. (1997). Loneliness and nursinghome admission among rural and older adults. *Psychology and Aging*, 12 (4), 574-589. doi: 10.1037/0882-7974.12.4.574.
- Santos, S., Silva, B., Silva, M. & Sousa, L. (2009). Percepção das pessoas idosas sobre a institucionalização: reflexão acerca do cuidado de enfermagem. *Revista Rene Fortaleza*, 10(4), 118-125. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/4865>.
- Savikko, N., Routasalo, P. , Tilvis, R. , Strandberg, TE , e Pitkälä, K. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in na aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41(3), 223-233. doi: 10.1016/j.archger.2005.03.002.
- Schweizer, K. (2011). Some thoughts concerning the recent shift from measures with many items to measures with few items. *European Journal of Psychological Assessment*, 27(2), 71-72. doi:10.1027/1015-5759/a000056.
- Scocco, P., Rapattoni, M., & Fantoni, G. (2006). Nursing home insttutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21(3), 281-287. doi: 10.1002/gps.1453.
- Seguin, M., Manion, I., Cloutier, P., McEvoy, L., & Cappelli, M. (2003). Adolescent depression, family psychopathology and parent/child relations: a case control study. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 12(1), 2-9. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/23494373_Adolescent_depression_family_psychopathology_and_parentchild_relations_a_case_control_study

- Sinard, J.H. (2001). Y2K revisited: A human component? *Journal of the American Medical Association*, 285, 1706-1707. doi:10.1001/jama.285.13.1706.
- Smith, H. M. (2007). Psychological service needs of older women. *Psychological Services*, 4(4), 277-286. doi: 10.1037/1541-1559.4.4.277.
- Spreitzer, E., Snyder, E. (1974). Correlates of life satisfaction among aged. *Journal of Gerontology*, 29(4), 454-458. doi: 10.1093/geronj/29.4.454.
- Sundström, G., Fransson, E., Malmberg, B., Davey, A. (2009). Loneliness among older Europeans. *European journal of ageing*, 6(4), 267. doi:10.1007/s10433-009-0134-8.
- Tatiane, M. (2010). *A vivência em uma instituição de longa permanência: significados atribuídos pelos idosos*. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal do Paraná, Paraná, Brasil. Disponível em: <http://www.ppgenf.ufpr.br/Disserta%C3%A7%C3%A3oTatianeMichel.pdf>.
- Teixeira, L. (2010). *Solidão, depressão e Qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2321/1/15439.pdf>.
- Theodore R. Isenstadt. (1962). *The Last Refuge. A Survey of Residential Institutions and Homes for the Aged in England and Wales*. By Peter Townsend. London, England: Routledge and Kegan Paul, 1962. 552 p. 60. *Social Work*, 9(4), 117-118. doi: 10.1093/sw/9.4.117.
- Tiikkainen, P., Heikkinen, R. (2005). Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people. *Aging & Mental Health*. 9(6), 526-34. doi: 10.1080/13607860500193138.
- Thomopoulou, I., Thomopoulou, D. & Koutsouki, D. (2010). The differences at quality of life and loneliness between elderly people. *Biology of Exercise*, 6(2). doi: 10.4127/jbe.2010.0037.
- Tobin, S. (1989). The effects of institutionalization. *Aging, stress and health*. Chapter 7. pp. 139-163. John Wiley & sons Ltd.
- Tuckman, B. W. (2000). *Manual de investigação em educação: Como conceber e realizar o processo de investigação em educação*. (A. Rodrigues-Lopes, Trad. 4 ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Twigg, J. (1997). Deconstructing the Social Bath: Help with Bathing at Home for Older and Disabled People. *Journal of Social Policy*, 26(2), 211-232. doi: 10.1017/S0047279497004960.
- Uhlenberg, P. (1997). Replacing the nursing home. *The public interest*, 128, 73-84. Disponível em: <https://go.gale.com/ps/anonymous?id=GALE%7CA19726633&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=00333557&p=AONE&sw=w>

- United Nations, UN (2017). Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2017). *World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables*. Working Paper No. ESA/P/WP/248.
- United Nations, UN (2019). *Envelhecimento; Tendências no envelhecimento da população*. Disponível em: <https://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>. Acesso em 14 de agosto de 2020.
- UNECE, Comissão Económica para Nações Unidas para Europa (2017). Gabinete de planeamento. *Relatório de Portugal*. Disponível em: https://www.unece.org/fileadmin/DAM/pau/age/country_rpts/2017/POR_report_POR.pdf. Acesso em 17 de agosto de 2020.
- Veras, R. (2009). Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. *Revista Saúde Pública*, 43(3), 548-554. doi: 10.1590/S0034-89102009005000025.
- Watson, D., & Clark, L. (1995). Testing a Tripartite Model: I. Evaluating the Convergent and Discriminant Validity of Anxiety and Depression Symptom Scales. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 3-14. doi: 10.1037/0021-843X.104.1.3.
- Yazicioglu, K., Duyan, V., Karataş, K., Ozgü, A., Yilmaz, B., Camur, D., Aksu, S. (2006). Effects of Sociodemographic Characteristics, Illness Process, and Social Support on the Levels of Perceived Quality of Life in Veterans. *Military medicine*. 171(11), 1083-1088. doi: 10.7205 / MILMED.171.11.1083.
- Yeh, S. J., & Lo, S. K. (2004). Living alone, social support, and feeling lonely among the elderly. *Social Behavior and Personality*, 32 (2), 129-138. doi: 10.2224/sbp.2004.32.2.129.
- Yeh, S., C, & Liu, YY. (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC Health Service Research*, 3(1), 9. doi:10.1186/1472-6963-3-9.

