

CÁTIA ISABEL SANTOS BARRACOSA

**A QUALIDADE DO ENVELHECIMENTO EM
CONDIÇÕES DE MONO-RESIDENCIALIDADE**

Orientador: João Pedro Oliveira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2013

CÁTIA ISABEL SANTOS BARRACOSA

**A QUALIDADE DO ENVELHECIMENTO EM
CONDIÇÕES DE MONO-RESIDENCIALIDADE**

Dissertação apresentada para a obtenção do Grau de Mestre em Psicologia Forense e da Exclusão Social, no Curso de Mestrado em Psicologia Forense e da Exclusão Social, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professor Doutor João Pedro Oliveira

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2013

Epígrafe

Pela Janela

Imerso na solidão do teu quarto
olhas pela janela fechada sobre a tua vida,
em busca de um rasgo de luz
que te traga à lembrança
a felicidade dos momentos que todos os dias
recordas
com a raiva de quem já não sabe ser feliz!

O suspiro que não contém
denuncia a desesperança,
e a janela que não abres,
por onde não permites que a vida entre,
deixa vislumbrar a vida que fervilha lá fora.

Talvez pudesses abrir essa janela...
Talvez pudesses sair desse quarto...
Talvez pudesses tomar nas tuas mãos
o que resta do teu tempo,
e deixar-te levar pela brisa que passa
suavemente pelos teus cabelos brancos;
pela luz que descobre os sulcos que vincam a
tua face;
pelo sol que aquece as tuas mãos trémulas e
inseguras;
sem teres pena de ti próprio
porque és velho!

(Luísa Pimentel, 2005)

Dedicatória

Aos Idosos!

À memória dos meus avós!

À restante família e aos meus amigos!

Agradecimentos

O caminho para o sucesso faz-se conquistando os desafios que a vida nos concede. Para tal, necessitamos de pequenos contributos vindos de outros indivíduos e é a estes que expresso a minha maior gratidão...

A Deus por iluminar sempre o meu caminho e me dar força nos momentos mais complicados.

À minha família por acreditarem em mim, especialmente, aos meus pais Maria de Jesus e Fernando Barracosa, ao meu irmão Nuno Barracosa e ao meu primo Bruno Lopes pelo apoio incondicional que me dão a cada dia, por depositarem em mim todo o vosso carinho, sabedoria, paciência, educação, compreensão nas fases difíceis e por estarem sempre presentes nos momentos importantes da minha vida.

Ao Professor Doutor João Pedro Oliveira, orientador, um forte agradecimento pela disponibilidade de me apoiar, encorajar e transmitir a sua sapiência, bem como, os seus ensinamentos/conhecimentos científicos para a concretização desta dissertação. Foi uma honra ter feito parte do seu ‘leque’ de orientandos.

Aos colegas do mestrado pelo companheirismo, união e entreaajuda nesta ‘aventura’ da psicologia forense e da exclusão social, principalmente, à Inês Silva pela disponibilidade imediata de me auxiliar com o programa estatístico.

A todos os meus amigos, especialmente, à Raquel Dias, à Vanda Reis, à Susana Zacarias, à Ana Santos, à Andreia Rodrigues, à Mariana Quintanilha e ao Joel da Ponte pela amizade constante e apoio em todas as fases deste projecto.

Ao Aldric e à Ana Moreira pela preciosa ajuda em recuperar os textos, quando tudo parecia perdido.

À Dr.^a Alexandra Mestre e à Dr.^a Paula Carvalho da Associação de Serviço de Apoio Social por me terem concedido autorização para inquirir os utentes.

Por último, mas não menos importante, aos idosos institucionalizados da referida instituição e aos não institucionalizados, pela colaboração activa neste estudo.

A todos vocês o meu **Muito Obrigada!**

Resumo

A presente dissertação tem como intuito avaliar a qualidade de vida e a solidão dos idosos e posteriormente relacionar estas duas variáveis. Visa compreender quais os factores que levam o idoso à mono-residencialidade, numa faixa etária igual e/ou superior a 60 anos. Isto é, perceber se derivam da livre escolha do indivíduo, ou resultado de um processo de viuvez, ou algo que lhe foi imposto e qual o género em que esta tendência mais se verifica. Pretende-se ainda, através de um trabalho comparativo perceber as divergências e as convergências entre os indivíduos institucionalizados dos não institucionalizados.

A amostra foi recolhida em Lisboa com a colaboração de 100 participantes, divididos em dois grupos distintos: 47 idosos institucionalizados e 53 não institucionalizados. Procedeu-se a uma caracterização sociodemográfica da amostra e posteriormente recorreu-se à aplicação de três instrumentos: a WHOQOL-BREF (Canavarro & *et. al.*, 2007) a WHOQOL-OLD (Simões & Vilar, 2010) e a UCLA (Neto, 1989).

Os resultados obtidos demonstraram que a qualidade de vida dos idosos é média-baixa e os níveis da escala de solidão revelaram uma moderada satisfação social. Assim, a relação entre a qualidade de vida e a solidão foram correlacionadas. Observou-se que não existem diferenças significativas entre o género feminino e a mono-residencialidade, e o motivo da viuvez não é a principal causa para os idosos viverem sós. Verificou-se que o nível médio das escalas WHOQOL-OLD e UCLA são ligeiramente distintos, sendo inferiores na amostra dos idosos não institucionalizados. Na WHOQOL-BREF os valores dos domínios (geral, físico, psicológico e meio-ambiente) que compõem esta escala tendem a ser superiores na amostra dos idosos não institucionalizados. Enquanto que, o domínio social da referida escala, tende a ser maior na amostra dos idosos institucionalizados.

Palavras-chave: Mono-residencialidade, Solidão, Qualidade de Vida, Idosos institucionalizados, Idosos não institucionalizados.

Abstract

The main objective of this work is to evaluate elders' quality of life and loneliness and establish a relation between these two variables. It aims to understand which factors lead the elder to mono-residency, in an age group equal and/or superior to 60 years old. This is, to understand if mono-residency is deliberately chosen by the individual or if it is the outcome of a widowhood process, or something that was imposed and in which genre this trend is more visible. Thus, through a comparative study we expect to understand the differences and similarities between non-institutionalized and institutionalized individuals.

The sample was collected in Lisbon with the collaboration of 100 participants, divided into two distinct groups: 47 institutionalized elders and 53 non-institutionalized. We undertook a sociodemographic characterization of the sample and subsequently three instruments were applied: a WHOQOL-BREF (Canavarro & et. al., 2007) a WHOQOL-OLD (Simões & Vilar, 2010) and an UCLA (Neto, 1989).

The results obtained showed that elders' quality of life is medium-low and the levels of loneliness revealed a moderate social satisfaction. Thus, the relationship between quality of life and loneliness were correlated. There were not observed significant differences between female gender and mono-residence, and widowhood is only one of the several causes elders have to live alone. It was verified that the average level of scale WHOQOL-OLD and UCLA are slightly different, being lower in the sample of non-institutionalized elder. In WHOQOL-BREF values of domains (general, physical, psychological and environmental) that compose this scale tend to be higher in the sample of non-institutionalized elder. While the social domain of that scale, tends to be higher in the sample of institutionalized elder.

Keywords: Mono-residency, Loneliness, Quality of Life, institutionalized elders and non-institutionalized elders.

Abreviaturas

ASAS – Associação de Serviço de Apoio Social

BIT – Bureau Internacional do Trabalho

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Serviço Social

ISCSP – Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

OLCPL – Observatório Luta Contra a Pobreza na cidade de Lisboa

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

UCLA – *University of California at Los Angeles*

UE – União Europeia

S/D – Sem Data

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

WHOQOL – *World Health Organization Quality Of Life*

Índice

Índice	8
Índice de Tabelas	10
Introdução	11
PARTE A- Enquadramento Teórico	
Capítulo I – Revisão da Literatura	
1.1 – Abordagens múltiplas face ao Envelhecimento	
1.1.1 -Abordagem histórica do envelhecimento.....	16
1.1.2- Abordagem demográfica do envelhecimento.....	20
1.1.3- Abordagem sociológica do envelhecimento.....	22
1.1.4- Abordagem psicológica do envelhecimento.....	24
1.2- Envelhecimento	
1.2.1- Conceito de Envelhecimento.....	26
1.2.2- Teorias do Envelhecimento.....	31
1.3 - Qualidade de Vida	
1.3.1- Conceito de Qualidade de Vida.....	34
1.3.2- Qualidade de Vida no Envelhecimento.....	38
1.4 - Exclusão Social	
1.4.1- Conceito de Exclusão Social.....	42
1.4.2- A Exclusão Social no contexto do Envelhecimento.....	45
1.5 – O Idoso e a Mono – Residencialidade	
1.5.1- Conceito de Idoso.....	48
1.5.2- Conceito de Mono – Residencialidade.....	50
1.5.3- A Mono – Residencialidade no Envelhecimento.....	52
1.6 - Rede Social no Idoso	
1.6.1- A Família.....	56

1.6.2- A Sociedade.....	61
1.7- Diferenciação entre os Idosos Institucionalizados e os Idosos Não Institucionalizados	
1.7.1 – O Idoso e a Institucionalização.....	63
1.7.2- Não Institucionalização vs Institucionalização.....	67
PARTE B- Enquadramento Metodológico	
Capítulo II - Metodologia	
2.1- Caracterização da Não Institucionalização:	
2.1.1- Breve caracterização da Cidade de Lisboa.....	74
2.1.2- Breve caracterização da Freguesia de Alcântara.....	75
2.2- Caracterização da Institucionalização:	
2.2.1- Breve caracterização da Freguesia da Nossa Senhora de Fátima.....	75
2.2.2- Breve caracterização da Associação de Serviço de Apoio Social.....	75
2.3- Instrumento de colheita de dados	
2.3.1 – Forma de investigação.....	77
2.3.2- Objectivos do estudo e Hipóteses.....	78
2.3.3- Amostra	78
2.3.4- Instrumentos.....	81
2.3.5 – Procedimento.....	83
PARTE C- Resultados	
Capítulo III – Resultados	
3.1 - Apresentação dos resultados.....	87
3.2 – Discussão dos resultados.....	97
3.3 – Conclusão.....	101
Referências Bibliográficas.....	104
Anexos.....	I

Índice de tabelas

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica.....	79
Tabela 2. Caracterização social (mono-residencialidade, contexto familiar e saúde).....	81
Tabela 3. Estatística descritiva para cada escala Whoqol-Bref, Whoqol-Old e Ucla....	87
Tabela 4. Matriz das correlações de <i>Pearson</i> dos três instrumentos.....	89
Tabela 5. Associação entre as variáveis “onde reside” e “género”.....	90
Tabela 6. Associação entre as variáveis “onde reside” e “motivo”.....	91
Tabela 7. Caracterização sociodemográfica das duas amostras.....	93
Tabela 8. Caracterização social (mono-residencialidade, contexto familiar e saúde) das duas amostras.....	95
Tabela 9. Comparação das médias das duas amostras nos três instrumentos.....	96

Introdução

Actualmente, o envelhecimento conduz a um problema social dando enfoque às questões sobre as situações de mono-residencialidade, que tem afectado vários países do mundo, inclusive, em Portugal. Importa realçar que no seio desta sociedade, o sénior que tende a viver só, numa fase precoce não dá qualquer importância a este facto por não se considerar dependente e se auto-sustentar, mas, à *posteriori*, poderá vir a sofrer de exclusão social pelos que o rodeiam, nomeadamente, da família bem como dos amigos.

Tendencialmente, os idosos são normalmente vistos como indivíduos marcados por várias características, nomeadamente, isolamento, solidão, doença, pobreza e até vítimas de exclusão social, como já foi mencionado. As próprias existências do indivíduo, como a dimensão familiar da identidade, tornam-se desconhecidas aos «olhos de quem vê». Ou seja, um grupo significativo de «pessoa idosa» parece que «vive» uma ruptura quer com os laços afectivos referentes à instituição familiar, quer com as relações sociais do ponto de vista da amizade e da vizinhança, que originam no indivíduo sénior carências a nível afectivo.

Salienta-se ainda que o sénior poderá vir a sofrer de maus-tratos tanto físico como psicológico, quer pela própria família, quer pela instituição de longa permanência. Isto ocorre quando o idoso encontra-se numa fase de extrema dependência e parece que só consegue «viver» através do auxílio prestado por parte da família.

Todavia, a família ao ter o seu emprego depara-se que não tem tempo para apoiar o idoso e a única solução que resta passa por institucionalizá-lo. Entretanto, algumas famílias vão até mais longe e chegam mesmo ao ponto de agredir os seus idosos.

No seio institucional, a violência contra os idosos também acontece, através do pessoal pouco ou nada qualificado. Por isso, torna-se fundamental realçar os direitos que compõem o Estatuto do Idoso, porque os idosos apesar de terem uma idade bastante avançada, também são seres humanos.

Portanto, o papel da psicologia forense e da exclusão social torna-se relevante para esta temática, no que diz respeito, ao colmatar os casos da exclusão e da violência,

assim como, promover o processo da inclusão social, para que os idosos excluídos consigam encontrar aquele amparo que tanto procuram e carecem.

A temática deste trabalho surge como estudo de grande pertinência pelo facto de ser uma realidade social, actualmente, mais elevada. Presentemente vive-se uma crise de valores e a própria instituição familiar e a instituição amigos se encontram fragilizadas, importa verificar e/ou observar essa evidência em estudos com o objectivo de inverter essa realidade. É deveras fulcral questionar qual o motivo e as trajectórias que levaram a essa realidade no intuito de se inverter essa tendência e fazer renascer valores vitais da sociedade que se encontra em declínio.

O objectivo primordial da presente dissertação consiste em avaliar e relacionar a qualidade de vida e a solidão dos idosos, com auxílio das escalas WHOQOL-OLD traduzida por Simões e Vilar (2010), WHOQOL-BREF traduzida por Canavarro e colaboradores (2007), e UCLA adaptada para a população portuguesa por Neto (1989).

Pretende-se chegar aos factores que conduzem o idoso à mono-residencialidade, numa faixa etária igual e/ou superior a 60 anos. Por outras palavras, conhecer se são da livre escolha do indivíduo, do facto de querer «viver a só», ou de um processo de viuvez, ou mesmo algo que lhe foi imposto e qual o género - feminino ou masculino - em que esta tendência mais se verifica. Através de um trabalho comparado pretende-se perceber as divergências e as convergências entre os indivíduos idosos institucionalizados dos não institucionalizados.

Importa mencionar que a presente dissertação está estruturada em três partes. A Parte A corresponde ao enquadramento teórico e é constituída pelo capítulo I, que diz respeito à revisão da literatura. O referido capítulo engloba sete subcapítulos, em que passamos a enumerar: no primeiro as múltiplas abordagens face ao envelhecimento, tendo em conta, as influências da História, da Demografia, da Psicologia e da Sociologia; no segundo o conceito e as teorias do envelhecimento; no terceiro o conceito da qualidade de vida, bem como, a qualidade de vida no envelhecimento; no quarto o conceito da exclusão social, assim como, a exclusão social no contexto do envelhecimento; no quinto os conceitos de idoso e da mono-residencialidade e a relação da mono-residencialidade no envelhecimento; no sexto a rede social do idoso dando ênfase à família e à sociedade, por fim, no sétimo o idoso e a institucionalização, bem

como, a diferenciação entre os idosos institucionalizados e os idosos não institucionalizados.

A Parte B aborda o enquadramento metodológico e é composta pelo capítulo II correspondendo à metodologia, que inclui três subcapítulos: o primeiro refere-se à caracterização da não institucionalização, em que consta uma breve caracterização da cidade de Lisboa e da freguesia de Alcântara; o segundo alude a caracterização da institucionalização, em que consiste caracterizar sucintamente a freguesia da Nossa Senhora de Fátima e a instituição – Associação de Serviço de Apoio Social [ASAS] - por último, o terceiro diz respeito ao instrumento da colheita de dados, este subcapítulo engloba a forma de investigação, os objectivos do estudo e as hipóteses, a descrição da amostra, os instrumentos e o procedimento.

A Parte C é formada pelo capítulo III o que corresponde aos resultados, abrangendo três subcapítulos, sendo o primeiro a apresentação dos resultados obtidos, o segundo a discussão dos resultados, e, o terceiro a conclusão. Salientamos que este trabalho segue um desenho transversal, comparativo e correlacional.

PARTE A

Enquadramento Teórico

Capítulo I

Revisão da Literatura

1.1 – Abordagens múltiplas face ao Envelhecimento

1.1.1- Abordagem histórica do envelhecimento

O envelhecimento caracteriza-se por ser um fenómeno, que se distingue pelo desenvolvimento humano e associa-se constantemente a diversas épocas e lugares. Nas sociedades contemporâneas, observa-se o incremento da expectativa de vida, assim como, o fomento da população idosa em diversos países. Segundo Birren e Schroots¹ (Fonseca, 2004), afirmam que foi com o culminar da II Guerra Mundial, que se verificou um pertinente fenómeno demográfico, devido ao considerável aumento da esperança de vida e ao correspondente envelhecimento da população.

Importa referir que a Génese do Antigo Testamento parte da ideia que “após o dilúvio as pessoas passaram a viver mais, a velhice é vista como um edifício e a morte representa sua total e definitiva demolição”. Hesíodo² relata que a “raça dourada” compõe-se por um povo em que vive imensos anos sem envelhecer e quando chegasse o seu dia morreriam ao dormir. Tanto Aristóteles³ como Galeno⁴ acreditam que um indivíduo nasce com uma quantidade de calor interno, e com o decorrer dos anos desaparece, assim sendo a velhice é considerada a última fase da vida. Enquanto que, nos países orientais, o envelhecimento é visto como um objecto de adoração, cujos jovens recorrem aos idosos para obterem experiência e sapiência (citado por Araújo & Carvalho, 2004/2005, p.228).

Foucault (2006) assegura que na cultura antiga, o envelhecimento é considerado por possuir um valor tradicional e reconhecido, no entanto, limitado, escasso e parcial. Assim, a velhice encara-se por dois lados completamente antagónicos, por um, pela sabedoria, pela experiência e pelos conselhos, por outro, pela fraqueza e pela incapacidade. Assim, o envelhecimento revela um valor ambíguo ou escasso.

Bacon, Descartes, e Benjamim confiam no progresso dos métodos científicos eficientes, para ultrapassar as transmutações do envelhecimento. Deste modo, Bacon

¹ Birren, J. & Schroots, J. (2001). *The history of geropsychology*. In J. Birren & K. W. Schaie (Eds.), *Handbook of the psychology of Aging* (5th ed). San Diego: Academic Press in Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.

² Historiador grego.

³ Filósofo grego.

⁴ Médico grego.

(século XVI/XVII) defende a “ideia de que um espírito jovem inserido em um corpo velho faria regredir a evolução da natureza”. Benjamim (século XVIII/XIX) além de pioneiro, assegura que as “doenças [são] responsáveis pela morte e não pelo envelhecimento” (citado por Araújo & Carvalho, 2004/2005, pp.229-230).

Relativamente à introdução da Psicologia no «mundo» do Envelhecimento, quer na teoria, quer na investigação, destaca-se por ser recente cujo objectivo consiste em perceber quais os factores intrínsecos do foro psicológico no avanço da idade. Desta forma, segundo Fonseca (2004, pp.12-13) a referida temática teve vários contributos de percursos em épocas distintas, como podemos verificar:

Em 1922, Stanley Hall divulga na sua obra “*Senescence: The Second Half of Life*”⁵, o que se passava na segunda metade da vida do ser humano e conclui que o envelhecimento cruza-se com as múltiplas áreas científicas, nomeadamente, a medicina, a anatomia ou a filosofia. Em 1933, Jung, socorrendo-se a uma reflexão da psicanálise advoga “a existência de uma evolução permanente da personalidade por meio de movimentos de transformação e de continuidade, havendo aspectos que tenderiam a modificar-se ao passo que outros - valores éticos - se mostrariam estáveis”. Em 1935, Buhler defende que a existência humana resulta de cinco fases, sendo a última, dedicada à velhice, cujo indivíduo procederia a um balanço daquilo que passou durante a sua vida e cabe-lhe perscrutar se são sentimentos de êxito ou de fracasso, conforme ao que tinha delineado. Salienta-se que na viragem dos anos 40, realiza-se um estudo na Universidade de *Harvard*, que se intitula “*Harvard Study of Adult Development*”⁶, cuja finalidade seria abordar o desenvolvimento humano na idade adulta.

O presente estudo, recorre a três grupos de amostras distintas, em que passamos a citar: Primeiramente, “uma amostra de 268 estudantes da Universidade de *Harvard*, socialmente favorecido, nascidos à volta de 1920”. Em seguida, dá-se lugar à “amostra com 456 homens residentes na mesma região e nascidos na mesma época, mas de origem social modesta e exercendo diversas profissões”. Por fim, efectua-se uma “amostra de 90 mulheres de classe média, dotadas sob o ponto de vista intelectual, nascidas à volta de 1910” (Fonseca, 2004, p.13).

⁵ Tradução «Senescência: A Segunda Metade da Vida».

⁶ Tradução «Estudo de *Harvard* do Desenvolvimento do Adulto».

Deste modo, o referido objecto de estudo aborda os aspectos relativamente à saúde, à personalidade, às relações sociais, ao trabalho, à espiritualidade e entre outros. O que permitiu a elaboração constante das apreciações ao longo das posteriores décadas, de forma a verificar a ocorrência das modificações internas resultantes da maturação e averiguar o impacto, em que os acontecimentos do século XX provocavam nas suas vidas. Os anos 50 assinalam-se pelo aumento do trabalho teórico e empírico, em que se direcciona para o estudo dos factores psicológicos do envelhecimento. Alguns colaboradores como Baltes, Birren, Erikson, Havighurst, Neugarten e Schaie, nas décadas de 50 e 60, salientam a necessidade de analisar a fase, que corresponde à segunda metade da idade adulta e à velhice, observando atentamente as transmutações, que ocorrem ao nível físico, cognitivo, social e psicológico (Fonseca, 2004).

Nas últimas décadas regista-se um significativo aumento dos indivíduos idosos, quer traduzidos em números absolutos, quer em números relativos, o que veio gerar uma multiplicação por dois, aquando o século XX, principalmente, nos países desenvolvidos do mundo ocidental (Fernández-Ballesteros, 2000, citado por Fonseca, 2004).

Neste sentido, o fenómeno demográfico, e tendo em conta aos indivíduos que vivem mais tempo, suscitou importância para os investigadores das ciências sociais e humanas, e por isso tinham como propósito compreender os processos do envelhecimento através de dois objectivos:

-“Para deixar claro que as pessoas idosas pertencem à espécie humana, não são seres especiais nem criaturas de outro planeta” (Neugarten, 1994, citado por Fonseca, 2004, p.16).

-“ Com o objectivo não só que o ser humano viva mais tempo, mas igualmente que viva melhor” (Fernández-Ballesteros, 2000, citado por Fonseca, 2004, p.16).

Parafraseando Birren, o avanço da idade corresponde à redução da actividade do sistema nervoso e da acção humana. Baltes⁷ sugeriu um arquétipo do foro psicológico do envelhecimento, com base na junção de diversos instrumentos, nomeadamente, de

⁷ Baltes, P. (1987). *Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. Development Psychology*, 23, 5, 611-626 in Fonseca, A. (2004). *O Envelhecimento – Uma abordagem Psicológica*. Lisboa: Universidade Católica.

selecção, de optimização e de compensação formando assim o chamado modelo SOC de forma a ser aplicado a todo o ciclo de vida, sobretudo, na segunda metade da vida humana (Fonseca, 2004).

Fonseca⁸ esclarece as três partes que compõem este modelo, recorrendo às seguintes definições:

- Selecção “é o processo através do qual o idoso escolhe e focaliza a sua atenção e recursos, em experiências e domínios prioritários de acção, que lhe proporcionam satisfação e um sentido de controlo pessoal”.

- Optimização “é a decisão pessoal de se envolver em acções e comportamentos que enriquecem e aumentam os seus recursos, rentabilizando o percurso de vida escolhido”.

- Compensação “consiste na utilização de recursos externos ao indivíduo para o ajudar a atingir os seus objectivos” (Fernandes, 2012, p.12).

Freund e Baltes (1998) referem que a selecção, a optimização e a compensação relacionam-se com o bom envelhecimento. Neste sentido, o presente modelo visa que o envelhecimento seja um processo de desenvolvimento, e que inclua tanto os ganhos, como as perdas no percurso da vida. Portanto, o envelhecimento que seja bem-sucedido refere-se desde logo a uma boa qualidade de vida. Resumidamente compreende-se que a selecção corresponda aos objectivos e/ou resultados, enquanto que, a optimização direcciona-se para a parte da utilização dos meios para os atingir e a compensação adequa-se às respostas comportamentais, tendo como objectivo, preservar o sucesso adaptativo. Desta forma, o principal intuito do modelo consiste em maximizar os ganhos e minimizar as perdas e, assim, destina-se para todas as idades, principalmente, para os idosos.

Como os investigadores revelavam ter imensa curiosidade pela temática dos idosos, foi crucial surgir a Gerontologia. Schroots (1996) define esta disciplina como o “estudo simultâneo e multidisciplinar do processo do envelhecimento, da velhice e do idoso” (citado por Fonseca, 2004, p.16).

⁸ Fonseca, A. M. (2008). Psicologia do envelhecimento e vulnerabilidade. In A. S. Carvalho (Coord.) Bioética e vulnerabilidade. Coimbra: Almedina in Fernandes, M. (2012). Qualidade de Vida e Actividade: Um Estudo em Idosos de Vila Nova de Cerveira. Porto: Universidade Católica Portuguesa. P.12.

1.1.2- Abordagem demográfica do envelhecimento

Demograficamente, o envelhecimento define-se pelo incremento dos indivíduos idosos, relativamente à população total (Quaresma, 2008). Assim, por envelhecimento demográfico entendemos que consiste na “evolução da estrutura etária que se traduz por uma redução da importância dos indivíduos nas idades mais jovens [envelhecimento na “base” da pirâmide etária] ou por um aumento da importância dos indivíduos nas idades mais avançadas [envelhecimento no “topo” da pirâmide etária] ” (Rosa, 1996, p.1183). Por outras palavras, “se a proporção de pessoas idosas aumenta teremos um “envelhecimento de topo” e se a proporção de jovens diminui, teremos um “envelhecimento de base”” (Nazareth, 1979, p.14). Simultaneamente, a estes dois tipos de envelhecimento designa-se o termo “duplo envelhecimento”.

Actualmente, a população portuguesa está mais envelhecida do que em tempos de outrora. É a partir da segunda metade do século XX, que as sociedades europeias deparam-se com o fenómeno duplo envelhecimento. Desta forma, o envelhecimento demográfico torna-se rapidamente numa proporção à escala mundial, no entanto, a intensidade diferencia-se, consoante as regiões e os respectivos países. Portugal é de facto um país desenvolvido, contudo, não deixa de ter um lugar no grupo dos mais envelhecidos da Europa (Rosa, 2012).

Com efeito, a população idosa tende a aumentar devido a diversos factores, nomeadamente, à evolução da esperança média de vida, à redução das taxas de mortalidade, à melhoria da qualidade de vida, bem como, aos progressos da medicina e, por fim, ao elevado número de famílias unipessoais, compostas pelo cônjuge sobrevivente, que normalmente é a mulher. Entende-se que por esperança média de vida, resulta do “número médio de anos vividos por uma dada população” (Amaro, 2006, p.142).

Quanto ao índice de envelhecimento, baseia-se no número de indivíduos com mais de 64 anos por cada 100 jovens com menos de 15 anos, o que corresponde a dois tipos de envelhecimento demográfico, ou seja, o envelhecimento no topo e na base da pirâmide etária. Este caso pode ser observável nos países industrializados em que existe mais idosos do que jovens. Refere-se que em Portugal, o índice de envelhecimento tem dilatado, sobretudo, nas regiões do interior do país. “Em 1960 existiam 27 pessoas com

65 anos e mais, por cada 100 jovens com menos de 15 anos. Em 1991 o índice já era de 68. Em 2001 passou para 102, sendo 108,7 em 2004” (Amaro, 2006, p.141).

