

MARIA DA CONCEIÇÃO RIBEIRO SANTOS LEONARDO FIGUEIREDO

**A INFLUÊNCIA DA SOLIDÃO NA AFECTIVIDADE
E SAÚDE NA VELHICE**

Orientadora: Maria Conceição Cuvaneiro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade das Ciências Sociais e Humanas

Lisboa

2013

MARIA DA CONCEIÇÃO R. S. LEONARDO FIGUEIREDO

**A INFLUÊNCIA DA SOLIDÃO NA AFECTIVIDADE
E SAÚDE NA VELHICE**

Dissertação apresentada para a
obtenção do Grau de Mestre em
Gerontologia Social no Curso de
Mestrado em Gerontologia Social,
conferido pela Universidade Lusófona
de Humanidades e Tecnologias

Orientadora: Professora Doutora Maria da
Conceição Couvaneiro

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Faculdade das Ciências Sociais e Humanas

Lisboa

2013

Pensamento

*A solidão é o preço que temos de pagar por termos nascido neste período moderno,
tão cheio de liberdade, de independência e do nosso próprio egoísmo.*

Soseki Natsume

Dedico este trabalho
ao meu querido pai, André (in memoriam),
pelo grande interesse que demonstrava
na conclusão deste meu projecto.

Agradecimentos

Agradeço reconhecidamente a todos aqueles que de forma directa ou indirecta participaram neste estudo. Quero agradecer especialmente à minha orientadora, Professora Doutora Conceição Couvaneiro, pelo apoio, disponibilidade e também pela sua boa disposição. Pela amizade e preciosa ajuda no tratamento dos dados estatísticos, agradeço à Mestre Regina Afonso. Quero expressar também o meu reconhecimento ao meu marido pela compreensão e ajuda efectiva, bem como ao meu irmão André pelo incentivo e motivação constante, contribuições fundamentais para a conclusão do presente estudo. Finalmente, à minha colega de curso, Jocelina pela força e pela sua colaboração na recolha da amostra, bem como aos Senhores Carvalho e José Marques, que contribuíram de uma forma valiosa na recolha da amostra, o meu muito obrigado.

Resumo

Este estudo teve como objectivo avaliar os efeitos da solidão na afectividade e na saúde na velhice. Foi recolhida uma amostra de 148 participantes, 64 indivíduos do sexo masculino e 84 indivíduos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 65 e os 92 anos.

Foram utilizadas as seguintes medidas: A escala da solidão da Universidade Califórnia em Los Angeles (UCLA; versão portuguesa, de autoria de Félix Neto); *Positive Affect and Negative Affect Scales* (PANAS; Watson, Clark & Tellegen, 1988) e a *Short Form* de 36 itens - 2ª versão (SF-36v2; versão traduzida e validada para a população portuguesa, pelo centro de Estudos de Investigação em Saúde, 1997).

Demonstrou-se a existência de correlações negativas entre a solidão e a afectividade positiva e a saúde, e positivas entre a solidão e a afectividade negativa.

Constatou-se ainda através dos resultados obtidos que o grupo dos indivíduos com índice mais baixo de solidão relataram mais Afectividade Positiva, menos Afectividade Negativa e descreveram um melhor estado geral de saúde.

Palavras-chave: Solidão, Afectividade, Saúde e Velhice

Abstract

This study aimed to evaluate the effects of loneliness on affectivity and health in old age. It collected a sample of 148 participants, 64 males and 84 females, aged between 65 and 92 years.

We used the following measures: The scale of loneliness at the University of California at Los Angeles (UCLA; Portuguese version, authored by Félix Neto), Positive Affect and Negative Affect Scales (PANAS, Watson, Clark & Tellegen, 1988) and the Short Form 36 items – 2nd version (SF-36v2; translated and validated for the Portuguese population, the center for the Study of Health Research, 1997).

It has been demonstrated the existence of negative correlations between loneliness and positive affectivity and health, and positive correlations between loneliness and negative affectivity.

It has been noticed by the results that the group of individuals with lower rate of solitude reported more positive affectivity, less negative affectivity and described a better general health status.

Keywords: Loneliness, Affectivity, Health, Old Age,

Abreviaturas

SIGNIFICADO	ABREVIATURAS
Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as gerações	- AEEASG
Afetividade Negativa	- AN
Afetividade Positiva	- AP
Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria	- APG
Demência de Alzheimer	- DA
Índice de Envelhecimento	- IE
Instituto Nacional de Estatística	- INE
Índice de Dependência Total	- IDT
Organização Mundial de Saúde	- OMS
Positive and Negative Affect Scales	- PANAS
Universidade Califórnia em Los Angeles	- UCLA
Short Form de 36 itens - 2ª versão	- SF-36 2v
Pacote Estatístico para as Ciências Sociais	- SPSS

Índice

Introdução.....	11
Capítulo I - Revisão Bibliográfica.....	14
1.1. O Envelhecimento demográfico	15
1.2. O Envelhecimento em Portugal.....	16
1.3. A Velhice	20
1.4. A Solidão nos idosos. Conceptualização	26
1.5. Causas do isolamento social nos idosos	32
1.6. Definição de Afectividade	36
1.7. Conceito de Saúde.....	37
1.8. Algumas directrizes existentes no combate à solidão	40
1.9. Objectivos	42
1.10. Hipóteses.....	42
Capítulo II - Metodologia	43
2.1. Participantes	44
2.2. Modelo de Investigação	44
2.3. Instrumentos	45
2.4. Questionário de dados Sócio-Demográficos	45
2.5. A Positive Affect and Negative Affect Scales (PANAS)	45
2.6. Escala da solidão (UCLA).....	46
2.7. Questionário de avaliação de estados de saúde (SF-36v2).....	46
2.8. Procedimento	48
2.9. Resultados	48
2.10. Discussão	52
2.11. Conclusão.....	54
Bibliografia.....	57

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Gráfico da Pirâmide Etária de Portugal	16
Gráfico 2 - Indicadores de envelhecimento	17
Gráfico 3 - Percentagem da população idosa que vive sozinha	19
Gráfico 4 - População Residente em Portugal (Nº), por sexo e grupo etário	20

Anexos

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra	II
Tabela 2 - Correlações entre a solidão e as dimensões da escala da afectividade e escala da saúde	III
Tabela 3 - Teste t de diferença de médias entre os grupos da variável solidão para as dimensões da escala de Afectividade e Saúde	IV
Anexo 1 - Carta de Consentimento	V
Anexo 2 - Protocolo	VI

Introdução

Sabemos que o ser humano interage entre si desde os primeiros momentos de vida. É na sequência desta interacção que desenvolve as suas capacidades, agindo com e sobre o meio, socializando-se e crescendo. Por esta razão, o homem é um ser biopsicossocial.

A história ensina-nos que o homem começou por se caracterizar por um ser gregário, vivendo em bandos, para protecção contra os predadores, defesa dos recursos, obtenção de maior eficácia na procura de alimentos e caçadas, desenvolveu as suas potencialidades de comunicação e a sua necessidade de afectos, como seja amizade, carinho e amor. Posteriormente foi na família que o homem encontrou a satisfação das suas necessidades, tanto a nível económico como afectivo. O ser humano necessita, em todas as fases da sua vida, de redes sociais significativas, tanto para a sua sobrevivência, como protectoras da saúde, facilitadoras da autonomia e de uma auto-avaliação positiva e satisfação com a vida.

É sobretudo nas fases de maior vulnerabilidade, como a velhice que essas redes são mais importantes. É principalmente na família que os idosos encontram a satisfação das suas necessidades. A família é o contexto ideal para se envelhecer, ou seja, é o lugar indicado para se viver em todas as fases do desenvolvimento (Pául & Fonseca, 2005).

Devido ao progresso da medicina e de outras condições que proporcionam uma maior duração de vida, hoje em dia assistimos a um envelhecimento da população, fenómeno que é observado por todo o mundo, muito principalmente nos países industrializados.

No entanto, na maioria dos países, nomeadamente em Portugal, as estruturas socioeconómicas e culturais não estão preparadas para este aumento de longevidade, tornando este acréscimo de vida para muitos indivíduos, num pesadelo com segregação, isolamento e pobreza, factores que potencializam a solidão.

Neste contexto, importa aqui distinguir entre solidão e isolamento social, este último conceito é entendido como a privação dos contactos sociais, provocada por barreiras físicas, geográficas, ou psicossociais, portanto, é o estar só. Por outro lado, a solidão é um estado psicológico que

pode ocorrer em situações de isolamento social ou não, envolvendo um sentimento íntimo de vazio, que pode ser acompanhado de desânimo, inquietação e ansiedade.

Nos últimos meses têm sido relatadas, nos meios de comunicação social, algumas notícias chocantes que nos levam a pensar sobre a solidão dos idosos, como é o caso de corpos encontrados sem vida há meses e até mesmo anos. Tal faz-nos reflectir sobre o isolamento em que se encontram e a solidão que experimentam. De que forma esta solidão afectará a sua saúde e os seus afectos?

Os princípios da ética¹, aplicados à Gerontologia, devem contribuir para o reforço da preservação da vida, atenuar o sofrimento e basear-se no respeito pelos direitos e dignidade dos seres humanos.

Porque a solidão é um sofrimento psicossocial que contribui para problemas de saúde em termos latos, a Gerontologia, estudando o ser humano enquanto ser biológico, psicológico e social deverá aprofundar este fenómeno, tentando percepção os inúmeros conflitos que são propostos pela razão e pela emoção, reflectindo nas diferenças, apostando na criatividade, espontaneidade e liberdade humana.

O presente estudo, pretendeu dar resposta à seguinte questão: a solidão será uma variável que predispõe a uma maior afectividade negativa e a uma menor saúde?

O trabalho foi organizado da seguinte forma:

No Capítulo I, foi apresentada a fundamentação teórica, bem como algumas investigações sobre o tema explorando os conceitos fundamentais (solidão, afectividade e saúde) que deram origem às hipóteses de investigação.

No Capítulo II, foi descrito o estudo realizado, apresentando a metodologia utilizada (amostra, medidas e procedimento). Foram apresentados os resultados e feita a sua discussão, em seguida procedeu-se a conclusão apresentando a contribuição deste estudo, para melhor conhecimento e intervenção da problemática em análise bem como as suas

¹ Segundo (Marinoff, 2003, p. 184), ética é uma teoria que tem como objectivo descrever o que é o bem e o mal, que analisa o comportamento correcto e incorrecto e tem como finalidade a investigação sobre a orientação da rectidão e aperfeiçoamento dos actos humanos.

limitações. Foram apresentadas sugestões de futuras investigações, sugerindo-se algumas medidas de intervenção. Por último foi referenciada a bibliografia de suporte do estudo apresentado.

Capítulo I

Revisão Bibliográfica:

- 1.1. O envelhecimento demográfico
- 1.2. O Envelhecimento em Portugal
- 1.3. A Velhice
- 1.4. A Solidão nos idosos. Conceptualização
- 1.5. Causas do isolamento social nos idosos
- 1.6. Definição de Afectividade
- 1.7. Conceito de Saúde
- 1.8. Algumas directrizes existentes no combate a solidão
- 1.9. Objectivos
- 1.10. Hipóteses

1.1. O Envelhecimento demográfico

Há poucas décadas o ser humano tinha uma esperança de vida curta, devido a doenças, às más condições de vida, de higiene, de insuficientes cuidados de saúde. No entanto, devido ao avanço da ciência, alterações económicas e sociais, ao longo do tempo tem-se conseguido alcançar uma maior esperança de vida.

O envelhecimento da população fenómeno característico das sociedades contemporâneas e industrializadas é analisado a nível social, económico e político com apreensão.

A análise da evolução demográfica nos países contemporâneos aponta como causas do envelhecimento demográfico dois factores, o aumento da longevidade e o declínio da taxa de natalidade.

O problema está no desequilíbrio que se verifica na população, dado pelo quociente entre o número da população idosa, ou seja com 65 anos ou mais e o número da população jovem compreendida entre os zero e catorze anos, expressa em percentagem por cada 100 pessoas com idade entre os zero anos e os catorze, a que se dá o nome de índice de envelhecimento².

A longevidade, conquista da humanidade, aspiração pela qual o homem sempre lutou, só é encarada como um problema pela sua associação ao declínio da natalidade que nas últimas décadas se tem verificado. Para este declínio contribuiu sobretudo a emancipação da mulher, a sua entrada no mundo do trabalho, do uso de anticoncepcionais e alteração de mentalidades.

Em suma, o problema não está no aumento das pessoas idosas mas no número reduzido de jovens e de novos nascimentos (Oliveira, 2010, p. 17), sendo que, a questão está na população activa que não garante a sustentabilidade dos mais idosos.