ANEXOS

Anexo 1: Questionário sóciodemográfico

Nº Participante ____ Data: _____ Cidade: _____

1. Sexo () Fem () Masc 2. Idade: _____
3. Estado civil: () solteiro () casado/parceiro () viúvo () Divorciado
4. Pratica de religião: () sim () não
5. Filhos: () sim () não qtd: _____
6. Escolaridade: 1ª – 4ª 5ª - 12ª Ensino superior Sem escolaridade
7. Ocupação/profissão: _____
8. Rendimentos: ≤ 600 euros até 1.200 euros ≥ 1.201 euros
9. Institucionalizado: () sim - tempo: _____ meses () não
10. Escolheu a institucionalização: () sim () não
11. Motivo da institucionalização: () incapacidade / doença () solidão () falta de suporte social/familiar () outros
12. Recebe visitas: () sim () não Quem o visita: _____
13. Qual frequência: () semanalmente () mensalmente () anualmente
14. Nesta etapa da vida, sente falta de algo: () sim () não Que/quem: _____
15. Tipo de residência: () própria () arrendada () outros
16. Reside com quem _____
17. Possui alguma doença: () Sim – Qual _____ () não
18. Ocupação nos tempos livres: () literatura/música () trabalho manuais () atividade física
() ver TV / internet () passeios () Jogos () outros
19. Consome bebida alcoólica: () sim () diário () semanal () esporadicamente
() não
20. Fuma: () sim () não

Anexo 2: Escala UCLA - ULS-6

(Neto, 1992; 2014)

	1 Nunca	2 Raramente	3 Algumas vezes	4 Muitas vezes
1. Sinto falta de camaradagem.				
2. Sinto que faço parte de grupo de amigos.				
3. Sinto-me excluído (a).				
4. Sinto-me isolado (a) dos outros.				
5. Sou infeliz por ser tão retrído (a).				
6. As pessoas estão a minha volta, mas não estão comigo.				

Anexo 3: Escala SELSA

(Fernandes & Neto, 2009)

	1 Totalmente em desacordo	2 Muito desacordo	3 Pouco desacordo	4 Indiferente	5 Pouco de acordo	6 Muito de acordo	7 Totalment e de acordo
1 - Sinto-me só quando estou com a minha família.							
2 - Sinto que faço parte de um grupo de amigos.							
3 - Tenho um/a parceiro/a com quem compartilho meus pensamentos e sentimentos mais íntimos.							
4 - Não há ninguém da minha família com quem eu possa contar para me apoiar e me encorajar, mas gostaria de ter.							
5 - Os meus amigos compreendem os meus motivos e razões.							
6 - Eu tenho um/a parceiro/a romântico ou matrimonial que me dá apoio e encorajamento que necessito.							
7 - Eu não tenho amigos que partilhem meus pontos de vista, mas gostaria de ter.							
8 - Sinto-me próximo da minha família.							
9 - Posso contar coma ajuda dos meus amigos.							
10 - Quem me dera ter uma relação romântica mais satisfatória.							
11 - Sinto-me parte da minha família.							
12 - A minha família realmente preocupa-se comigo.							
13 - Não tenho nenhum amigo que me compreenda, mas gostaria de ter.							
14 - Eu tenho um/a parceiro/a romântico para cuja felicidade eu contribuo.							

Anexo 4: Escala de Satisfação com a vida

(Neto, Barros, & Barros, 1990)

	1 Totalmente em desacordo	2 Desacordo	3 Ligeiramente em desacordo	4 Nem de acordo nem em desacordo	5 Ligeiramen te de acordo	6 Acordo	7 Totalm ente de acordo
1. Em muitos aspetos a minha vida aproximase dos meus ideais.							
2. As condições da minha vida são excelentes.							
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.							
4. Até agora consegui obter aquilo que era importante na vida.							
5. Se pudesse viver a minha vida de novo, não mudaria quase nada.							