Assim sendo os motivos causadores do processo do envelhecimento demográfico são, sobretudo, a redução tanto da mortalidade, como da fecundidade. Neste sentido, o referido processo teve o apoio de múltiplos factores, entre eles, o surgimento das melhores condições de vida e de saúde⁹ e a redução do número de nascimentos, sendo que a última, ocorre constantemente, devido à entrada da mulher no mercado de trabalho, ficando a maternidade para uma fase posterior. Rosa (2012, p.27) realça, que desde os anos 60 até à presente data, “o número de jovens diminuiu um milhão (representavam 29% da população e actualmente descem para 15%) e o número de idosos aumentou 1,3 milhões (representavam 8% da população e actualmente já passam para os 19%) ”.

Tendo em conta, aos resultados pré-definitivos dos Censos de 2011, concluíram que “mais de um milhão e duzentos mil idosos vivem sós ou em companhia de outros idosos”. Ou seja, o referido fenómeno aumentou 28% durante a última década, sendo que 400 964 corresponde ao número de pessoas idosas a viver sozinhas e 804 577 ao número de idosos que residem exclusivamente com outros idosos. Efectivamente, este acentuado incremento explica-se pelo aumento da esperança média de vida, pela desertificação, e pela transformação do papel da família nas sociedades contemporâneas. Verificamos que o caso da região de Lisboa possui 22%, ou seja, uma elevada percentagem de idosos a viverem sós (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2012, p.1).

Segundo Coelho (2008, p.7), recorrendo aos dados do Instituto Nacional de Estatística [INE], observa que no caso português, em 2001, “existiam 631762 unidades residenciais unipessoais”. Em que 50,8% eram formados por idosos. Neste sentido, a totalidade das unidades residenciais dos indivíduos a viverem sós, com mais de 65 anos, teve maior ocorrência no género feminino com 77,7%. Quanto, à faixa etária, a que tem maior incidência é a dos 75 anos ou mais tendo 52,3%, seguidamente, a dos 70 aos 74 com 25,8% e por último, a dos 65 aos 69 anos possui 21,9%. Especificamente em

⁹ O aparecimento da farmacologia.

Lisboa, “41,1% das unidades residenciais unipessoais eram habitadas por idosos, dessas, 79,7% eram constituídas por mulheres e 20,3% por homens”.

Sintetizando, a população idosa tende a aumentar por diversos factores, particularmente, pela evolução da esperança média de vida, pela redução das taxas de mortalidade, pela melhoria da qualidade de vida, bem como, pelos avanços da medicina e, por fim, pelo elevado número de famílias unipessoais, constituídas pelo cônjuge sobrevivente, ou seja, a mulher (Amaro, 2006, p.142).

1.1.3 – Abordagem sociológica do envelhecimento

Na perspectiva da psicologia do ciclo de vida, existem diversas causas do foro sociocultural, que originam um impacto característico na vida dos indivíduos à medida que estes vão envelhecendo. Fonseca (2005, p.133) menciona que “uma forma de ver como os factores de natureza sociocultural influenciam a vida dos indivíduos à medida que estes envelhecem é perspectivando a forma como as instituições e estruturas sociais os afectam, positiva ou negativamente.”

Sociologicamente, a questão do envelhecimento refere-se a dois dilemas: por um lado, o fomento da população idosa, e por outro, o decréscimo do papel, cujos idosos executavam, quer no seio da família, quer na sociedade. Com efeito, à medida que o indivíduo envelhece, as suas funções de cariz social vão ficando cada vez mais reduzidas. Todavia, esta diminuição incumbe à sociedade que assim o impõe, ou cabe à livre escolha do indivíduo (Quaresma, 2008).

Oliveira (2008) considera que a família é o “*habitat*” natural, ou seja, o meio acolhedor dos indivíduos, principalmente, do idoso. Alude à ideia que o envelhecimento assinala-se pela diminuição progressiva da actividade social, devido a várias causas e perdas, nomeadamente, a perda do cônjuge, a perda da autonomia, a reforma, a independência dos filhos, e a perda dos amigos. O referido autor corrobora que:

“O idoso também não tem o melhor comportamento no seio da família, tornando-se difícil e demasiado exigente, com maior ou menor grau de culpabilidade por esta situação. Muitos idosos, entretanto, preferem viver de forma independente, embora perto dos filhos e dos parentes próximos, combinando assim certa privacidade com a interacção familiar. O

problema é quando perdem, total ou parcialmente, a autonomia e a independência” (p.68).

Bengston e Treas (1980) concluíram que “embora os familiares sejam a fonte preferida de conforto e ajuda nas crises, se a expectativa de receber assistência for demasiado elevada, mais a pessoa idosa se deprime se não obtém tal ajuda”. Para Barros (2002) “a família sofre hoje profundas e rápidas transformações ou mesmo grave crise” (citado por Câmara, 2011, p.50).

Relativamente à sociedade, podemos observar que esta tem menosprezado e excluído os idosos, pelo facto de serem um grupo vulnerável, e que não têm quaisquer requisitos para contribuir na comunidade e por isso não usufruem das regalias de cariz social. Na maioria das vezes, os seniores além de serem postos à margem, também são considerados como um fardo, um obstáculo.

Salienta-se que VandenBos (1998, citado por Fonseca, 2005, p.133) destaca quatro estruturas sociais, tais como, a família, o trabalho, o estado e a religião, que influenciam sobre o modo de vida dos idosos. No entanto, as estruturas sociais, nomeadamente, o trabalho e a família são fundamentais na vida dos indivíduos adultos, porém, tais eventuais modificações são acontecimentos que podem atingir impactos, tanto na maneira de ser, como de estar. O autor exemplifica as referidas estruturas recorrendo, respectivamente, a “passagem à reforma” ou a morte do cônjuge.

Para Oliveira (2008), as causas da reforma são devido às condições sociopolíticas impostas, como também à saúde, à idade, à gestão do tempo, ao agregado familiar a conservar, à pensão oferecida, às características do trabalho e, por fim, ao género. Porém, o autor evidencia que a reforma:

“Pode ser um tempo de desgraça, se o reformado não sabe encontrar novas formas de viver e conviver, de ocupar o seu tempo; mas normalmente torna-se tempo de graça, de maior disponibilidade para finalmente e calmamente poder fazer aquilo de que mais gosta” (p.117).

Importa salientar, que na violência existem complicações sérias do foro psicológico, geralmente classificam-se com bastante gravidade, o que conduz ao

agravamento, e à solidão do idoso. De facto, o sénior ao não ter outra alternativa avança com a única que tem ao seu alcance, ou seja, o suicídio.

Oliveira (2008, p.101) refere que a exclusão social associa-se à violência o que pode dar origem à solidão nos idosos. Constata-se que a exclusão social é considerada um facto, para que o mundo e os políticos “gritem igualdade e a defesa dos direitos de todos. Muitas vezes os meios de comunicação social também veiculam estereótipos sobre a terceira idade que levam a uma maior desconsideração social”.

1.1.4- Abordagem psicológica do envelhecimento

A Gerontologia desenvolveu-se nos finais dos anos 50, devido ao incremento da população idosa. Entretanto, o estudo do envelhecimento é recente na Psicologia. Não obstante, em 1928, realizaram-se as primeiras pesquisas experimentais sobre a temática do envelhecimento, cujas abordagens incidiam: na aprendizagem, na memória e no tempo de reacção (Baltes, 1995, citado por Araújo & Carvalho, 2004/2005). Os anos 40 assinalaram-se pela escassa investigação, no que se refere, à vida adulta e da velhice, priorizando-se o desenvolvimento da psicologia da infância e da adolescência (Baltes, 1995, citado por Teixeira, 2006).

Segundo Neri¹⁰, a realização dos estudos experimentais sobre o envelhecimento executou-se devido aos investigadores não terem encontrado na psicologia do desenvolvimento, ou seja, “nem a velhice como facto social, fenómeno sem precedentes na experiência da humanidade” (Araújo & Carvalho, 2004/2005, p.5).

Berger¹¹ (Quaresma, 2008) defende que a saúde mental dos idosos consiste num envelhecimento, em que o próprio sénior ainda consegue estar idóneo para controlar o *stress* à medida que a idade vai progredindo. Desta forma, o envelhecimento psicológico relaciona-se com a capacidade adaptativa às tarefas do quotidiano, com as emoções, e com a percepção fictícia do envelhecimento do indivíduo. Os estudos no âmbito da psicologia do envelhecimento consideram que é exequível conservar as

¹⁰ Neri, A. (2002). Teorias Psicológicas do Envelhecimento. In Freitas, E. & *et. al.* (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan in Araújo, L. & Carvalho, V. (2004/2005). Aspectos sócio-históricos e psicológicos da Velhice [Versão electrónica]. Revista de humanidades, nº13, pp.5.

¹¹ Berger, I. (1995). Pessoas Idosas uma abordagem global. Lisboa: lusodidacta in Quaresma, I. (2008). O Significado que os Idosos Atribuem aos Cuidados de Enfermagem Domiciliários. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

competências cognitivas até ao fim da vida. Não obstante, existem diversas literaturas contraditórias, que constataam, a decadência das funções cognitivas que sucede do processo do envelhecimento.

Luders e Storani¹² cunham o termo de “distúrbios cognitivos adquiridos”, para se referirem às “condições responsáveis por essas mudanças” (Ribeirinho, 2005, p.42).

Numa perspectiva psicológica, pode-se observar no idoso os seguintes indícios: a diminuição progressiva ao nível mental, os processos associativos tornam-se vagarosos, as dificuldades de concentração e de memória têm tendência para aumentar, a puerilidade dos juízos, os egocentrismos, a labilidade emotiva, o surgimento das percepções de hipocondríaco e, por fim, a irritabilidade (Fonseca, 1988, citado por Quaresma, 2008).

Zimmerman¹³ (Quaresma, 2008) constata que as características ao nível físico e psicológico do envelhecimento estão decerto modo relacionadas com a postura, com a história de vida e com a hereditariedade da pessoa.

Erik Erikson (1963/1964) destaca-se por ser um dos precursores na investigação do desenvolvimento humano, através da concepção da Teoria do Desenvolvimento aquando a vida, esclarece que o desenvolvimento humano constitui-se no decorrer da vida (Bee & Mitchell, 1984). Na referida investigação, Erikson colabora para facilitar o entendimento das mudanças, que surgem no decorrer do envelhecimento. Gould (1978) desenvolve a sua teoria, com base na de Erikson, em que aborda os processos do desenvolvimento da velhice, originando estágios de evolução. No interior da Psicologia do Desenvolvimento, as teorias supracitadas geram relevância no estágio do desenvolvimento humano, particularmente, nas áreas do conhecimento, como a Gerontologia. Assim, a referida área desperta a curiosidade para compreender os fenómenos do processo do envelhecimento (citado por Esteves, 2009).

¹² Luders, S. & Sorani,, M. (2002). Demência: Impacto para a Família e a Sociedade. in Netto, M. Gerontologia - A Velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada. São Paulo: Atheneu in Ribeirinho, C. (2005). Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio. Lisboa: Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa. P.42.

¹³ ZIMMERMAN, G.(2000).Velhice - Aspectos Biopsicossociais. Porto Alegre: Artmed in Quaresma, I. (2008). O Significado que os Idosos Atribuem aos Cuidados de Enfermagem Domiciliários. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Neri (1995) cita que a psicologia do envelhecimento ocupa-se em averiguar as mutações comportamentais, no que toca, à decadência progressiva do comportamento psicológico, numa idade avançada da vida adulta. Cabe, então, à dita psicologia conciliar os conceitos: desenvolvimento e envelhecimento. Todavia, os respectivos termos, outrora, eram considerados incompatíveis, quer pelos investigadores, quer pela sociedade e pela família que julgavam a velhice como uma fase não desenvolvida (citado por Esteves, 2009).

Em suma, como foi proferido, o envelhecimento apresenta-se por ser um estudo bastante actual, quer na Psicologia em si, quer na Psicologia Social, em termos específicos. Assim sendo, ao longo dos últimos anos, as investigações revelaram pertinentes na compreensão do objecto, a partir da visão biopsicossocial.

1.2- Envelhecimento

1.2.1 – Conceito de Envelhecimento

Desde sempre o Homem suscitou uma enormíssima curiosidade sobre a temática do envelhecimento...

Primeiramente destaca-se a etimologia das palavras “velhice” e “velho”, que derivam do latim *veclus*, *vetulus*, e significam um indivíduo de muita idade (Ballesteros, 2000, citado por Pereira, 2012a, p.8).

Relativamente ao conceito de envelhecimento podemos então verificar que existe uma panóplia de definições de diversos autores, que iremos abordar. Desta forma, na linha de pensamento de Platão¹⁴ (427-347 a.C), afirma que o envelhecimento resulta da “continuidade da vida”, visto que “se envelhece de acordo com a forma como se viveu”. Enquanto que, Hipócrates¹⁵ (460-377 a.C.) foi pioneiro ao “tentar explicar o envelhecimento numa perspectiva médica, defendendo que consiste num fenómeno natural, físico e irreversível” (citado por Ribeiro, s/d, p.10).

Guita Débert explica-nos que o envelhecimento é uma:

¹⁴ Filósofo grego.

¹⁵ Médico grego.

“Criação recente das sociedades contemporâneas. Sua invenção implica a criação de uma nova etapa na vida que interpõe entre a idade adulta e a velhice e é acompanhada de um conjunto de práticas, instituições e agentes especializados, encarregados de definir e atender as necessidades dessa população que, a partir dos anos 70 deste século, em boa parte das sociedades europeias e americanas, passaria a ser caracterizada como vítima de marginalização e de solidão” (Coelho, 2008, p.9).

Sendo assim o conceito de envelhecimento consiste num “processo termodinâmico de quebra de energia, geneticamente determinado e condicionado ambientalmente, deixando resíduos que progressivamente aumentam a probabilidade de ocorrência de muitas doenças, de acidentes, e de instabilidades dinâmicas e por fim resulta a morte” (Yates, 1993, citado por Fonseca, 2004, pp. 55-56).

De tal forma, Zimerman¹⁶, o fenómeno do envelhecimento implica transmutações ao nível físico, psicológico e social nos indivíduos, sendo as ditas alterações de cariz geral e podem ser observáveis, nos indivíduos com idades mais precoces ou mais avançadas, contudo, depende das características genéticas e da vivência de cada um. Alude também que a ideia de “velho” remete para idades distintas, por exemplo, “a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua interacção com a sua sociedade.” Exemplifica ainda que o indivíduo é o mesmo que sempre foi, ou seja, se foi uma pessoa alegre vai continuar a ser, se foi uma pessoa insatisfeita, vai continuar insatisfeita, se foi um lutador, vai continuar a lutar (Pereira, 2010, p.5).

Beauvoir (1970) concorda que envelhecer designa-se pelo acto irreversível e universal, o autor sublinha, que o início surge no nascimento dos indivíduos e vai manifestando em várias e complexas alterações, que se destacam numa dada altura do trajecto humano. Birren e Zarit (1985) defendem que o envelhecer relaciona-se com as modificações normais, que sucedem nos organismos geneticamente amadurecidos, mediante o avanço da idade cronológica. Para Dias (1987), o essencial é evidenciar os

¹⁶ Zimerman, G. (2000). Velhice – Aspectos Biopsicossociais. São Paulo: Artmed in Pereira, L. (2010). Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado. Chaves: Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro – Pólo de Chaves. P.5.

aspectos psicológicos intrínsecos a situações sociais e físicas que vão aparecendo durante a vida (citado por Silva, 2011c).

Por outras palavras, o idoso quando chega à chamada - idade da reforma - depara-se com um duplo sentimento de insegurança e de vulnerabilidade perante as dificuldades da vida. Silva (2011c) realça que a sensação de debilidade no idoso elucida-se pelo facto das circunstâncias estarem em constantes mudanças, ou seja, aquilo que o indivíduo executava sem qualquer problema, agora é substituído pelas angústias e pela debilidade, é neste momento da vida que o idoso vê-se confrontado com as suas perdas, nomeadamente, da saúde, da actividade profissional, do cônjuge, dos amigos e dos familiares.

No ponto de vista de Brissos (1990) o envelhecimento é algo complicado e que está sujeito aos factores intrínsecos e extrínsecos, sendo os últimos relevantes no meio físico e social. Segundo Filho e Alencar (1998) consideram o envelhecimento como um sistema activo e progressivo em que estão presentes diversas modificações bioquímicas, morfológicas e psicológicas. Deste modo, as alterações cooperam para uma carência de faculdades do indivíduo no meio ambiente em que se cinge, e o facto de ser frágil relativamente aos processos patológicos, acabam por torná-lo dependente e posteriormente conduzi-lo à defunção (citado por Silva, 2011c).

De acordo com Costa¹⁷, o envelhecimento consiste na redução das capacidades de adaptação ao meio e às agressões da vida. O autor acrescenta que consiste num “processo segundo o qual, o organismo biológico, tal como o corpo humano, existe no tempo e muda fisicamente, sendo que da senescência resulta um aumento da vulnerabilidade e a probabilidade de morte” (Fernandes, 2007, p.13).

Para Costa¹⁸ (Silva, 2011c, p.14), o envelhecimento resulta do “processo de diminuição orgânica e funcional”. Nas sociedades industrializadas, do século XX, os indivíduos deparam-se com o aumento da esperança média de vida, devido ao

¹⁷ Costa, M. (2002). Cuidar idosos: formação, prática e competências dos enfermeiros. Coimbra: Formasau in Fernandes, H. (2007). Solidão em Idosos do Meio Rural do Concelho de Bragança. Porto: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. P.13.

¹⁸ Costa, M.(1999).Questões demográficas: repercussões nos cuidados de Saúde e na formação dos enfermeiros. Em Costa, M. & *et al.* O idoso problemas e realidades. Coimbra: Formasou: Formação e Saúde in Silva, M. (2011c). Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado em Meio Rural. Bragança: Escola Superior de Educação no Instituto Politécnico de Bragança. P.14.

desenvolvimento da medicina e da qualidade de vida. Afirmar-se que o quadro contemporâneo mundial constitui-se pela diminuição do número de nascimentos dando lugar ao aumento da população envelhecida.

De acordo com Ermida (1999) e Rojas (2001) o envelhecimento das células, dos tecidos, dos órgãos e dos sistemas envelhecem de uma forma heterogénea e não simultânea (Citado por Silva, 2011c). Parafraseando Corrêa (2000), o envelhecimento humano consiste num procedimento de cariz evolutivo natural, heterogéneo, individual e social. O autor enfatiza que este processo não é simplesmente físico e acrescenta que envelhecer é um estado espírito.

Com efeito, o assunto do envelhecimento originou três processos diferentes, cujos autores Birron e Cunningham (s/d), explicam da seguinte forma:

-Envelhecimento Primário: “conjuga as mudanças universais, progressivas e irreversíveis, em que se inserem transformações biológicas, sociais e psicológicas”, exemplificando, o aparecimento das rugas, a debilidade da massa óssea, a diminuição da força e do equilíbrio.

-Envelhecimento Secundário: “é consequência das patologias inerentes à progressão da idade com efeitos cumulativos que vulnerabilizam esta população (exemplo: doenças cardiovasculares, doença Alzheimer) ”.

-Envelhecimento Terciário:” traduz as perdas rápidas que afectam o indivíduo pouco antes de morrer” (citado por Abreu, 2008, p.16).

Amado (2008, p.7) menciona que o envelhecimento primário corresponde ao envelhecimento normal ou saudável, enquanto que, o envelhecimento secundário refere-se ao envelhecimento patológico.

Cancela (2007) explicita que o envelhecimento é um sistema de desgaste progressivo e diferencial, que atinge os seres vivos e termina com o aparecimento da morte do organismo. Esclarece que é impossível determinar o início, devido à variação da velocidade e da gravidade que variam de pessoa para pessoa. Alude que o organismo multicelular tem um tempo restrito de vida e por isso com o passar do tempo surgem alterações ao nível fisiológico. Compreende-se que o processo do organismo

multicelular delimita-se por três fases distintas, nomeadamente, a fase do crescimento e desenvolvimento, a fase reprodutiva e, por fim, a fase do envelhecimento¹⁹.

A autora elucida as referidas fases, do seguinte modo, a primeira corresponde ao desenvolvimento e ao crescimento dos órgãos específicos, assim o organismo ao crescer vai adquirindo competências funcionais que o tornam idóneo para reproduzir. Na fase seguinte, que se designa por reprodução, consiste na capacidade reprodutiva do indivíduo de forma a garantir a sua sobrevivência, perpetuação e evolução da própria espécie. A última fase corresponde à decadência da capacidade funcional do organismo, ou seja, a senescência. Sabe-se que a velhice é o “estado de uma pessoa que, devido ao avanço da idade - idade cronológica - sofreu um declínio nos seus órgãos e capacidades intelectuais e consequentemente uma diminuição da sua participação social” (Silva, 2011c, p.14).

No envelhecimento dos indivíduos existem três tipos de idades - biológica, social e psicológica - que diferem da idade cronológica:

-A idade biológica visa corresponder ao envelhecimento orgânico, isto é, “ cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida e a capacidade de auto-regulação torna-se menos eficaz”.

-A idade social liga-se ao “papel, aos estatutos e aos hábitos da pessoa, relativamente aos outros membros da sociedade.”

-A idade psicológica refere-se às “competências comportamentais que a pessoa pode mobilizar em resposta às mudanças do ambiente.” (Fontaine, 2000, pp.23-25)

A “velhice” torna-se complexa devido à existência de três conceitos distintos, nomeadamente, a idade cronológica que significa a “idade oficial”; a idade biológica que corresponde “ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas, referido à situação mais frequente observada em cada grupo etário” e por fim a idade psicológica, “que pode não depender da idade nem do estado orgânico” (Pereira, 2010, p.4).

¹⁹Pode-se referir como fase de senescência.

1.2.2- Teorias do Envelhecimento

Para perceber o processo do envelhecimento, alguns autores, que iremos destacar, recorrem à elaboração e divulgação das várias teorias, tendo como objectivo clarificar este fenómeno. Não obstante, torna-se impossível de assegurar que existem teorias certas e erradas, porque todas se complementam entre si. Iremos abordar as teorias do envelhecimento do ponto de vista biológico e psicossocial:

Relativamente às **Teorias Biológicas**:

O envelhecimento para os biólogos caracteriza-se por ser um conjunto de alterações que reduzem a idade média de vida de um indivíduo. Para esclarecer estas transmutações os profissionais da biologia tiveram a iniciativa de conceber seis teorias, nas quais se destacam:

-Teoria imunitária

O funcionamento imunológico executa-se por dois sistemas: pelo celular e pelo humoral. O primeiro aponta para o “mediado pelo linfócito T” e o segundo compõe-se pelas “imunoglobulinas que têm origem no linfócito B”. Ambos os sistemas revelam um “mecanismo de equilíbrio através de subpopulações de linfócitos T auxiliares e supressores”. Defende-se ainda que as mudanças do sistema celular são as mais imprescindíveis, e assegura que os linfócitos T têm o dever de efectuar a “manutenção do equilíbrio homeostático e a vigilância imunológica da pessoa”. Deste modo, o suporte da imunidade que se realiza através das células consiste na identificação da substância desconhecida, e são responsáveis pela “resposta imunitária”, isto é, devem verificar o que é “específico de um organismo” e as “macromoléculas do invasor estranhas a esse organismo”. Assim, que as células actuam, vão devastar as substâncias estranhas, de modo, a manter a homeostase. O sistema imunitário atinge pequenas partes do corpo, ou seja, a carência da imunidade fomenta uma “perda de controlo”, devido aos “vírus lactentes”, ou mesmo a revolta, através dos “fenómenos de auto-imunidade” (Fernandes, 2007, p.16).

-Teoria genética

O envelhecimento é considerado como a última fase de um processo genético sendo caracterizado como “definido e orientado”. Fernandes (2007, p.16) refere que é a “existência de um controlo genético de duração idêntica à da vida que explica as diferenças marcadas entre a média de vida nas várias espécies animais”. A maioria dos investigadores defende que o envelhecimento é o efeito da “deterioração da informação genética necessária à formação das proteínas celulares”.

-Teoria do erro da síntese proteica

A teoria defende que o envelhecimento origina a morte celular. Para determinados cientistas, os equívocos que ocorrem nas etapas da “síntese proteica” conduzem à constituição de proteínas inaptas para desenvolver as respectivas funções. Os investigadores acreditam que os lapsos seriam responsáveis pelo aparecimento do envelhecimento (Fernandes, 2007, p.17).

-Teoria do desgaste

Sacher (citado por Fernandes, 2007, p.16) compara o organismo como uma máquina, cujas partes constituintes ao serem usadas entram em processo de degenerescência. Assim, a consequência do desgaste seria originada pelas respectivas anomalias ao derivar de uma interrupção desse mecanismo. No entanto, Fernandes (2007, p.16) aborda um exemplo em que contradiz esta teoria, ou seja, os “tecidos epiteliais, a mucosa do tracto gastro-intestinal e os glóbulos vermelhos produzem continuamente novas células de substituição que, diminuem os efeitos do envelhecimento por desgaste”.

-Teoria dos radicais livres

Em 1954, Harmon afirma que as células vão envelhecendo devido aos erros, que se acumulam das reacções químicas que advêm no seu próprio interior. Aquando as reacções concebem-se toxinas que se designam por radicais livres. Por radicais livres entende-se que são “substâncias tóxicas que possuem um número ímpar de electrões e que procuram ligar-se a outras moléculas para emparelhar o seu electrão livre, acabando por danificar as células.” Os radicais livres enfraquecem quase tudo, e têm competência

de produzir novos radicais livres. Deste modo, os radicais livres ao destruir as enzimas e atingir as células, provocar-se-ão malefícios estruturais, por exemplo, o mau funcionamento, que posteriormente poderá conduzir à morte. Salientou-se que os radicais livres escolhem as células nervosas para atacar, pelo facto destas não se reproduzirem, assim o número de neurónios tende a reduzir progressivamente, existindo menos conotações sinápticas, levando à perda da capacidade funcional. Realça-se que os malefícios ao organismo provocados pelos radicais livres, originam o aparecimento das “doenças do envelhecimento”, entre elas, a arteriosclerose, as doenças coronárias, a catarata, o cancro, a hipertensão e as doenças degenerativas (citado por Cancela, 2007, pp.5-6).

- Teoria neuro-endócrina

A referida teoria consiste na técnica endócrina que funciona com o auxílio do sistema nervoso, cujo objectivo crucial é preservar a “homeostase”. Importa mencionar que as hormonas controlam os diversos fenómenos, particularmente, o crescimento, a homeostase sanguínea e o metabolismo dos glícidos. No entanto, algumas funções neuro-endócrinas encurtam-se com a idade. Refere-se ainda que a regulação do envelhecimento celular e fisiológico associa-se com as alterações do foro neuro-endócrinas. Quanto à longevidade, alguns autores defendem, que esta seria controlada através do relógio biológico, ou seja, ao agir nas glândulas endócrinas e na hipófise, originar-se-á lacunas nos sistemas: “imunitário e circulatório” (Fernandes, 2007, p.18).

Quanto às **Teorias psicossociais** do envelhecimento:

Tal como as teorias biológicas, também as do foro psicossocial desencadeiam imensas dúvidas que despertam a curiosidade por parte dos investigadores. Desta forma, os estudos no âmbito da Gerontologia Social têm como intuito esclarecer os factores culturais e sociais sobre o envelhecimento, no entanto, estes resultam em três teorias fundamentais, tais como: a teoria da actividade, a teoria da desinserção e a teoria da continuidade.

- Teoria da actividade

Havighurst e Albrecht (1953) defendem que o indivíduo idoso para adquirir uma boa qualidade de vida, auto-estima e preservar a sua saúde deveria estar activo.

Contudo, o envelhecimento bem-sucedido propõe a concepção dos novos papéis ou de uma nova organização daqueles que já se encontravam executados. Cabe à sociedade valorizar a idade e demonstrar uma forma facilitadora neste processo (citado por Fernandes, 2007, p.18).