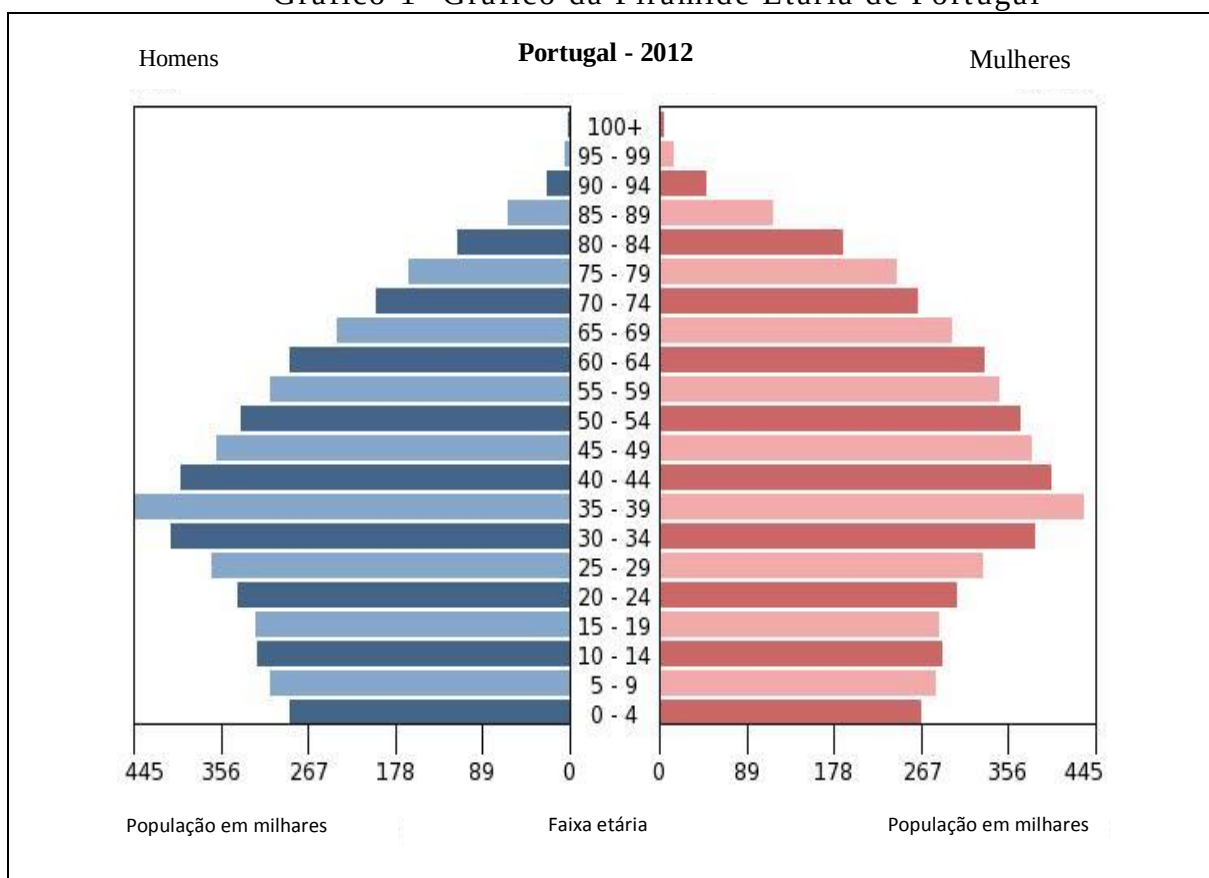
² “O índice de envelhecimento é dado pela seguinte fórmula, $IE = (P1:P2) \times 100$, sendo que P1 é a população com idade ou superior a 65 anos e P2 a população com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos.” (Portal da Saúde, 2008).

1.2. O Envelhecimento em Portugal

Como já foi referido, o envelhecimento demográfico verifica-se em todos os países do mundo, estando Portugal entre os mais envelhecidos da Europa, facto que se pode constatar pela análise da pirâmide etária, que seguidamente se apresenta.

O gráfico que a seguir se apresenta é representativo da população portuguesa no ano 2012.

Gráfico 1- Gráfico da Pirâmide Etária de Portugal

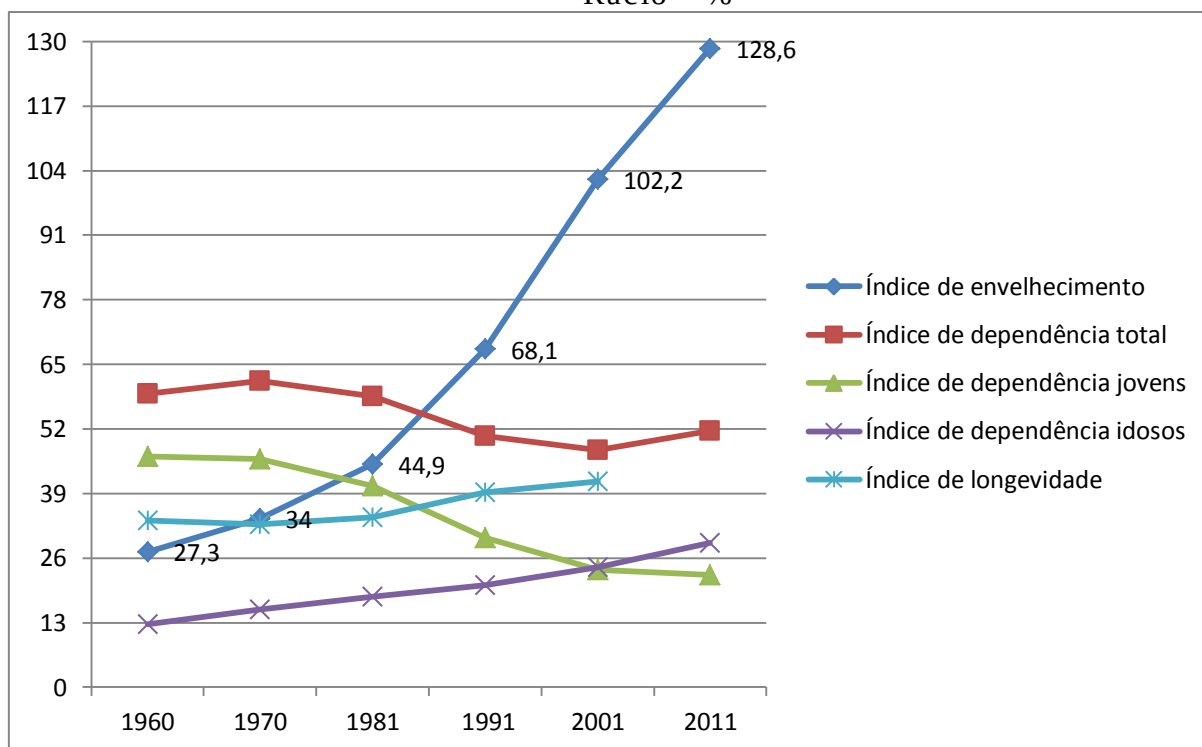


Fonte: Internacional Data Base (2012)

Pela observação da pirâmide verifica-se que existe um estreitamento da base que representa uma baixa natalidade. Por outro lado, verifica-se um alargamento do topo, o que representa uma maior esperança de vida.

Segundo dados estatísticos do INE, Portugal em 2011, tinha um índice de envelhecimento de 129,6. Comparando este valor com o do ano de 1960, cujo índice foi de 27,3 (Base de Dados de Portugal Contemporâneo (Pordata), 2012), verifica-se um aumento de 4,75 vezes mais, sendo que este valor tem tendência a aumentar, como esquematiza o gráfico 2

Gráfico 2- Indicadores de envelhecimento
Rácio - %



Fontes/Entidades: INE, PORDATA

Última actualização: 2011-12-23

Assim, de acordo com as projecções Estatísticas em Portugal no ano de 2060, existirão 271 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2009).

A esperança de vida pode ser definida, como o número de anos que um determinado indivíduo pode esperar estatisticamente viver desde o nascimento. De acordo com (Ribeiro & Paúl, 2011, p. 7), um indivíduo do sexo masculino que nasceu nos anos 60 em Portugal podia esperar viver 60,7 anos e 66,4 anos se fosse do sexo feminino. Em 2011, a esperança de vida à nascença era de 75,4 anos para os homens e de 82 anos para as mulheres.

No entanto, o aumento da esperança de vida não significa em muitos dos casos, qualidade de vida. De facto, esta amplia a incidência de doenças, assim como o declínio funcional, aumentando a dependência e a perda da autonomia.

Em Portugal, o envelhecimento da população, tem causado constrangimentos vários. Por exemplo, ao nível económico, o esforço do País tem sido considerável, para fazer face a subsídios de aposentação. O aumento

das despesas com os idosos, não tem sido compensado por aumento de receita por razões várias, o que é demonstrado pelo índice de dependência total³, que se pode também observar na figura anterior.

Este índice representa o esforço que a população activa suporta para manter a sociedade. De acordo com os dados dos censos de 2011, este esforço agravou-se na última década, resultado do aumento de dependência de idosos, que aumentou cerca de 21% neste período, sendo que, o aumento da dependência dos jovens no mesmo espaço de tempo sofreu um comportamento contrário, assinalando-se uma diminuição de cerca de 6%.

O aumento das despesas sociais com os mais idosos poderá em situação de crise económica provocar um mal-estar social e conduzir a um conflito entre gerações de consequências terríveis para a sociedade, devendo as infra-estruturas dos sistemas de protecção adaptar-se a esta nova realidade.

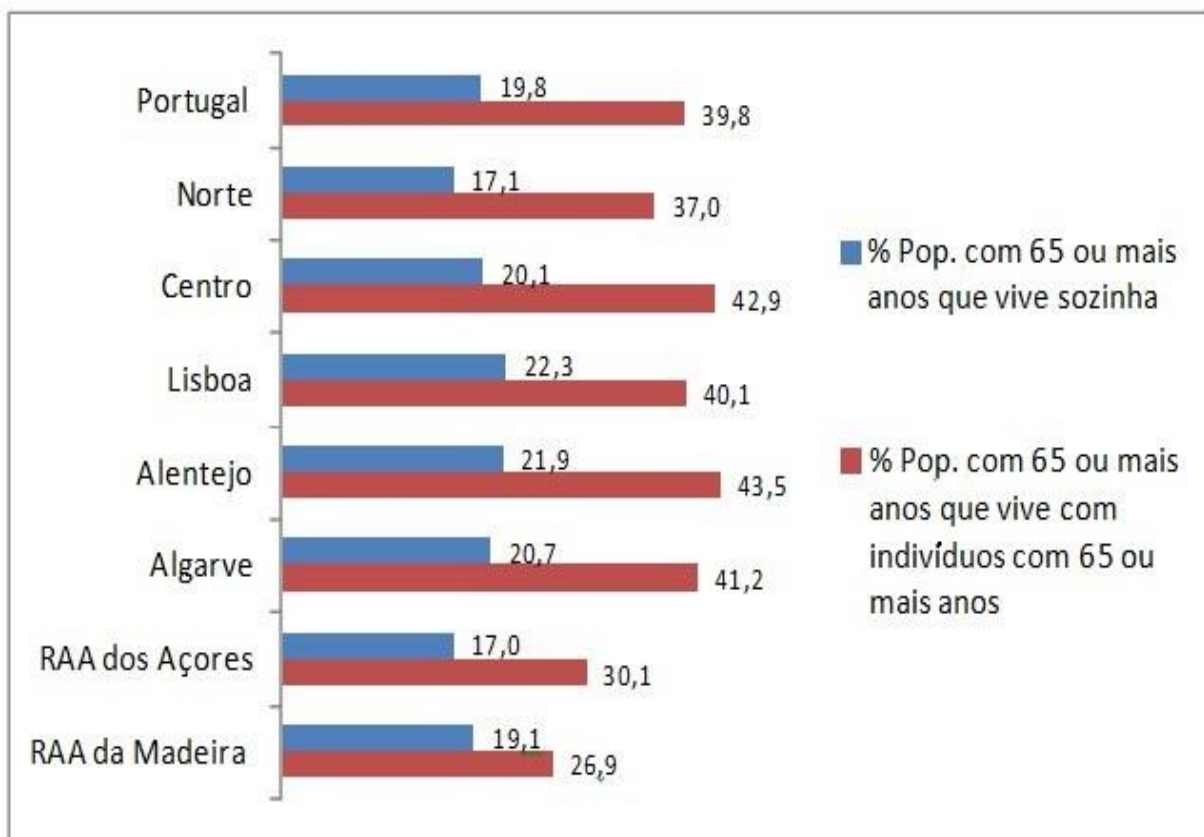
Para além das implicações a nível económico, o aumento da longevidade apresenta complicações a nível social. Segundo os Censos de 2011, as famílias clássicas, constituídas por um só elemento, tem vindo aumentar nas últimas décadas, representavam em 2011 cerca de 21% do total das famílias, sendo que 10% destas eram constituídas por uma pessoa idosa (INE, 2012)

De acordo com os dados, publicados pelo Instituto Nacional de Estatística, em 4 de Fevereiro de 2012, mais de um milhão de idosos vivem sós ou em companhia de outros. Sendo que, entre 2001 e 2011, a população dos idosos nestas condições, subiu de 942 594 para 1,2 milhões (INE, 2012) .

Podemos ver pelo gráfico nº 3, a distribuição por regiões em Portugal, dos idosos que vivem sós, verificando-se uma maior percentagem no Alentejo, Centro, Algarve e Lisboa, destacando-se uma menor percentagem, na Madeira e Açores.

³ “O índice de dependência total é dado pelo quociente entre o somatório de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 e as pessoas com idade igual ou superior a 65, e o número de pessoas entre os 15 e os 64 anos, valor expresso em percentagem (por 100 pessoas com 15-64 anos), fórmula de cálculo: $IDT = [(P1 + P2): P3] \times 100$; em que P1 é a população com idade compreendida entre os 0 e os 14 anos; P2 é a população com idade igual ou superior a 65 anos; e P3 é a população com idades entre os 15 e os 64 anos” (Portal da Saúde, 2008).