Anexo 5: Escala de vontade de viver (WTLS)

(Carmel, 2015; 2017)

1. Na sua situação atual, gostaria de continuar a viver muitos mais anos?	Com certeza, sim	Penso que sim	Não sei	Penso que não	Com certeza, não	Não tenho vontade de viver
2. Em comparação com outras pessoas da sua idade, como avaliaria a sua vontade de viver?	Muito mais forte	Mais forte	Nem mais forte nem mais fraca	Mais fraca	Muito mais fraca	Não tenho vontade de viver
3. Como avaliaria hoje a sua vontade de viver, em comparação com a que tinha quando era mais jovem?	Muito mais forte	Mais forte	Nem mais forte nem mais fraca	Mais fraca	Muito mais fraca	Não tenho vontade de viver
4. Se tivesse de avaliar a sua vontade de viver numa escala de 0 a 5, que responderia?	O mais forte possível	Forte	Intermédio	Fraca	Muito fraca	Não tenho vontade de viver
5. No ano passado diria que sua vontade de viver?	Tornou-se muito mais forte	Tornou-se mais forte	Não mudou	Diminuiu	Diminuiu muito	Não tenho vontade de viver

Anexo 6: Escala de ansiedade, depressão e stress (EADS - 21)

(Lovibond e Lovibond, 1995; Pais-Ribeiro et al, 2004).

	Não se aplicou nada a mim	Aplicou-se a mim algumas vezes	Aplicou-se a mim muitas vezes	Aplicou-se a mim a maior parte das vezes
1. Tive dificuldades em me acalmar	0	1	2	3
2. Senti a minha boca seca	0	1	2	3
3. Não consegui sentir nenhum sentimento positivo	0	1	2	3
4. Senti dificuldades em respirar	0	1	2	3
5. Tive dificuldade em tomar iniciativa para fazer coisas	0	1	2	3
6. Tive tendência a reagir em demasia em determinadas situações	0	1	2	3
7. Senti tremores (por ex., nas mãos)	0	1	2	3
8. Senti que estava a utilizar muita energia nervosa	0	1	2	3
9. Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula	0	1	2	3
10. Senti que não tinha nada a esperar do futuro	0	1	2	3
11. Dei por mim a ficar agitado(a)	0	1	2	3
12. Senti dificuldade em me relaxar	0	1	2	3
13. Senti-me desanimado(a) e melancólico(a)	0	1	2	3
14. Estive intolerante em relação a qualquer coisa que me impedisse de terminar aquilo que estava a fazer	0	1	2	3
15. Senti-me quase em entrar em pânico	0	1	2	3
16. Não fui capaz de ter entusiasmo por nada	0	1	2	3
17. Senti que não tinha muito valor como pessoa	0	1	2	3
18. Senti que por vezes estava sensível	0	1	2	3
19. Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico	0	1	2	3
20. Senti-me assustado sem ter tido uma boa razão para isso	0	1	2	3
21. Senti que a vida não tinha sentido	0	1	2	3

Anexo 7: Termo de consentimento livre e esclarecido - Instituições

Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação

Mestrado em Temas em Psicologia – Psicogerontologia

Exmo. Sr.^a :

Instituição :

No âmbito da Investigação a realizar para a elaboração da Tese de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade do Porto, venho por este meio, solicitar a vossa excelência que autorize a realização de um trabalho de investigação nesta Instituição, pelo aluno Mestrando Elcimar Alves Silva.

Informamos que o referido trabalho consiste num trabalho de investigação sobre solidão, satisfação com a vida, vontade de viver e saúde mental com adultos com 65 anos ou mais.

A participação nesta atividade envolverá um único momento de entrevista individual presencial. Momento que será aplicado os questionários com duração de aproximadamente 30 minutos por pessoa.

As informações e dados recolhidos serão mantidos sob sigilo, bem como a identidade do participante e da Instituição será preservada. A participação é voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento. A participação nesta actividade não acarretará nenhum risco ou prejuízo.

Estando ciente do termo e concordando com o mesmo, autorizo a realização do referido trabalho académico.

Assinatura: _____ (não obrigatório)

Com os melhores cumprimentos

Porto, __ de _____ de 20__.

Anexo 8: Termo de consentimento livre e esclarecido - Participantes

Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação

Mestrado em Temas em Psicologia – Psicogerontologia

No âmbito da Investigação a realizar para a elaboração da Tese de Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade do Porto, venho por este meio, solicitar seu consentimento para participação no referido estudo.

Informamos que o referido trabalho consiste em um estudo de investigação sobre bem-estar subjetivo; solidão, satisfação com a vida, vontade de viver e saúde mental com adultos com 65 anos ou mais.

A participação nesta atividade envolverá um único momento de entrevista individual presencial. Momento que será aplicado os questionários com duração de aproximadamente 30 minutos por pessoa.

As informações e dados recolhidos serão mantidos sob sigilo, bem como a identidade do participante será preservada. A participação é voluntária, sendo possível desistir a qualquer momento. A participação nesta actividade não acarretará nenhum risco ou prejuízo.

Estando ciente do termo e concordando com o mesmo, autorizo o uso dos resultados da minha participação no âmbito do referido trabalho académico.

Assinatura: _____ (não obrigatório)

Porto, __ de _____ de 20__.