- Teoria da desinserção

Na perspectiva de Cumming e Henry (1961), o envelhecimento desenvolve-se devido a uma desinserção mútua do indivíduo e da sociedade. Visto que, o indivíduo de uma forma progressiva coloca um fim no seu empenho e posteriormente retira-se da sociedade. Os autores defendem que a desinserção é total, quando o sujeito alcança um novo equilíbrio, caracterizado pela alteração do seu sistema de valores. Contudo, a privação das relações interpessoais e do papel, que executava são consideradas situações normais para o próprio. Para Back (s/d), a referida teoria, tenta explicar a desinserção, dado que o afastamento do meio físico e social, aquando o envelhecimento, considera-se uma etapa normal da evolução (citado por Fernandes, 2007, p.19).

- Teoria da continuidade

A presente teoria refere que o envelhecimento consiste numa componente do ciclo de vida e “os seus hábitos de vida, as suas preferências, experiências e compromissos adquiridos e elaborados durante a sua vida. Deste modo, a conduta de um indivíduo numa determinada situação mantém-se idêntica ao seu comportamento anterior.” Todavia, cada idoso adequa-se da mesma forma como se adaptava no período antecedente. Assim, o envelhecimento marca-se como uma continuação da vida transacta e não como uma fase separada (Berger, 1995, citado por Quaresma, 2008, p.43). Neugarten (1968) defende que o idoso “tem os mesmos hábitos de vida, preferências, experiências e compromissos que adquiriu e executou ao longo da sua vida” (citado por Fernandes, 2007, p.19).

1.3 - Qualidade de Vida

1.3.1- Conceito de Qualidade de Vida

O conceito de qualidade de vida caracteriza-se por ser equívoco, complicado e incerto, o que causou vários dilemas para os investigadores na tentativa de defini-lo. Por

outras palavras, a qualidade de vida é um conceito que está amplamente divulgado na sociedade e corre o risco de ser futilizado, devido ao seu uso ambíguo, indiscriminado ou oportunista (Tani, 2002, citado por Pereira, Teixeira & Santos, 2012b). Por sua vez, a referida expressão visa englobar diversos significados e submete-se a inúmeros pontos de vista, consoante a variação da época, do país, da cultura, da classe social e do indivíduo, contudo, com o passar do tempo, também pode vacilar com o próprio indivíduo. Por exemplo, o que hoje pode ser considerado uma boa qualidade de vida, amanhã pode já não o ser, ou talvez, nunca tinha sido no passado. Paschoal (2000) defende que cada indivíduo tem a sua própria noção.

Na linha de pensamento de Dauphine²⁰ (1999) refere que o termo de «qualidade de vida» resulta dos efeitos indesejados que tiveram na origem do crescimento económico e da industrialização descontrolada. O autor defende que em 1920, foi Pigou, quem utilizou pela primeira vez a referida expressão, tendo escrito um livro, «*The economics of Welfare*»²¹, relativamente à economia e ao bem-estar material, em que patenteou o impacto governamental sobre a vida dos indivíduos das classes desfavorecidas. Posteriormente, à II Guerra Mundial, o termo qualidade de vida passou a ser utilizado comumente, sobretudo, nos Estados Unidos da América, cujo objectivo visa descrever o resultado, em que a aquisição dos bens materiais origina na vida dos indivíduos (citado por Albuquerque, 2005).

Para Leal (2008, p.4) o primeiro a utilizar o conceito de qualidade de vida foi o presidente dos Estados Unidos, Johnson, em 1964, que referiu este conceito em termos económicos e alude a ideia que “os objectivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”.

Mais tarde, na década de 70 assinala-se não só o entusiasmo da parte dos cientistas sociais²² no âmbito da qualidade de vida, como também as tentativas distintas de explicar o referido termo, contudo, ocorreram-se múltiplas complicações no acto de

²⁰ Wood-Dauphine, S. (1999). *Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going. J Clin Epidemiol* in Albuquerque, S. (2005) *Envelhecimento Activo: Desafio dos Serviços de Saúde para a melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos*. São Paulo:Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo.

²¹ Tradução «A economia do bem-estar».

²² Sociólogos.

se chegar a um acordo. Sendo que uns defendem que a qualidade de vida denomina-se pela alegria de viver, enquanto que, para outros consideram-na a satisfação das actividades diárias. De acordo com Farquhar²³ (Paschoal, 2000, p.31) deduz que “uma razão para essa falta de consenso talvez seja o facto do termo ser o de uso mais multidisciplinar da actualidade.” Campbell (s/d) pronuncia que as complicações para definir a qualidade de vida relaciona-se com uma frase bastante falada e pouco compreendida, ou seja, “uma vaga e etérea entidade, algo sobre a qual muita gente fala, mas que ninguém sabe claramente o que é” (citado por Leal, 2008, p.4).

No entanto, a Organização Mundial de Saúde [OMS] veio definir a qualidade de vida, do seguinte modo, “trata-se da percepção, por parte de indivíduos ou grupos, da satisfação das suas necessidades e daquilo que não lhes é recusado nas ocasiões propícias à sua realização e à sua felicidade” (citado por Couvreur, 2001, p.42). Acresce-se ainda que “a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Ascensão, 2011, p.4).

Nos anos 80, julga-se que a ideia de qualidade de vida cinge a quatro perspectivas distintas, nomeadamente, a biológica, a cultural, a psicológica e a económica, cujo conceito designa-se por multidimensional. Na década de 90 chega-se à conclusão acerca da multidimensionalidade e da subjectividade desta ideia, visto que a qualidade de vida é avaliada individualmente nas diversas perspectivas pelo próprio indivíduo. As quatro perspectivas explicam-se do seguinte modo:

- Na perspectiva biológica, a qualidade de vida designa-se por ser a “percepção que o indivíduo possui da afecção física”, isto é, a capacidade que o indivíduo acha que ainda tem para realizar determinadas tarefas depois de surgir alterações no seu estado de saúde.

- Na perspectiva cultural, a qualidade de vida diz respeito à educação, principalmente, na infância. Visto que é neste período de vida, que os pais têm o dever de transmitir aos seus filhos os hábitos e os valores intrínsecos no meio cultural.

²³ Farquhar, M. (1995b). *Definitions of quality of life: a taxonomy*. J. Adv. Nurs. V.22 in Paschoal, S. (2000). *Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um Instrumento que Privilegia sua Opinião*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. P.31.

-Na perspectiva económica, a qualidade de vida refere-se ao suporte financeiro e aos bens materiais que cada indivíduo possui. “Alguns indivíduos consideram possuir qualidade de vida a nível económico, apesar de não possuírem muitos recursos financeiros, enquanto outros, pelo contrário, apesar de possuírem muitos recursos financeiros não se consideram com qualidade de vida”.

-Na perspectiva psicológica, a qualidade de vida designa-se pela auto-estima e pelo respeito, por exemplo, saber manter relações sociais, saber manter as dificuldades da vida mantendo o equilíbrio mental, entre outras. A autora adiciona que “a qualidade de vida encontra-se dependente do indivíduo e da sua interacção com os outros e com a sociedade” (Leal, 2008, pp.6-12).

Ainda nos anos 90, a OMS organizou o *World Health Organization Quality Of Life [WHOQOL] Group* com vários peritos, cujos objectivos destacam-se por esclarecer a definição de qualidade de vida e elaborar um instrumento que permita avaliar (Whoqol-Group,1994).

Deste modo, concluiu-se que o conceito de qualidade de vida é a “percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Grelha, 2009, p.64).

Enfatiza-se que a qualidade de vida representa-se por um modelo que abrange três níveis distintos, assim sendo: o nível superior refere-se à qualidade de vida óptima, o nível intermédio define as dimensões que posteriormente serão analisadas para verificarmos se existe qualidade de vida, por fim, o nível inferior destaca as componentes de cada dimensão. Deste modo, o modelo permite obter uma visão global acerca da qualidade de vida do indivíduo (Pimentel, 2006).

Por sua vez, Amaro (2006), ao analisar o conceito de qualidade de vida refere que pode haver várias dimensões, quer subjectivas, ou seja, a forma como a pessoa avalia a sua qualidade de vida, quer objectivas, isto é, a saúde física e mental, as condições de habitação, o tipo de alimentação, o acesso a bens de consumo essenciais, o acesso a bens culturais, a integração familiar e comunitária, por fim, o acesso à participação cívica. O autor acrescenta que as duas dimensões de qualidade de vida

também incluem dimensões do foro social, sendo a sua análise relevante para a vida familiar. Assim, podemos falar de qualidade de vida do indivíduo, e também de qualidade de vida da família. Portanto, a qualidade de vida revela implicitamente a dor, a doença, o sofrimento e a acessibilidade para preservar o indivíduo saudável, dado que, o ser humano tem o direito a uma vida digna e com condições que resultem numa boa qualidade de vida.

Grelha (2009), demonstra no seu estudo que a boa qualidade de vida representa-se pelo bem-estar, pela emotividade equilibrada, pela integração social e pelo bom estado físico.

Parafraseando Berger e colaboradores²⁴ referem que a noção de qualidade de vida consiste:

“Numa expressão que se vem tornando comum no quotidiano, mas que se reveste de grande complexidade, dada a subjectividade que representa para cada indivíduo ou grupo social, podendo representar felicidade, harmonia, saúde, prosperidade, possuir residência própria e com condições de habitabilidade, ganhar um salário digno, ter amor e família, poder conciliar lazer e trabalho, ter liberdade de expressão, ter segurança” (Silva, 2011c, p.9).

Desta forma, concluímos então que a qualidade de vida deriva do bem-estar físico, mental e social com ausência das enfermidades. A OMS acrescenta a análise das condições que se interligam com a qualidade de vida, como são os casos, da longevidade, da satisfação no trabalho, do salário, do lazer, das relações familiares, do prazer e da espiritualidade (Silva, 2011c). Todavia, este conceito, ao longo da história, está constantemente em processo de evolução.

1.3.2- Qualidade de Vida no Envelhecimento

O conceito de qualidade de vida, como já foi anteriormente explicado ao pormenor, tem vindo de tal maneira a progredir à medida que o tempo avança e desta

²⁴ Berger, B., Pargnan, D., Weinberg, R. (2002). *Fundamentações of exercise psychology*. USA: Fitness Information Technology in Silva, M. (2011c). *Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado em Meio Rural*. Bragança: Escola Superior de Educação no Instituto Politécnico de Bragança. P.9.

forma deverá prosseguir no que concerne à idade avançada, sendo assim torna-se crucial focar a nossa atenção para a relação entre a qualidade de vida e o envelhecimento.

Fernández - Ballesteros (2009, p.267) realça que na década de 90, um grupo de investigadores reuniu-se para efectuar uma revisão de literatura no laboratório de Gerontologia da Universidade Autónoma de Madrid, que teve início com um programa de investigação sobre a qualidade de vida e o envelhecimento, deste modo, resultam-se os seguintes pressupostos teóricos:

1.O conceito de qualidade de vida pode ser orientado a um nível populacional ou contextual, assim interessa-nos focar os idosos e a sua qualidade de sua vida.

2.Visto que a vida é feita de vários elementos, a qualidade de vida deve ser considerada, como um conceito complexo e multidimensional, composto por factores sociais, ambientais e pessoais e a sua respectiva interacção.

3.Os factores socio-ambientais e pessoais não se devem misturar com os métodos objectivos ou subjectivos. Contrariamente, a maioria destas condições, tanto dos socio-ambientais ou contextuais, como das pessoais ou individuais devem ter em conta a parte objectiva e subjectiva. No entanto, sabe-se que os aspectos de satisfação com a vida ou do bem-estar subjectivo estão presentes na qualidade de vida.

4.O termo científico de qualidade de vida deve ser nomotético ou de socio-regulação, podendo ser adaptado às situações individuais, ou seja, antes de utilizar um procedimento padrão para avaliar a qualidade de vida, deve-se apropriar o contexto particular e os componentes que podem ser atribuídos em distintos pesos, dependendo dos resultados do indivíduo.

5.A qualidade de vida destaca-se por ser um conceito cultural, cuja sua definição empírica deve ser estudada cuidadosamente através das comparações culturais.

Portanto, face à noção de qualidade de vida no envelhecimento pode-se dizer que resulta de um: “constructo sociopsicológico e processual que reflecte formas socialmente valorizadas e continuamente emergentes da adaptação a condições de vida culturalmente reconhecidas que a sociedade oferece aos seus idosos”, ou seja, é o “resultado de um processo contínuo de mudança no indivíduo e numa unidade

sociocultural em que se desenrola a sua história pessoal” (Neri, 1999, citado por Fernandes, 2010, p.49).

Com efeito, a qualidade de vida advém da interacção do indivíduo com o meio que o circunda. Desta forma, “envelhecer bem é um referencial sujeito às condições e valores presentes em cada contexto histórico-cultural de uma sociedade” (Ryff, 1982 & Neri, 1995, citado por Bianco, 2003, p.142).

Parafraseando Vecchia e colaboradores²⁵ (Silva, 2011b), a qualidade de vida no envelhecimento deve-se a quatro aspectos sendo o físico, o social, o psíquico e o espiritual, que englobam a manutenção da saúde na vida do indivíduo.

Importa salientar que, para os idosos a noção de qualidade de vida é:

“A percepção individual da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais se vive e em relação com os objectivos, expectativas, padrões e preocupações de cada indivíduo. É um amplo conceito de classificação afectado de um modo complexo pela saúde física do indivíduo, relações sociais, nível de independência e suas relações com características salientes do seu meio ambiente.” (WHOQOL, 1995, p. 28, citado por Silva, 2011c, p.9).

Actualmente, a OMS destaca-se por revelar um papel primordial, que visa harmonizar uma melhor qualidade de vida aos idosos, contudo o objectivo consiste em que estes continuem a serem dinâmicos, ocupando a carência de sentido para a vida (Oliveira, 2005).

Fleck e colaboradores²⁶ (Yokoyama, Carvalho & Vézzoto, 2006), após o estudo que efectuaram, face aos factores que permitem o acesso a uma boa qualidade de vida no envelhecimento, chegam a diversas conclusões, nomeadamente, consideram que os

²⁵ Vecchia, R. & *et. al* (2005). Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjectivo [Versão electrónica]. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, v.8 in Silva, L (2011b). Envelhecimento e Qualidade de Vida para Idosos: Um Estudo de Representações Sociais. Paraíba:Universidade Federal da Paraíba.

²⁶ Fleck, M., Chachamovich, E., Trentini, R. (1993). Projeto WHOQOL – OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil [Versão electrónica]. *Saúde Pública* (v. 37, n. 6). São Paulo in Yokoyama, C., Carvalho, R. & Vizzoto, M. (2006). Qualidade de Vida na Velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência [Versão electrónica]. *Revista Psicólogo informação*, nº 10.

idosos são o grupo particular que demonstra especificidades relevantes para a qualidade de vida.

No mesmo estudo, verifica-se também que a ideia de qualidade de vida consiste num constructo multidimensional, em que há tendência em associar a qualidade de vida e o bem-estar ou mesmo o sentir-se bem. Quanto aos aspectos da qualidade de vida indicados pelo grupo destacam-se a saúde, a sociabilidade, o suporte social, a actividade física, a possibilidade de dar suporte e apoio e o sentimento de utilidade.

Enquanto que, um outro grupo menciona que as condições fundamentais da qualidade de vida destacam-se pela religiosidade, pelas condições financeiras estáveis e pelas óptimas condições de vida.

Na perspectiva de Paschoal (2000), a qualidade de vida designa-se por ser uma conceituação complexa e que tem vindo a alterar-se. O autor define-a como sendo um indicador de superioridade, que abrange a saúde, as relações familiares satisfatórias e as boas condições financeiras.

Paschoal (s/d) enfatiza que o envelhecimento não está associado à má qualidade de vida, todavia, consiste num processo de envelhecimento no qual se destaca a heterogeneidade, podendo causar duas circunstâncias extremas, ou seja, numa a qualidade de vida está muito má e noutra temos uma óptima qualidade de vida, assim sendo, no intervalo dos referidos limites existem as inúmeras situações que se consideram intermediárias.

De acordo com Paschoal (1996, citado por Paschoal, s/d), o facto de querer viver mais, tem apresentado sinais de dificuldade, no que toca à qualidade de vida. Decerto modo, o problema pode estar na longevidade e originar sérias consequências nas categorias que pertencem à vida humana, tais como, física, psíquica e social. Os anos que os indivíduos vivem a mais podem resultar em anos de pura melancolia tanto para o próprio, como para as respectivas famílias, geralmente, são delimitados pelas doenças, pelo declínio funcional, pelo aumento da dependência, pela perda de autonomia, pelo isolamento social e pela depressão.

Socorrendo-se a Freitas e colaboradores (2002, citado por Trentini, 2004, p.16), presentemente, os indivíduos têm uma longa esperança de vida e podem atingir uma idade bastante avançada.

No entanto, Rosenberg e colaboradores (s/d) defendem que são as mulheres que vivem cerca de seis anos a mais do que os homens. Considera-se então que as mulheres têm uma vida longínqua devido a vários factores, nomeadamente, têm frequentemente assistência médica, possuem um maior nível de apoio e menos debilidade biológica. Katz e colaboradores (1983) e Longino (1987) salientam que as mulheres idosas têm problemas de saúde a longo prazo, enquanto que, os idosos desenvolvem doenças a curto prazo e normalmente podem ser fatais. Com efeito, as idosas têm maior probabilidade de se enviuvarem do que os homens, porém, o voltar a casar não consta nas vidas delas, e, geralmente passam os anos com tendência para desenvolver patologias. Fundamentamos que viver mais anos sempre foi o desejo de qualquer ser humano (citado por Trentini, 2004, p.17).

Neri (2000) destaca para a importância de se alcançar uma “melhor qualidade de vida nesses anos conquistados a mais”. A autora explica os factores que contribuem para o “envelhecimento bem-sucedido”, referindo-se a “uma condição individual e grupal de bem-estar físico e social, referenciada aos ideais da sociedade, às condições e aos valores existentes no ambiente em que o individuo envelhece e as circunstâncias de sua história pessoal e seu grupo etário” (citado por Trentini, 2004, p.17).

1.4 - Exclusão Social

1.4.1- Conceito de Exclusão Social

Actualmente a exclusão social, como podemos reparar, é um fenómeno de cariz social, que representa uma imensa preocupação para a sociedade contemporânea, ou seja, para a Humanidade, e para os desafios do futuro. Contudo, o referido fenómeno tem despertado curiosidade por parte de diversos investigadores, tais como, Hunter (2000), Kowarick (2003), Lesbaupin (2000), Proença (2005) e Sen (2000) afirmam que a ideia de exclusão social é bastante recente, e foi introduzida em 1974 por Lenoir que abrangeu diversos problemas socioeconómicos (citado por Alvino-Borba, & Mata-Lima, 2011).

Neste sentido compreendemos que a exclusão social baseia-se num «leque» de problemas que leva o indivíduo ao isolamento da sociedade, no qual se encontrava inserido, ou mesmo num determinado grupo. Porém, existem diversas definições de múltiplos autores, que se destacam:

Parfraseando Barry²⁷ (Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011), a exclusão social consiste numa infracção das reivindicações da justiça social que se exprime pelos antagonismos de oportunidades e associados com a inabilitação de participar na política.

Carvalho (s/d) define que a exclusão social resume-se à pobreza e podemos encontrá-la na inópia de bens materiais, no analfabetismo, na ausência da orientação pessoal e social, na dificuldade de acesso à assistência médica e medicamentosa e a meios suplementares de diagnóstico, no desemprego, na velhice, na doença e no isolamento. Caracteriza-se por ser um conjunto variado de privações pessoais, que se gera na sociedade na qual o indivíduo está integrado.

Hunter (2000, citado por Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011) entende que a exclusão social abrange várias carências que derivam da ausência de oportunidades ao nível pessoal, social, política ou mesmo financeira.

Para Castel (s/d), a exclusão social é o ponto que se considera extremo da marginalização, sendo um “processo em que o indivíduo se vai afastando progressivamente da sociedade, até ao isolamento total” (citado por Damas, 2010, p.7).

Silver (2005, citado por Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011, p.221) refere que “a exclusão social de um grupo, ou dos indivíduos que pertencem a esse grupo é, antes de tudo, uma negação de respeito, reconhecimento e direitos.”

Scheppard²⁸ (Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011) advoga que o fenómeno da exclusão destaca-se por ser grupos socialmente excluídos. O autor inclui os indivíduos que se encontram em situações como a pobreza, o desemprego e com diversas

²⁷ Barry, B. (1998). *Social exclusion, social isolation and the distribution of income*. London: Centre for Analysis of Social Exclusion — Case in Alvino-Borba, A. & Mata-Lima, H. (2011). Exclusão e Inclusão Social nas Sociedades Modernas: Um Olhar sobre a situação em Portugal e na União Europeia [Versão electrónica]. *Revista Serviço Social*, nº106.

²⁸Sheppard, M. (2006). *Social work and social exclusion: the idea of practice*. Aldershot: Ashgate in Alvino-Borba, A. & Mata-Lima, H. (2011). Exclusão e Inclusão Social nas Sociedades Modernas: Um Olhar sobre a situação em Portugal e na União Europeia [Versão electrónica]. *Revista Serviço Social*, nº106.

privações, sobretudo, a carência dos seus direitos como cidadão ou dos laços sociais que se danificam.

Para Costa (2004), o ponto que se designa extremo na exclusão social caracteriza-se pela ruptura com o mercado de trabalho, por outras palavras, o desemprego, e com as rupturas familiares, afectivas e de amizade.

Segundo alguns autores enfatizam a relevância de diferenciar os conceitos de exclusão social e de pobreza, assim, o critério de coesão social pode ser considerado um vínculo essencial no que se refere à diferenciação destes conceitos:

“Pode haver pobreza sem exclusão social, como acontecia com os pobres do *ancien régime*, em que os servos eram pobres, mas encontravam-se integrados numa rede de relações de grupo ou comunidade. Pobreza e a exclusão social são, portanto, na perspectiva exposta, realidades distintas e que nem sempre coexistem” (Costa, 2004, p.10).

Por outras palavras, um indivíduo pode ser pobre e não ser excluído, ou ser-se excluído sem ser pobre, deste modo, quanto à situação de exclusão destaca-se por “ser um “não cidadão”, ou seja, um membro da sociedade a quem foram retirados direitos de cidadania” (Capucha, 2005, p.89). Na linha de pensamento de Clavel (2004,p.158) defende que “os excluídos não estão fora da sociedade, mas estão implicados numa relação social cujo domínio lhes escapa”.

Neste segmento referimos que o conceito de pobreza, na actualidade, concentra-se na privação dos recursos multidimensionais, tais como, económicos, sociais, culturais, políticas e ambientais. A noção de pobreza tomou a partir de 1984 na União Europeia [UE] “Por pobres devem entender-se as pessoas, famílias e grupos de pessoas cujos recursos - materiais, culturais e sociais - são tão limitados que os excluem do nível de vida minimamente aceitável do Estado-membro onde residem”. Enfatiza-se que “a pobreza pode ser considerada em termos relativos ou absolutos, consoante se defina o limiar de pobreza com referência ao padrão de vida dominante na sociedade ou sem essa referência, respectivamente” (Bureau Internacional do Trabalho [BIT], 2003, p.17).

A exclusão social designa-se por ser um fenómeno que origina desigualdades, (Instituto Superior de Ciências Políticas e Sociais [ISCPS], 1996, p.47), nomeadamente, o acesso ao mercado de trabalho, a uma pensão de reforma que permita a subsistência de quem a auferir, a um rendimento suficiente para cobrir todas as despesas fundamentais, a uma habitação digna e com o mínimo de condições.

Costa (2004) defende para que se fale de «exclusões sociais», e não somente de «exclusão social», devido ao fenómeno ser considerado complexo e heterogéneo, e por isso pode-se abordar vários tipos de exclusão, nomeadamente, económico, social, cultural, patológica e por fim, comportamentos autodestrutivos. No entanto, para a presente dissertação interessa-nos debruçar no que se refere ao de tipo social. Neste sentido, a causa da exclusão corresponde ao domínio dos laços sociais. Por outras palavras, consiste numa situação de carência de tipo relacional, que marca-se pelo isolamento, e que poderá juntar a privação de auto-suficiência e de autonomia pessoal. Por exemplo, os casos dos idosos que vivem na solidão.

De acordo com BIT (2003), a exclusão social consiste na desintegração social a distintos grupos: económico, social, cultural, ambiental, e político, por exemplo, pode-se observar na fragilização dos laços familiares e sociais e na participação inactiva na vida comunitária. Deste modo, Castel (s/d, citado por BIT, 2003) apresenta-nos o termo «desafiliação» no que respeita à sociedade, ou seja, o não reconhecimento do lugar na sociedade.

1.4.2- A Exclusão Social no contexto do Envelhecimento

“Ser idoso, só por si, não deveria ser um facto negativo e preocupante. Os seres humanos, só porque envelhecem, não perdem necessariamente as suas capacidades, e os seus saberes podem ser preciosos numa sociedade em transformação. O idoso experiente tem, no entanto, alguma dificuldade em adaptar-se aos novos contextos” (Pimentel, 2001, citado por Vieira, Margarido & Mendes, 2009, p.130).

Ao longo da presente investigação, abordámos que outrora o idoso era visto pelos mais novos como uma «fonte» de sabedoria, por sustentar uma imensa «bagagem»

repleta de experiências e saberes que adquiriu ao longo da sua vida. Hoje em dia, essa «imagem» do idoso culto encontra-se em estado de decadência ou mesmo esquecida pelas gerações mais novas. Efectivamente, a sociedade tem idolatrado o indivíduo jovem e muitas vezes esquece, rejeita, abandona ou despreza o que é considerado velho. De facto, os idosos são socialmente excluídos e são vítimas nas próprias «mãos» da discriminação e da estigmatização.

Neste sentido, é difícil germinar a camaradagem. Rocha (2013) refere que a solidariedade tem a ver com cada indivíduo, com a prática de uma cidadania activa, que seja menos consumista e mais interventiva na sociedade, principalmente, no que se respeita aos grupos mais desfavorecidos, por exemplo, os idosos. O autor salienta ainda que para travar este flagelo é fundamental findar com os preconceitos e modificar a mentalidade, a atitude e o comportamento dos indivíduos, para, posteriormente, auxiliar os mais desprotegidos. Desta forma, a família, a escola, as instituições e os serviços têm como obrigação mudar estes comportamentos estereotipados.

Importa referir que o termo de terceira idade surge na França em 1962 devido à inserção de uma política no âmbito da reintegração social da velhice, que destaca a transformação do reflexo dos idosos. De tal forma, a velhice pauta-se na exclusão social, cujo asilo é a imagem emblemática. Assim, as expressões de velho e velhote utilizam-se para fortalecer uma situação de exclusão daqueles que não possuíam *status* social (Peixoto, 1998, citado por Rodrigues & Soares, 2006).

Além disso, os adjectivos tais como ultrapassado, diminuído, doente, carenciado, obsoleto, assexuado, improdutivo estão realmente relacionados com o substantivo idoso. Pimentel (2001) diz que “assistimos a casos em que o medo do ridículo e da crítica familiar e social inibiam os idosos de desenvolverem actividades para as quais estavam extremamente motivados” (citado por Vieira, Margarido & Mendes, 2009, pp.130).

Enfatiza-se que a exclusão social consiste num procedimento, que inclui todos com condições e níveis literalmente diversificados, sendo que este propõe que a sociedade seja passível face ao fenómeno da exclusão social. Todavia alguns autores, tais como, Barry (1998), Rodrigues e colaboradores, (1999) e Wixey e colaboradores (2005) aludem que este fenómeno abrange aqueles que de uma forma são limitados por

um leque de barreiras, nomeadamente, a discriminação, o desemprego, as qualificações baixas, a doença crónica, a fobia do crime e o isolamento. Para Tsugumi (2006, p.21), o processo da exclusão social considera-se corrupto, pelo facto de condicionar os excluídos a criarem meios para a sua subsistência, recorrendo ao mercado de trabalho informal, ou até mesmo da ilegalidade (citado por Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011).