Gráfico 3 - Percentagem da população idosa que vive sozinha ou exclusivamente com pessoas com 65 ou mais anos



Fonte: INE - Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos
Momento Censitário – 21 de Março 2011

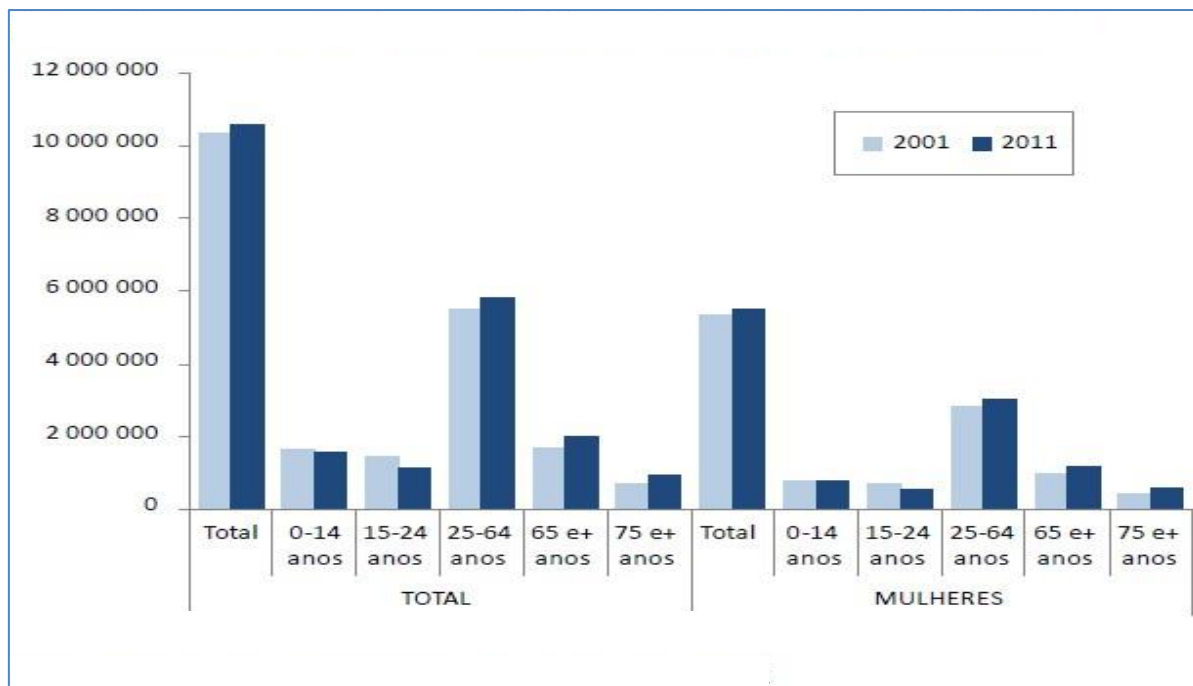
Portugal é segundo dados recentes, um dos países mais envelhecido do mundo e 40% dos portugueses com mais de 65 anos, passam em média oito ou mais horas sozinhos.

Por outro lado, existe uma convivência de várias gerações. As famílias são constituídas por vários idosos, com diferentes idades.

Podemos encontrar na mesma família idosos com idade compreendida entre os 65 e 75, mas também idosos com mais de 75 anos, com percentagem maior do sexo feminino. (Oliveira, 2010, p. 18).

Neste sentido estão os dados dos Censos de 2011, representado pelo gráfico seguinte:

Gráfico 4 – População Residente em Portugal (Nº), por sexo e grupo etário 2001-2011



Fonte: INE, Recenseamentos Gerais da População 2001 e 2011

A população feminina, de acordo com os dados estatísticos dos Censos de 2011, constitui 52,2% da população residente em Portugal. Embora em maior número e vivendo mais, apresentam um maior risco de pobreza e uma maior taxa de privação material, o que decorre da diferença do estatuto económico ou social feminino.

É de reconhecer que as condições demográficas do nosso país por si só poderão criar condições de isolamento e de solidão.

1.3. A Velhice

A velhice é o conceito que define o grupo dos indivíduos que possuem mais anos de vida (Fontaine, 2000).

De acordo a Organização Mundial de Saúde, velho é aquele que já completou os 65 anos (Oliveira, 2010, p. 12).

O conceito de envelhecimento é, segundo (Fontaine, 2000, p. 19), um processo de degradação progressiva que varia de indivíduo para indivíduo e que afecta todos os seres vivos. Tem início com o nascimento e o seu termo é a morte.

Em suma, o envelhecimento biológico é inevitável. Envelhece-se desde que se nasce.

O homem desde dos primórdios da nossa história sempre mostrou interesse por compreender e evitar a velhice. No entanto, de acordo com (Oliveira, 2010, pp. 35-36), a etiologia do envelhecimento não é ainda totalmente conhecida. Na sua opinião, nem a fisiologia, a genética, a imunologia ou a bioquímica explicam perfeitamente o processo de envelhecimento, sugerindo que a explicação deverá ser abordada de uma forma holística, com modelos integrantes, considerando não só os factores hereditário e ambiental mas também outras variáveis, como acontecimentos de vida, hábitos alimentares, comportamentais, factores sociais, económicos e profissionais.

A última etapa da vida, a velhice é, segundo (Almeida, 2006, p. 20), um período em que a estrutura corporal se vai alterando de uma forma mais visível e rápida.

A nível físico altera-se a aparência com o aparecimento das rugas e dos cabelos brancos. O esqueleto modifica-se, dá-se uma diminuição da força, da destreza, da capacidade de recuperar dos esforços, por outro lado, existe um aumento da vulnerabilidade às doenças, (Couvaneiro & Cabrera, 2009, pp. 28-30). Na opinião destes autores, estas transformações são incapacitantes e diminuem a funcionalidade, relacionada com a autonomia no desempenho de tarefas de cuidados pessoais e da adaptação ao meio em que se vive. Os mesmos autores também nos advertem para alguns problemas intelectuais causados pelo envelhecimento, como sejam, menor capacidade de concentração, de memorização, assimilação de informação e de expressão.

A percepção⁴ também é afectada pelo envelhecimento, principalmente a visão, o equilíbrio e a audição, provocando muitas vezes, problemas psicológicos e sociais, podendo estes também contribuir para o declínio das actividades intelectuais (Fontaine, 2000, p. 77).

⁴ *“Percepção é a função e mecanismos por meio dos quais um organismo toma conhecimento do mundo e de si mesmo a partir dos dados dos sentidos”* (Tiberghien, G., 2007, p. 288)

A velhice é uma face do desenvolvimento do ser humano, o que implica também abordar nesta etapa da vida as alterações ao nível da personalidade⁵.

Durante décadas a compreensão do modo de pensar, sentir de agir ou reagir no seu quotidiano, dos adultos e dos idosos, teve como suporte teorias que se baseavam na infância e na adolescência, foram exemplo disso, as teorias de Freud e Piaget.

No início do séc. XX, Sigmund Freud⁶ acreditava que a fonte das perturbações emocionais residia nas experiências traumáticas reprimidas nos primeiros anos de vida. Na perspectiva de Freud os conflitos dos adultos e as diferenças na personalidade adulta, podiam ser interpretadas como resíduos de fixações precoces e de formações reactivas ocorridas no decurso do desenvolvimento psicosssexual da infância. Segundo Freud, a personalidade do ser humano formava-se nos primeiros anos de vida, quando se geriam conflitos entre os seus impulsos biológicos e as exigências da sociedade, (Papalia, Olds, & Feldman, 2001, p. 22).

Tal como Freud, também Piaget⁷ citado em Fonseca, (2005), não estudou directamente a idade adulta nem a velhice, no entanto, foi um pouco mais longe e considerou que o desenvolvimento ocorria principalmente entre a nascença até a idade adulta, dividindo-se em quatro estádios, nos quais se desenvolve uma nova forma de operar, de pensar e responder ao meio ambiente, num processo adaptativo.

Por volta da segunda metade do século XX, surgem concepções que se basearam no pressuposto de que o desenvolvimento ocorre ao longo de toda a vida. São as chamadas teorias desenvolvimentistas.

Segundo Fontaine (2000), o primeiro autor a considerar que o desenvolvimento acontecia desde a nascença até à morte foi Jung, por volta de 1933. Na perspectiva de Jung o desenvolvimento dividia-se em dois

⁵ *Personalidade é definida como "o conjunto activo de sentimentos e valores, tendências e atitudes que traduzem um fundo estrutural próprio e especificamente característico de cada indivíduo"* . (Fonseca, A., 1997, p. 265)

⁶ Freud, (1953). A General introduction to psychoanalysis (J. Riviere, Trans.). New York: Perma-Books. (Original Work published 1935)

⁷ Piaget, J. (1983). «Piaget's theory», in P.H. Mussen (ed), Handbook of child psychology, Nova Iorque, John Wiley.

estádios diferentes: o jovem adulto conformista e extrovertido e o adulto idoso mais introvertido.

Mais tarde, por volta dos anos setenta, Erikson⁸, citado em (Fonseca, 2005, p. 44), defendeu a teoria psicossocial. Esta perspectiva foi baseada nos pressupostos que o desenvolvimento da personalidade ocorre ao longo da vida, que o ser humano é um ser social, cuja evolução é determinada pelas interacções entre a maturação e as pressões ambientais. Na concepção de Erikson, todos os seres humanos passam por uma série de crises, à medida que atravessam o ciclo de vida.

Embora Erikson considere que alguns aspectos da personalidade possam ser determinados pelo factor hereditário, a resolução de cada fase de desenvolvimento deve ser entendida, no âmbito da interacção entre as várias exigências colocadas pelo contexto social e pessoal.

Segundo Erikson⁹, citado em (Papalia, Olds, & Feldman, 2001, pp. 24-25), o desenvolvimento ocorreria por oito estádios:

O primeiro do nascimento até aos 18 meses, denominado de *“confiança básica versus desconfiança”*.

O segundo dos 18 meses aos 3 anos, a fase da *“autonomia versus dúvida e vergonha”*.

O terceiro dos 3 aos 6 anos, designado de *“iniciativa versus culpa”*.

O quarto estágio entre os 6 anos até a puberdade, a que deu o nome de *“mestria versus inferioridade”*.

O quinto, da fase da puberdade ao jovem adulto, designado de *“identidade versus confusão de identidade”*.

Erikson começou a falar do adulto a partir do sexto estágio, período que ocorre entre os 21 e 40 anos, o período do jovem adulto, intitulado de *“intimidade versus isolamento”*, onde os desejos de intimidade e isolamento representam os pólos da crise. Neste período reina o sentimento de necessidade de amor.

⁸ Erikson, E. (1963), *Childhood and society*, 2ª Ed., Nova Iorque, Norton.

⁹ Erikson, E.H. (1982). *The life cycle completed: a review*, Nova Iorque, Norton and Co.

Erikson, E. H., Erikson, J. M., & Kivnick, H. Q. (1986). *Vital involvement in old age: The experience of old age in our time*. New York: Norton

Dos 40 aos 60, o indivíduo entra no seu meio de vida, ou seja, na idade de maturação, estágio apontado como o da “*produtividade versus estagnação*”. O conflito consiste então, em encontrar o equilíbrio entre o sentimento de interesse pela geração seguinte e sentimentos de ser absorvido e ultrapassado pelos constrangimentos. Neste estágio é muito frequente o conflito entre o trabalho e a família. O sentimento predominante neste estágio é o de atenção pelos outros.

Por último, de acordo com Erikson, o período da velhice, designado como “*integridade versus desespero*”, dos 60 anos em diante onde existe a necessidade de gerir a contradição entre a integridade pessoal e o desespero, entre o desejo de sentir prazer em viver e envelhecer com dignidade e a ansiedade associada à antecipação da idade avançada, da perda de autonomia e da morte. Nesta fase o indivíduo faz uma avaliação da distância entre os objectivos a que se propôs e os que atingiu durante a vida.

Erikson descreve o envelhecimento, como um período durante o qual o indivíduo reflecte sobre a sua vida e recorda as suas vitórias e decepções, integrando no eu as memórias significativas acerca de si próprio e do mundo. Se a resolução do conflito inerente ao respectivo estágio for negativo, o indivíduo desenvolve um sentimento de “desespero”. O “sentido da integridade do eu” será alcançado se o indivíduo for capaz de aceitar e incorporar as suas realizações e os seus fracassos, arcando a responsabilidade por ambos (Fonseca, 2005, pp. 45-45)

Na opinião de Erikson, a pessoa nesta fase, orienta-se para relações sociais de natureza mais espirituais (Fontaine, 2000, pp. 136-139)

Posteriormente, dando continuidade às teorias desenvolvimentistas mas colocando mais ênfase ao papel do meio ambiente, no desenvolvimento do ser humano, surgem as teorias defendidas por Alberto Bandura, Kegan e Levinson.

Nos anos setenta e oitenta, Alberto Bandura defendeu que o ambiente determina o indivíduo tanto como o indivíduo determina o seu ambiente, com a teoria sociocognitiva.

Bandura¹⁰ (1977) citado por (Hansenn, 2004, pp. 167-168), defende que os factores mais importantes na construção da personalidade são os factores sociais e cognitivos, insistindo de que a maior parte dos reforços são de natureza social, como seja, a atenção dos outros, a aceitação e interesse.

De acordo com Bandura é através dos comportamentos dos outros que construímos a ideia de como os nossos comportamentos são produzidos.

Kegan¹¹ em 1982, mencionado em (Fonseca, 2005, pp. 45-46), apresenta um modelo de desenvolvimento psicológico por estádios que ocorre sempre num determinado contexto social e cultural, o que faz com que os estádios não sejam universais, pois, o modo como nos desenvolvemos depende do meio em que estamos inseridos, o que leva a considerar, o que pode ser apropriado em termos de desenvolvimento numa cultura, pode não o ser noutra. Desta forma, para o autor, o desenvolvimento consiste num processo evolutivo de “atribuição de sentido”, dando ênfase ao contexto em que o sentido acerca de si próprio e dos outros é ajustado e reajustado ao longo dos anos. Esta teoria considera que todos os períodos da vida constituem uma oportunidade para a identificação da identidade pessoal, pois ao longo da vida, somos confrontados com diferentes necessidades, desejos, tensões e interacções.

Levinson¹² em 1986, aludido em (Fonseca, 2005, pp. 46-47) defendeu que os factores culturais podem provocar, na construção da personalidade, o mesmo tipo de alterações que os biológicos. Este autor incide o seu estudo principalmente sobre o homem adulto e idoso e propõe uma teoria baseada na semelhança de padrões de vida dos indivíduos por ele estudados. Distingue três épocas no ciclo de vida do adulto. Uma primeira época que vai desde os 18 aos 45 anos aproximadamente, que designou de idade adulta inicial, seguindo-se a idade meia adulta, entre os 45 e os 65 e uma idade adulta tardia dos 65 anos em diante. Esta última fase seria caracterizada pela reorganização das prioridades de vida, dando mais importância à família e às relações do que ao trabalho, ou seja, um padrão de vida mais defensivo do que os

¹⁰ Bandura, A. (1977), Social learning theory, Englewood Cliffs, NJ, Prentice-Hall, 242

¹¹ Kegan, R. (1982), The evolving self: Problems and process in human development, Cambridge, Harvard University Press.

¹² Levinson, D. (1986), «A Conception of adult development», American Psychologist, 41, 1, pp. 3-13.

anteriores. Segundo Levison, as escolhas são o motor do desenvolvimento e o sujeito tem um papel activo no seu desenvolvimento.

Ao mesmo tempo que se verificam alterações físicas e psicológicas na velhice também se dão transformações ao nível social, sendo que, o envelhecimento social é consequência dos papéis sociais que a sociedade destina a esta faixa etária. O envelhecimento social depende da cultura e da história de cada sociedade e do papel e estatuto que a comunidade atribui ao envelhecimento (Correia, 2007).

Na nossa sociedade a velhice caracteriza-se pela alteração e perda de papéis, como sejam, o estatuto profissional, mudança nas relações familiares e das redes sociais.

A entrada na reforma, que muitas vezes, segundo a actual legislação, se dá por volta dos 65 anos, vai determinar várias alterações, a nível financeiro, com redução de recursos e a nível social com a diminuição de oportunidade de contactos.

Segundo (Couvaneiro & Cabrera, 2009, p. 108), a entrada na reforma na sociedade contemporânea, provoca sentimentos de perda de sentido, inutilidade e vazio. O sujeito que durante anos dedicou a vida à sua profissão sente como que uma desorientação pela falta de referências, como sejam, o local de trabalho, objectivos, horários, companheiros e amigos.

Para além da entrada na reforma, segundo (Couvaneiro & Cabrera, 2009, p. 108), outros acontecimentos de vida poderão proporcionar alterações a nível social, como seja a perda de amigos e familiares próximos, a saída dos filhos de casa, ou a morte do conjugue.

Em resumo, o envelhecimento transporta sentimentos de insegurança, instabilidade, ansiedade, baixas expectativas, medo e solidão, agravado em grande parte pela situação de pobreza vivida por um grande número de idosos.

1.4. A Solidão nos idosos. Conceptualização

A solidão é uma característica do homem moderno (May, 1996, p. 23), no entanto, a literatura descreve-a em várias épocas, dando-lhe significados diferentes consoante os contextos históricos. No séc. XXI, a sociedade vive um paradoxo entre a globalização e o individualismo, sendo justamente neste

contexto que a solidão se impõe. Numa sociedade que valoriza cada vez mais as futilidades e as aparências, o novo, o belo e que desvaloriza os laços de amor, amizade e solidariedade, em que as relações com os outros nem sempre são fáceis, os idosos são, inevitavelmente, os mais afectados.

A solidão é um sentimento subjectivo de difícil definição e alguns autores preferem descrever os relatos das pessoas que a vivenciam.

De acordo com (Pais, 2006, p. 19), nesses relatos estão evidenciadas as causas de abandono e desamparo, ruptura de laços afectivos, desencontros com o outro ou consigo próprio. Pode ter subjacentes como acontecimentos de vida, a morte de um conjugue, a reforma, migração, dependência ou outros eventos que contêm o sentimento de perda dos papéis anteriores importantes.

Segundo (Pais, 2006, pp. 354-356) a solidão pode ter vários rostos, existindo para este autor, a solidão do ressentimento sentida pela pessoa cujo desejo de amor em relação a outro foi de tal modo ferido ou perturbado, que mais tarde, dificilmente pode reviver a experiência sem sentir essa dor; A solidão da perda provocada pela ausência, em especial pela morte de quem se tinha um relacionamento exemplar, podendo ser o caso da morte de um conjugue, de um filho ou até a morte de um animal; A solidão, sentida pela separação, mesmo que se não deixe de estar unido a outros, ou seja, embora em companhia de outros, pode sentir-se a solidão pela ausência dos afectos perdidos; Outro tipo de solidão é a experienciada na procura de um outro imaginário, onde se comunica a impossibilidade de comunicar, o que o autor designa por solidão da procura. O exemplo desta forma de sentir é a dos sujeitos que constantemente procuram comunicação com outros pela internet. Outro modo de sentir solidão, no entender do mesmo autor, é aquela que provém da procura de preencher o vazio do ser com o delírio do ter, a que dá o nome de solidão possessória. Esta solidão contrasta com a solidão dos desapossados, associada a uma condição de privação de bens essenciais para a subsistência. O autor fala-nos também numa solidão por opção, onde o indivíduo mergulha em si, na sua interioridade. São identificadas pelo autor, ainda, duas formas de sentir este sofrimento: a solidão da descrença e a da indiferença, a primeira é desprovida de afectos e de esperança, descrita como

sendo a solidão dos moribundos na sociedade contemporânea, a segunda a sentida pelos carenciados e a forma como são olhados pelo resto da sociedade.

Pais (2006), fala-nos também numa solidão depressiva como sendo aquela que resulta de desencontros com os outros ou consigo próprio. O autor faz referência a Hegel, que a esta forma de solidão denominava de alienação distanciamento de si e também a Freud que a identificava como neurose motivada pela repressão de desejos e sentimentos, levando o indivíduo a sentir-se outro que não o verdadeiro.

Ainda na opinião de Pais (2006), existe a solidão de enclausuramento e que resulta da falta de comunicação, podendo ser originada pela falta de respeito pelo outro, no que o outro tem de diferente em relação aos demais.

Para Pais (2006), a solidão é um estado interior de subjectividade, enquanto o estar só se refere a uma situação, o isolamento pode ser expressão de liberdade de cada um em quer estar só, e nesse caso é vivido como opção e não sofrimento. Para este autor quem sente solidão não é inevitavelmente quem está só, mas sim quem não pode assumir uma autonomia de vida. Para existir o sentimento de solidão há que haver a necessidade do outro.

As pessoas idosas, à medida que os anos avançam, têm tendência por um lado a diminuírem os seus contactos sociais e por outro a acumular acontecimentos de vida propícios para o sentimento de solidão, pois se situam na recusa do presente e na fixação nas memórias do passado.

É sobretudo na velhice que as pessoas se vêem confrontadas com a morte do cônjuge, dos irmãos, amigos e alguns até dos próprios filhos.

Segundo (Ussel, J., 2001, pp. 107-120), a morte do companheiro para qualquer pessoa é sentida como um dos acontecimentos mais trágicos da vida, sendo vivida pelos idosos de uma forma ainda mais dolorosa, pois descobrem que a relação amorosa de muitos anos chegou ao fim. Estas pessoas devido a sua idade avançada, dificilmente irão vivenciar uma nova relação, perderam a pessoa com quem partilhavam os seus segredos as suas inquietações as suas intimidades. Para este autor os idosos viúvos, por norma, sentem solidão e desilusão com a vida.

Num estudo com o objectivo de analisar o significado da solidão para os idosos (Pedrozo & Portela, 2003, pp. 172-182), concluíram que a solidão era sentida de diferentes maneiras, alguns idosos defrontavam a solidão como momentos necessários para uma revisão da vida, como momentos de reflexão para um reencontro pessoal, mas para a maioria dos idosos tinha significado de aflição emocional e relataram sentimentos de sofrimento, como angustia e vazio, estando na sua origem perdas sofridas ou consequências de vida.

Segundo Sermant¹³ (1980) citado por (Neto & Barros, 2001), a solidão é um sentimento aflitivo, que ocorre, quando há uma discrepância entre o tipo de relações sociais que temos e o tipo de relações que desejamos ter.

Perlman e Peplau¹⁴ (1982) citado em (Neto & Barros, 2001), definiram a solidão como o resultado de importantes deficiências nas relações sociais da pessoa só.

A solidão foi definida por (Neto F. , 1989), como uma insatisfação em relação ao relacionamento social, podendo este sentimento surgir quando estamos sozinhos mas também quando estamos acompanhados, pois representa mais a insatisfação com o número ou a qualidade dos contactos que uma pessoa tem do que com a ausência de contactos. Ou seja, é uma desvantagem do ser em relação ao mundo, capaz de potenciar ou desencadear quadros de depressão, hostilidade, alcoolismo, baixo auto conceito, doenças psicossomáticas, podendo mesmo, segundo as investigações de (Durkheim, 1897) potencializar o suicídio.

O homem de acordo com (Vala & Monteiro, 2000, p. 523), tem intrinsecamente necessidades de viver em sociedade, e na ausência de redes sociais de suporte verificam-se desequilíbrios que podem gerar diferentes psicopatologias.

No sentido destes autores, foi o estudo realizado por (Teixeira, 2010), cujos resultados demonstraram existir uma correlação positiva entre a solidão e a depressão e uma correlação negativa entre a solidão e a qualidade de vida.

¹³ Sermant, V.(1980). Some Situational and Personality Correlates of Loneliness. In: Hartog, J.; Audey, J.; Chen, Y. (Eds.). The Anatomy of Loneliness. New York: International Universities Press.

¹⁴ Peplau, L.; Perlman, D. (1982). Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley-Interscience.

Segundo a teoria de Maslow (1970)¹⁵, citado por (Hansenne, 2004), o ser humano tem necessidade básicas, sendo que estas estão dispostas numa hierarquia de importância. Na sua opinião, satisfeitas as necessidades básicas de sustentação para a vida e a necessidade de segurança, surge a necessidade de pertença e de amor e a necessidade de auto-estima. As primeiras conduzem o individuo para relações afectivas com outras pessoas e o direccionam para a procura de um lugar no grupo, caso estas necessidades não sejam satisfeitas, podem surgir perturbações da personalidade. A segunda que se divide em duas categorias, a auto-estima que tem a ver com a confiança, competências e liberdade, a independência e o controlo e a auto-estima que se relaciona com a estima dos outros em relação a nós próprios, que nos é dado através do reconhecimento, a apreciação, o respeito, o prestígio, a importância e a dignidade. A satisfação da necessidade de auto-estima determina a força psicológica, as nossas capacidades e o sentimento de ser útil e necessário. Por outro lado, a insatisfação destas necessidades conduzem o individuo a sentimentos de inferioridade, de fraqueza e de desespero.

A solidão não causa só transtornos ao nível psicológico, mas de acordo com (Cacioppo & Patrick, 2008), a solidão tem um impacto sobre a saúde comparável ao efeito da pressão arterial, a falta de exercício, a obesidade ou o tabagismo. Segundo estes autores, a solidão provoca várias reacções fisiológicas que acelera o envelhecimento, tem efeito a nível do sistema imunitário, nas hormonas do stress e nas funções cardiovasculares, podendo contribuir para uma morte precoce. Já o estudo realizado por (Hawkley, Masi, Berry, & Cacioppo, 2006, pp. 152-164), tinha demonstrado existir uma associação entre a solidão e o aumento da pressão arterial sistólica o que pode contribuir para o desenvolvimento da doença cardiovascular.

Também o estudo realizado por (Berkman & Syme, 1979), com uma amostra de 6928 adultos e nove anos de seguimento, tinha demonstrado que pessoas que não tinham laços sociais e comunitários eram mais propensas a morrer durante o período de *follow-up* do que aqueles com contactos mais amplos

¹⁵ Maslow, A. (1970) *Motivation and personality*, Nova Iorque, Harper e Row

A solidão também está associada ao desenvolvimento de doenças neurológicas. O estudo realizado por (Wilson, et al., 2007, pp. 234-240), concluiu que a solidão está associada ao aumento de risco de demência de Alzheimer no final da vida, embora, não esteja relacionada com as suas causas principais. O Estudo foi realizado com a participação de 823 pessoas idosas, sem sintomas de demência. A solidão foi avaliada no acto da inscrição e depois anualmente. Após a morte foi realizado um exame ao cérebro. Durante o estudo 76 indivíduos desenvolveram Demência de Alzheimer, sendo que, o risco de DA quase duplicou nas pessoas com índice elevado de solidão em comparação com os indivíduos que não estavam sós.

Vários estudos sobre a solidão têm examinado variáveis sócio demográficas, tais como a idade, o sexo, estado civil, nível de escolaridade, condições económicas e os resultados obtidos mostraram que a solidão é mais frequente nos grupos com baixa condição económica, menor escolaridade e que se verifica mais nos grupos etários dos adolescentes e idosos, entre aqueles que não têm um parceiro, contactos sociais com a família, amigos, vizinhos, que vivem sozinhos ou em unidades residenciais. Os estudos também apontam para uma maior incidência da solidão no sexo masculino.

É exemplo de um desses estudos, o publicado por (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005, pp. 223-233) cuja intenção foi avaliar a prevalência e as causas da solidão. O estudo foi realizado na Finlândia, com uma amostra aleatória de 6,786 indivíduos, inqueridos por questionário postal, com idade superior a 75 anos. Os dados revelaram que 39% da amostra sofria de solidão, sendo que 5% sofria de solidão permanente. Os dados demonstraram que a solidão era mais sentida nos idosos do meio rural do que nos idosos das cidades. O estudo revelou também que os factores potencializadores da solidão eram: idade avançada ou viver só ou em residencial, viuvez, baixa escolaridade e baixo rendimentos, juntamente com precárias condições de saúde, défice funcional, baixa visão e perda de audição. Os autores concluíram que a solidão parece derivar de mudanças na vida da sociedade, bem como por eventos de vida e dificuldades naturais originárias do envelhecimento.

A solidão na velhice é muitas vezes motivada, segundo relatos dos idosos, por um abandono dos familiares, fenómeno este que aumentou, principalmente nos últimos anos, devido a factores socioeconómicos e ideológicos.

Para compreender a solidão e os seus efeitos é necessário apreendermos as suas causas. Pelos estudos já realizados se constata que, não se verificando uma tipologia determinada, para as causas da solidão, esta contribui para o aumento de acidentes de natureza patológica, fazendo com que estes a agudizem mais.