Socorrendo a um estudo da UE (citado por Rocha, 2013), constatamos que os dados em Portugal indicam que 20% dos indivíduos vivem abaixo do limiar da pobreza, enquanto que, 40% dos pobres portugueses vivem com o que recebem de vencimento, 41% são indivíduos pobres que recebem o subsídio de desemprego, e, por fim, os 65% são ocupados pelos indivíduos que vivem à base dos benefícios sociais e, por sua vez, são também considerados pobres. Conclui-se que os idosos pertencem ao grupo etário que mais sofre com a pobreza e com a exclusão social.

Portugal tem assistido a um incremento progressivo no que toca à população idosa que se deve a dois factores: ao aumento da esperança de vida e à redução da taxa de natalidade, desta forma, o crescimento tem vindo a sugerir situações de vulnerabilidade social. De acordo com Alvino-Borba & Mata-Lima (2011), defendem que o maior dilema a ser exilado é a solidão ou o abandono dos indivíduos mais envelhecidos, visto que, cada vez mais comprova-se e noticia-se através da comunicação social, por exemplo, o caso da descoberta dos idosos falecidos nas suas residências. Sendo assim, este problema representa a necessidade de intervir, no que se refere, ao envelhecimento demográfico.

Na linha de pensamento de Barreto (2011, citado por Alvino-Borba & Mata-Lima, 2011, p.235), o combate à solidão e ao abandono, cabe à população conceder apoio às instituições de solidariedade, dado que o Estado não tem qualquer susceptibilidade para travar este flagelo. Menciona-se que a dependência na velhice está bem patente, uma vez que, a ruptura dos laços de vizinhança, familiares e de cariz de amizade tem encaminhado para a solidão. Continuando a ideia do sociólogo defende que “as autarquias deviam ser mais coercivas nas edificações para idosos, sobretudo nas grandes cidades de Lisboa e Porto, onde o percentual de idosos solitários é maior”.

Com efeito, tanto a sociedade, como a vida diária dos indivíduos estão de uma maneira compostos, que os idosos não têm qualquer lugar na vida social, e, por isso, a

exclusão social toma a forma de solidão. A exclusão é o factor que mais incidia no domínio familiar. Tanto que o modelo de família alargada foi deveras suprimido em que “conviviam coabitando pelo menos três gerações, passou-se para o da família nuclear, composta por duas gerações” (Costa, 2004, p.88).

O autor incute ainda o termo de “sociedade atomizada”, pelo facto de ser um estilo de vida, cujo idoso não tem qualquer lugar. Cujas soluções mais frequentes passam, nomeadamente, pelos “lares para idosos”, pelos “centros de dia para idosos”, entre outros. Todavia, estes dinamismos não resolvem a situação dos idosos, visto que estas soluções só contribuem cada vez mais para piorar a “ghetização”, uma vez que desagrega-os da sociedade. Pois, estes espaços dos idosos são deveras limitados, visto que convivem somente entre si e não facultam a eventualidade de conviver com outras gerações (Costa, 2004, p.88).

1.5 – O Idoso e a Mono – Residencialidade

1.5.1- Conceito de Idoso

A sociedade vê os idosos como um estereótipo socialmente concebido e reconhecível. Efectivamente, estes indivíduos possuem geralmente características, que marcam-se pelo isolamento, solidão, doença, pobreza e também pela exclusão social. Deste modo, os idosos são considerados como indivíduos isolados, permanecendo escondida a dimensão familiar da identidade, da existência. Silva (2005) evidencia que alguns indivíduos seriam considerados «velhos», assim que apresentassem sinais de senilidade, dando origem à debilidade física e psíquica.

Desta forma, o termo «velho» consiste numa pessoa bastante idosa, antiga, gasta pelo tempo, experimentada, veterana, que há muito tempo exerce uma profissão ou tem certa qualidade, desusada, obsoleta (Ferreira, 2000, citado por Schneider & Irigaray, 2008).

Socorrendo a Rodrigues e Soares (2006, p.8), o velho, socialmente, relaciona-se de uma forma directa com a estagnação e com as perdas, que o conduzem posteriormente à ruptura e ao isolamento. Os autores exemplificam este quadro do seguinte modo: a “inflexibilidade decorrente de apego a valores ultrapassados e

cristalizados que também levam ao isolamento social”, a “imagem negativa do aposentado”, visto que, representa a proximidade do fim de vida, a carência da capacidade pessoal e a “exclusão da rede produtiva”, por outras palavras, o indivíduo velho requer cuidados, já que se encontra “sem força, sem vontade, sem vida, doente, incapacitado e que por todos esses motivos fez opção pela passividade”. Assim, o ser velho dá a ideia de patentear um conjunto de atribuições e transformações negativas, que se associam à noção de velhice.

Gomes (2007) defende que o idoso deveria ser visto pela sociedade como um indivíduo activo ao desenvolvimento social, com direito a manter a sua autonomia e com uma vida digna e respeitada.

Actualmente, a definição de idoso tem contribuindo para findar com alguns preconceitos sociais, contudo, Mascaro²⁹ (Junior, 2005), refere que esta definição consiste numa tarefa complexa devido às alterações nos padrões sociais e culturais que contribuem para que, a cada geração, as novas características se juntem às situações que definem este conceito.

Compreendemos então que idoso é todo o indivíduo que tem “muita idade” (AAVV, s/d, p.488). Segundo Ferreira (2011, p.5), a expressão - muita - traz uma carga valorativa. Por outras palavras, o autor explica que “os valores que delimitam esse juízo dependem das características específicas do ambiente onde os indivíduos vivem”. Deste modo, o conceito de idoso não se refere ao indivíduo isolado, contudo, à sociedade como um todo.

No entanto, torna-se fulcral referir que em 1930, o conceito de idoso destaca-se pelo facto dos indivíduos terem mais do que 50 anos. Em 1945, Sauvy, defende que as pessoas só eram consideradas idosas assim que perfizessem os 60 anos ou mais. Em 1978, o termo idoso aparece àqueles que possuem ter mais do que 75 anos. Diniz (1998) entende que idoso é aquele indivíduo que já ingressou na velhice e que apresenta decadência nas funções ao nível físico, emocional e cognitivo (citado por Vieira & Nascentes, 2004).

²⁹ Mascaro, S. (1997). O que é velhice. São Paulo: Brasiliense (Coleção Primeiros Passos) in Junior, G. (2005). Sobre alguns Conceitos e Características de Velhice e Terceira Idade: Uma abordagem Sociológica [Versão electrónica]. Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação, nº1.

Na linha de pensamento de Junior (2005) salienta que a OMS considera idoso quem perfaça os 65 anos de idade, enquanto que, a Organização das Nações Unidas (ONU) afirma que é a partir dos 60 anos que o indivíduo passa a ser considerado idoso. Neri³⁰ (Junior, 2005, p.3) defende que o indivíduo idoso inicia-se de uma forma ambígua com a questão cronológica, logo a partir do nascimento, dado que, “as idades funcionam como “relógios sociais”, estabelecendo agendas para o tempo e o ritmo esperados”.

O INE (2002) advoga que em Portugal, tanto os homens, como as mulheres são considerados idosos assim que atingem os 65 anos ou mais. Fernandes (2002) ressalta que idoso é o indivíduo que tem 65 anos, é nesta fase que ocorrem os maiores riscos devido às alterações, nos planos físico, psíquico e social que podem ser de origem interna ou externa (citado por Fernandes, 2011).

Krause (1994) adiciona dois grupos etários diferentes ao conceito de idoso, nomeadamente, o “idoso jovem”, cujas idades situam-se entre os 65 e os 75 anos de idade, enquanto que, por “idoso velho” consideram os indivíduos que têm mais de 75 anos de idade (citado por Espanadeira, 2012, 1 de Setembro).

Assim, os referidos grupos emergem devido ao número crescente dos indivíduos activos e saudáveis, no extremo jovem do espectro do envelhecimento. Mencionamos ainda que em 1963, a OMS elabora uma divisão das faixas etárias em que considera o intervalo dos 45 aos 59 a meia-idade, dos 60 aos 74 idosos, dos 75 aos 90 anciãos e, por fim, superior a 90 denomina-se por velhice extrema (Vieira & Nascentes, 2004).

1.5.2- Conceito de Mono – Residencialidade

O conceito de mono-residencialidade, ao contrário dos outros, que temos vindo a definir ao longo da dissertação, não se define de uma forma concreta, no entanto, a referida expressão remete-nos para o significado das unidades domésticas habitadas por uma só pessoa, ou seja, «residências unipessoais». Por outras palavras, designa-se por

³⁰ Neri, A.(1991). Envelhecer num país de jovens. Significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos. Campinas: Editora da UNICAMP in Junior, G. (2005). Sobre alguns Conceitos e Características de Velhice e Terceira Idade: Uma abordagem Sociológica [Versão electrónica]. Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação, nº1.

ser uma tipologia de habitação, que normalmente residem as «famílias unipessoais», constituídas por uma só pessoa, como foi supracitado.

O referido padrão de família compreende não só os indivíduos que residem sós, como também os que partilham o próprio alojamento e têm vidas completamente autónomas, por exemplo, o caso da instituição que se direcciona para os idosos.

“Em Portugal, cerca de metade das famílias unipessoais são constituídas por pessoas com 65 ou mais anos, enquanto que, na região de Lisboa essa proporção é de 41%. Pode assim estabelecer-se uma associação entre o envelhecimento e o aumento das famílias unipessoais” (INE, 2002, p.83).

Guerreiro (2003) alude para o surgimento das novas formas familiares nas sociedades modernas, que se torna fundamental sublinhar o incremento das unidades residenciais dos indivíduos sós, visto que considera ser o efeito das mudanças sociais, respeitante ao domínio particular. Geralmente, os indivíduos que não se sentem aprisionados das obrigações e das solidariedades da família, escolhem outros modos de viver, ou seja, optam por diferentes formas de residência.

Segundo Beck (1992) constata que os casos como o viver só e o de coabitar com outros indivíduos não pertencentes à respectiva rede familiar consideram estar dentro da normalidade nas sociedades modernas, que habitualmente caracteriza-se pelas normas do mercado e pela exigência da mobilidade profissional. Com efeito, tanto a valorização da carreira, como a prioridade que a profissão representa são factores que têm como intuito ocupar o lugar que se destinava às responsabilidades conjugais e parentais. Efectivamente, a evolução da modernidade concebe mudanças nas instituições da família e do casamento, visto que se relacionam com as transformações privadas na vida diária (Giddens, 1994).

Parafraseando Galland (1995) e Kaufmann (2000), (citado por Guerreiro, 2003), exemplificam dois casos dos indivíduos que estejam em situações de mono-residencialidade, nomeadamente, aqueles que passam pelo divórcio e já não querem

voltar a coabitar com outros companheiros, e os jovens que enfrentam a fase de transição para a vida adulta, sem recorrerem à alternativa da conjugalidade.

Levin e Trost (1999, citado por Guerreiro, 2003) debruçam o novo modelo familiar, que se designa por LAT³¹, consistindo em casais que vivem em habitações separadas, dado que, as circunstâncias do isolamento residencial não estão de uma forma relacionadas com a carência das relações amorosas, assim como, a ideia de co-residência pode não referir-se exactamente à vida em casal.

Quanto aos dados do INE (2012), a partir dos resultados pré-definitivos do recenseamento geral da população e habitação efectuado em 2011, observamos que no grupo etário com 65 anos ou mais, nas famílias constituídas apenas por uma pessoa, deparamo-nos com 400 964 família, isto é, 400 964 indivíduos. Representando 19% da população total com 65 anos ou mais, uma vez que o total de idosos a residir em Portugal, em 2011, é de 2,023 milhões. Enquanto que, em Lisboa observamos que o número de alojamentos unipessoais, ou seja, habitados por um só indivíduo com 65 anos ou mais é de 35470, representando 14,9% variando 4,1% da realidade nacional.

Para Guerreiro (2003), as unidades domésticas dos indivíduos sós têm elevado, significativamente, mesmo com simetrias aquém dos outros países pertencentes à UE. Com efeito, na última década registou-se um incremento de aproximadamente 50 % em que subiu de 4.4% para 6,1% no total da população residente. Sendo assim, as unidades residenciais são compostas na maioria por idosos que representam 51% do total dos indivíduos sós. Porém, ao comparar com o ano de 1991 verifica-se uma diminuição do peso percentual dos idosos sós.

Em suma, face às dinâmicas da sociedade moderna assiste-se a uma aderência de novos valores, que beneficiam a autonomia dos indivíduos, facultando-os a livre escolha de formas de construir a vida pessoal (Guerreiro, 2003).

1.5.3- A Mono-Residencialidade no Envelhecimento

O nascimento do indivíduo marca o início do ciclo de vida de todo o ser humano. Os primeiros anos de vida dos recém-nascidos caracterizam-se pela co-

³¹ *Living Apart Together*

residência com os progenitores, ou com outros familiares, tais como, irmãos, avós ou tios. Sendo que o viver só não significa que se decidiu logo no nascimento. Contudo, é uma situação que poderá acontecer, normalmente, consiste numa decisão individual, que maioritariamente assinala-se por ser uma ocorrência de ruptura ou mesmo de perda (Camargos, 2008).

Tunstall³² (Mauritti, 2007) defende que residir só, não significa literalmente estar isolado, no entanto, gera-se um afastamento familiar e na maioria dos casos acontecem por opção, isto é, preferem preservar a sua independência e autonomia (Camargos, Rodrigues & Machado, 2009).

Por outras palavras, o viver só não corresponde literalmente ao sinónimo de viver isolado e sem qualquer apoio.

De acordo com Rua (2008), a vivência a só pode resultar dos vários percursos individuais, tais como, a saída dos filhos de casa, ou a ocorrência de um processo de viuvez. Socorrendo a Montes de Oca (2001, citado por Camargos, 2008), os idosos que não residem com os seus familiares recebem à mesma o auxílio que necessitam. O autor acresce a ideia que a mono-residencialidade emerge justamente pela diminuição do tamanho da família, pela redução da fecundidade e pelo aumento da longevidade.

Parafraseando Motta (s/d), a livre escolha dos idosos entre o querer viver só ou o querer residir em companhia induz-se em diversas condições, tais como, demográficas, socioeconómicas e de saúde, que originam formas distintas em cada região.

Verifica-se que os idosos com idade superior a 65 anos revelam 51% na aglomeração das residências ocupadas por um indivíduo, o que representa 20% da sua faixa etária. Enquanto que, as mulheres idosas sós representam 39,5% da totalidade dos indivíduos sós e 26,5% têm mais do que 65 anos. Desta forma, os indivíduos sós são na maioria constituídas por mulheres, ou seja, por 76,3% das viúvas e 14,3% das solteiras seguidamente, 6,3% das divorciadas ou separadas, com uma baixa escolarização. Cerca de 90% das idosas não eram instruídas, nem sequer possuíam o ensino básico, devido à ocupação das lides domésticas. Normalmente, o isolamento dos indivíduos idosos emerge com uma situação de morte atingindo um dos cônjuges. Conclui-se que a mono-

³² Tunstall, J. (1966), *Old and Alone: A Sociological Study of Old People*, London: Routledge e Kegan Paul in Mauritti, R. (2007). Perspectivas sociológicas na análise da residência unipessoal.

residencialidade é composta maioritariamente pelos indivíduos idosos (Guerreiro, 2003).

Quanto à instituição familiar, tem vindo a modificar ao longo dos tempos, devido a uma panóplia de factores, nomeadamente, a redução da fecundidade, a entrada da mulher no mercado de trabalho, a maior mobilidade geográfica, as mutações em relação aos estilos de vida, o adiamento do casamento, o divórcio, os novos casamentos e a maior longevidade, assim, o envelhecimento populacional tem cooperado para o incremento das famílias unipessoais. Actualmente, as mudanças compõem-se pela diminuição da integração dos idosos no seio familiar, de tal maneira que os indivíduos mais velhos passam a residir sozinhos com a possibilidade de se sentirem isolados e na solidão. (Rua, 2008)

Por outro lado, Débert (1999, citado por Camargos, 2008) defende que o viver só até pode representar uma realidade de cariz inovadora e bem-sucedida no envelhecimento do que contrariamente, o abandono e/ou a solidão, justamente pelo aparecimento das condições sociais, tais como, a segurança social, as melhores condições de saúde e os avanços da tecnologia.

Segundo Mauritti (2011) menciona que o crescimento da mono-residencialidade patenteia processos de mudança social, nomeadamente, o elevado número de casos do isolamento e da exclusão social.

Kaufmann (2000) e Furedi (2002) advogam que o fenómeno da mono-residencialidade, não é recente, contudo, pode ser visto como um processo de mudança social ou mesmo como um estilo de vida diferente, que surgiu na segunda metade do século XX. Assim, a “novidade que encerra nas suas configurações da actualidade constitui-se, em primeiro lugar, no facto de ter deixado de ser uma tendência marginal e com ocorrência predominante nos segmentos mais pobres e em situação de exclusão social” (citado por Mauritti, 2007, p.3).

Com base, no fomento da mono-residencialidade foram desenvolvidos inúmeros debates no âmbito da “individualização” ou “*individualisierung*”, em que se enfatiza o individualismo institucionalizado (Beck & Beck-Gernsheim, 2003), ou a “modernidade reflexiva” (Beck, Giddens & Lash, 2000) e a “destradicionalização” dos valores e

modos de viver as relações de intimidade na família, na conjugalidade e na amizade (Crook, Pakulski & Waters, 1992), por último, Kaufmann (2000) reflecte que “a vida solitária torna-se na maioria das vezes uma manifestação clara e radical do movimento, difuso e multiforme, da centração do indivíduo sobre si mesmo” (citado por Mauritti, 2007, p.5).

A vivência a só significa muitas vezes o estar isolado, ou o não ter companhia. No entanto, estas conjunturas estão presentes nos casos de viuvez feminina. A solidão define-se como um “estado da pessoa que se sente só ou que está só, que se sente isolada do mundo, dos outros” (Mauritti, 2007, p.8).

Barroso e Tapadinhas (2006, citado por Pereira, 2010, p.14) referem que a solidão é o oposto do conceito de “humano”, adiantam que a solidão e o abandono entre os idosos fazem parte de uma sociedade, que valoriza o seguinte lema: “o que não serve deita fora”. Nesta perspectiva, a solidão domina-se pelos sentimentos de ausência de companhia, tal como, a perda de um familiar, por exemplo, o cônjuge.

Neto (2004, 6 de Dezembro), num artigo publicado no Diário de Notícias [DN], salienta que a solidão procura solidão e enquanto o tempo vai passando, o indivíduo cada vez mais se isola e mais isolado quer estar. Ao aperceber-se que a sua única companhia é a solidão, o seu rosto entristece, a alma enfraquece e o seu pensamento aparenta ser invadido por uma forte mágoa. A sua vida resume-se então a um quadro depressivo, uma vez que, não existe quaisquer expectativas para o futuro.

Bergland e Wyller (2006, citado por Camargos, Rodrigues & Machado, 2009) associam a solidão à redução da qualidade de vida na população idosa. Como se sabe viver só implica uma situação de desconforto e de *stress* pela carência de companhia para desenvolver as actividades básicas do quotidiano, por exemplo, o simples convívio.

O intuito da solidão é levar os idosos a um ponto de saturação, e como não existe outra alternativa para culminar com este flagelo, resta o sofrimento constante. Neste sentido, emerge-se uma circunstância, que se designa por ser dolorosa e problemática, pois não afecta somente os idosos que vivem isolados, mas também aqueles que mesmo a viver no seio familiar ou institucional, estão privados da comunicação e da participação social e afectiva (Freitas, 2011).

Simmel (1995), na sua obra sublinha a diversidade de pertenças e ligações de cada elemento em diversos círculos sociais, cujo indivíduo ao mesmo tempo isola-se cada vez mais da experiência passada, que se baseava no vínculo da família.

Wenger e colaboradores (1996, citado por Carneiro, Chau, Soares, Fialho & *et. al.*, 2012), explicitam a noção do isolamento social, que se referencia à inclusão de um indivíduo e/ou grupo numa determinada circunstância social, em que abrange dados objectivos, tais como, o número, o tipo e a durabilidade de contactos entre os indivíduos e o meio social circundante. Revela-se que o dado pertinente nesta componente é efectivamente a rede social do indivíduo.

Alude-se que o isolamento social, ao que Durkheim designa por «produto de anomia», é observado como um dever nalguns agregados, por exemplo, o caso da mono-residencialidade dos idosos, visto que se considera um fenómeno da exclusão social (citado por Mauritti, 2007).

Em conclusão, Vacas (2009, 5 de Setembro), numa entrevista publicada para o DN, afirma que alguns indivíduos vivem isoladamente e não possuem qualquer relação com a vizinhança ou porque já faleceram, ou porque as suas capacidades físicas são extremamente reduzidas para se deslocar até a esses indivíduos. Por vezes, os seniores sentem que a relação com os descendentes fracassou, e entretanto, a sociedade aprova as medidas como a institucionalização, face à oposição dos idosos. Portanto, a autora evidencia que alguns idosos, que estão institucionalizados, estão contra a sua vontade.

1.6 - Rede Social no Idoso

1.6.1- A Família

O conceito de família tem vindo a sofrer alterações ao longo do tempo, devido à sua concepção relacionar-se com as mudanças da sociedade. Ou seja, as transformações sociais provocam transmutações nos padrões familiares e, por sua vez, contribuem para as metamorfoses sociais (Diniz, 2006).

Por outras palavras, os papéis familiares foram modificados por situações complexas, nomeadamente, por factores socioculturais e económicos que influenciam o seio familiar (Rodrigues & Soares, 2006).

De um modo conceptual, compreende-se que a família visa resultar de uma “unidade social que visa assegurar, na maioria das sociedades, a socialização primária dos indivíduos”. Neste sentido, é no seio familiar, que os valores, as normas, as competências linguísticas e cognitivas são transmitidos na primeira infância, resultando num conjunto de disposições que irão determinar o indivíduo no decorrer da sua vida (Lebaran, 2010, p.71).

Numa perspectiva funcionalista, (Amaro, 2006), a família designa-se por ser uma instituição social, que sacia determinadas necessidades ao indivíduo, nomeadamente, proteger e socializar as crianças ou o apoio emocional entre os cônjuges.

Gameiro³³ (Teixeira, 2004, p.95) refere que a família é “uma rede complexa de relações e emoções na qual se passam sentimentos e comportamentos que não são possíveis de ser pensados com os instrumentos criados pelo estudo dos indivíduos isolados”. Segundo Giddens, o conceito de família passa por ser um “grupo de pessoas unidas directamente pelo parentesco, no qual os adultos assumem a [total] responsabilidade de cuidar das crianças” (citado por Amaro, 2006, p.13).

De acordo com Saraceno (1997, p.12) a família é “um dos lugares privilegiados de construção social da realidade, a partir da construção social dos acontecimentos e relações aparentemente mais naturais”.

A família é uma aglomeração de cariz social resultante do casamento. Distinguímos especialmente a família consanguínea, constituída pelos filhos e netos, rodeados das respectivas esposas. As relações de sangue e geração da família conjugal constituem-se pelo marido, esposa e filhos do casal, tendo à margem o conjunto dos parentes de um e de outro cônjuge. Forma-se o laço conjugal. Coincide com a família nuclear, a qual se distingue da família extensa, que engloba maior número de parentes. No que se refere à sucessão de gerações, temos a família de orientação, constituída pelos pais, irmãos e parentes deles, enquanto que, a família de procriação, constitui-se pela esposa e filhos. No que se refere à descendência, a família pode ser patrilinear,

³³ Gameiro, J. (1998a). Terapia com a família. In Gameiro, J. (2ªed). Quem sai aos seus... Porto: Edições Afrontamento in Teixeira, R. (2004). A Qualidade de Vida do Idoso e as Influências que têm sobre ela a Domiciliação e as Construções do Idoso sobre os Problemas com a Família. Porto:Universidade Fernando Pessoa. P.95.

matrilinear ou bilinear, segundo na contagem, prevalece a linha do pai, da mãe ou de ambos (AAVV, 2002).

Para Gomes³⁴ (Diógenes, 2007, p.25), a família consiste num grupo de indivíduos que vive numa estrutura hierarquizada que “convive com a proposta de uma adjectiva duradoura incluindo uma relação de cuidados entre os adultos e deles para com as crianças e idosos que aparecem neste contexto”, cujo propósito da família consiste em apoiar os idosos vulneráveis.

Parafraseando Murdock, a família é o grupo social que tem como características a partilha da residência, a cooperação económica e a reprodução. Por isso, constitui-se por dois adultos de géneros distintos, e que mantenham uma relação sexual socialmente aprovada, com um ou mais filhos, quer sejam dos próprios, quer sejam adoptados (citado por Amaro, 2006).

Na linha de pensamento de Oliveira (2002), salienta que a família é uma união socialmente aprovada, constituída por um homem e por uma mulher e pelos filhos de ambos. Lévi-Strauss (s/d) vai mais longe e organiza um esquema cujo objectivo seria para designar um grupo social que tivesse pelo menos três características para ser considerado família, destacam-se então:

-“Tem origem no casamento”.

-“É formado pelo marido, pela esposa e pelos filhos nascidos do casamento, ainda que outros parentes possam ter lugar no grupo nuclear”.

-“Os membros da família estão unidos por laços legais; direitos e obrigações económicas, religiosas e de outro tipo; uma rede de direitos e proibições sexuais, além duma quantidade variável e diversificada de sentimentos psicológicos, tais como amor, afecto, respeito, medo” (citado por Dinis, 2006).

Para o idoso, o conceito de família consiste numa «fonte» principal de auxílio, visto que, quanto mais inserido estiver no seio familiar, melhor será a sua qualidade de vida (Rodrigues & Soares, 2006).

³⁴ Gomes, H.(2002). Um estudo sobre o significado da família. São Paulo: Cortez in Diógenes, F. (2007). A Família na Vida do Idoso: Uma Visão da Terapia Ocupacional Gerontológica. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.P.25.

Neste subcapítulo, como podemos observar iniciámos por abordar a conceptualização da família, recorrendo aos diversos autores, no entanto, convém ainda debruçar alguns aspectos sobre o idoso no contexto familiar.

No decorrer dos anos a família tem manifestado profundas alterações no que toca à sua estrutura e à sua dinâmica. O modelo de família alargada tinha como característica fulcral a solidariedade inter-geracional, o que actualmente deu lugar a duas gerações, isto é, a família nuclear, que cada vez mais restringe o auxílio aos idosos.

Assim, os factores como a forte participação da mulher no mercado de trabalho e na vida social, o incremento dos divórcios e a diminuição da taxa de fecundidade, estão de uma forma progressiva a contribuir para a importância do modelo de família nuclear (Dinis, 2006).

Tanto a evolução, como a mudança no domínio familiar geram um dilema para o próprio idoso, pois o indivíduo envelhecido sente-se certamente desorientado e ultrapassado pelos seus descendentes.

Oliveira (2010, p.101) explica que há uma multiplicidade de famílias com características tão diversas, ou seja, podem-se destacar por serem “mais ou menos sadias ou doentias, pacíficas ou conflituosas, unidas ou desunidas, rígidas ou flexíveis, felizes ou infelizes e mesmo deprimidas”.

Mediante o tipo de família, assim varia o apoio ou o abandono, a satisfação ou o sofrimento, que proporcionam aos idosos. Relvas (2000, citado por Dinis, 2006, p.45), defende que o “envelhecimento, ao contrário do que por vezes se veicula, não corresponde a uma fase de abandono pela família”. Conforme a autora, nota-se que os indivíduos da terceira idade revelam incumbência aos da quarta idade, tanto que os idosos mais lúcidos auxiliam os que se encontram num estado de profunda dependência.