1.5. Causas do isolamento social nos idosos

Pensei o quanto desconfortável é ser trancado do lado de fora; e pensei o quanto é pior, talvez, ser trancado no lado de dentro.

Virginia Wolf

Pretendemos debruçar-nos sobre alguns factores da sociedade contemporânea que influenciam o isolamento e potencializam a solidão na população idosa.

A partir do século XVIII, sobretudo com a industrialização dá-se o êxodo dos trabalhadores rurais para as cidades. Surgiram aí modificações a nível da estrutura familiar, que vieram comprometer o apoio da família aos idosos. Da família alargada necessária para o trabalho nas terras passou-se para famílias mais reduzidas. Mais tarde, no séc. XX, novos factores vieram a influenciar a estrutura familiar no mundo ocidental, sendo um deles a utilização dos anticoncepcionais, que possibilitou o controlo da natalidade, garantindo a tendência para a redução da demografia e o envelhecimento do agregado familiar. Nos tempos que correm, um agregado familiar pode ter o encargo de cuidar de quatro idosos, o que em famílias mais numerosas, mais dificilmente aconteceria.

Outro factor que contribuiu para a alteração das famílias foi a emancipação da mulher e a sua entrada para o mundo do trabalho,

contribuindo para a falta de disponibilidade para a reprodução e sobretudo para o papel de cuidadora dos idosos.

Para a alteração da família também contribuem as novas formas de vivência, causa das mudanças ideológicas. Presentemente são frequentes e aceites como naturais, nascimentos fora do casamento, relações homossexuais ou famílias monoparentais por opção. Outro fenómeno dos dias de hoje, sobretudo nas grandes cidades, é a opção pelo celibato, o que leva a muitas destas pessoas a atingirem a última fase da vida sós.

Para além das alterações familiares referidas, outros factores influenciam a forma de viver das famílias. As famílias são obrigadas a adquirirem habitações mais pequenas, por questões económicas e localizadas nos meios urbanos, por se situarem mais perto dos locais de trabalho.

O tipo de habitação das grandes cidades, normalmente do tipo vertical, por um lado, condiciona os contactos sociais, por outro lado, nestas pequenas habitações, apenas existe lugar para os elementos da família nuclear, ficando excluídos os mais idosos, que ficam sós nas suas próprias habitações ou são institucionalizados.

Segundo (Wirth, 1938), nos espaços urbanos as pessoas estão perto uma das outras, mas não se conhecem, os contactos sociais são muito fracos, devido ao ritmo de vida. Os laços sociais são ténues. As sociedades urbanas são apontadas como responsáveis pela exclusão dos indivíduos do meio social pressionando-os para o individualismo. Embora exista uma mobilidade facilitada e se viva hoje em dia na era da globalização estes factores contribuem para que muitas pessoas vivam sós, principalmente nas grandes cidades.

Outro factor que influencia o isolamento e potencializa a solidão é o facto que nas cidades muitas habitações antigas têm difíceis condições de acesso, pelo que muitos idosos encontram-se isolados nas próprias habitações.

O isolamento Social também é sentido nos meios rurais, embora aí, existam mais redes de sociabilidade, tanto a nível familiar, como de vizinhança. No entanto, derivado ao isolamento geográfico, algumas habitações estão isoladas, com difíceis acessos, falta de meios de transporte e

de comunicação. Algumas populações são constituídas apenas por pessoas idosas, na sequência da emigração, dos seus elementos mais novos.

Decerto que o sentimento da solidão será no futuro ainda mais influenciado pelo fenómeno da emigração, tanto nas cidades como no meio rural.

Devido a actual conjuntura política, económica e social muitos dos jovens portugueses são obrigados a emigrar, deixando os mais velhos para trás. De acordo com os dados divulgados pela Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico, citados pelo (Observatório da emigração, 2012), mais de 70 mil portugueses estão a emigrar por ano, sendo que, a maioria são jovens com menos de 29 anos.

Por outro lado, a sociedade está vazia de valores, o sucesso impõe-se a qualquer preço, não há tempo para o próprio indivíduo, quanto mais para o outro. Segundo (Lipovetsky, 1983, pp. 43-46) vivemos na era do vazio, do deserto, o homem frio atravessa só o deserto, carregando-se a si próprio sem qualquer apoio transcendente, caracterizado pela sua vulnerabilidade. O indivíduo obcecado apenas por si mesmo, sem força exterior é um homem desarmado. A solidão torna-se um facto, pois com abandono dos valores é a relação com o outro que não resiste ao processo da indiferença. O relacionamento apaga-se sem razão, num deserto de autonomia e de neutralidade. O ser humano contemporâneo pede para ficar só, para se manter no seu espaço. Destituído, contudo, da sua rede de origem e sem suporte social fica cada vez mais só, sendo-lhe difícil de suportar esta condição. Para este autor vive-se uma dualidade entre o desejo e a dor de ser-se só.

Hoje em dia, a instituição da família é muitas das vezes criticada, por não cuidar dos seus elementos mais velhos, abandonando-os em lares, ou deixando sozinhos a viver, isolados e entregues a solidão, No entanto, existem causas que nem sempre são sinónimo de abandono, de não quer saber dos idosos, mas sim que, por vários motivos, não lhes é possível prestar o apoio que eles necessitam (Leal, 2010), pois para cuidar dos idosos é necessário que haja tempo, recursos económicos e pessoais disponíveis.

De acordo com (Figueiredo, 2009) a família mudou na sua constituição, pelo aumento da mobilidade geográfica e da inclusão da mulher

no mercado de trabalho. Vivemos uma realidade diferente, em relação a qual temos que nos adaptar, como seja, o aumento da esperança de vida, mas também com o aumento de algumas doenças crónicas que em alguns casos leva a dependência dos idosos,

Na opinião de Daniela Figueiredo (2009) embora haja a ideia generalizada que a família se tem demitido dos cuidados aos seus idosos, na verdade é a família, segundo a investigação, que assume os principais cuidados aos idosos, levando esta tarefa muitas vezes até à exaustão, recaindo essa tarefa principalmente sobre o sexo feminino, tarefa que implica enfrentar grandes desafios, uma vez que a família tem que se adaptar ao duplo papel da mulher e na maioria dos casos só em último recurso se demite dos cuidados aos idosos.

Os problemas da solidão não têm apenas causas sociais como as que antes foram citadas. Um outro factor que pode desencadear o isolamento e a solidão na população idosa é a falta de autonomia motivada por problemas físicos (Quaresma, Fernandes, Calado, & Pereira, 2004), a doença a dificuldade de mobilidade a necessidade do outro são factores geradores de solidão.

A exclusão social e a pobreza de muitos idosos, devido às magras reformas que recebem, também são factores que potencializam a solidão. A maioria dos idosos no nosso país, recebe reformas que não chegam nem para pagar as despesas com a alimentação e medicamentos, a maior partes não consegue ter pequenos prazeres, acesso a eventos culturais, como seja, idas ao teatro ou ao cinema, ou, até mesmo visitar familiares ou amigos, levando a uma contracção das redes sociais.

O estudo realizado por (Freitas, 2011) com 300 participantes idosos em Braga, com idades compreendidas entre 65 e 93, demonstrou existir correspondências significativas entre a rede social e a solidão percebida, ou seja, quanto maior é a rede social, menor é a percepção de solidão. Podemos, pois, considerar que a alteração da estrutura social e familiar, e as causas socioeconómicas são factores preditores do isolamento dos idosos.

Constata-se que o isolamento e a solidão nos idosos conduzem ainda a uma perda da afectividade. A um sentimento de vazio experimentado pelos

idosos que se vem a braços com o enfraquecimento dos laços afectivos como se verá a seguir.

1.6. Definição de Afectividade

A afectividade representa o conjunto de estados e emoções do ânimo que o indivíduo vive de forma pessoal e subjectiva, que transcendem a sua personalidade e comportamento, especialmente na sua capacidade de comunicação, e que, de forma geral se distribuem entre dois pólos opostos e extremos (Santos, Pérez, & Bulbena, 2000).

Partilhando da mesma opinião (Crespo, 2002), descreve a afectividade como sendo um conjunto de experiências que definem e delimitam a vida emocional do indivíduo, constituída por emoções, sentimentos e desejos que podem emergir em duas dimensões independentes e dominantes, denominadas afecto positivo e afecto negativo.

Segundo Watson, Clark & Tellegan (citados em Watson, Clark & Tellegan, 1988), o afecto positivo reflecte o modo como a pessoa se sente entusiasmada, activa e alerta. Os mesmos autores (1985) caracterizaram um elevado afecto positivo como um estado de intensa energia, total concentração e grande empenhamento, que se designa por bem-estar subjectivo. Um baixo afecto positivo por sentimentos de tristeza e letargia. O afecto negativo é caracterizado como uma dimensão geral de mal-estar subjectivo e baixo empenhamento que prevê uma variedade de estados de humor, nomeadamente: raiva, desprezo, desgosto, culpa, medo e nervosismo. Pelo contrário, um baixo afecto negativo traduz-se por um estado de calma e serenidade.

Ao reflectir sobre a afectividade é necessário pensar sobre as emoções. Estas são resposta do organismo a acontecimentos, ou seja, são como descargas do organismo em momentos de adaptação. De acordo com (Damásio, 2003, pp. 43-156), a maior parte das emoções podem ser observadas, já que elas se manifestam no corpo, segundo o autor, as emoções antecedem os sentimentos, que são privados, voltados para o interior do indivíduo, existindo três categorias de emoções: as emoções de fundo, as emoções primárias e as emoções sociais. As emoções de fundo, as mais difíceis de observar, podem ser reveladas através da velocidade de

movimentos ou no tom da voz e em expressões faciais. Classificadas como emoções primárias, surgem o medo, a zanga, o nojo, a surpresa, a tristeza e a felicidade, são as mais fáceis de definir e são identificadas por seres humanos em diferentes culturas. Definidas como emoções sociais estão a simpatia, a compaixão, o embaraço, a vergonha, a culpa, o orgulho, o ciúme, a inveja, a gratidão, a admiração, o espanto, a indignação e o desprezo.

Na opinião de Damásio (2003), os sentimentos são percepções do estado do corpo num processo complexo, são íntimos do indivíduo, e desenvolvem-se no cérebro, onde as percepções da forma de pensar sobre as emoções que se está a sentir também participam. Para este autor, os sentimentos de fundo, aqueles que resultam das emoções de fundo, são os que nos ajudam a definir o nosso estado mental e dão cor a nossa vida, sendo os seguintes: a energia, a fadiga, excitação, o bem-estar, tensão, relaxação, o entusiasmo, letargia; instabilidade, equilíbrio, harmonia e discórdia. Sendo a afectividade constituída por emoções, desejos e sentimentos, e estes últimos reveladores do estado de vida dentro do organismo (Damásio, A., 2008).

De acordo com (Kiecolt-Glaser, McGuire, Robbles, & Glaser, 2002, pp. 83-107) as emoções negativas podem intensificar uma série de ameaças à saúde principalmente na população idosa, podem contribuir para agravar doenças cardiovasculares, osteoporose, artrites, diabetes tipo 2, certos tipos de cancro e doença de Alzheimer, os autores sugerem que as relações pessoais que diminuem as emoções negativas têm impacto positivo sobre o sistema imunológico.

Os indivíduos solitários segundo o estudo realizado por (Check, P., Perlman, & Malamuth, 1985, pp. 243-252) manifestam mais hostilidade, um dos marcadores da escala da afectividade negativa.

Baseando-nos nestes pressupostos é importante estudar a relação da solidão com a afectividade e consequentemente com a saúde nos idosos.

1.7. Conceito de Saúde

A saúde é um bem precioso e todas as pessoas desejam ter saúde. No senso comum, o conceito de saúde é o de ausência de doença.

No entanto, saúde é um conceito que também envolve alguma subjectividade. Do ponto de vista de (Ribeiro J. L., 2005, pp. 85-90), este conceito depende de vários factores, tais como: o contexto histórico e cultural, social e individual, científico e filosófico em que é avaliada. Sendo que, de acordo com a (Organização Mundial da Saúde (O.M.S.), 1986), saúde não é apenas ausência de doença. Para conseguir um bem-estar geral, o indivíduo deve estar apto a identificar e realizar as suas aspirações, satisfazer as suas necessidades e, por outro lado, modificar e lidar com o meio que o envolve. Segundo esta organização para além das características dos indivíduos e dos seus comportamentos, o ambiente social, económico e físico são elementos fundamentais na determinação do estado de saúde, ou seja, as circunstâncias em que um indivíduo vive influenciam a sua qualidade de vida e saúde.

Na opinião de (Ribeiro, 2005), a saúde é um factor determinante para o desenvolvimento humano, desde da concepção até à morte e que influencia todo o seu ciclo de vida. Para este autor, a saúde é um recurso para a vida de todos os dias.

De acordo com (Pául & Fonseca, 2005), a auto-avaliação da saúde que cada um faz do seu estado de saúde, corresponde a uma avaliação subjectiva e complexa dos indicadores biológicos percebidos. Sendo que, os estímulos experienciados por cada um são interpretados em função das expectativas individuais e sociais.

A saúde é o estado de equilíbrio do organismo que resulta da adaptação constante da interacção deste com o meio que o envolve. Assim sendo, de acordo com este pressuposto, (Pául & Fonseca, 2005, p. 38), teorizam que o processo de envelhecimento requer uma adaptação baseada na compensação das perdas recorrendo a novas formas de pensar e a novas estratégias de resolução dos problemas, que tem como base a experiência individual de cada um, processo ao qual podemos chamar de resiliência.

Pois de acordo com (Cyrulnik, 2003), a resiliência é a arte de navegar nas tormentas da vida, ou seja, são as competências adquiridas ao longo da vida, que o sujeito utiliza para ultrapassar situações traumáticas.

Esta capacidade é segundo Cyrulnik, algo que se constrói ao longo da vida, que nos liga, sem cessar, ao meio em que vivemos.

Partilhando o mesmo espírito, para (Couvaneiro & Cabrera, 2009), todos os seres humanos usufruem, em condições normais, de recursos internos para darem respostas às situações adversas da vida, por mais difíceis que essas se apresentem. Estes recursos, segundo os autores, são inerentes à condição de ser resiliente, ou seja, é a capacidade de se adaptar às vicissitudes da vida, de se transformar para responder aos factos, ao meio físico ou social, de modo a se poder situar neles. Estas competências têm a ver com o apego a vida, à necessidade de viver em harmonia consigo mesmo e com a sociedade.

A resiliência tem a ver com a aprendizagem de viver o risco e de o ultrapassar de forma mais ajustada e positiva. De acordo com (Couvaneiro & Cabrera, 2009), a resiliência é afectada pela idade, sofre da influência do que o sujeito viveu, do seu processo de desenvolvimento, dos seus genes, do género, das condições neurobiológicas e do contexto em que se vive.

Em suma, para uma boa adaptação ao envelhecimento, o sujeito deverá ser resiliente. O idoso resiliente é aquele que desenvolveu capacidades adaptativas que promovem o equilíbrio entre os ganhos e as perdas inerentes ao envelhecimento, que estão ligadas a aceitação da sua nova condição e aos valores e interesses apreendidos ao longo da vida. No entanto, a saúde física e psíquica também está dependente dos apoios que o idoso recebe ou não recebe, das condições em que vive e onde vive (Oliveira, 2010, pp. 91-92).

A promoção do envelhecimento saudável tem como uma das suas principais vertentes a prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas idosas, sendo que a qualidade de vida, o bem-estar, a manutenção das qualidades mentais estão directamente relacionadas com a actividade social, o convívio e o sentir útil a sociedade.

De acordo com (Fernandes, L., 2012), Presidente da Associação Portuguesa de Gerontopsiquiatria (APG), a saúde mental do idoso, depende essencialmente da saúde, das condições socioeconómicas, da participação na sociedade, da existência ou não de redes de contactos e com o sentimento de solidão.

Na opinião de Fernandes (2012), é necessário diagnosticar prematuramente estas situações, uma vez, que em Portugal o suicídio em está a aumentar, sendo que, um quarto das pessoas que põem termo a vida têm mais de 60 anos.

1.8. Algumas directrizes existentes no combate a solidão

No contexto actual, existem várias directrizes jurídicas internacionais e nacionais que promovem a autonomia e a independência e ajudam a garantir a solidariedade inter-geracional evitando contextos de solidão na população idosa.

A nível nacional a constituição portuguesa (Coimbra, 2007), no seu Artigo 72,º declara que “as pessoas idosas têm direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal, e evitem e superem o isolamento ou marginalização social.

A nível internacional, os princípios das Nações Unidas a favor das pessoas idosas aprovados pela Assembleia Geral de 1991 defendem que as pessoas idosas devem usufruir dos cuidados e da protecção da família e da comunidade (Nações Unidas, 1992).

Porém, a sociedade sofreu alterações, devido a baixa taxa de natalidade, a participação da mulher no mercado de trabalho, a globalização e emigração, conforme antes se refere. Nesse sentido é necessário criar estratégias para responder adequadamente ao crescimento da população idosa (Pinto, et al., 2009). De acordo com estes autores, a habilidade está na solidariedade entre os pobres e os ricos, entre o sector privado e o público, mas sobretudo, entre os jovens e os idosos, ou seja deverá existir solidariedade inter-geracional.

Também neste sentido, a 14 de Setembro de 2011, o Parlamento Europeu e a comissão Europeia declararam, através da Decisão nº 940/2001/EU, o ano de 2012, como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as gerações (AEEASG).

No âmbito do Ano Europeu do envelhecimento ativo e da Solidariedade, várias actividades e iniciativas foram desenvolvidas, no

sentido de sensibilizar e informar a sociedade para o desafio do envelhecimento demográfico e a necessidade de assumir os compromissos daí resultantes, tendo como base os seguintes valores: A solidariedade, a Cooperação intra e inter gerações, a coesão social no combate à pobreza e à exclusão social.

O AEEASG teve como objectivo sensibilizar a sociedade para o valor do contributo das pessoas idosas e promover uma atitude positiva com os mais velhos.

No combate a solidão nos idosos, as actividades do AEEASG, alertaram a sociedade para a necessidade de medidas concretas que actuem no sentido de prevenir e diminuir a pobreza, a solidão, o esquecimento e a violência.

A título de exemplo da colaboração entre gerações é de referir o caso dos planos de co-habitação entre idosos e jovens universitários, em que os jovens em troca de acomodação oferecem companhia aos idosos e comprometem-se a ficar em casa à noite. Estes planos contribuem para o combate à solidão nos idosos e ajudam monetariamente os jovens (Pinto, et al., 2009).

Acrescenta-se que estas medidas de co-habitação já se encontram implementadas em cerca de 27 cidades em Espanha e nalgumas cidades de Portugal, como Porto e Coimbra.

Apesar de existirem alguns direitos consagrados na legislação defendendo a condição dos idosos nem todos são cumpridos nem respeitados, parecendo haver alguma falta de vontade política, na afectação dos recursos do estado, para concretizar o que a lei de um modo geral já prevê, muitos idosos e seus familiares não os conhecem, por esse motivo muitos deles não são exigidos, mas de acordo com o artigo 13º da Constituição Portuguesa, “Todos os cidadãos têm a mesma dignidade social e são iguais perante a lei”.

Talvez seja necessária mais divulgação dos direitos já implementados e que haja mais sensibilidade para uma sociedade mais justa, dignificando os idosos de hoje e assegurando a dignificação dos idosos do amanhã.

No entanto, é de salientar que apesar de tudo, muito já é feito e muito tem evoluído o apoio aos idosos no nosso país, Portugal está certamente à

frente de muitos países nesta área, tanto a nível do quadro jurídico como ao nível do que na prática se faz.

1.9. Objectivos

A literatura revista mostra existir uma forte ligação entre a solidão e a saúde, especialmente ao nível da saúde mental.

Para darmos seguimento ao nosso estudo que consistiu em saber a influência da solidão nos afectos e saúde marcamos os seguintes objectivos:

- 1 – Identificar a influência da solidão na afectividade positiva e negativa;
- 2 – Verificar a influência da solidão na saúde;
- 3 – Identificar a influência da solidão e da afectividade negativa na saúde;
- 4 – Propor medidas de intervenção junto da população idosa no sentido de minimizar o sentimento de solidão e as suas consequências.

1.10. Hipóteses

As hipóteses que serviram de orientação neste estudo, formuladas a partir de estudos anteriores, foram:

- a) Espera-se que a uma maior solidão corresponda um valor mais elevado de efectividade negativa;
- b) Espera-se que quanto mais solidão menor saúde.
- c) Espera-se que a solidão e a afectividade negativa contribuam para menor saúde;

Capítulo II

Metodologia

- 2.1. Participantes
- 2.2. Modelo de Investigação
- 2.3. Instrumentos
- 2.4. Questionário de dados Sociodemográficos
- 2.5. A Positive Affect and Negative Affect Scales (PANAS)
- 2.6. Escala da solidão (UCLA)
- 2.7. Questionário de avaliação de estados de saúde (SF-36v2)
- 2.8. Procedimento
- 2.9. Resultados
- 2.10. Discussão dos resultados
- 2.11. Conclusão

2.1. Participantes

Fizeram parte deste estudo 148 sujeitos, sendo 64 (43,2%) Homens e 84 (56,8%) Mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e 92 anos ($M = 73,21$; $DP = 7,720$), dos quais (90%; $N = 135$) não trabalha.

Os participantes deste estudo eram maioritariamente casados (53,4%; $N = 79$), seguidos dos viúvos (36,5%; $N = 54$), divorciados (6,1%; $N = 9$) e solteiros (4 %; $N = 6$).

No que concerne ao local de domicílio da amostra, a maioria vive com o cônjuge (50,7%; $N = 75$), seguidos dos sujeitos que vivem sozinhos (21,6%; $N = 32$), numa instituição (14,9%; $N = 22$), com familiares (10,8%; $N = 16$) e outros (1,4%; $N = 2$).

Relativamente ao grau de escolaridade, a maioria tem a 4^a classe (42,6%; $N = 63$), seguidos dos sujeitos com o ensino secundário (18,9%; $N = 28$), de 16,2% ($N = 24$) com o ciclo preparatório, de 10,8% (16) com ensino superior, 7,4% ($N = 11$) que apenas sabem ler e escrever e por último, apenas 4,1% ($N = 8$) são analfabetos (ver tabela 1).

Foi uma amostra não probabilística, recolhida por conveniência, com dois critérios de exclusão: ter mais de 65 anos e não apresentar défice cognitivo.

A amostra foi recolhida em três Instituições: Universidade da 3^a idade do Barreiro; Centro de Assistência à terceira idade de Coina e Arredores e na Associação Casapiana de Solidariedade, em Lisboa.

Pela dimensão da amostra e por não ser uma amostra aleatória não se considera representativa da população portuguesa.

2.2. Modelo de Investigação

A investigação utilizada foi uma abordagem transversal, pois os participantes foram apenas avaliados uma única vez e o método utilizado foi o correlacional, para analisar a relação entre a variável independente solidão e as variáveis dependentes afectividade e saúde.

2.3. Instrumentos

Para a realização desta investigação foi elaborado um protocolo constituído por um questionário de variáveis sociodemográficas, a escalas da *Positive Affect and Negative Affect Scales* (PANAS), escala da solidão da UCLA e o Questionário de estado de saúde (SF-36v2) que a seguir se apresentam:

2.4. Questionário de dados Sociodemográficos

Este questionário é constituído por itens tais como: idade, género, estado civil, grau de escolaridade, profissão, local de domiciliação e com quem vive.

2.5. A Positive Affect and Negative Affect Scales (PANAS)

A Positive Affect and Negative Affect Scales (PANAS); (Watson, Clark, & Tellegen, 1988), é uma medida constituída por 20 itens, cuja resposta é dada numa escala tipo likert de cinco pontos. Tem como objectivo avaliar o estado de ânimo e emoções, dividindo-se em duas escalas: a escala da afetividade negativa (AN) e a escala da afetividade positiva (AP), cada uma com 10 itens. A escala da afetividade positiva é constituída pelos seguintes termos marcadores dos afectos positivos: interessado, animado, forte, entusiasmado, orgulhoso, desperto, inspirado, determinado, atento e activo. A escala dos afectos negativos é composta pelos seguintes marcadores: aflito, perturbado, culpado, assustado, hostil, irritável, envergonhado, nervoso, trémulo e medroso. O valor total de cada escala varia entre 10 a 50, no sentido em que a escala que apresenta valores mais próximos de 50 é que determina o tipo de humor predominante.

Relativamente às qualidades psicométricas da PANAS, os estudos realizados demonstraram valores de consistência interna de alfa Cronbach num intervalo de 0,86 a 0,90 para AP e um intervalo de 0,84 a 0,87 para AN. Demonstraram também correlações baixas de $-0,12$ a $-0,23$ entre as duas escalas. O teste-reteste apresentou valores de 0,68 para AP e de 0,71 para AN. Foram observadas ainda correlações positivas para a AN em comparação

com a Hopkins Symptom Checklist (HSCL), o Beck Depression Inventory (BDI), e a State-Trait Anxiety Inventory State Anxiety Scale (A-STATE) e negativas para AP, nas mesmas comparações (Watson, Clark, & Tellegen, 1988).

2.6. Escala da solidão (UCLA)

A solidão foi avaliada pela escala da solidão UCLA, versão portuguesa, de autoria de Félix Neto. É uma escala composta por 18 itens, as respostas são dadas numa escala de tipo likert de quatro pontos, sendo que, 1 corresponde a “nunca”, 2 “raramente”, 3 “algumas vezes” e 4 corresponde “a muitas vezes”. Os itens 1, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 17, e, 18 são cotados de forma inversa. A pontuação é obtida através da soma dos 18 itens, podendo os resultados variar entre 18 e 72 pontos. Valores mais elevados traduzem solidão, enquanto, que pontuações mais baixas reflectem ausência de solidão.

No estudo de validação e adaptação da escala da solidão UCLA para a população portuguesa, concluiu-se que a escala possui consistência interna, já que para uma amostra de 286 sujeitos, foi obtido um coeficiente de alfa Cronbach de 0,87, o que demonstra uma excelente fidelidade. A validade da escala foi obtida através da correlação altamente significativa entre uma questão de auto-avaliação acerca da solidão e a nota global obtida para a solidão (Neto, Félix, 1989).

2.7. Questionário de avaliação de estados de saúde (SF-36v2)

O questionário de avaliação de estado de saúde SF-36v2, versão traduzida e validada para a população portuguesa, pelo centro de Estudos de Investigação em Saúde (1997).

Este questionário tem como objectivo avaliar o estado de saúde de populações e indivíduos com ou sem doença.

Segundo o estudo realizado (Severo, Santos, Lopes, & Barros, 2006), o questionário apresenta qualidades psicométricas, sendo a validade interna dada pelos valores de alfa de Cronbach de 0,82 e 0,87 respectivamente para as dimensões física e mental.

O questionário de estado de saúde (SF-36v2) contém 36 itens que se distribuem por oito dimensões: Funcionamento Físico (itens 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i, e 3j), Desempenho Físico (itens 4a, 4b, 4c, e 4d), Dor Corporal (itens 7 e 8), Saúde Geral (1, 11a, 11b, 11c, e 11d itens), Vitalidade (itens 9a, 9e, 9g, e 9i), Funcionamento Social (itens 6 e 10), Desempenho Emocional (itens 5a, 5b, e 5c), Saúde Mental (itens 9b, 9c, 9d, 9f, e 9h) e o item 2 de Transição de Saúde que não faz parte de nenhuma das escalas e a resposta da pessoa a este item informa acerca da percepção que a pessoa tem acerca da mudança da sua saúde em comparação tendo como referência o que acontecia há um ano atrás. As oito dimensões, por sua vez, associam-se em dois grandes componentes: Componente Físico (Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal e Percepção Geral de Saúde) e Componente Mental (Vitalidade, Saúde Mental, Funcionamento Social e Desempenho Emocional).