Ao abordar um possível abandono do idoso por parte da família, há que ter em consideração, que por vezes, a culpa também cabe ao próprio, pelo facto de criar ilusões para conseguir a atenção tão desejada, por exemplo, o facto de se queixar das doenças³⁵ onde não existem é uma forma de captar a atenção e apelar ao carinho daqueles que o rodeia. Presentemente, nas sociedades, os indivíduos mais velhos optam por viver a sua

³⁵ Hipocondria.

independência, ter a sua vida, ter o seu «cantinho», apesar de estarem perto da família, têm alguma privacidade com a interacção familiar (Oliveira, 2010).

Débert³⁶ (Diógenes, 2007) confirma que os pais idosos rejeitam a ideia de viver com os filhos, porque os seus estados de saúde ainda se encontram em boas condições e por isso optam por serem independentes. Em virtude, o indivíduo que seja dependente, mas que tenha uma situação económica satisfatória prefere viver só e receber cuidados de um cuidador.

Relativamente à escolha de internar o idoso numa instituição, importa ter alguns aspectos a ponderar, principalmente, no que respeita às condições e às motivações em que isso é feito, a aceitação ou a recusa por parte do idoso, a dinâmica do lar, o apoio e as visitas que recebe, entre outros aspectos (Stuart-Hamilton, 2002 citado por Oliveira, 2010).

Peixoto (2004, citado por Rodrigues & Soares, 2006, p.13) enfatiza o termo de coabitação e explica que consiste num “elemento que muito contribui para a solidariedade familiar tanto nos períodos mais difíceis da vida dos filhos quanto na viuvez dos pais, principalmente da mãe”.

Para Caldas³⁷ a família como instituição social tem o dever de cuidar do seu idoso e quando não cumpre aplicam-se as sanções sociais, por exemplo, o facto de ser vista como negligente e irresponsável (Diógenes, 2007).

Como já foi referido, a dinâmica familiar tem vindo, efectivamente, a alterar-se, no entanto, conclui-se que os idosos encontram-se a residir com as suas famílias multigeracionais, enquanto que, outros optam por viver com os seus companheiros ou mesmo a sós. A maioria destes idosos vivem sós, quer em habitações isoladas, quer em instituições.

³⁶ Débert, G. (1999). A construção e a reconstrução da velhice, família, classe social e etnicidade. In: Neri, A., & Débert, G. (Orgs.) *Velhice e Sociedade*. Campinas: Papirus in in Diógenes, F. (2007). *A Família na Vida do Idoso: Uma Visão da Terapia Ocupacional Gerontológica*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.

³⁷ Caldas, C. (2004). Cuidado familiar: A importância da família na atenção à saúde do idoso. In: Saldanha, A., & Caldas, C. *Saúde do idoso a arte de cuidar*. Rio de Janeiro: Interciência in Diógenes, F. (2007). *A Família na Vida do Idoso: Uma Visão da Terapia Ocupacional Gerontológica*. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará.

Silva (2011, citado por Dinis, 2006) compara que outrora os filhos abandonavam a casa dos pais com o intuito de se casarem, mas continuavam a prestar auxílio tanto aos pais, como aos avós. Nos dias de hoje, a responsabilidade de apoiar os idosos foi passada para as «mãos» do Estado e dos organismos de âmbito solidário.

1.6.2.- A Sociedade

Abordou-se no subcapítulo do «Envelhecimento Demográfico», que a taxa referente à população idosa tem vindo a aumentar, e por isso o grupo dos idosos é o que mais prevalece, contudo, sofrem nas «mãos» da sociedade.

Presentemente, a sociedade favorece as gerações mais novas, enquanto que, o papel dos idosos tem caído no esquecimento ou mesmo a ser desvalorizado, pelo facto de possuírem uma idade avançada, associando-se de imediato a enfermidades e incapacidades. Com efeito, a sociedade considera o idoso como um encargo e é a própria que realça uma imagem negativa fragilizada dos idosos, no entanto, é crucial mudar as atitudes referentes à velhice (Rodrigues, 2001).

A problemática pertinente da população envelhecida na sociedade contemporânea consiste em dois factores, no abandono dos mais velhos e no aumento da percentagem dos idosos comparando com outras faixas etárias (Oliveira, 2010).

A sociedade actual tem sido vista como uma “sociedade de consumo” devido à rentabilidade económica e à produção, em que valorizam os indivíduos que sejam mais dinâmicos, ou seja, os jovens. Não obstante, pode-se gerar efeitos negativos tais como, o *stress*, o aparecimento das doenças e da redução da capacidade produtiva do indivíduo mais debilitado. Portanto, uma vez que, os idosos não têm qualquer autonomia para rentabilizar a produção são à partida excluídos, consequentemente, isolam-se, marginalizam-se ou internam-se, o que origina a situações de dependência (Martins, s/d).

Segundo Madeira (s/d) refere que o modelo da sociedade consumista tem posto de parte os idosos vulneráveis, que em muitos casos surgem-se situações de abandono desnecessárias, a mesma autora, aborda ainda algumas responsabilidades, tais como o facto de ser um "modelo de sociedade consumista, pós-industrial, materialista, que relegou os mais frágeis para uma posição em que são pouco alvo da atenção e da

solidariedade das comunidades”. A coordenadora nacional do Ano Europeu do Envelhecimento Activo, visa que as situações cujos idosos aparecem sem vida sozinhos em casa são “muito críticas” e merecem a revolução de todos, no entanto, alude que “é um fenómeno que dificilmente se combate porque cada vez há mais idosos a viver sozinhos, o que não acontecia no passado e as pessoas também morriam mais cedo” (citado por Diário de Notícias, 2012, pp.1-2).

Cabe aos familiares dos idosos e às instituições o dever de prestar apoio a esta população fragilizada. Enquanto que, aos responsáveis do Estado compete obedecer o que está descrito no artigo 72 da Constituição da República Portuguesa:

1º “As pessoas idosas têm o direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia e evitem e superem o isolamento ou a marginalização social”.

2º “A política da terceira idade engloba medidas de carácter económico, social e cultural tendentes a proporcionar às pessoas idosas oportunidade de realização pessoal, através de uma participação activa na vida da comunidade” (Oliveira, 2010, p.101).

Com efeito, os idosos da sociedade de consumo são indivíduos considerados vantajosos para a sociedade, por terem adquirido ao longo da sua vida conhecimentos, experiências e sabedoria, para posteriormente poderem transmitir aos mais jovens. Segundo o papa João Paulo II alude o seguinte:

“Os idosos ajudam a olhar para os assuntos terrenos com mais sabedoria, porque as vicissitudes lhes trouxeram o conhecimento e a maturidade. Eles são os guardiões da memória colectiva e, portanto, os intérpretes privilegiados daquele conjunto de ideais e valores comuns que regem e guiam a vida em sociedade. Excluí-los é refutar o passado, em que está enraizado o presente, em nome de uma modernidade sem memória. Os idosos, por causa da sua experiência amadurecida, são capazes de oferecer aos jovens conselhos e ensinamentos preciosos” (Covolo, 2012).

De acordo com Rodrigues (2001), os futuros idosos serão diferentes dos idosos de hoje, pois, uma vez que serão mais informados e cultos, por isso, podem ser exigentes no que se refere à tentativa de implementar novas respostas sociais e em transmutar mentalidades e atitudes. Para as alterações serem bem-sucedidas é necessário mostrar esforço por parte dos profissionais e, deste modo, nota-se que os indivíduos são uma peça fulcral na sociedade e por isso o respeito deve ser valorizado. Como já foi supramencionado, os idosos do amanhã terão mais benefícios, isto é, terão autonomia, saúde, serão portadores de uma preparação educativa e profissional desenvolvida e estarão com capacidade para intervir na sociedade, ou seja, desfrutar-se-ão de uma boa qualidade de vida.

Em suma, o processo de mudança passa pelos próprios idosos, por outras palavras, é imprescindível estimulá-los de forma a participarem na vida de cariz familiar e social e, conseqüentemente desenvolver novas atitudes e comportamentos na sociedade, por fim, é fulcral revalorizar a sabedoria daqueles cujas idades se encontram avançadas (Rodrigues, 2001).

1.7- Diferenciação entre os Idosos Institucionalizados e os Idosos Não Institucionalizados

1.7.1 – O Idoso e a Institucionalização

O culminar do século XIX é marcado pela família, pelas instituições de cariz religioso e pelos organismos particulares, que prestam o auxílio necessário aos indivíduos mais velhos. Não obstante, com o passar dos anos, a sociedade sofre inúmeras mudanças, e presentemente, observamos o aumento das dificuldades vividas pelos idosos. No entanto, as instituições aparecem com o intuito de acolher os idosos (Cramês, 2012).

Com efeito, para compreendermos a relação do idoso com o meio institucional torna-se pertinente recorrer a alguns conceitos sobre a institucionalização. Portanto, por institucionalização entende-se que é um alojamento destinado para os idosos, normalmente, a instituição tem à disposição duas valências distintas, tais como, o lar de idosos e o centro de dia. Desta forma, entende-se que lar de idosos, tal como o nome indica, direcciona-se para a população idosa e que sejam obviamente residentes da

instituição, ou seja, que estejam a viver vinte e quatro horas por dia, enquanto que, o centro de dia ocupa-se pelos idosos que queiram passar somente uma parte do tempo.

Alcântara (2004, citado por Dias, 2007, p.19) defende que institucionalizar é “confiar alguém aos cuidados de uma instituição especializada, no caso dos idosos, aos asilos”. De acordo com Pimentel (2011, citado por Ribeiro, 2011), a institucionalização é uma alternativa, cujos familiares não conseguem corresponder ao grau de dependência de cuidados que o idoso requer.

Goffman alude-nos que:

“As instituições totais ou permanentes consistem em lugares de residência onde um grupo numeroso de indivíduos em condições similares, levam uma vida fechada e formalmente administrada por terceiros. Existe uma ruptura com o exterior, dado que todos os aspectos da vida são regulados por um única entidade”.
(citado por Cramês, 2012, p. 27).

Assim, a maior parte dos indivíduos, mesmo institucionalizados, vivem em condições de mono-residencialidade, isto é, embora partilhem o alojamento, consideram ter vidas completamente independentes e na maioria das vezes são «escravos» da própria solidão e da exclusão social.

A institucionalização é considerada como um «porto de abrigo» de serviços sociais de internamento destinados para a população envelhecida. Cujos objectivos fundamentais destas instituições baseiam-se por assegurar a integração do idoso num ambiente familiar e acolhedor, e prestar apoio. Todavia, a institucionalização pode ser uma situação complexa para uns do que para outros, cujo sentimento de perda oscila dependendo do indivíduo, bem como o seu historial e a sua capacidade de enlutar. O idoso institucionalizado sofre devido ao facto de se separar dos seus familiares (Born, 2002, citado por Cardão, 2009).

Parafraseando Oliveira (2005, p.89) “estar num lar não significa necessariamente uma fatalidade, porque um idoso que fique com a família, não sendo apoiado pode sentir muito mais a solidão do que a institucionalização.”

Custódio (2008) defende que o idoso tem vontade de se institucionalizar por vários motivos, ou porque já sofreu algumas perdas, por exemplo, viveu um processo de viuvez, ou porque se sente um encargo tanto para a família, como para a sociedade, ou porque a família não tem as mínimas condições necessárias para garantir a sua subsistência na mesma residência.

Tagliapietra e Garces (s/d) concordam com Custódio (2008) ao referir que a família não possui as mínimas condições necessárias para cuidar do idoso, e por isso opta por institucionalizá-lo. Contrariamente, Sousa e colaboradores (2003, citado por Silva, 2011a, p.17) aludem que os idosos “temem que a sua ida para um lar diminua a sua independência, estar em lar torna os idosos menos capazes de manter a sua autonomia e qualidade de vida”.

Tendo em conta o Direito do Idoso (L³⁸ 10.741, Artigo 3º:V), a “priorização do atendimento do idoso por sua própria família, em detrimento do atendimento asilar, excepto dos que não a possuam ou careçam de condições de manutenção da própria sobrevivência”. Isto é, a alternativa de institucionalizar o idoso deverá ser evitável.

Para Davim e colaboradoras (2003, p.20), o idoso ao sentir carência de apoio da família, refugia-se na solidão o que irá afectar, posteriormente, a sua qualidade de vida. Neste sentido, a solidão é uns dos problemas cruciais da qualidade de vida do idoso, devido ao abandono e ao isolamento. As autoras acrescentam que “o lazer e o bem-estar estão directamente relacionados com a qualidade de vida dessas pessoas, interferindo na solução desses problemas e no equilíbrio de cada um”.

Segundo Perracini (2006, citado por Almeida, 2008), os indivíduos que escolhem livremente a institucionalização, querem desfrutar ao máximo e com qualidade o ciclo que diz respeito ao fim da sua vida, por isso, preferem viver num ambiente que lhes possa ofertar segurança, e que possam ter autonomia.

Contudo, o internamento pode ser visto pelos idosos como um cenário frustrante e revoltante o que leva a uma série de sentimentos negativos, tais como, o fim da liberdade, a perda da independência, o abandono por parte da família, a perda da privacidade, a aproximação da morte e a prestação de apoio dada por estranhos, ou seja,

³⁸ Lei 10.741.

são motivos que condicionam a qualidade de vida para esta população. No entanto, os familiares acreditam que o internamento pode ser benéfico, nomeadamente, pelo convívio e pela prestação dos tratamentos básicos e de saúde (Born, 2002, citado por Ribeiro, 2011).

Para Berger e Mailloux (1995) referem que no ambiente institucional os idosos tornam-se dependentes e aos poucos vão perdendo o controlo que possuíam nas suas vidas. Goffman (1961) alude que a institucionalização provoca a «perda do eu», isto é, perdem a individualidade. Por outras palavras, os idosos deixam o seu *status* social à entrada da instituição, enquanto que, no interior todos são tratados da mesma forma, pois têm os mesmos direitos e deveres (citado por Dantas, Ferreira, Andrade, Silva & Soares, 2013).

Cabete (1999, citado por Ribeiro, 2011) afirma que a qualidade de vida na instituição é reduzida devido às ordens do foro social, tais como, a ausência da família, o isolamento, a solidão, a alteração de estatuto, a perda do prestígio e o sentimento de inutilidade e do foro institucional, sujeitos a normas e horários. Normalmente, a adaptação a esta realidade é assinalada pela revolta constante.

Sendo que a entrada para a instituição exige uma mudança total, em relação ao estilo de vida, normalmente, o ambiente consiste no início do processo de mudança. Dado que o indivíduo estava habituado a outra realidade, agora é posto num espaço em que a arquitectura, a alimentação, a organização, as normas e as pessoas eram-lhe literalmente estranhas. Todavia, o processo de adaptação oscila de pessoa para pessoa e depende de algumas condições, por exemplo, o modo do internamento. Por outras palavras, se a institucionalização for contra a vontade do indivíduo irá ser acompanhado por um extremo sofrimento. Visto que o sentir abandonado é algo que está sempre presente nos indivíduos institucionalizados (Goffman & *et.al.*, 1961, citado por Dantas & *et. al.*, 2013).

Por fim, Tier, Fontana e Soares (2004), salientam que a maioria da população idosa institucionaliza-se contra a sua vontade e muitas vezes são alvo do aprisionamento da instituição. Enquanto que, a intenção dos familiares visa interná-los e não terem o propósito de revê-los, deixando-os assim entregues às mãos de profissionais, que muitas vezes, nem sequer possuem habilitações, para o exercício das respectivas profissões.

2.2- Não Institucionalização vs Institucionalização

Compreende-se que presentemente o acto de envelhecer representa um dilema para os indivíduos, pelo facto de não demonstrarem a devida preparação para eventuais mudanças e perdas, que possam ser frequentes neste ciclo de vida. Deste modo, a velhice leva a modificações de carácter físico, ou seja, o envelhecimento do organismo, e de social, as perdas e as dificuldades que possam ocorrer, normalmente, este “quadro” encaminha o indivíduo para o isolamento social e para a solidão. (Pedrozo & Portella, 2003, p. 171) Portanto, o processo do envelhecimento envolve, efectivamente, alterações do foro psicológico, social e físico que influenciam o bem-estar dos idosos (Silva, 2009).

Atendendo à história da humanidade, Portella (2002) refere que a maioria das sociedades pauta-se pela discriminação, exclusão social e marginalização, em que vitimiza, sobretudo, os idosos. Tal como indica Gatto (1996, citado por Pedrozo & Portella, 2003, p.172), a juventude vê os idosos numa perspectiva negativista, ou seja, o facto de estarem habituados aos termos estereotipados como “rabugentos” ou mesmo “peso morto”, leva à construção de uma imagem negativa do envelhecimento.

Peplau e Perlman (s/d) referem que o conceito de solidão baseia-se numa “experiência desagradável que deriva de importantes deficiências nas redes de relações sociais de uma pessoa.” Para Sullivan (s/d) a solidão tem que ser desagradável mas ao mesmo tempo motivante, “surgindo de uma necessidade não encontrada de intimidade interpessoal”. Na perspectiva de Moustakas (s/d), a solidão é uma tentativa que aparece de uma forma inevitável da ruptura da existência humana (citado por Pedrozo & Portella, 2003, p. 172).

Tal como refere Correia (2012), existe um forte interesse na compreensão dos processos intrínsecos ao envelhecimento, e que de uma forma visa atender os carecimentos dos indivíduos mais velhos, permitindo melhorar as condições de vida. Por isso, tanto a solidão, como a qualidade de vida são aspectos que se interligam com este processo.

Wu e colaboradores (2010, citado por Correia, 2012) mencionam que a solidão adveio provavelmente do processo do envelhecimento, em que resulta um problema de

cariz social. Deste modo, as alterações facilitam o incremento dos níveis da solidão abrangendo a situação habitacional dos idosos. Enquanto que, a qualidade de vida, exibe-se como um indicador de adaptação ao envelhecimento (Paúl & Fonseca, 2005).

Correia (2012) no seu estudo realizou uma análise comparativa entre os idosos que residem na sociedade, e os institucionalizados, em Lisboa. Chegou-se às seguintes conclusões: que as mulheres são as que mais se destacam atingindo 71%, enquanto que, os homens obtêm 28,3%. Acrescenta-se ainda que quase 50% dos idosos inquiridos são viúvos, e os outros 50% distribuem-se entre os casados 43,4%, solteiros 6,6%, e os divorciados 0.9%. Quanto aos níveis de solidão, observa-se que são mais elevados nos idosos institucionalizados, do que nos não institucionalizados. Relativamente à qualidade de vida, os idosos não institucionalizados apresentam elevados níveis no que se refere ao funcionamento físico e desempenho emocional, por outras palavras, revelam ter melhor qualidade de vida, em relação aos institucionalizados.

Socco, Rapattoni e Fantoni (2006, citado por Coimbra, 2008) afirmam que na instituição a qualidade de vida tem tendência a ser menor, do que nos idosos que vivem na sociedade. Deste modo, os idosos institucionalizados têm tendência para se sentirem sós, uma vez que estão separados das suas redes sociais, por exemplo, a família (Paúl & Fonseca, 2005).

Pimentel (1995) afirma que os idosos não institucionalizados revelam ter mais hipóteses de actividades diárias, enquanto que, os institucionalizados têm mais condicionalismos, devido às normas do funcionamento da instituição.

Segundo Ferreira (2009), alerta para a existência de discordâncias e contradições, pois, alguns estudos, citam que a qualidade de vida torna-se elevada nos idosos institucionalizados. Tal como Pinho (2005, citado por Ferreira, 2009) refere que os institucionalizados possuem um elevado índice de qualidade vida, comparativamente, com os não institucionalizados.

Paradoxalmente, Fernandes (2000), alude no seu estudo a comparação de dois grupos de idosos na instituição, sendo o tempo de permanência distinto, e concluiu que quanto mais tempo o idoso está institucionalizado, a sua qualidade de vida tende a diminuir.

Bergdahl, Allard, Alex, Lindman e Gustafon (2007, citado por Correia, 2012) indicam que são as idosas que têm elevados níveis de solidão, devido ao facto da esperança média de vida ser superior à dos homens e normalmente, tendem a viver só e com capacidades bastante reduzidas.

Barroso (2006) refere que a solidão nos idosos aumenta devido à mono-residencialidade, em relação aos que vivem acompanhados.

Martins (2006) menciona que a maioria dos idosos institucionalizados sofre, antes de se institucionalizarem, com o isolamento e com a ausência das suas interacções sociais, o que gera sentimentos de solidão. Embora que a institucionalização tenha o dever de possibilitar a atribuição a um grupo idêntico, para facilitar a integração neste ambiente, contudo, a instabilidade inter-individual, pode ser causa de impedimento para a inclusão (citado por Paúl & Fonseca, 2005).

Concernente à qualidade de vida, os idosos não institucionalizados têm o caminho mais facilitador, no que toca, às vias de acesso para realizar as actividades diárias, enquanto que, os idosos institucionalizados encontram-se num estado de dependência (Ferreira, 2009).

Segundo Marques (1991, citado por Silva, 2011c), a qualidade de vida do indivíduo idoso está associada ao bem-estar psicológico. Alguns estudos elaborados pelo referido autor comprovam que os idosos que vivem nas suas casas revelam-se mais activos, optimistas e com vontade de viver, enquanto que, os que estão institucionalizados mostram-se inactivos, pessimistas e apáticos.

Martins (2006) advoga que a maioria dos idosos institucionalizados sofre de mobilidade reduzida ou mesmo de incapacidades, o que leva a uma desagradável qualidade de vida. A autora adianta que tanto o desenraizamento das residências em que vivem, como a integração num novo ambiente, está na origem da forte solidão e da fraca qualidade de vida dos idosos (Paúl & Fonseca, 2005).

Fernandes (2000) mostra que o problema pode estar logo no processo da admissão dos idosos na instituição, podendo causar possíveis falhas nos foros de autonomia, da interacção social, bem como, das actividades.

A maior parte dos indivíduos mais velhos lutam contra a ideia de ter que abandonar o que é seu, pois “face a uma realidade de declínio físico e incapacidade para viver de forma independente, sendo sentida como uma perda de identidade, é o seu espaço que fica para trás.” (King, Jonhson & *et.al.*, 2002, citado por Barroso, 2006, p.5). Os indivíduos sentem-se familiarizados com as suas habitações, por estas transmitirem laços afectivos, em que se viveu durante largos anos, e por terem um valor simbólico, devido às memórias e às recordações que estão lá guardadas (Werner, citado por Martins, s/d).

Decerto modo, a viuvez une-se à solidão pelo facto de causar sentimentos de abandono, que levam os idosos a abdicar da participação social, que teria como intuito a diminuição dos níveis de solidão (Pául & Fonseca, 2005). As alterações que decorrem nesta fase reduzem drasticamente a interacção social, em contrapartida, os sentimentos de solidão são cada vez mais elevados (Correia, 2012).

Portanto, o processo de envelhecimento torna-se mais simples, quando os idosos têm a presença da família ou mesmo dos amigos. Contudo, a maior parte dos idosos institucionalizados são abandonados pela própria família, ou por amigos ou, simplesmente sentem a perda dos afectos da sua rede social (Barroso, 2006).

Em suma, os seniores portadores de diversos conhecimentos e saberes de outrora eram estimados e procurados pelas gerações mais novas. Contudo, nos dias de hoje, isso já não acontece, pois, os idosos sentem-se privados de todo o respeito e ainda são vistos como desnecessários para a sociedade, ou mesmo como um encargo para as suas famílias, no entanto, existe excepções. Consequentemente, esta crise de valores de âmbito familiar originou não só a ruptura dos laços intergeracionais, como também situações de exclusão social, tanto endógena, como exógena. Assim, o idoso tem sido alvo da exclusão social “pela debilidade, perda de jovialidade, perda de agilidade física e mental”, bem como da inclusão social, pela sabedoria devido ao acumular de situações, experiências e vivências que alcançou durante a sua vida (Simões, 2006, pp.1-2).

Quanto aos maus-tratos, quer pela família, quer pela instituição, Oliveira (2010), refere que podem ser: a ausência da atenção e do carinho, a inexistência de tempo para os acompanhar, assim como para ouvi-los e servi-los, a carência de estimulação, as

dificuldades em auxiliar a todos os níveis, nomeadamente, na saúde; o acto de furtar às escondidas ou mesmo à força os bens, monetários e/ou não monetários, assim como, a carência dos acessos para os indivíduos com idades avançadas (por exemplo, a falta dos elevadores ou das rampas).

Actualmente, este panorama de maus-tratos consiste num dilema de cariz familiar e social, devido ao incremento dos idosos, especialmente, aqueles que se encontram em situações vulneráveis frente à sociedade e à família, que “menospreza os seus direitos e onde os estereótipos a respeito dos aniciãos são pouco dignificantes” (Oliveira, 2010, p.105).

Parte B

Enquadramento Metodológico

Capítulo II

Metodologia

2.1- Caracterização da Não Institucionalização

2.1.1- Breve caracterização da Cidade de Lisboa

Situada na margem direita do rio Tejo encontra-se a cidade de Lisboa, ou seja, a capital de Portugal. Lisboa ocupa uma área cerca de 85 km² e tem 547.733 habitantes. Actualmente, as freguesias que englobam Lisboa têm sofrido um processo de mudança. Em 2014, prevê-se que estas passem de 53 para 24 (Pordata, 2012, p.4).

Em termos de curiosidade, referenciamos, as velhas freguesias, tais como: Ajuda, Alcântara, Alto do Pina, Alvalade, Ameixoeira, Anjos, Beato, Benfica, Campo Grande, Campolide, Carnide, Castelo, Charneca, Coração de Jesus, Encarnação, Graça, Lapa, Lumiar, Madalena, Mártires, Marvila, Mercês, Nossa Senhora de Fátima, Pena, Penha de França, Prazeres, Sacramento, Santa Catarina, Santa Engrácia, Santa Isabel, Santa Justa, Santa Maria de Belém, Santa Maria dos Olivais, Santiago, Santo Condestável, Santo Estevão, Santos-o-Velho, São Cristóvão, São Domingos de Benfica, São Francisco Xavier, São João, São João de Brito, São João de Deus, São Jorge de Arroios, São José, São Mamede, São Miguel, São Nicolau, São Paulo, São Sebastião da Pedreira, São Vicente de Fora, Sé, Socorro (Observatório Luta Contra a Pobreza na cidade de Lisboa [OLCPL], s/d).

Enquanto que, as novas serão: Ajuda, Alcântara, Alvalade, Areeiro, Arroios, Avenidas Novas, Beato, Belém, Benfica, Campo de Ourique, Campolide, Carnide, Estrela, Lumiar, Marvila, Misericórdia, Olivais, Parque das Nações, Penha de França, Santa Clara, Santa Maria Maior, Santo António, São Domingos de Benfica, e, por fim, São Vicente de Fora (Pordata, 2012, p.51).

O índice de envelhecimento desta cidade corresponde a 185,8 idosos por cada 100 jovens. Quanto às famílias unipessoais possui 85.244 casos em que 42,8% representa as famílias unipessoais de indivíduos com mais de 65 anos (Pordata, 2012, pp.8-10).

2.1.2- Breve caracterização da Freguesia de Alcântara

Alcântara é uma freguesia pertencente ao concelho de Lisboa. A referida freguesia situa-se na parte sudoeste do concelho e tem como freguesias limítrofes Ajuda, Santa Maria de Belém, Benfica, Campolide, Santo Condestável e Prazeres e ainda é banhada pelo Rio Tejo. Curiosamente, o termo Alcântara deriva do árabe «*al-qantara*», ou seja, a «ponte». Pelo facto, desta atravessar a ribeira nessa área, o que se atribuiu o nome de ribeira de Alcântara.

2.2- Caracterização da Institucionalização:

2.2.1- Breve caracterização da Freguesia da Nossa Senhora de Fátima

Nossa Senhora de Fátima é uma freguesia que pertence ao concelho de Lisboa. Tem como freguesias fronteiriças as seguintes: São Domingos de Benfica, Campo Grande, Alvalade, São João de Brito, São Jorge de Arroios, São Sebastião da Pedreira e Campolide.

2.2.2 – Breve caracterização da Associação de Serviço de Apoio Social

A Associação de Serviço de Apoio Social [ASAS] foi fundada em 1977, e é considerada uma Instituição Particular de Serviço Social [IPSS], com fins não lucrativos, cuja sede se situa na Freguesia Nossa Senhora de Fátima em Lisboa.