Os itens e dimensões do SF-36 são cotados de forma para que a nota mais elevada corresponda a uma melhor percepção do estado de saúde. A cotação dos itens do questionário implica: a) a recodificação dos itens 1, 6, 7, 8, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, e 11d. (Ribeiro, 2005, pp.85-91), sendo a recodificação inversa nos itens 6, 9a, 9d, 9e, 9h, 11b, e 11d e inversão e recalibração nos itens 1, 7 e o item 8 classificado tendo em conta a resposta no item 7 antes da sua recodificação de acordo com as seguintes tabelas.

Classificação do item 8 – se tiver respondido tanto ao item 7 como ao item 8.

Respostas a escolher	Se o valor do item 8 for	E o valor antes da codificação do item 7 for	Valor final do item 8
Absolutamente nada	1	1	6
Absolutamente nada	1	De 2 a 6	5
Pouco	2	De 1 a 6	4
Moderadamente	3	De 1 a 6	3
Bastante	4	De 1 a 6	2
Imenso	5	De 1 a 6	1

Fonte: O importante é a saúde (Ribeiro, 2005)

Classificação do item 8 – se não tiver respondido ao item 7

Respostas a escolher	Se o valor do item 8 for	Valor final do item 8
Absolutamente nada	1	6,0
Pouco	2	4,75
Moderadamente	3	3,5
Bastante	4	2,25
Imenso	5	1,0

Fonte: O importante é a saúde (Ribeiro, 2005)

As notas brutas de cada dimensão são obtidas somando os valores de cada item depois de transformados. Estes valores serão transformados em valores de zero a 100 através da seguinte fórmula:

Nota transformada = [(nota bruta da dimensão-valor mais baixo possível da dimensão) /Variação] x 100.

O valor encontrado pela fórmula, numa escala de 0 a 100, corresponde a percentagem da total. Sendo que a pontuações mais baixas corresponde um pior estado de saúde em relação a dimensão em análise.

2.8. Procedimento

Os protocolos de investigação foram recolhidos em três locais: Universidade da 3ª idade do Barreiro; Centro de Assistência à terceira idade de Coina e Arredores e na Associação Casapiana de Solidariedade, em Lisboa.

O contacto com a Universidade da Terceira Idade do Barreiro foi proporcionado por um aluno desta Instituição, o Senhor José Marques, que me apresentou a uma docente a qual se solicitou autorização para fazer a recolha de dados no início da sua aula.

No Centro de Assistência à terceira idade de Coina o contacto inicial foi feito presencialmente no Centro com uma entrevista com a Dra. Manuela, Assistente Social desta Instituição, que sugeriu que a autorização fosse solicitada por escrito à Direcção da Instituição. De acordo com a sugestão, a autorização para a recolha de dados, foi solicitado por escrito à D. Laurinda,

Directora do CATICA, conforme carta em anexo, sendo a resposta comunicada por telefone pela Dra. Manuela.

Na Associação Casapiana de Solidariedade em Lisboa, a autorização foi solicitada à Dra. Jocelina da Conceição, colega do curso de Gerontologia e Directora desta Instituição, que prontamente se disponibilizou para colaborar nesta investigação.

Antes do preenchimento de cada protocolo todos os participantes foram informados do objectivo do estudo, do seu anonimato e da confidencialidade dos dados, tal como também foi comunicado aos participantes que possuíam liberdade para participar ou não e que podiam desistir em qualquer momento. Cada protocolo demorou em média 30 minutos a ser preenchido, tendo o processo de recolha de dados decorrido entre Novembro de 2011 a Outubro de 2012.

Os dados foram introduzidos, tratados e analisados no programa estatístico SPSS (Statistical Package for Social Science – versão 20).

2.9. Resultados

Para testar a relação da solidão com a afectividade e a saúde recorreu-se a uma análise correlacional com recurso ao coeficiente de Pearson para realçar as correlações mais significativas. Os resultados encontrados indicam correlações significativas positivas e negativas entre a solidão e as duas dimensões da afectividade assim como com as várias dimensões da escala da saúde.

Para as correlações entre a solidão e as dimensões da afectividade verificamos o seguinte: em relação à solidão e a afectividade positiva existe uma correlação significativa mas negativa ($r(143) = -,515$; $p = ,000$), existindo uma correlação também significativa mas positiva ($r(143) = ,463$; $p = ,000$) entre a solidão e a afectividade negativa.

Quanto aos valores encontrados para a relação entre a solidão e as dimensões da escala de saúde, Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental, demonstram também correlações significativas de acordo com os seguintes valores:

Para o Funcionamento Físico o resultado encontrado é uma correlação negativa de ($r(146) = -,257$; $p = ,002$), para a dimensão Desempenho Físico o valor é também de sentido negativo de ($r(146) = -,323$; $p = ,000$); no que concerne a Dor Corporal regista-se de igual modo o sentido negativo com um valor de ($r(146) = -,231$; $p = ,005$); para a Saúde Geral encontrámos um valor também de sentido negativo de ($r(146) = -,316$; $p = ,000$); para a Vitalidade o valor apurado é uma correlação negativa de ($r(145) = -,270$; $p = ,001$); tendo-se obtido um resultado também de sentido negativo de ($r(145) = -,420$; $p = ,000$) para o Funcionamento Social; sendo também de sentido negativo para o Desempenho Emocional ($r(146) = -,340$; $p = ,000$) e por último para a Saúde Mental ($r(146) = -,464$; $p = ,000$), mantendo-se o mesmo sentido negativo.

Quanto à relação entre a solidão e a percepção que a pessoa tem acerca da mudança da sua saúde, em comparação tendo como referência o que acontecia há um ano atrás, encontrámos uma correlação significativa mas positiva de ($r(145) = ,164$; $p = ,047$).

Os resultados também apresentam correlações significativas e de sentido positivo entre a afectividade positiva e as várias dimensões da escala de saúde.

Em relação ao Funcionamento Físico o valor é de ($r(143) = ,381$; $p = ,000$), para o Desempenho Físico o valor encontrado é de ($r(143) = ,438$; $p = ,000$), observando-se para a dimensão de Dor Corporal a seguinte correlação ($r(143) = ,312$; $p = ,000$), em relação a Saúde Geral os valores indicam uma correlação de ($r(143) = ,327$; $p = ,000$), foi encontrado para a dimensão da Vitalidade a seguinte correlação ($r(142) = ,499$; $p = ,000$), no que concerne à dimensão do funcionamento Social o valor apurado é de ($r(142) = ,403$; $p = ,000$), podemos verificar uma correlação de ($r(143) = ,449$; $p = ,000$) para a dimensão de Desempenho Emocional e finalmente para Saúde Mental o valor é de ($r(143) = ,495$; $p = ,000$).

Quanto à relação da Afectividade Positiva com a percepção que a pessoa tem acerca da mudança da sua saúde, encontrámos uma correlação significativa mas negativa ($r(142) = -,392$; $p = ,000$).

No que concerne à Afectividade Negativa e a relação com as dimensões da escala de saúde as correlações encontradas são todas, significativas mas negativas distribuindo-se da seguinte forma:

Em relação ao Funcionamento Físico observa-se o valor de ($r(143) = -,522$; $p = ,000$), quanto ao Desempenho Físico apurou-se o valor de ($r(143) = -,557$; $p = ,000$), para a dimensão Dor Corporal o valor encontrado é de ($r(143) = -,464$; $p = ,000$), em relação à Saúde Geral a correlação é de ($r(143) = -,593$; $p = ,000$), para a dimensão Vitalidade encontrámos o valor de ($r(142) = -,586$; $p = ,000$), quanto ao Funcionamento Social o valor da correlação é de ($r(142) = -,537$; $p = ,000$), para a dimensão Desempenho Emocional encontrámos o valor de ($r(143) = -,596$; $p = ,000$) e finalizando o valor que encontrámos para a Saúde Mental é de ($r(143) = -,673$; $p = ,000$).

No que respeita à relação entre a afectividade negativa e a percepção que a pessoa tem acerca da mudança da sua saúde, em comparação tendo como referência o que acontecia há um ano atrás, encontrámos uma correlação significativa mas positiva de ($r(142) = ,268$; $p = ,001$) (ver tabela 2).

Para responder à necessidade de averiguar a importância da solidão para a compreensão das variações nas variáveis da afectividade e de saúde, foram criados grupos baseados nos valores de solidão. Um grupo corresponde a baixos valores de solidão (valores inferiores à mediana) e o outro corresponde a valores elevados de solidão (valores acima da mediana).

Para comparar estes grupos (baixa vs alta solidão), foram efectuados testes de comparações de médias para as dimensões da afectividade (positiva Vs. negativa) e saúde (Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental) com recurso ao teste t para amostras independentes. Os resultados indicam a existência de diferenças estatisticamente significativas para as dimensões afectividade positiva [$t(143) = 5,148$; $p = ,000$], afectividade negativa [$t(143) = -3,775$; $p = ,000$], desempenho físico [$t(146) = 2,864$; $p = ,005$], saúde geral [$t(146) = 2,738$; $p = ,007$], vitalidade [$t(145) = 2,267$; $p = ,025$], funcionamento social [$t(145) = 3,871$; $p = ,000$], desempenho emocional [$t(146) = 3,704$; $p = ,000$] e saúde mental [$t(146) = 4,140$; $p = ,000$]. No caso da dimensão afectividade negativa,

as diferenças estatisticamente significativas apontam no sentido dos sujeitos com valores de solidão superiores à mediana ($M = 20,33$; $DP = 8,03$) apresentarem valores mais elevados que aqueles que têm valores de solidão inferiores à mediana ($M = 16,15$; $DP = 4,99$). Em todos as restantes comparações onde foram identificadas diferenças estatisticamente significativas, o grupo com valores de solidão inferiores à mediana, apresentaram valores mais elevados (ver tabela 3).

2.10. Discussão dos resultados

Foi objectivo desta investigação verificar se existem diferenças significativas entre os indivíduos idosos com índices elevados de solidão e os indivíduos com baixos índices solidão e a avaliação que os sujeitos fazem de si próprios concretamente no que concerne aos seus afectos e saúde.

Numa primeira análise para compreender a relação entre a solidão e afectividade e a saúde recorreu-se ao estudo das correlações existentes entre estas variáveis.

Os dados indicam a existência de uma associação negativa entre a solidão e a afectividade positiva, indicando que à medida que a solidão aumenta a afectividade positiva diminui.

Em relação à solidão e afectividade negativa os resultados encontrados indicam que à medida que a solidão aumenta a afectividade negativa também se desenvolve no mesmo sentido. Estes resultados estão consistentes com o estudo de Check, Perlman & Malamuth, (1985), que concluiu que indivíduos solitários apresentam mais hostilidade, um sentimento característico da afectividade negativa.

Quanto aos resultados encontrados para a relação entre a solidão e as dimensões da escala de saúde, Funcionamento Físico, Desempenho Físico, Dor Corporal, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental, os resultados demonstram também que à medida que a solidão aumenta a avaliação que os sujeitos fazem da sua saúde é relatada de forma inversa, estes resultados corroboram o estudo feito por Teixeira (2010), cujos resultados demonstraram existir correlação positiva

entre a solidão e a depressão e correlação negativa entre a solidão e a qualidade de vida.

Da análise dos resultados obtidos, verificou-se existir uma associação no mesmo sentido entre a afectividade positiva e a saúde e uma associação de sentido contrário entre a afectividade negativa e a saúde, resultados que vão no sentido da opinião de Kiecolt-Glaser, McGuire, Robbles, & Glaser, (2002) de que as emoções negativas podem intensificar uma série de ameaças à saúde principalmente na população idosa, pelo que se poderá confirmar a hipótese, de que a solidão e a afectividade negativa contribuem para uma menor saúde.

É de realçar que o valor da correlação entre a solidão e o relato da saúde mental é bastante significativo, constatando-se que estas variáveis estão inversamente relacionadas, ou seja, quando a solidão aumenta a saúde mental diminui. Estes dados estão de acordo com a opinião de Vala & Monteiro (2000), que defendem que os sujeitos têm necessidade de viver em sociedade, que na ausência de redes sociais de suporte verificam-se desequilíbrios que podem gerar diferentes psicopatologias, estando também de acordo, com os estudos de Durkheim (1897), que concluíram que a solidão poderá potencializar o suicídio.

Neste estudo foi esperado que a uma maior solidão correspondesse um valor mais elevado de efectividade negativa e como segunda hipótese que os indivíduos com mais solidão relatassem menor saúde. Constatou-se através dos resultados obtidos que o grupo dos indivíduos com índice mais baixo de solidão relataram mais Afectividade Positiva, menos Afectividade Negativa e descreveram um melhor estado geral de saúde, concretamente no Desempenho Físico, Saúde Geral, Vitalidade, Funcionamento Social, Desempenho Emocional e Saúde Mental, comparativamente com o grupo com solidão mais elevada, que relataram mais afectividade negativa e relataram pior saúde.

No que concerne à saúde os resultados obtidos vão no sentido de vários estudos (Berkman & Syme, 1979; Hawkey, Masi, Berry, & Cacioppo, 2006; Wilson, et al., 2007; Cacioppo & Patrick, 2008) que concluíram existir uma associação negativa entre a solidão e a saúde.

Assim, da análise dos resultados obtidos, confirmaram-se as hipóteses inicialmente colocadas

Na hipótese 1, que se esperava que a uma maior solidão correspondesse um valor mais elevado de efectividade negativa, os dados indicaram existir uma influência negativa da solidão na afectividade, uma vez que demonstraram que a solidão aumenta a afectividade negativa e diminui a afectividade positiva.