A instituição é composta por associados, sendo a sua gerência exercida pela Direcção, Assembleia – Geral e Conselho Fiscal, em regime de voluntariado e é eleita de três em três anos.

Destaca-se que esta instituição foi construída e equipada com diversos apoios e subsídios, nacionais e internacionais, respectivamente, da Câmara Municipal de Lisboa, do Ministério das Obras Públicas e Urbanismo, do Ministério dos Assuntos Sociais, da Santa Casa da Misericórdia, da Fundação «*Calouste Gulbenkian*», das instituições norueguesa e alemã, respectivamente, «*Norsk Folkhjelp*» e «*Arbeiter Wohlfahrt*», de industriais portugueses e da «*Philips*» portuguesa.

A ASAS dirige a sua acção no auxílio à Terceira Idade e dispõe de um lar onde residem os respectivos idosos em regime de pensão completa, de um centro de dia e de

um serviço de apoio domiciliário. As valências desta instituição possuem a vertente residencial e por isso torna-se necessário que os serviços permaneçam durante vinte e quatro horas. A presente instituição destaca-se por ser um estabelecimento direccionado para acolher a população idosa, sendo o objectivo fulcral a prestação de apoio social em três valências, nomeadamente, lar de idosos, centro de dia e serviço de apoio domiciliário.

Ao aludir as diferentes valências que existem, quer nesta instituição, quer noutras da sociedade portuguesa, torna-se imprescindível saber conceptualizá-las e caracterizá-las de uma forma sintetizada, suportando em Bonfim, Garrido, Saraiva e Veiga (1996) assim:

A valência de Lar de Idosos define-se num estabelecimento em que decorre actividades no âmbito de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, que pode ser de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, promovendo o convívio e proporcionando a animação social e a ocupação dos tempos livres.

A valência de Centro de Dia é uma “resposta social”, desenvolvida em equipamento, que consiste na prestação de um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção dos idosos no seu meio sociofamiliar (Bonfim & Saraiva, 1996, p.7).

Por fim, a valência de Serviço de Apoio Domiciliário, também é uma resposta social que consiste na prestação de cuidados individualizados e personalizados no domicílio, a indivíduos e famílias quando, por motivo de doença, deficiência ou outro impedimento, não possam assegurar temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas e/ou as actividades da vida diária (Bonfim & Veiga, 1996).

Na referida instituição, a população idosa na valência de Lar constitui-se por sessenta utentes, na valência de Centro de Dia sete utentes, tendo capacidade para quinze pessoas, e na valência de Serviço de Apoio Domiciliário vinte utentes. Contudo esta instituição não recebe idosos acamados.

O objectivo de edificação deste serviço é orientar o desenvolvimento de actividades de apoio social direccionadas para a população idosa através de um

alojamento colectivo³⁹ que garanta o fornecimento de alimentação, prestação de cuidados de saúde, de higiene e conforto, convívio, animação social e ocupação dos tempos livres. Assim, são orientados para a prestação de serviços permanentes e adequados à população da «terceira idade», a elaboração de condições que permitam incentivar a relação intrafamiliar, a contribuição para a integração social e proporcionar um fim de vida mais digno a esta população.

Menciona-se que devem ser compostos por áreas funcionais, nomeadamente, ao nível da acessibilidade, no serviço de refeições e alojamento, na garantia de serviços de saúde e de apoio múltiplo, na promoção de actividades de convívio, de entretenimento e de ocupação de tempos livres, numa ligação estreita à direcção e serviços administrativos, com espaços e instalações bem definidos e funcionais, quer para os utentes, como para o pessoal.

2.3- Instrumento de colheita de dados

2.3.1 – Forma de investigação

O estudo alicerce a uma investigação transversal com recurso ao método correlacional. Neste sentido, a informação desejada obter-se-á através da recolha de dados, cuja metodologia que melhor se adequa é o quantitativo, em que consiste na elaboração e aplicação de questionários numa população idosa, entre os 60 anos ou mais. Sendo que a faixa etária referida coincide com o início do ciclo do envelhecimento.

A abordagem quantitativa tem um papel fulcral na investigação pelo facto de ser uma técnica de análise dedutiva, ou seja, parte do geral para o específico, sendo os resultados generalizáveis. Permite uma abordagem focalizada, pontual e estruturada, utilizando-se os dados quantitativos. Por fim, a recolha dos dados realizar-se-á através da obtenção de respostas estruturadas.

Relativamente à investigação transversal consiste em medir num único momento do tempo, e por isso, não sendo possível existir qualquer período de seguimento dos

³⁹ Temporário ou permanente.

indivíduos. O método correlacional é quando uma teoria científica solicita a presença de uma correlação entre duas variáveis.

2.3.2- Objectivos do estudo e Hipóteses

A presente dissertação de mestrado tem como objectivos primordiais:

- Avaliar e relacionar a qualidade de vida e a solidão dos idosos.

- Perceber qual o motivo principal que leva o idoso à mono-residencialidade numa faixa etária igual e/ou superior a 60 anos. Por outras palavras, conhecer se os factores resultam, nomeadamente, da livre escolha do indivíduo, do facto de querer «viver a só», de um processo de viuvez, ou mesmo algo que lhe foi imposto.

- Perceber qual o género - feminino ou masculino - em que esta tendência mais se verifica.

- Perceber as divergências e as convergências entre os indivíduos idosos institucionalizados dos não institucionalizados.

As hipóteses que propusemos para serem testadas são as seguintes:

Hipótese 1: Era esperado que a mono-residencialidade afectasse mais o género feminino.

Hipótese 2: Era esperado que a mono-residencialidade estivesse associada ao motivo da viuvez.

2.3.3- Amostra

A amostra do presente estudo é composta por 100 idosos. A caracterização sociodemográfica efectuou-se com base nos dados do protocolo (ver anexo I). A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra.

Podemos observar que a nossa amostra é constituída por 75 indivíduos do género feminino e 25 do género masculino. Relativamente ao grupo etário, estratificado no protocolo em quatro faixas encontramos a seguinte distribuição: 55% entre os 80-89 anos; 22% mais do que 90 anos; 19% entre os 70-79, por fim, 5% entre os 60-69 anos (M= 2,93; DP=,782).

Quanto ao estado civil, 66 dos indivíduos que compõem a amostra (66%) demonstram ser viúvos, seguidamente, 24 elementos da amostra (24%) revelam ser solteiros, enquanto, que 9 elementos (9%) afirmam que são divorciados, e, finalmente, 1 indivíduo (1%) refere ser casado.

No que diz respeito às habilitações literárias, 53% dos elementos têm o 1ºCiclo do Ensino Básico (4ºano/ 4ªclasse), 15% revelam ter o Ensino Secundário (antigo ensino Industrial ou Comercial), 13% afirmam ter o Ensino Superior, 11% referem não ter a instrução primária (analfabetismo), 4% têm o 2º Ciclo do Ensino Básico ou Escola Preparatória, e, por último, 4% possuem o 3º Ciclo do Ensino Básico (7º,8º,9ºanos) (M=2,98; DP=1,676).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica

	N	%	M	DP
Género				
Feminino	75	75		
Masculino	25	25		
Idade			2,93	,782
Entre 60-69	5	5		
Entre 70-79	19	19		
Entre 80-89	54	54		
Mais do que 90	22	22		
Estado Civil				
Solteiro/a	24	24		
Casado/a	1	1		
Divorciado/a	9	9		
Viúvo/a	66	66		
Habilitações literárias			2,98	1,676
Analfabeto	11	11		
1ºCiclo do Ensino Básico (4ºano/4ªclasse)	53	53		
2ºCiclo do Ensino Básico ou Escola Preparatória (5º,6º anos)	4	4		
3ºCiclo do Ensino Básico (7º,8º,9º anos)	4	4		
Ensino Secundário (antigo ensino Industrial ou Comercial)	15	15		
Ensino Superior	13	13		

Na tabela 2 observamos outros dados que constam na caracterização sociodemográfica do respectivo protocolo. Referimos que estas variáveis tornam-se

pertinentes para o nosso estudo, em termos de mono-residencialidade, contexto familiar e saúde.

Concluímos que a maioria dos inquiridos vive em “casa própria, mas sozinho/a” (53%), enquanto que 47% vive numa “instituição” ($M=1,53$; $DP=,502$).

No que diz respeito ao motivo, por outras palavras, os factores que levaram os idosos a residirem sozinhos ou numa instituição, a maioria afirma que foi “por vontade própria” (72%), enquanto que 22% dos elementos referem que foi derivado um processo de “viuvez”, seguidamente 5% revelam ter sido uma “imposição da família”, por último, 1% diz que foi devido ao abandono da família ($M=1,35$; $DP=,626$).

Quanto à questão de terem filhos 73% respondem que sim, enquanto que 27% afirmam que não ($M=1,73$; $DP=,446$). A maioria dos indivíduos tem entre um a três filhos.

Relativamente, à questão de terem netos 65% referem que sim, enquanto que, 35% respondem que não ($M=1,65$; $DP=,479$). A maior parte dos indivíduos tem entre um a cinco netos.

Salientamos que 90%, ou seja, a maior parte dos idosos, referem que mantêm contacto com os filhos ou com outros familiares, enquanto que, 10% não têm qualquer contacto com os familiares ($M=1,90$; $DP=,302$). A maioria dos inquiridos mantém contacto diário com a família.

Respeitosamente ao facto de terem alguma doença clinicamente diagnosticada 51% referem que sim, enquanto que, 49% afirmam que não têm qualquer doença ($M=1,51$; $DP=,502$). Aludimos que a maioria dos elementos da amostra revelam ter problemas, tais como, a osteoporose, cardiovasculares e diabetes. Os indivíduos respondem que as doenças foram lhe diagnosticadas “há muito tempo”.

Para finalizar a parte que diz respeito à caracterização sociodemográfica do protocolo optou-se por elaborar duas questões abertas de natureza opinativa, com intuito de perceber o que é a qualidade de vida e a solidão para os idosos.

Constatamos que a maioria das respostas dadas relativamente à questão sobre a qualidade de vida são o facto de “ter saúde”, “viver bem”, “ter dinheiro” e “trabalhar”.

Enquanto que, a questão sobre a solidão a maior parte dos inquiridos responde que é “muito triste, não presta”, “mau”, “muito má” e “horrível”.

Tabela 2. Caracterização social (mono-residencialidade, contexto familiar e saúde)

	N	%	Mínimo	Máximo	M	DP
Onde reside?			1	2	1,53	,502
Instituição	47	47				
Casa própria, mas sozinho	53	53				
Motivo			1	4	1,35	,626
Por vontade própria	72	72				
Viuvez	22	22				
Imposição da família	5	5				
Abandono da família	1	1				
Tem filhos/as?			1	2	1,73	,446
Não	27	27				
Sim	73	73				
Tem netos/as?			1	2	1,65	,479
Não	35	35				
Sim	65	65				
Mantém contacto com os seus filhos ou outros familiares?			1	2	1,90	,302
Não	10	10				
Sim	90	90				
Tem alguma doença clinicamente diagnosticada?			1	2	1,51	,502
Não	49	49				
Sim	51	51				

2.3.4- Instrumentos

Antes de mencionar quais os instrumentos que foram aplicados à nossa população-alvo, é de tamanha importância salientar que a recolha dos dados foi aleatória e efectuada com êxito, após a autorização ter sido solicitada e concedida, quer aos próprios idosos (ver anexo I), quer à respectiva instituição (ver anexo II) no caso dos idosos institucionalizados. Recorremo-nos a alguns instrumentos que julgamos ser pertinentes no conhecimento da população investigada. Definimos como instrumentos imprescindíveis à investigação os seguintes:

Primeiramente elaborou-se um questionário referente à recolha de informações no âmbito sociodemográfico, em que se abordou o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias. Aportou-se ainda a outros parâmetros relevantes para o estudo, tais como: como reside, se mantém contacto com familiares próximos e se tem alguma doença clinicamente diagnosticada. Ainda no respectivo questionário elaborou-se duas questões abertas de natureza opinativa sobre a qualidade de vida e a solidão.

Para avaliar a qualidade de vida dos idosos recorreu-se à escala qualidade de vida no idoso [WHOQOL-OLD] desenvolvida pelo grupo WHOQOL, (2005) e traduzida pela equipa portuguesa Simões e Vilar (2010). Importa referir que o WHOQOL-OLD não deve ser aplicado individualmente, mas sim, em conjunto com a escala qualidade de vida abreviada [WHOQOL-BREF], também desenvolvida pelo referido grupo em 1994 e traduzida e adaptada para a população portuguesa por Canavarro e colaboradores (2006).

Neste sentido para concretizar a avaliação da qualidade de vida à população idosa iniciámos a aplicação através do instrumento WHOQOL-BREF que é composto por 26 questões, sendo que o primeiro domínio aborda a qualidade de vida no modo geral e apresenta dois itens, um sobre a qualidade de vida e outro sobre a satisfação com a própria saúde. As restantes 24 dividem-se por vários domínios, entre eles, o físico que consta 7 itens, o psicológico com 6 itens, o social com 3 itens e o meio ambiente com 8 itens. As respostas dos inquiridos indicam o grau de concordância ou discordância e são avaliadas numa escala de *Likert* entre 1–5. Adverte-se ainda que nos diversos domínios existem três questões que são avaliadas na forma invertida e por isso devem ser recodificadas antes da cotação do instrumento, de modo a que os dados sejam tradutores fiéis da qualidade de vida (Silva, 2011c).

A WHOQOL-BREF foi utilizada após a autorização (ver anexo III) solicitada ao grupo de trabalho que validou esta escala para Portugal. A referida equipa facultou o preenchimento de um questionário (ver anexo IV) para ter acesso aos seguintes materiais: o suporte digital da análise dos resultados com as fórmulas do «*Statistical Package for Social Sciences*» [SPSS], e o manual do utilizador e sintaxe, que somente está ao alcance da equipa WHOQOL para Portugal ou de quem solicitar a respectiva autorização.

Quanto ao instrumento WHOQOL-OLD é constituído por 24 questões, sendo composto por seis facetas, nomeadamente: o “funcionamento sensorial”, a “Autonomia”, as “Actividades passadas, presentes e futuras”, a “participação social”, a “morte ou morrer” e a “intimidade”. Este instrumento para obter respostas fidedignas recorre à utilização de uma escala de *Likert* 1-5 e cujos valores obtidos por cada faceta podem oscilar entre 4 e 20, tendo em conta, que o valor elevado corresponde a uma maior qualidade de vida, enquanto que, o valor menor representa uma baixa qualidade de vida. “O processo de adaptação, standardização e validação do WHOQOL-OLD para a população portuguesa, ainda, se encontra a decorrer, já tendo sido realizada a fase de tradução e a organização dos grupos focais com “profissionais em formação”” (Canavarro & Serra, 2010, citado por Martins, 2012, p.36).

Para finalizar o protocolo, após a autorização (ver anexo V) solicitada ao autor, utilizou-se a versão portuguesa da escala de solidão UCLA tendo como finalidade avaliar a solidão dos idosos. Este instrumento foi desenvolvido por Russel, em 1988 e foi traduzido para português por Neto, em 1989. A UCLA insere-se numa “abordagem unidimensional, uma vez que percepção a solidão como um fenómeno unitário que varia sobretudo, na intensidade experienciada” (Neto, 1992, citado por Santos, 2008, p.49).

O instrumento de solidão UCLA compõe-se por 18 questões sendo as respostas avaliadas pela escala de *Likert* em 4 pontos, em que 1 corresponde a “nunca”, 2 “raramente”, 3 “algumas vezes” e 4 “a muitas vezes”. A pontuação total obtida pode oscilar entre os 18 e os 72 pontos. O índice de solidão traduz-se na soma das 18 questões. Assim sendo o elevado número de pontos corresponde à solidão, enquanto que, a pontuação mínima significa a ausência da solidão. Menciona-se que as questões - 1, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 17 e 18 - são cotadas de forma invertida para efeitos do tratamento estatístico (Santos, 2008).

2.3.5 – Procedimento

A recolha da amostra foi efectuada através da aplicação individual dos protocolos (ver anexo VI) a 100 indivíduos com mais de 60 anos de idade. Sendo a amostra distribuída do seguinte modo: 53 idosos não institucionalizados da freguesia de

Alcântara e 47 idosos institucionalizados da freguesia da Nossa Senhora de Fátima, em Lisboa.

Relativamente, aos locais onde se efectuou a recolha da amostra foi baseado nos seguintes parâmetros: a freguesia de Alcântara foi eleita devido ao facto de ser a zona residencial da investigadora, uma vez que devemos observar e ter contacto com os fenómenos sociais que acontecem ao nosso redor. Enquanto que, a freguesia da Nossa Senhora de Fátima foi escolhida, devido à investigadora lidar com uma instituição, em que se direcciona para a população idosa.

Esclareceu-se aos inquiridos como se procederia o preenchimento do protocolo e quais os objectivos deste estudo. Assegurou-se que a participação seria voluntária e inteiramente confidencial e que os dados seriam destinados para fins estatísticos. Por isso, o inquirido tinha o direito de desistir a qualquer momento do questionário ou mesmo de recusar. Refere-se ainda que os protocolos foram aplicados na presença da investigadora para informar e esclarecer eventuais dúvidas. O tempo médio de duração do preenchimento do protocolo foi de 10 minutos.

Posteriormente dos dados recolhidos, estes foram introduzidos numa base de dados informatizada e por fim, procedeu-se ao tratamento estatístico através do programa SPSS versão 20.0 para *Windows*.

PARTE C

Resultados

Capítulo III

Resultados

3.1 - Apresentação dos resultados

O presente capítulo alude-se à apresentação dos resultados da investigação e tem como propósito patentear as análises descritivas e os resultados obtidos. Salienta-se que os dados foram tratados estatisticamente no *Software* SPSS versão 20.

Na Tabela 3 observa-se a análise descritiva dos resultados obtidos pelos idosos de acordo com os três instrumentos de avaliação: Escala WHOQOL-BREF, Escala WHOQOL-OLD e Escala de Solidão UCLA.

Tabela 3. Estatística descritiva para cada escala Whoqol-Bref, Whoqol-Old e Ucla

Instrumentos	Mínimo	Máximo	M	DP
Whoqol Bref Domínio Geral	2	10	6,6	1,435
Whoqol Bref Domínio Físico	13	28	20,9	2,969
Whoqol Bref Domínio Psicológico	9	24	19,01	3,173
Whoqol Bref Domínio Social	6	13	10,22	1,501
Whoqol Bref Domínio Meio Ambiente	14	33	26,53	3,950
Whoqol Old	43	89	68,03	9,805
Ucla	18	63	32,16	8,553

Para avaliar a qualidade de vida recorreu-se ao instrumento WHOQOL-BREF (que inclui o domínio geral da qualidade de vida, bem como, os domínios a nível físico, psicológico, social e do meio ambiente). Os resultados obtidos revelam a percepção individual da qualidade de vida em cada domínio, sendo que os mais elevados representam melhor qualidade de vida. Ainda na tabela, verificamos que o domínio no qual os inquiridos apresentam um valor mais elevado corresponde ao domínio meio ambiente, com uma média de 26,53, e um desvio padrão de 3,950. Seguidamente, o domínio físico obteve uma média de 20,9 com um desvio-padrão de 2,969.

Quanto ao domínio psicológico a média é de 19,01 com um desvio padrão de 3,173. Relativamente ao domínio social a média não ficou para além dos 10,22 sendo o desvio padrão de 1,501. Por fim, o domínio geral da qualidade de vida apresenta valores muito inferiores, cujo valor médio é de 6,6 com um desvio padrão de 1,435. A partir dos valores mínimos e máximos obtidos no instrumento WHOQOL-BREF verificamos que as discrepâncias são elevadas.

As pontuações da referida escala vão de 0 a 100, ou seja, quanto maior for a pontuação obtida em cada domínio, mais satisfeito estará o inquirido com a sua qualidade de vida. Neste caso, verificamos que os níveis médios quer do domínio geral da qualidade de vida, quer dos outros quatro domínios resultam numa qualidade de vida baixa. Sendo que todos estes variam entre 6,6 do domínio geral da qualidade de vida e 26,53 do domínio meio-ambiente.

Quanto à escala WHOQOL-OLD efectuámos a análise descritiva com base na totalidade desta escala, ou seja, incluímos de imediato as seis facetas (“funcionamento dos sentidos”, “autonomia”, “actividades passadas, presentes e futuras”, “participação social”, “morte e morrer” e “intimidade”) do instrumento. Salienta-se que os valores variam entre os 24 e os 120, tendo em conta, que o valor elevado corresponde a uma maior qualidade de vida, enquanto que, o valor menor representa uma baixa qualidade de vida, sendo o valor médio 72. Assim pela tabela 3 observamos que o valor médio é de 68,03 com um desvio de padrão de 9,805. Pode-se verificar que os valores mínimos e máximos rondam os 43 e os 89, respectivamente. O que resulta numa qualidade de vida no idoso, média-baixa.

Constatamos que o nível de solidão foi avaliado e obtido através da Escala de Solidão UCLA, cujas prováveis pontuações oscilam entre os 18 e os 72. Isto é, os valores mais elevados representam um maior nível de solidão, enquanto que, os inferiores correspondem a um menor nível de solidão. Com base, na tabela 3, verificamos que a média obtida nesta escala é de 32,16 o que significa que o nível de solidão é inferior, com um desvio de padrão de 8,553 sendo que as pontuações mínimas e máximas situam-se nos 18 e 63, respectivamente, existindo uma diferenciação entre os inquiridos.

Para compreendemos a relação entre os resultados obtidos dos três instrumentos utilizados recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*. Na Tabela 4 verifica-se a matriz dos valores das correlações.

Tabela 4. Matriz das correlações de *Pearson* dos três instrumentos

	Domínio Geral	Domínio Físico	Domínio Psicológico	Domínio Social	Domínio Meio Ambiente	Whoqol Old	Ucla
Domínio Geral	-						
Domínio Físico	,251*	-					
Domínio Psicológico	,398*	,369**	-				
Domínio Social	,322**	,155	,214*	-			
Domínio Meio Ambiente	,371**	,309**	,450**	,413**	-		
Whoqol Old	,401**	,441**	,545**	,471**	,547**	-	
Ucla	-,376**	-,242*	-,301**	-,478**	-,484**	-,379**	-

* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

As correlações, designadas por [r], entre os diversos domínios do WHOQOL-BREF e o domínio geral da qualidade de vida são moderadamente positivas, com valores de [r] que variam entre ($r = ,309$; $p < 0,01$) e ($r = ,450$; $p < 0,01$), o que significa que os vários domínios e o domínio geral do WHOQOL-BREF oscilam, ou seja, aumentam no mesmo sentido. Enquanto que, os seguintes casos: a correlação entre o domínio geral e o domínio psicológico do WHOQOL-BREF é moderadamente positiva e significativa ($r = ,398$; $p < 0,05$). A correlação positiva entre o domínio geral e o domínio físico é fraca e significativa ($r = ,251$; $p < 0,05$). Por fim, a correlação entre o domínio físico e o

domínio social corresponde a uma correlação positiva, fraca e não significativa ($r=,155$).

Relativamente à análise das correlações negativas pode-se observar que a UCLA (solidão) apresenta-se moderadamente correlacionada de forma negativa (inversa), com o WHOQOL-BREF nos seus vários domínios e no domínio geral, com valores de $[r]$ significativos ($r= -,301$; $p<0,01$).

No entanto, a correlação negativa entre o domínio físico da WHOQOL-BREF e a UCLA é fraca e significativa ($r= -,242$; $p<0,05$). Também a WHOQOL-OLD apresenta-se moderadamente correlacionada de forma positiva com o WHOQOL-BREF nos seus vários domínios e no domínio geral, com valores de $[r]$ entre ($r=,401$; $p<0,01$) e ($r= ,547$; $p<0,01$), exceptuando, a correlação entre WHOQOL-OLD e a UCLA em que é negativa, moderada e significativa ($r= -,379$; $p<0,01$).

A tabela 5 permite perceber se o género feminino está associado à tendência viver só (mono-residencialidade).

Tabela 5. Associação entre as variáveis “onde reside” e “género”

	Género		Total
	Feminino	Masculino	
Instituição <i>count</i>	36	11	47
% <i>within</i> Onde reside	76,6%	23,4%	100%
Casa própria <i>count</i>	39	14	53
% <i>within</i> Onde reside	73,6%	26,4%	100%
Total <i>count</i>	75	25	100
% <i>within</i> Onde reside	75%	25%	100%

Atendendo à tabela supramencionada, analisamos de uma forma pormenorizada o *crosstabs*, verificamos que através das percentagens “onde reside”, as variáveis

variam no mesmo sentido, isto é, ambas aumentam. Assim, recorrendo ao teste qui-quadrado observamos que ($\chi^2(1)=,120$; $p=,729$), sendo superior ($p>0,05$) não se rejeita a hipótese nula, ou seja, não existem diferenças significativas.

A tabela 6 permite perceber se o motivo da viuvez está associado ao facto de viver só (mono-residencialidade).

Tabela 6. Associação entre as variáveis “onde reside” e “motivo”

Onde reside	Motivo				Total
	Vontade Própria	Viuvez	Imposição Família	Abandono Família	
Instituição count	39	3	5	0	47
% within Onde reside	83%	6,4%	10,6%	0,0%	100%
Casa própria count	33	19	0	1	53
% within Onde reside	62,3%	35,8%	0,0%	1,9%	100%
Total count	72	22	5	1	100
% within Onde reside	72%	22%	5%	1,0%	100%

Com base na tabela, analisamos de uma forma pormenorizada o *crosstabs*, verificamos que através das percentagens “onde reside”, as variáveis variam no mesmo sentido (aumentam). Assim, recorrendo ao teste qui-quadrado observamos que ($\chi^2(3)=17,841$; $p=,000$), sendo inferior ($p>0,05$) rejeita-se a hipótese nula. Concluímos, que existem diferenças significativas entre o motivo do processo de viuvez e a mono-residencialidade.

Iremos então proceder à divisão da nossa amostra ($n=100$) em dois grupos distintos, ou seja, um grupo é composto pelos idosos que vivem na instituição ($n=47$) e o outro constitui-se pelos idosos que vivem nas suas próprias residências ($n=53$). Desta forma, pretendemos efectuar um trabalho comparativo entre os idosos

institucionalizados e os idosos não institucionalizados no âmbito da qualidade de vida e da solidão.

A tabela 7 visa comparar as frequências e as médias das duas amostras referentes à caracterização sociodemográfica, que engloba diversas variáveis, tais como, o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, o motivo ou factor que levou à mono-residencialidade (instituição ou casa própria), se mantém contacto com a família e por fim se tem alguma doença clinicamente diagnosticada.

Observamos que a amostra que diz respeito aos idosos institucionalizados é constituída por 36 indivíduos do género feminino e 11 do género masculino. Enquanto que, a amostra dos idosos não institucionalizados compõe-se por 39 mulheres e 25 homens. Tendo em conta, ao grupo etário de uma forma estratificado, nos idosos institucionalizados, verifica-se a seguinte distribuição: 23% tem entre os 80-89 anos, 16% afirma ter mais do que 90 anos e 8% refere ter entre os 70-79 anos ($M=3,17$; $DP=,702$). Sendo que 31% dos indivíduos não institucionalizados têm entre 80-89 anos, seguidamente, 11% diz ter entre 70-79 anos, cerca de 6% tem uma idade igual ou superior a 90 anos, por último, 5% tem entre 60 a 69 anos ($M=2,72$; $DP=,794$).

No que diz respeito ao estado civil, notamos que os institucionalizados são maioritariamente viúvos (30%), enquanto que, 10% afirmam ser solteiros e 6% divorciados, existe ainda um caso de um indivíduo institucionalizado casado (1%) em que o cônjuge reside fora da instituição. Quanto aos indivíduos não institucionalizados, a maioria também é viúva (36%), porém, 14% dos elementos são solteiros, e cerca de 3% divorciados.

Quanto às habilitações literárias, a maior parte dos idosos tanto os institucionalizados, como os não institucionalizados são instruídos. Vejamos a distribuição ao pormenor, em que 14% dos indivíduos da instituição referem ter o 1º ciclo do Ensino Básico (4º ano/4ª classe), 10% tem o Ensino Secundário (antigo ensino Industrial ou Comercial), 9% salientam ter o Ensino Superior, 7% revelam não ter qualquer instrução (analfabetismo), enquanto que, 4% advoga ter o 2º ciclo do Ensino Básico ou Escola Preparatória e 3% tem o 3º ciclo do Ensino Básico (7º, 8º e 9º anos) ($M=3,47$; $DP= 1,84$).

Em comparação com os idosos não institucionalizados, verifica-se que 39% revela possuir o 1º ciclo do Ensino Básico (4º ano/4ª classe), 5% tem o Ensino Secundário (a antiga escola Industrial e Comercial), 4% possui o Ensino Superior, os outros 4% correspondem aos indivíduos que não possuem qualquer instrução (analfabetismo), por fim, 1% tem apenas o 3º ciclo do Ensino Básico ou Escola Preparatória (M=2,55; DP= 1,395).

Tabela 7. Caracterização sociodemográfica das duas amostras

	Institucionalizados				Não Institucionalizados			
	N=47	%	M	DP	N=53	%	M	DP
Género								
Feminino	36	36			39	39		
Masculino	11	11			25	25		
Idade			3,17	,702			2,72	,794
Entre 60-69					5	5		
Entre 70-79	8	8			11	11		
Entre 80-89	23	23			31	31		
Mais do que 90	16	16			6	6		
Estado Civil								
Solteiro/a	10	10			14	14		
Casado/a	1	1						
Divorciado/a	6	6			3	3		
Viúvo/a	30	30			36	36		
Habilitações Literárias			3,47	1,84			2,55	1,395
Analfabeto/a	7	7			4	4		
1ºCiclo do Ensino Básico	14	14			39	39		
2ºCiclo do Ensino Básico	4	4						
3ºCiclo do Ensino Básico	3	3			1	1		
Ensino Secundário	10	10			5	5		
Ensino Superior	9	9			4	4		

A tabela 8 tem como intuito a comparação das duas amostras (idosos institucionalizados e não institucionalizados) relativamente à mono-residencialidade, ao contexto familiar e à saúde.

Assim observamos que 39% dos idosos institucionalizados residem na instituição por vontade própria, enquanto que, 5% referem que o motivo de estarem

institucionalizados foi devido à família que assim impôs e 3% por uma situação de viuvez ($M= 1,28$; $DP= ,649$).

Em comparação, com os idosos não institucionalizados pode-se verificar que a maioria vive só por vontade própria (33%), no entanto, 19% afirma que foi devido ao facto de se enviuvar, por fim, 1% refere que o motivo fulcral foi o abandono da família ($M=1,42$; $DP= ,602$).

Relativamente ao contexto familiar verificamos que 35% dos idosos institucionalizados garantem ter filhos, contra os 15% dos que não têm. ($M=1,74$; $DP= ,441$). Esta diferença também está patente nos idosos não institucionalizados, cuja maioria refere ter filhos (33%), enquanto que, 20% diz que não tem ($M=1,72$; $DP= ,445$). Acrescentamos que os indivíduos, em média, têm entre um a três filhos.

Quanto ao facto de terem netos, cerca de 32% dos institucionalizados referem que têm, contra 15% dos que não têm ($M= 1,68$; $DP= ,471$). No que diz respeito, aos não institucionalizados, 33% afirmam que têm, enquanto que, 20% não tem nenhum neto ($M=1,62$; $DP= ,489$). Adicionamos que a maioria dos indivíduos, em média, tem entre um a cinco netos.

Relativamente ao contacto com a família, 43% dos idosos institucionalizados dizem que mantêm, contudo, cerca de 4% não tem qualquer contacto ($M=1,91$; $DP=,282$). Nos idosos não institucionalizados analisamos que 47% mantêm, contra 6% ($M=1,89$; $DP=,320$). A maioria dos inquiridos mantém contacto diário com a família.

No que concerne à saúde verificamos que 25% dos idosos institucionalizados não revelam ter nenhuma doença clinicamente diagnosticada, enquanto que, 22% afirmam ter. No caso dos idosos não institucionalizados observa-se o oposto 29% diz ter alguma doença clinicamente diagnosticada, no entanto, cerca de 24% não possuem nenhuma doença.

Tabela 8. Caracterização social (mono-residencialidade, contexto familiar e saúde) das duas amostras

	Institucionalizados				Não Institucionalizados			
	N=47	%	M	DP	N=53	%	M	DP
Motivo			1,28	,649			1,42	,602
Por vontade própria	39	39			33	33		
Viuvez	3	3			19	19		
Imposição da família	5	5						
Abandono da família					1	1		
Tem filhos/as?			1,74	,441			1,72	,445
Não	12	12			15	15		
Sim	35	35			38	38		
Tem netos/as?			1,68	,471			1,62	,489
Não	15	15			20	20		
Sim	32	32			33	33		
Mantém contacto com os seus filhos ou outros familiares?			1,91	,282			1,89	,320
Não	4	4			6	6		
Sim	43	43			47	47		
Tem alguma doença clinicamente diagnosticada?			1,47	,504			1,55	,503
Não	25	25			24	24		
Sim	22	22			29	29		

A tabela 9 proceder-se-á a uma análise descritiva dos resultados obtidos, com o intuito de elaborar uma comparação entre as duas amostras, ou seja, os 47 idosos institucionalizados e os 53 idosos não institucionalizados, com base, nos três instrumentos utilizados.

Tabela 9. Comparação das médias das duas amostras nos três instrumentos

	Instituição		Casa própria		Total	
	(N=47)		(N=53)		(N=100)	
	M	DP	M	DP	M	DP
Domínio Geral	6,55	1,45	6,64	1,42	6,6	1,43
Domínio Físico	19,89	2,89	21,79	2,76	20,9	2,96
Domínio Psicológico	18,65	3,15	19,32	3,19	19,01	3,17
Domínio Social	10,76	1,41	9,73	1,41	10,22	1,50
Domínio Meio Ambiente	26,38	3,55	26,66	4,3	26,53	3,95
Whoqol Old	69,36	9,12	66,84	10,31	68,03	9,81
Ucla (Solidão)	33,72	7,17	30,77	9,46	32,16	8,55

Tendo em conta, à mono-residencialidade dos idosos, na tabela supramencionada, observa-se que os indivíduos que vivem em casa própria apresentam resultados médios no WHOQOL-BREF (no domínio geral e nos quatro domínios) com valores superiores aos dos idosos da instituição, exceptuando o domínio social, em que se verifica que o valor médio dos idosos institucionalizados é superior aos idosos não institucionalizados.

Por outro lado, os idosos que vivem em casa própria apresentam resultados médios na escala de WHOQOL-OLD e na escala de solidão UCLA inferiores aos valores dos resultados médios obtidos pelos idosos que vivem na instituição.

Sintetizando, o nível médio da escala de WHOQOL-OLD e da escala UCLA são ligeiramente diferentes, sendo mais baixas na amostra dos idosos não institucionalizados. Entretanto, a escala WHOQOL-BREF evidencia que os idosos não institucionalizados têm valores significativamente superiores de qualidade de vida, quer

no domínio geral, quer nos diversos domínios estudados, com excepção do domínio social, o que se verifica o inverso.

3.2 – Discussão dos resultados

Posteriormente ao tratamento estatístico procedeu-se à realização da discussão dos resultados obtidos, tendo em consideração, os estudos dos diversos autores que se encontram no capítulo da revisão da literatura.

Ao longo deste estudo pretendeu-se investigar e verificar diversos aspectos do envelhecimento, cujos objectivos fulcrais passaram por avaliar e relacionar a qualidade de vida com a solidão dos idosos. Bem como perceber o motivo fulcral que leva os idosos à mono-residencialidade, e perceber qual o género em que esta tendência mais se verifica, por último, pretendeu-se compreender as divergências e as convergências entre os idosos institucionalizados e os idosos não institucionalizados.

Com a análise dos resultados das três escalas constatou-se que as médias obtidas para cada uma destas variáveis avaliadas corresponderam a resultados médios-baixos.

No que se foca, à qualidade de vida, os resultados obtidos corresponderam a resultados negativos, por outras palavras, indicam uma qualidade de vida média-baixa. Por assim dizer os resultados vão de encontro ao que está descrito por Paschoal (1996, citado por Paschoal, s/d), o facto de querer viver mais, tem constituído sinais de dificuldade, relativamente à qualidade de vida. Cujo dilema pode estar mesmo na longevidade e causar consequências nas categorias que pertencem à vida humana, tais como, física, psíquica e social. Ou seja, os anos em que os indivíduos vivem a mais podem resultar-se em anos de tristeza tanto para o próprio, como para as respectivas famílias, geralmente, restringem-se devido às doenças, ao declínio funcional, ao aumento da dependência, à perda de autonomia, ao isolamento social e à depressão.

Quanto à solidão, os resultados evidenciaram que em média estes idosos não têm níveis de solidão elevados, pelo contrário, têm uma moderada satisfação social. Neste sentido, os resultados vão de encontro ao que está patente na literatura, em que Débert (1999, citado por Camargos, 2008) defende que viver em situações de mono-residencialidade pode representar uma realidade de cariz inovadora e bem-sucedida no envelhecimento do que contrariamente, o abandono e/ou a solidão, justamente pelo

aparecimento das condições sociais, tais como, a segurança social, as melhores condições de saúde e os avanços da tecnologia.

No que diz respeito, à relação entre a qualidade de vida e a solidão afirma-se que os resultados correlacionam-se entre si. No geral, a qualidade de vida da WHOQOL-BREF nos seus vários domínios e no domínio geral apresentaram correlações significativas moderadamente positivas, o que indica que os referidos domínios variam no mesmo sentido, exceptuando, a correlação correspondente ao domínio físico e ao domínio social, embora, que a correlação seja positiva e fraca, contudo, não é significativa. Também a WHOQOL-OLD apresentou-se moderadamente correlacionada de forma positiva com o WHOQOL-BREF nos seus vários domínios e no domínio geral.

Verificou-se que a baixa qualidade de vida dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD está associada de uma forma negativa a um menor nível de solidão (escala UCLA), ou seja, estas variáveis tendem a variar no sentido inverso. Podemos afirmar que os resultados vão de encontro ao que está descrito por Bergland e Wyller (2006, citado por Camargos, Rodrigues & Machado, 2009) em que associam a solidão à redução da qualidade de vida na população idosa. Visto que viver só implica uma situação de desconforto e de *stress* pela carência de companhia para desenvolver as actividades básicas do quotidiano, por exemplo, o simples convívio.

Os resultados que foram submetidos ao tratamento estatístico confirmaram a primeira hipótese, ou seja, a nossa hipótese nula. Observou-se que não há diferenças significativas entre o género feminino e a mono-residencialidade. Os resultados obtidos vão de encontro à literatura. De acordo com Coelho (2008, p.7), a totalidade das unidades residenciais dos indivíduos a viverem sós, com mais de 65 anos, teve maior ocorrência no género feminino com 77,7%. Quanto, à faixa etária, a que tem maior incidência é a dos 75 anos ou mais tendo 52,3%, seguidamente, a dos 70 aos 74 com 25,8% e por último, a dos 65 aos 69 anos possui 21,9%. Especificamente em Lisboa, “41,1% das unidades residenciais unipessoais eram habitadas por idosos, dessas, 79,7% eram constituídas por mulheres e 20,3% por homens”.

Segundo Guerreiro (2003), verifica-se que os idosos com idade superior a 65 anos revelam 51% na aglomeração das residências ocupadas por um indivíduo, o que

representa 20% da sua faixa etária. Enquanto que, as mulheres idosas só representam 39,5% da totalidade dos indivíduos só e 26,5% têm mais do que 65 anos. Sendo assim, os indivíduos só são na maioria constituídas por mulheres, ou seja, por 76,3% das viúvas e 14,3% das solteiras seguidamente, 6,3% das divorciadas ou separadas, com uma baixa escolarização.

A segunda hipótese formulada corresponde à nossa hipótese nula do estudo, podemos afirmar que através dos dados obtidos, verificou-se a existência de uma diferença significativa entre a mono-residencialidade e o motivo relativamente à viuvez. De um modo geral, pode-se referir que os motivos que conduzem a população idosa à mono-residencialidade são de facto diversos, tais como, a opção própria, assim como a imposição e o abandono da família, no entanto, não convém por totalmente de parte o factor que diz respeito ao processo da viuvez. Conclui-se que o motivo do processo de viuvez não é a causa principal para estes indivíduos. Por estas razões a presente hipótese não se confirmou.

Por fim, o último objectivo teve como finalidade proceder a uma comparação entre os idosos institucionalizados e os idosos não institucionalizados. Com base, nos resultados obtidos referimos que as médias da WHOQOL-BREF respeitantes aos dois domínios social e meio ambiente são superiores nos idosos institucionalizados. Enquanto que, as médias resultantes dos três domínios geral, físico e psicológico são, por sua vez, maiores nos idosos não institucionalizados.

No que diz respeito, à qualidade de vida no idoso (WHOQOL-OLD) verificou-se que o valor obtido é ligeiramente superior nos idosos institucionalizados. Quanto à solidão, os valores da escala UCLA mostraram que a média é ligeiramente maior nos idosos institucionalizados. Desta forma, os resultados obtidos vão de encontro ao que está descrito por Correia (2012) que no seu estudo realizou uma análise comparativa entre os idosos que residem na sociedade, e os institucionalizados, em Lisboa. O autor chegou às seguintes conclusões: as mulheres são as que mais se destacam atingindo 71%, enquanto que, os homens obtêm 28,3%. Acrescenta-se ainda que quase 50% dos idosos inquiridos são viúvos, e os outros 50% distribuem-se entre os casados 43,4%, solteiros 6,6%, e os divorciados 0.9%. Acrescenta ainda que em relação aos níveis de solidão são mais elevados nos idosos institucionalizados, do que nos não

institucionalizados. Relativamente à qualidade de vida, os idosos não institucionalizados apresentam níveis elevados, nomeadamente, no funcionamento físico e no desempenho emocional, por outras palavras, revelam ter uma melhor qualidade de vida, do que os institucionalizados.

De acordo com Socco, Rapattoni e Fantoni (2006, citado por Coimbra, 2008) afirmam que na instituição a qualidade de vida tem tendência a ser menor, do que nos idosos que vivem na sociedade. Devido ao facto dos idosos não institucionalizados terem mais facilidade, no que se destaca, às vias de acesso para realizar as actividades diárias, enquanto que, os idosos institucionalizados encontram-se num estado de dependência (Ferreira, 2009). Sendo assim, torna-se imprescindível mencionar que os idosos da instituição tenham tendência para se sentirem sós, uma vez que estão separados das suas redes sociais, por exemplo, a família (Paúl & Fonseca, 2005).

Para concluir, Martins (2006), advoga que a maioria dos idosos institucionalizados sofre de mobilidade reduzida ou mesmo de incapacidades, o que leva a uma desagradável qualidade de vida. A autora acrescenta que tanto o desenraizamento das residências em que vivem, como a integração num novo ambiente, está a dar origem a uma forte solidão e a uma fraca qualidade de vida dos idosos (citado por Paúl & Fonseca, 2005). De facto, os seniores estão ao alcance de serem vítimas de violência, pela própria família e também dentro da instituição de longa permanência, devido ao seu estado dependente e debilidade física (Gonçalves, 2010).

Por isso torna-se imprescindível falar de inclusão social, em que esta se interliga com a protecção social. Ou seja, o facto de se viver em sociedade não só coexistem deveres, como também direitos sociais, que podem ser a favor, ou como tutela, ou como benefício. “O caminho da inclusão social corre paralelo à discussão do direito e da protecção social”. Portanto, sabe-se que a exclusão social surge quando uma parte da sociedade é excluída dos seus direitos. Enquanto que, a inclusão social, como a expressão indica, é o facto de estar integrado, ou seja, fazer parte de algo, neste caso, da sociedade. Referimos então que tanto a inclusão, como a protecção social relacionam-se com os direitos sociais (Torres & Sá, 2008, p.5).

Torres e Sá (2008, pp.5-6) destacam sete direitos que constam no Estatuto do Idoso, cujo objectivo consiste em fortalecer a inclusão social do idoso, são: o “direito à

vida”, o “direito à informação”, o “direito à vida familiar”, o “direito ao respeito”, o “direito à preservação da autonomia”, o “direito de acessar serviços que garantam condições de vida” e o “direito de participar, opinar e decidir sobre a sua própria vida”.

3.3 – Conclusão

O presente estudo teve como pano de fundo a mono-residencialidade, na perspectiva dos idosos institucionalizados, e dos idosos não institucionalizados. Cujos objectivos primordiais teceram por avaliar a qualidade de vida e a solidão, e a relação entre estas variáveis, assim como perceber o motivo fulcral que leva os idosos a viverem a sós e qual o género em que esta tendência ocorre. Para finalizar recorreu-se a uma comparação entre os idosos da instituição e os que vivem em casa própria.

Através da análise dos resultados obtidos verificou-se que tanto a qualidade de vida, como a solidão nos inquiridos auferiram valores médios-baixos. Pode-se afirmar que os referidos resultados revelaram uma moderada satisfação social. Observou-se que os domínios do WHOQOL-BREF incluindo o domínio geral da qualidade de vida correlacionam-se entre si de uma forma significativa, moderada e positiva, exceptuando, a correlação correspondente ao domínio físico e ao domínio social, embora, seja positiva e fraca, contudo, não é significativa. Quanto à existência da correlação entre a qualidade de vida e a solidão os resultados comprovaram-na. Respeitosamente, às duas escalas que avaliam a qualidade de vida, a WHOQOL-BREF e a WHOQOL-OLD, os resultados corroboraram que existe uma correlação entre ambas. Notou-se que a baixa qualidade de vida dos instrumentos WHOQOL-BREF e WHOQOL-OLD estão correlacionadas de uma forma negativa a um menor nível de solidão (escala UCLA), ou seja, estas variáveis tendem a variar no sentido inverso.

No que se refere à primeira hipótese deste estudo que propusemos, concluímos que não foram encontradas diferenças significativas entre o género feminino e a mono-residencialidade. Salientamos que esta hipótese foi corroborada. Esta situação pode estar relacionada com alguns factores entre eles, a longa esperança de vida nas mulheres, enquanto que, os idosos procuram refazer as suas vidas, porém, a maioria das idosas tendem a viver só, quer nas suas próprias casas, quer na instituição.

A nossa segunda hipótese não foi validada, isto é, existem diferenças significativas entre o motivo da viuvez e a mono-residencialidade. Por outras palavras, a principal razão que leva os idosos a recorrerem à mono-residencialidade é a opção própria. Isto ocorre devido ao facto dos indivíduos quererem a sua própria privacidade e de se encontrarem bem lúcidos, no caso dos idosos não institucionalizados. Todavia, os indivíduos institucionalizados recorrem à instituição para diminuir a solidão, no entanto, existem idosos que até neste meio procuram viver sós.

Por fim, com base na comparação entre as duas amostras (idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados) observou-se que os idosos que vivem em casa própria apresentam resultados médios no WHOQOL-BREF (no domínio geral e nos quatro domínios) atingindo valores superiores aos dos idosos da instituição, exceptuando no domínio social, em que se verifica, que o valor médio dos idosos institucionalizados é superior aos idosos não institucionalizados.

Não obstante, os idosos que vivem em casa própria apresentam resultados médios na escala de WHOQOL-OLD e na escala de solidão UCLA inferiores aos valores dos resultados médios obtidos pelos idosos que vivem na instituição.

Sintetizando, o nível médio da escala de WHOQOL-OLD e da escala UCLA são ligeiramente distintos, sendo inferiores na amostra que corresponde aos idosos não institucionalizados. Quanto à WHOQOL-BREF verificamos que os valores dos quatro domínios (geral, físico, psicológico e meio-ambiente) que compõem esta escala tendem a ser superiores na amostra que corresponde aos idosos não institucionalizados. Enquanto que, o domínio social da referida escala, tende a ser maior na amostra dos idosos institucionalizados.

O tema do envelhecimento tem sido abordado em diversas investigações, talvez por conceder a possibilidade de reflectir acerca do idoso na sociedade.

Ao longo da dissertação foi mencionado por diversas vezes que a sociedade vê a velhice como algo velho e supérfluo, o que dá origem à exclusão e à auto-exclusão dos idosos. Referenciou-se de uma forma sucinta, que os seniores desprotegidos e excluídos podem ser alvo de violência tanto no meio familiar, como no meio social. Sendo que

torna-se fundamental travar este flagelo com a implantação de programas que promovam a inclusão social.

Numa perspectiva positiva compreende-se que estes indivíduos, agora envelhecidos, já cumpriram as suas funções de cariz social ao longo da vida, tais como, o trabalho e a prestação do cuidado à família restando o fim da vida. Porém observa-se que devido às melhores condições de vida a população idosa tem a possibilidade de viver mais anos e com qualidade de vida.

Em suma, a qualidade do envelhecimento em condições de mono-residencialidade, torna-se relevante para a área da Psicologia Forense e da Exclusão Social.

Por outras palavras, cabe à Psicologia Forense avaliar o impacto psicológico no idoso, relativamente, às situações traumatizantes, tais como, os maus-tratos e a violência. Quanto à Psicologia da Exclusão Social, através dos seus meios interventivos, compete auxiliar os idosos, principalmente, aqueles que são vítimas nas «mãos» da exclusão social. Efectivamente torna-se imprescindível que os profissionais promovam a inclusão social com as finalidades de resolver os problemas sociais e melhorar as condições de vida da população mais desprotegida.

As limitações presentes nesta investigação foram uma constante devido à dimensão reduzida da amostra, bem como, no processo da recolha, ou seja, os indivíduos escolhidos aleatoriamente revelaram ter quase pouca disponibilidade, e o local onde decorreu a colheita da amostra, espaços públicos, impediu que os indivíduos (não institucionalizados) tivessem uma melhor concentração no preenchimento dos protocolos.

Nas futuras investigações sobre esta temática, a dimensão da amostra deverá ser maior, para que a amostra seja bem representativa. O recurso à entrevista num local pacífico seria a melhor técnica para captar informações revelantes, relativamente, à vivência a só dos idosos.

Referências Bibliográficas

- AAVV. (s/d). Grande Enciclopédia Portuguesa e Brasileira. (Vol. 9). Lisboa – Rio Janeiro: Editorial Enciclopédia.
- AAVV. (2002). Dicionário de Sociologia. Porto: Porto Editora.
- Abreu, A. (2008). Dar Vida aos Anos e Anos à Vida – A Prática de Exercício Físico pela População com mais de 65 anos na Cidade de Lisboa. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas para obtenção do grau de mestre, orientado por Fausto Amaro. Lisboa. Retirado em 17 de Maio de 2013 em <https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/3029/1/tese%20de%20mestrado.pdf>.
- Albuquerque, S. (2005) Envelhecimento Activo: Desafio dos Serviços de Saúde para a melhoria da Qualidade de Vida dos Idosos. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina na Universidade de São Paulo para obtenção do grau de doutor, orientado por Belkiss Wilma Romano. São Paulo. Retirado 4 de Maio de 2013 em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdispo-niveis%2F5%2F5160%2Fde-22092005-125548%2Fpublico%2FSandraMarciaRibeiroLinsAlbuquerque.pdf&ei=INNBUvi0KMuV7Aaw1ID4Aw&usg=AFQjCNGIDnRVrjJjx4X4oIHUhiRL2UUYHQ&bvm=bv.52434380,d.ZGU>.
- Almeida, A. (2008). A Pessoa Idosa Institucionalizada em Lares: Aspectos e Contextos da Qualidade de Vida. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar para obtenção do grau de mestre, orientado por Vítor Manuel C. Pereiro Rodrigues. Porto. Retirado em 17 de Maio de 2013 em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC8QFjAA&url=http%3A%2F%2Frepository-aberto.up.pt%2Fbitstream%2F10216%2F7218%2F3%2FTese%2520final%2520>

II.pdf&ei=Ga9FUvJKiJKGB8f9gbgE&usg=AFQjCNFXUTkPEfEE-
dJZgTTndAcUrb32lg&bvm=bv.53217764,d.ZG4.

Alvino-Borba, A. & Mata-Lima, H. (2011). Exclusão e Inclusão Social nas Sociedades Modernas: Um Olhar sobre a situação em Portugal e na União Europeia [Versão electrónica]. *Revista Serviço Social*, nº106, pp. 219-240. Acedido em 6 de Maio de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n106/n106a03.pdf>.

Amado, N. (2008). Sucesso no Envelhecimento e Histórias de Vida em Idosos socio-culturalmente muito e pouco diferenciados. Tese apresentada no Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de doutor, orientado por António Moreira Diniz. Lisboa. Retirado em 14 de Maio de 2013 em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/39/1/TES%20AMAD1%20-%2018362.pdf>.

Amaro, F. (2006). Introdução à Sociologia da Família. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas: Universidade Técnica de Lisboa.

Araújo, L., & Carvalho, V. (2004/2005). Aspectos sócio-históricos e psicológicos da Velhice [Versão electrónica]. *Revista de humanidades*, nº13, pp.1-9. Acedido em 25 de Maio de 2013 em <http://periodicos.ufrn.br/index.php/mneme/article/view/278/254>.

Ascensão, M. (2011). Solidão, Depressão e Qualidade de Vida no Idoso: Implementação de um Programa de Intervenção. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de mestre, orientado por Fernando Fradique. Lisboa. Retirado a 4 de Maio de 2013 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/5134/1/ulfpie039717_tm.pdf.

Barroso, V. (2006). Órfãos Geriatras: Sentimentos de Solidão e Depressividade face ao Envelhecimento – Estudo comparativo entre Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados. Monografia de Licenciatura no Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Lisboa. Retirado em 12 de Maio de 2013 de <http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Orf%C3%A3os%20Geriatrias.pdf>.

- Beck, U. (1992). *Risk Society: Towards a New Modernity*. Londres: Sage Publications.
- Berger, L. & Maillox, P. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bianco, M. (2003). *Relação de Ajuda: Um Estudo sobre Idosos e seus Cuidadores Familiares*. Monografia apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade Federal de São Carlos para obtenção do grau de bacharel, orientado por Elizabeth Joan Barhame. São Carlos - São Paulo. Retirado em 5 de Maio de 2013 em <http://www.ufscar.br/~bdsepsi/151a.pdf>.
- Bonfim, C., Garrido, M., Saraiva, M. & Veiga, S. (1996). *Lar de Idosos: Condições de localização, instalação e funcionamento*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social.
- Bonfim, C. & Saraiva, M. (1996). *Centro de Dia: Condições de localização, instalação e funcionamento*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social.
- Bonfim, C & Veiga, S. (1996). *Serviço de Apoio Domiciliário: Condições de localização, instalação e funcionamento*. Lisboa: Direcção Geral da Acção Social.
- Brissos, A. (1990). Envelhecimento: algumas considerações sob o ponto de vista sociológico. *Servir*. 40(1). pp 16-31.
- Bureau Internacional do Trabalho [BIT]. (2003). *A luta contra a pobreza e a exclusão social em Portugal*. (1ªed). Genebra: Organização Internacional do Trabalho.
- Câmara, P. (2011). *Atitude do Idoso face à Dependência no Autocuidado para Andar*. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa do Porto para obtenção do grau de mestre, orientado por Élvio Henriques de Jesus, Porto. Retirado em 2 de Maio de 2013 em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10114/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
- Camargos, M. (2008). *Enfim só: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG), 2007*. Tese apresentada

à Faculdade de Ciências Económicas da Universidade Federal de Minas Gerais para obtenção do grau de doutor, orientado por Roberto do Nascimento Rodrigues. Belo Horizonte – Minas Gerais. Retirado em 16 de Maio de 2013 em http://web.face.ufmg.br/cedeplar/site/demografia/teses/2008/Mirela_Castro_Santos_Camargos.pdf.

Camargos, M., Rodrigues, R. & Machado, C. (2009). Percepção de solidão entre idosos residentes em domicílios unipessoais no município de Belo Horizonte. In www.cedeplar.ufmg.br/. Acedido em 16 de Maio de 2013 em <http://www.cedeplar.ufmg.br/pesquisas/td/TD%20377.pdf>.

Cancela, D. (2007). O Processo do Envelhecimento. Trabalho realizado no Estágio de Complemento ao Diploma de Licenciatura em Psicologia pela Universidade Lusíada do Porto. Porto. Retirado em 12 de Maio de 2013 de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0097.pdf>.

Capucha, L. (2005). Desafios da Pobreza. Oeiras: Celta Editora.

Cardão, S. (2009). O Idoso Institucionalizado. Lisboa: Coisas de Ler.

Carneiro, R. (Coord), Chau, F., Soares, C., Fialho, J., & *et al.* (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Activação e Qualidade. (pp.). Lisboa: Faculdade de Ciências Humanas da Universidade Católica Portuguesa. Acedido em 16 d Maio de 2013 em http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf.

Carvalho, A. (s/d). A Exclusão Social. In www.portaldoenvelhecimento.org.br/. Acedido a 6 de Maio de 2013 em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/artigo1499.htm>.

Clavel, G. (2004). A Sociedade da Exclusão: Compreendê-la para dela sair. Porto: Porto Editora.

Coelho, S. (2008). O Contributo do Voluntariado para o Bem-Estar dos Idosos: Estudo de Casos. Dissertação apresentada ao Departamento de Sociologia do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa para obtenção do grau de

mestre, orientada por Maria das Dores Guerreiro, Lisboa. Retirado em 2 de Maio de 2013 em <http://repositorio-iul.iscte.pt/bitstream/10071/1371/1/Tese%20de%20Mestrado.pdf>.

Coimbra, J. (2008). O Sentimento de Solidão em Idosas Institucionalizadas: A Influência da Autonomia Funcional e do Meio Ecológico. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de mestre, orientado por Maria Eugénia Duarte Silva. Lisboa. Retirado em 22 de Maio de 2013 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/947/1/17727_ulsd_dep.17453_Capa_Indice_e_Anexos.pdf & http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/947/2/17728_ulsd_dep.17453_Dissertacao_de_Mestrado_Copia.pdf.

Corrêa, A. (2000). O Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer. Belo Horizonte: Health.

Correia, C. (2012). A Qualidade de Vida e a Solidão em Idosos Institucionalizados e na Comunidade. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de mestre, orientado por Ana Rosa Velez Tapadinhas de Figueiredo. Lisboa. Retirado em 22 de Maio de 2013 em <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/2321/1/15439.pdf>.

Costa, A. (2004). Exclusões Sociais. Lisboa: Gradiva.

Couvreur, C. (2001). A Qualidade de Vida – Arte para viver no século XXI. Loures: Lusociência - edições técnicas e científicas.

Covolo, E. (2012, Março 7). Qual é o Papel dos Idosos na nossa Sociedade?.Zenit. Acedido em 16 de Maio de 2013, em <http://www.zenit.org/pt/articles/qual-e-o-papel-dos-idosos-na-nossa-sociedade>.

Cramês, M. (2012). Envelhecimento Activo no Idoso Institucionalizado. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Bragança para obtenção do grau de mestre, orientado por Maria do Nascimento Esteves Mateus. Bragança. Retirado em 16 de Maio de 2013 em

https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/7645/1/M_Lu%C3%ADsa_Cram%C3%AAs_relatorio_final%20alterado.pdf.

Custódio, C. (2008). Representações e Vivências da Sexualidade no Idoso Institucionalizado. Dissertação apresentada à Universidade Aberta para obtenção do grau de mestre, orientado por Natália Ramos. Lisboa. Retirado em 17 de Maio de 2013 em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/1230/1/Tese%20-%20Reformulada%20pdf.pdf>.

Damas, S. (2010). Pobreza e Exclusão Social. In www4.fe.uc.pt/. Acedido em 6 de Maio de 2013 em <http://www4.fe.uc.pt/fontes/trabalhos/2009017.pdf>..

Dantas, L., Ferreira, L., Andrade, C., Silva, S. & Soares, E. (2013). Impactos da Institucionalização na Saúde Mental do Idoso [Versão electrónica]. Revista Portal de Divulgação, nº36, pp.35-43. Acedido em 17 de Maio de 2013 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CDIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.researchgate.net%2Fpublication%2F256454250_Impacts_of_Institutionalization_Process_on_Elders_Mental_Health%2Ffile%2F3deec522c5f99ef56c.pdf&ei=frFFUqzJMYfwhQfcsICoDA&usg=AFQjCNFUhMTwzTSOhWR7Api5x4-LJTdhgw&bvm=bv.53217764,d.Yms.

Davim, M., Dantas, S., Lima, V, & Lima, J. (2003). O Lazer Diário como Factor de Qualidade de Vida: O que pensa um grupo da terceira idade [Versão electrónica]. Revista Ciência, Cuidado e Saúde, nº1, pp.19-24. Acedido em 17 de Maio de 2013 em <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewFile/5563/3535>.

Diário de Notícias. (2012, Fevereiro 26) Envelhecimento Activo: Idosos são esquecidos na sociedade consumista. Diário de Notícias. Acedido em 16 de Maio de 2013, em http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=2327083&page=-1.

- Dias, I. (2007). A Institucionalização Asilar na Percepção do Idoso e de sua Família: O Estudo do “Lar dos Velhinhos” – Viçosa/MG. Dissertação apresentada à Universidade Federal de Viçosa para obtenção do grau de mestre, orientado por Karla Maria Damiano Teixeira. Minas Gerais/ Vila Viçosa. Retirado em 16 de Maio de 2013 em http://www.tede.ufv.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=893.
- Dinis, R. (2006). A Família do Idoso: O parceiro esquecido?: Cuidar do Idoso hospitalizado em parceria com a Família, Perspectivas dos Enfermeiros. Dissertação apresentada à Universidade Aberta para obtenção do grau de mestre, orientado por Hermano Carmo. Lisboa. Retirado em 16 de Maio de 2013 em <https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/727/1/LC234.pdf>.
- Diógenes, F. (2007). A Família na Vida do Idoso: Uma Visão da Terapia Ocupacional Gerontológica. Monografia apresentada à Escola de Saúde Pública do Ceará para a conclusão da especialização, orientado por Luciane Ponte e Silva. Fortaleza. Retirado em 16 de Maio de 2013 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=1&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.esp.ce.gov.br%2Findex.php%3Foption%3Dcom_phocadownload%26view%3Dcategory%26download%3D224%3Aa-familia-na-vida-do-idoso-uma-viso-da-terapia-ocupacional-gerontologica%26id%3D37%3Aesp.-gerontologia&ei=JDhEUvmPC6HB7Ab63oDYAg&usg=AFQjCNFYZw9oE7DREsxl4EisssllsQj6_A&bvm=bv.53217764,d.ZGU.
- Espanadeira, R. (2012, 1 de Setembro). Diferentes Formas de Envelhecer [texto colocado no Blog ajudas.com] enviado para <http://www.ajudas.com/notver.asp?id=2570>. Acedido em 2 de Junho de 2013.
- Esteves, G. (2009). O Idoso e Alzheimer. In www.artigonal.com/. Acedido 3 de Maio de 2013 em <http://www.artigonal.com/medicina-artigos/o-idoso-e-alzheimer-1437804.html>.

- Fernandes, J. (2000). Qualidade de Vida e Auto-eficácia em Idosos Institucionalizados. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada para obtenção do grau de mestre, orientado por Isabel Leal. Lisboa. Retirado em 22 de Maio de 2013 em <http://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/505>.
- Fernandes, H. (2007). Solidão em Idosos do Meio Rural do Concelho de Bragança. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso, apresentada na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. Porto: Universidade do Porto. Retirado em 12 de Maio de 2013 de <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2668/1/Solidao%20em%20idosos%20do%20meio%20rural%20do%20concelho%20de%20Braganca.pdf>.
- Fernandes, S. (2010). Vivências em Lares de Idosos: Diversidade de Percursos – Um Estudo de Caso. Dissertação apresentada ao Departamento de Ciências da Educação e do Património da Universidade Portucalense do Porto para obtenção do grau de mestre, orientado por Luísa Reis Lima e Arthur Moreira da Silva Neto. Porto. Retirado em 6 de Maio de 2013 em <http://repositorio.uportu.pt/jspui/handle/123456789/219>.
- Fernandes, M. (2012). Qualidade de Vida e Actividade: Um Estudo em Idosos de Vila Nova de Cerveira. Dissertação apresentada ao Departamento de Psicologia da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre, orientado por António Manuel Godinho da Fonseca, Porto. Retirado em 2 de Maio de 2013 em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/9290/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20Marco.pdf>
- Fernández - Ballesteros, R. (2009). *Psicogerontología – Perspectivas europeas para un mundo que envejece*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Ferreira, A. (2009). A Qualidade de Vida em Idosos em diferentes contextos habitacionais: A perspectiva do próprio e do seu cuidador. Dissertação apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de mestre, orientado por Fernando Fradique.

Lisboa. Retirado em 22 de Maio de 2013 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2156/1/22311_ulfp034920_tm.pdf.

Ferreira, E. (2011). Gestão de Custos com Medicamentos, Hidroginástica e Qualidade de Vida em Pessoas Idosas de Santarém. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências do Desporto e Educação Física da Universidade de Coimbra para obtenção do grau de mestre, orientado por Raul Agostinho S. Martins. Coimbra. Retirado a 5 em Maio de 2013 em <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20008/1/TESE%20Eurico%20Ferreira.pdf>.

Fonseca, A. (2004). O Envelhecimento - Uma Abordagem Psicológica. Lisboa: Universidade Católica.

Fonseca, A. (2005). Desenvolvimento Humano e Envelhecimento. Lisboa: Climepsi.

Fontaine, R. (2000). Psicologia do Envelhecimento. Lisboa: Climepsi editores.

Foucault, M. (2006). A Hermenêutica do Sujeito. São Paulo: Martins Fontes.

Freitas, P. (2011). Solidão em Idosos: Percepção em Função da Rede Social. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre, orientado por António Manuel Fonseca. Braga. Retirado em 16 de Maio de 2013 em <http://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLID%C3%83O%20EM%20IDOSOS.pdf>.

Freund, A. & Baltes, P. (1998). Selection, optimization and compensation as strategies of life management: Correlations with subjective indicators of successful aging. *Psychology and Aging*. 13(4). pp.531-543.

Giddens, A. (1994). Modernidade e Identidade Pessoal. Oeiras: Celta Editora.

Gomes, S. (2007). Gerontologia e Psicossociologia do Envelhecimento: Intervenção Social na Terceira Idade. Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de mestre, orientado por João Casqueira Cardoso. Porto. Retirado em 25 de Maio de 2013 em

<http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/681/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o-Dr-Sergio-FranciscoCostaGomes.pdf>.

Gonçalves, R. (2010). Avaliação do abuso no idoso em contexto institucional: Lares e Centros de Dia. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de mestre, orientado por Lia Fernandes. Porto. Retirado em 19 de Novembro de 2013 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26898/3/Tese%20Final.pdf>.

Grelha, P. (2009). Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais de Idosos Dependentes em Contexto Domiciliário. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa para obtenção do grau de mestre, orientado por Filipe Jorge Gamboa Martins Nave. Lisboa. Retirado em 3 de Maio de 2013 em http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/1090/1/21226_ulsd057824_td.pdf.

Guerreiro, M. (2003). Pessoas sós: Múltiplas Realidades [Versão electrónica]. *Revista Sociologia: Problemas e Práticas*, nº 43, pp.31-49. Acedido em 4 de Maio de 2013 em <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/spp/n43/n43a03.pdf>.

Instituto Nacional de Estatística (2002), Censos 2001. Resultados definitivos: XIV recenseamento geral da população; IV recenseamento geral da habitação, Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido em 5 de Maio de 2013 em https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CC0QFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.ine.pt%2Fngt_server%2Fattachfileu.jsp%3Flook_parentBoui%3D58528560%26att_display%3Dn%26att_download%3Dy&ei=MrNCUqyBM8G2hQePjIHoAg&usg=AFQjCNF3Gnf2WYaTTMnG-j3rZN-XGgq-Dg&bvm=bv.53077864,d.Yms.

Instituto Nacional de Estatística. (2012). Censos 2011- Resultados Pré-definitivos. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Acedido a 5 de Maio de 2013 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUE_Sdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2.

Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas. (1996). Exclusão Social: Rotas de Intervenção. Lisboa: Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas.

- Junior, G. (2005). Sobre alguns Conceitos e Características de Velhice e Terceira Idade: Uma abordagem Sociológica [Versão electrónica]. *Revista do Programa de Pós-Graduação em Educação*, nº1, pp.1-14. Acedido em 6 de Maio de 2013 em <http://www.periodicos.udesc.br/index.php/linhas/article/view/1255/1067>.
- Leal, C. (2008) Reavaliar o Conceito de Qualidade de Vida. Acedido em 4 de Maio de 2013 em <http://pt.scribd.com/doc/134252290/Qualidade-de-Vida-Muito-Bom-unlocked>.
- Lebaran, F. (2010). A Sociologia de A a Z. Lisboa: Escolar Editora.
- Lei nº 10.741 de 1 de Outubro. Direito do Idoso (DI). Acedido em 16 de Maio de 2013 em http://direitodoidoso.braslink.com/05/estatuto_do_idoso.pdf.
- Martins, R. (s/d). A depressão no idoso. [Versão electrónica] Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu: *Millenium*, nº 32, pp.126-140. Acedido em 16 de Maio de 2013 em <http://www.ipv.pt/millenium/millenium32/10.pdf>.
- Martins, E. (2012). Qualidade de Vida em Contexto de Acolhimento Familiar de Idosos. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Sociais da Universidade do Minho para obtenção do grau de mestre, orientado por Alice Maria Delerue Alvim Matos. Minho. Retirado em 22 de Abril de 2013 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/23359/1/Elisabete%20da%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20da%20Costa%20Martins.pdf>.
- Mauritti, R. (2007). Perspectivas sociológicas na análise da residência unipessoal. In www.cies.iscte.pt/. Acedido em 16 de Maio de 2013 em http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP24_Mauritti_.pdf.
- Mauritti, R. (2011). Viver só: Mudança Social e Estilos de Vida. Lisboa: Mundos Sociais.
- Motta, A. (s/d). Relações da Família dos mais Idosos. In www.bibliotecavirtual.clacso.org.ar/. Acedido em 16 de Maio de 2013 em <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/anpocs00/gt05/00gt0533.doc>.
- Nazareth, J. (1979). O Envelhecimento da População Portuguesa. Lisboa: Presença.

- Neto, M. (2004, Dezembro 6). Solidão (também) mata... não só idosos como jovens. Diário de Notícias. Acedido em 16 de Maio de 2013, em http://www.dn.pt/inicio/interior.aspx?content_id=591870.
- Observatório Luta Contra a Pobreza na cidade de Lisboa [OLCPL]. (s/d). <http://observatorio-lisboa.eapn.pt/retratodelisboa.php>. Acedido em 17 de Abril de 2013 de OLCPL em <http://observatorio-lisboa.eapn.pt/>.
- Oliveira, J. (2005). Psicologia do Envelhecimento e do Idoso. Porto: Legis Editora.
- Oliveira, J. (2008). Psicologia do Idoso: Temas Complementares. Porto: Livpsic.
- Oliveira, J. (2010). A Psicologia do Envelhecimento e do Idoso. Porto: Légis - LivPsic.
- Paschoal, S. (s/d) Qualidade de Vida na Velhice. In www.portaldoenvelhecimento.org.br/. Acedido a 6 de Maio de 2013 em <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/acervo/pforum/eqvspp4.htm>.
- Paschoal, S. (2000). Qualidade de Vida do Idoso: Elaboração de um Instrumento que Privilegia sua Opinião. Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo para obtenção do grau de mestre, orientado por Júlio Litvoc. São Paulo. Retirado em 4 de Maio de 2013 em <http://www.pucgoias.edu.br/ucg/unati/ArquivosUpload/1/file/Trabalhos%20Acad%C3%AAmicos/Qualidade%20de%20Vida%20do%20Idoso%20-%20Idealizada%20e%20Real.pdf>.
- Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedrozo, S. & Portella, M. (2003). Solidão na Velhice: Algumas Reflexões a partir da compreensão de um grupo de Idosos [Versão electrónica]. Boletim da Saúde, nº 2, pp.171-183. Acedido em 25 de Maio de 2013 em http://www.esp.rs.gov.br/img2/v17n2_19solidaoVelhice.pdf.
- Pereira, L. (2010). Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado. Dissertação apresentada à Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro – Pólo de Chaves para obtenção do grau de mestre, orientado por Armando Paulo Ferreira

Loureiro. Chaves. Retirado em 16 de Maio de 2013 em http://repositorio.utad.pt/bitstream/10348/701/1/MsC_lptpereira.pdf.

Pereira, Z. (2012a). Treino Cognitivo em Idosos sem Demência: Estudo em Idosos residentes no Lar da Santa Casa da Misericórdia de Mondim de Basto. Dissertação apresentada à Escola Superior de Saúde de Bragança para obtenção do grau de mestre, orientado por Emília Eduarda Rodrigues Magalhães. Bragança. Retirado em 17 de Maio de 2013 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/8070/1/Treino%20Cognitivo%20em%20Idosos%20sem%20Dem%C3%AAncia.pdf>.

Pereira, É., Teixeira, C. & Santos, A. (2012b). Qualidade de Vida: abordagens, conceitos e avaliação [Versão electrónica]. *Revista Brasileira de Educação Física e Desporto*, nº2, pp.241-250. Acedido em 4 de Maio de 2013 em http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&frm=1&source=web&cd=2&cad=rja&ved=0CDgQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.revistas.usp.br%2Frbe%2Farticle%2Fdownload%2F45895%2F49498&ei=989BUvmolInA7Ab404GwCA&usg=AFQjCNHrTc86XietpXIP_868GZE2za_ysQ&bvm=bv.52434380,d.ZGU.

Pimentel, F. (2006). Qualidade de Vida e Oncologia. Coimbra: Edições Almedina.

Pordata. (2012). Retrato de Lisboa Pordata: Indicadores 2011. Lisboa: Fundação Manuel dos Santos. Acedido em 22 de Abril de 2013 em <http://www.pordata.pt/ebooks/LX2011v201302201300/index.html>.

Portella, M. (2002). A Utopia do Envelhecer Saudável nas Acções Colectivas dos Grupos de Terceira Idade: canais de aprendizagem para a construção da cidadania. Dissertação apresentada à Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de mestre, orientado por Lúcia H. Takase Gonçalves. Florianópolis. Retirado em 22 de Maio de 2013 em <http://www.tede.ufsc.br/teses/PNFR0420.pdf>.

Quaresma, I. (2008). O Significado que os Idosos Atribuem aos Cuidados de Enfermagem Domiciliários. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto para obtenção do grau de

mestre, orientado por Arminda Mendes Carneiro da Silva Costa, Porto. Retirado em 2 de Maio de 2013 em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/7258/2/Tese%20Mestrado%20Ivone.pdf>.

Ribeirinho, C. (2005). *Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais no Domicílio*. Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social de Lisboa para obtenção do grau de mestre, orientado por Francisco José do Nascimento Branco. Lisboa. Retirado em 3 de Maio de 2013 em <http://www.cpihts.com/PDF02/Concep%C3%A7%C3%B5es%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Social%20em%20Cuidados%20Sociais%20no%20Domic%C3%ADlio%20Carla%20Ribeirinho.pdf>.

Ribeiro, A. (s/d). *A Influência do Coping e dos Estilos de Vida no BES e na Saúde dos Idosos*. Dissertação apresentada à Universidade do Algarve para obtenção do grau de mestre, orientado por José Pestana Cruz. Faro. Retirado em 17 de Maio de 2013 em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/688/1/Tese.pdf>.

Ribeiro, H. (2011). *Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado Realidade vivida na Rede Nacional de Cuidados Continuados do Algarve*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação e à Escola Superior de Saúde de Faro da Universidade do Algarve para obtenção do grau de mestre, orientado por Emília Costa. Faro. Retirado em 16 de Maio de 2013 em <https://sapientia.ualg.pt/bitstream/10400.1/2071/1/QV%20do%20Idoso%20Institucionalizado.pdf>.

Rocha, F. (2013). *O Problema Social do Envelhecimento*. In www.fiequimetal.pt/. Acedido 30 de Abril de 2013 em http://fiequimetal.pt/fstiep/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=241.

Rodrigues, F. (2001, Março 19). *Envelhecer em Sociedade. Setúbal na Rede*. Acedido em 16 de Maio de 2013, em <http://www.setubalnarede.pt/content/index.php?action=articlesDetailFo&rec=9122>.

- Rodrigues, L. & Soares, G. (2006). Velho, Idoso e Terceira Idade na Sociedade Contemporânea [Versão electrónica]. *Revista Ágora*, nº4, pp.1-29. Acedido em 8 de Maio de 2013 em http://www.ufes.br/ppghis/agora/Documentos/Revista_4_PDFs/Lizete%20de%20Souza%20Rodrigues%20-%20%20%20C1gora_4.pdf.
- Rosa, M. (1996). Envelhecimento Demográfico: Proposta de reflexão sobre o curso de factos [Versão electrónica]. *Revista de Análise Social*, nº139, pp.1183-1198. Acedido em 2 de Maio de 2013 em <http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1223396536I8vQY0ea3Wi28YJ8.pdf>.
- Rosa, M. (2012). O envelhecimento da sociedade portuguesa. Lisboa: Relógio D'Água.
- Rua, S. (2008). Satisfação com a Vida, Ética e Comportamento Monetário: Idosos e Idosas Pobres a Viver Sós. Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para obtenção do grau de mestre, orientado por Liliana Xavier Marques de Sousa. Aveiro. Retirado em 16 de Maio de 2013 em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3271/1/2008001873.pdf>.
- Santos, A. (2008). Qualidade de Vida e Solidão na Terceira Idade. Monografia apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de licenciada, orientado por Sónia Alves. Porto. Retirado em 3 de Maio de 2013 em <http://ufpbdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1179/3/Monografia.pdf>.
- Saraceno, C. (1997). Sociologia da Família. Lisboa: Editorial Estampa.
- Schneider, R. & Irigaray, T. (2008). O Envelhecimento na Actualidade: Aspectos Cronológicos, Biológicos e Sociais [Versão electrónica]. *Revista Estudos de Psicologia*, nº 25(4), pp.585-593. Acedido em 6 de Maio de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v25n4/a13v25n4.pdf>.
- Silva, V (2005). O Cuidado do Idoso no Domicílio. Dissertação apresentada à Universidade Católica de Brasília para obtenção do grau de mestre, orientado por Maria Liz Cunha de Oliveira. Brasília. Retirado em 5 de Maio de 2013 em http://www.bdtd.ucb.br/tede/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=444.

- Silva, S (2009), Qualidade de Vida e Bem-Estar Psicológico em Idosos. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de mestre, orientado por Isabel Silva. Porto. Retirado em 22 de Maio de 2013 em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1092/1/sarasilva.pdf>.
- Silva, A. (2011a). A Percepção de Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado. Dissertação apresentada à Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Fernando Pessoa para obtenção do grau de mestre, orientado por Júlia Rodrigues. Porto. Retirado em 17 de Maio de 2013 em http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/2675/3/T_18065.pdf.
- Silva, L (2011b). Envelhecimento e Qualidade de Vida para Idosos: Um Estudo de Representações Sociais. Dissertação apresentada ao Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba para obtenção do grau de mestre, orientado por Antónia Oliveira Silva. Paraíba. Retirado em 4 de Maio de 2013 em http://bdtd.biblioteca.ufpb.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2169.
- Silva, M. (2011c). Qualidade de Vida do Idoso Institucionalizado em Meio Rural. Dissertação apresentada à Escola Superior de Educação no Instituto Politécnico de Bragança para obtenção de grau do mestre, orientado por Maria do Nascimento Esteves Mateus. Bragança. Retirado em 3 de Maio de 2013 em <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/625/3/Tese%20final.pdf>.
- Simmel, G. (1995). O cruzamento dos círculos sociais / A influência do número de unidades sociais sobre as características das sociedades. In M. B. Cruz (org.), Teorias Sociológicas: Os Fundadores e os Clássicos (Antologia de Textos) (Vol.I, pp.573-578 / 551-558). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Simões, A. (2006). Cuidados continuados de Psicologia ou “Se Maomé não vai à montanha...”. Tese apresentada à Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias para obtenção da pós-graduação, orientado por Carlos Poiães. Lisboa. Retirado em 17 de Novembro de 2013 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0345.pdf>.

- Tagliapietra, M & Garces, S. (s/d). Institucionalização e Velhice. Comunicação apresentada no Seminário Interinstitucional, Unicruz. Retirado em 17 de Maio de 2013 em http://www.unicruz.edu.br/15_seminario/seminario_2010/CCS/INSTITUCIONALIZA%C3%87%C3%83O%20E%20VELHICE.pdf.
- Teixeira, R. (2004). A Qualidade de Vida do Idoso e as Influências que têm sobre ela a Domiciliação e as Construções do Idoso sobre os Problemas com a Família. Dissertação apresentada à Universidade Fernando Pessoa para obtenção do grau de mestre, orientado por Milton Madeira. Porto. Retirado em 16 de Maio de 2013 em <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/93/2/DM.pdf>.
- Teixeira, P. (2006). Envelhecendo Passo a Passo. In www.psicologia.com.pt. Acedido em 3 de Maio de 2013 em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0283.pdf>.
- Tier, C., Fontana, R. & Soares, N. (2004). Reflectindo sobre Idosos Institucionalizados [Versão electrónica]. Revista Brasileira de Enfermagem, nº3, pp.332-335. Acedido em 6 de Maio de 2013 em <http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n3/a15v57n3.pdf>.
- Torres, M. & Sá, M. (2008). Inclusão social de idosos: um longo caminho a percorrer [Versão electrónica]. Revista Ciências Humanas – Universidade de Taubaté (UNITAU), nº2, pp.1-10. Acedido em 19 de Novembro de 2013 em <http://periodicos.unitau.br/ojs-2.2/index.php/humanas/article/viewFile/454/419>.
- Trentini, C. (2004). Qualidade de Vida em Idosos. Tese apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do grau de doutor, orientado por Marcelo Pio de Almeida Fleck. Porto Alegre. Retirado em 6 de Maio de 2013 em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/3471/000401328.pdf?sequence=1>.
- Vacas, M. (5 de Setembro de 2009). "Alguns Idosos vivem em verdadeiro Isolamento". (J. D. Notícias, Entrevistador). Retirado em 16 de Maio de 2013 em http://www.dn.pt/inicio/portugal/interior.aspx?content_id=1353537&seccao=Sul&page=-1.

- Vieira, R., Margarido, C. & Mendes, M. (2009). *Diferenças, Desigualdades, Exclusões e Inclusões*. Porto: Edições Afrontamento.
- Vieira, T. & Nascentes, C. (2004). O Idoso, a Publicidade e o Direito do Consumidor. In www.jus.com.br/. Acedido em 5 de Maio de 2013 em <http://jus.com.br/artigos/4621/o-idoso-a-publicidade-e-o-direito-do-consumidor>.
- Whoqol Group (1994). Development of the WHOQOL: rationale and current status [Versão electrónica]. *International Journal of Mental Health*, 23(3), pp.24-56. Acedido em 13 de Dezembro de 2013 em <http://www.jstor.org/discover/10.2307/41344692?uid=3738880&uid=2&uid=4&sid=21103203004743>.
- Yokoyama, C., Carvalho, R. & Vizzoto, M. (2006). Qualidade de Vida na Velhice segundo a percepção de idosos frequentadores de um centro de referência [Versão electrónica]. *Revista Psicólogo informação*, nº 10, pp.57-82. Acedido em 4 de Maio de 2013 em <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/542/540>.