Na hipótese 2, que se esperava que quanto mais solidão menor saúde os resultados confirmaram esta hipótese, pois indicaram existir correlações negativa significativas entre a solidão e as várias escalas da saúde. O mesmo foi verificado entre a comparação dos dois grupos. O grupo dos indivíduos abaixo do valor da mediana para a solidão, indicou melhores pontuações nas várias escalas da saúde em relação aos elementos do grupo acima dos valores da mediana da solidão.

Na hipótese 3, que se esperava que a solidão e a afectividade negativa contribuíssem para menor saúde, também os resultados afirmaram esta hipótese, pois verificou-se existir correlações negativas significativas entre a afectividade negativa e as várias escalas da saúde. Os resultados demonstraram existir uma relação entre a solidão e afectividade negativa e que ambas variáveis influenciam negativamente a saúde.

2.11. Conclusão

Atendendo à complexidade do sentimento de solidão e sendo esta um problema psicossocial é necessário conhecer melhor as suas causas e consequências tendo em vista a sua prevenção o que procuramos realizar com este estudo.

O objectivo desta dissertação foi avaliar a influência da solidão nos afectos e na saúde em geral.

Quando a solidão é motivada pelo isolamento social, podemos adiantar, que a intervenção deverá ser a múltiplos níveis: económico, social, cultural e educacional. Apenas actuando em simultâneo sobre a família e o indivíduo, se poderá procurar identificar e resolver causas de isolamento e solidão.

Ao nível cultural e educacional será necessário alterar as mentalidades em relação aos idosos e ao envelhecimento, tanto para aceitação dos idosos e

suas inquietudes, mas também como uma preparação individual para o processo de envelhecimento.

A nível económico e social será necessário promover mais acções de solidariedade e de cooperação intra e inter gerações, proporcionando a coesão social no combate à pobreza e à exclusão social que decerto contribuirá para atenuar o sentimento de solidão.

A nível do foro psicológico, e numa perspectiva de prevenção primária, a forma de intervenção será a de ensinar estratégias que ajudem a prevenir o sofrimento avassalador que é a solidão, trabalhando as expectativas dos indivíduos em relação as suas relações sociais e a realidade, pois quanto maior é a sua discrepância maior é o sofrimento.

Numa perspectiva de intervenção secundária mais centrada no individuo, trabalhar a aceitação das perdas, inerentes ao envelhecimento e aos acontecimentos de vida, que levam muitas vezes a sentimentos de solidão.

Constatou-se pois que a solidão contribui para um aumento da afectividade negativa e que a mesma pode ter efeitos nefastos para a saúde, contribuindo para as doenças crónicas debilitantes. Os problemas de saúde que afectam os idosos, afastam os ainda mais do convívio social fazendo-os perder a autonomia tornando-os dependentes. As consequências sócio económicas são gravosas pelo acréscimo de custos pessoais, sociais e económicos desta situação. As famílias que por factores da conjuntura económica e social se vêm impedidos de prestar os cuidados que esta fase da vida requer, encontram-se a braços com as dificuldades que decorrem da falta de apoio social e dos crescentes problemas de natureza económica. Os idosos ao perceberem que constituem um “fardo” para as famílias acentuam sentimentos de negatividade, isolamento, de sem sentido. Diminuem a sua auto-estima o que os leva a desejarem o fim ou mesmo em alguns casos, a tentarem o suicídio. Por seu lado, as famílias, menos sensíveis ou então impotentes para resolverem esta situação aumentam os sentimentos de culpa. Acresce a este facto a circunstância de cada vez mais se assistir a uma sociedade individualista em que os valores da família têm vindo a sofrer alterações. Em alguns casos mesmo, à quebra de compromisso. Resta, em muitos casos, a institucionalização que se não desejada ou deficitária,

contribui para um maior isolamento, perda de laços e agravamento do estado de saúde. O que se poderia designar por “morte lenta” ou “corredor da morte”.

Apesar de, no geral, os resultados obtidos confirmarem a hipótese do estudo, foram encontradas algumas limitações, nomeadamente, o facto de a amostra ter sido restrita a três localidades e a três Instituições, a dimensão da amostra deveria ser mais ampla e recolhida em vários locais para poder englobar participantes de outros estratos sociais.

Outro factor que poderá ter influenciado os dados foi o facto de alguns questionários terem sido preenchidos com a ajuda da investigadora, pela complexidade dos conceitos, o que poderá ter influenciado algumas respostas devido ao fenómeno da desejabilidade social.

Tendo em consideração os resultados obtidos sugere-se que em estudos futuros se efectuem estudos longitudinais e com amostras mais representativas.

Em relação metodologia, propõe-se como complemento da estatística quantitativa utilizada neste estudo, também uma abordagem qualitativa apoiada em histórias de vida de idosos, para conhecermos como lidam com a solidão e qual a sua percepção da influência deste sentimento nos seus afectos e saúde.

BIBLIOGRAFIA

- Base de Dados de Portugal Contemporâneo (Pordata)*. (22 de Julho de 2012).
Obtido em 8 de Agosto de 2012, de Portada:
[http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento- 526](http://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526).
- Almeida, L. B. (2006). *A idade não perdoa? O idoso à luz da neurologia gerontológica* (1ª ed.). Lisboa: Gradiva-Publicações, Lda.
- Berkaman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alamada county residents. *American Journal of Epidemiology*, 109, 186-204.
- Cacioppo, J., & Patrick, W. (2008). *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. New York: Norton.
- Check, P., J. V., Perlman, D., & Malamuth, N. M. (1985). Loneliness and Aggressive Behaviour. *Journal of social and Personal relationships*, , Vol 2 (3), 243-252.
- Coimbra. (2007). *Constituição da República Portuguesa*. Coimbra: Almedina.
- Correia, P. S. (20 de Abril de 2007). *Velhos são os trapos: Mito ou realidade*.
Obtido em 11 de Março de 2012, de O Portal dos Psicólogos:
<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0340.pdf>
- Couvaneiro, C. S., & Cabrera, J. P. (2009). *Este Tempo de Ser: Concepções de Espaço e Tempo para um Envelhecimento Positivo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Crespo, J. (2002). Psicopatología de la Afectividad. In J. V. Ruiloba, *Introducción a la psicopatología y a la psiquiatría* (5ª ed., pp. 219-235). Barcelona: Masson, S.A.
- Cyrułnik, B. (2003). *A Resiliência. Essa Inaudita Capacidade de Construção Humana*. (A. Rabaça, Trad.) Lisboa: Piaget.
- Damásio, A. (2003). *Ao Encontro de Espinosa: As emoções Sociais e a Neurologia do Sentir*. Mem Martins: Publicações Europa-America.
- Damásio, A. (2008). *O Sentimento de Si: O Corpo, a Emoção e a Neurobiologia da Consciência* (16ª ed.). Mem Martins: Europa-America.
- Durkheim, É. (1897). *O suicídio, Tradução Portuguesa de Le Suicide de E. Durkheim* (1982, 3ª ed.). Lisboa: Editorial.

- Fernandes, L. (31 de Maio de 2012). Estará Portugal preparado para o crescente envelhecimento da população. *Faxinforme*, 2-3. Obtido de Suplemento Especial.
- Figueiredo, D. (15 de Novembro de 2009). http://www.revistaperitia.org/wp-content/uploads/2010/04/2.-Gui%C3%A3o-de-Entrevista_Dra.-Daniela-Figueiredo.pdf. Oliveira do Bairro.
- Fonseca, A. (1997). *Psiquiatria e Psicopatologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Fonseca, A. M. (2005). *Desenvolvimento humano e envelhecimento* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do Envelhecimento* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Freitas. (2011). *Solidão em Idosos - Percepção em Função da Rede Social*. Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Hansenn, M. (2004). *Psicologia da Personalidade* (1ª ed.). Lisboa: Climepsi.
- Hawkley, L. C., Masi, C. M., Berry, J. D., & Cacioppo, J. T. (2006). Loneliness Is a Unique Predictor of Age-Related Differences in Systolic Blood Pressure. *Psychology and Aging*, Vol. 21, No. 1,, 152-164.
- INE. (3 de Fevereiro de 2012). *Censos 2011 – Resultados Pré-definitivos*. Obtido em 8 de Agosto de 2012, de Destaque: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=134582847&DESTAQUESmodo=2
- INE. (7 de Dezembro de 2012). *Instituto Nacional de Estatística*. Obtido em 8 de Julho de 2012, de Censos 2011: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_a_presentacao
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (19 de Março de 2009). *Projecções de população residente em Portugal 2008-2060*. Obtido em 8 de Julho de 2012, de Destaque: http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=65573359&DESTAQUESmodo=2
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robbles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, Mortbilidity, and Mortality: New Perspectives from Psychoneuroimmunology. *Annual Reviews. All rights reserved*, 83-107.

- Leal, I. M. (2010). *Uma Nova Casa - Processo de adaptação e expectativas dos idosos*. Almada: Instituto Piaget.
- Lipovetsky, G. (1983). *A Era do Vazio. Ensaio sobre o individualismo contemporâneo*. (M. S. Pereira, & A. L. Faria, Trans.) Lisboa: Relógio d' Água Editores.
- Marinoff, L. (2003). *Mais Platão menos Prozac* (4ª Ed. ed.). Lisboa: Editorial Presença.
- May, R. (1996). *O Homem à procura de si mesmo*. (23ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Nações Unidas. (1992). *Direitos Humanos e pessoas idosas*. Obtido em 15 de Agosto de 2012, de http://www.unric.org/html/portuguese/ecosoc/ageing/D_H_Pessoas_Idosas.pdf.
- Neto, F., & Barros, J. (2001). *Estudos Interdisciplinares sobre o envelhecimento* (Vol. v.3). Porto Alegre.
- Neto, Félix. (1989). A escala da solidão UCLA: adaptação portuguesa. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
- Observatório da emigração. (27 de Junho de 2012). *Observatório da emigração*. Obtido em 27 de Agosto de 2012, de <http://www.observatorioemigracao.secomunidades.pt/np4/3124.html>
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do Envelhecimento e do Idoso* (4ª ed. ed.). Porto: Lipsic.
- Organização Mundial da Saúde (O.M.S.). (1986). Carta de Otawa para a promoção da Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Pais, J. M. (2006). *Nos rastros da solidão* (2ª ed.). Porto: Ambar.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2001). *O Mundo da Criança* (8ª ed.). Lisboa: McGraw-Hill.
- Pául, C., & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Pedrozo, S. K., & Portela, M. R. (Julho/Dezembro de 2003). Solidão na velhice: Algumas reflexões a partir da compreensão de um grupo de idosos. (E. d. Pública/RS, Ed.) *Boletim de Saúde*, 2(Saúde da Família), pp. 172-182.

- Pinto, T. A., Hatton-Yeo, A., Iris, M., Waser, M., Limacher, A., Duaigües, M., . . . Schmolling, J. (2009). *Guia de ideias para planear projectos Intergeracionais - Juntos ontem, hoje e amanhã*. Portugal: Teresa Almeida Pinto - Associação Valorização Intergeracional e Desenvolvimento Activo, Portugal.
- Portal da Saúde. (15 de Agosto de 2008). *Portal da Saúde Pública*. Obtido de Análise Demográfica e Sanitária - Alguns Indicadores e Conceitos Elementares: <http://www.saudepublica.web.pt/02->
- Quaresma, M. L., Fernandes, A. A., Calado, D. F., & Pereira, M. (2004). *O Sentido das Idades da Vida, Interrogar a solidão e a dependência*. Lisboa: CESDET.
- Ribeiro. (2005). *O importante é a saúde*. Merck Sharp & Dohme.
- Ribeiro, J. L. (2005). Saúde. In J. L. Ribeiro, *Psicologia da saúde* (pp. 28-30). Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, Ó., & Paúl, C. (2011). *Envelhecimento Activo. Manual de Envelhecimento Activo*. Lisboa-Porto: Lide 1: Edições Técnicas.
- Santos. (2010). *Desemprego e Trajectos de Exclusão Social: Um Estágio no âmbito do Mestrado de Sociologia, na área específica de Políticas Públicas e Desigualdades sociais*. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- Severo, M., Santos, A. C., Lopes, C., & Barros, H. (2006). Fiabilidade e validade dos conceitos teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do MOS SF-36. *Acta Médica*, 19, 281-288.
- Stuart-Hamilton, I. (2002). *A Psicologia do Envelhecimento: uma introdução* (3ª ed.). (M. A. Veronese, Trad.) Porto Alegre RS: Artmed.
- Teixeira, L. M. (2010). *Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação de um programa de intervenção*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Psicologia.
- Tiberghien, G. (2007). *Dicionário das Ciências Cognitivas*. Coimbra: Edições 70.
- Ussel, J. (2001). *La soledade en las personas mayores: Influencias Personales, Familiares y Sociales*. (1ª Edição ed.). Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Vala, J., & Monteiro, M. B. (2000). *Psicologia Social* (4ª ed.). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Watson, D., Clark, L., & Tellegen, A. (1988). Development and Validation of Brief Measures of Positive and Negative Affect: The PANAS Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (6), 1063-1070.

Wilson, R. S., Krueger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Barnes, L. L., . . . Bennett, D. A. (2007). Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Arch Gen Psychiatry*, 64, 234-240.

Wirth, L. (1938). Urbanismo as a way of life. *American Journal of Sociology*, 1-24.

ANEXOS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

Tabela 2 - Correlações entre a solidão e as
dimensões da escala da afetividade e escala da saúde

Tabela 3 - Teste t de diferença de médias entre os grupos da variável solidão
para as dimensões da escala de Afetividade e Saúde

Anexo1 – Carta de consentimento

Anexo 2 – Protocolo

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica da amostra

		N	%
Género	Masculino	64	43,2
	Feminino	84	56,8
Estado Civil	Solteiro	6	4
	Casado	79	53,4
	Divorciado/União de facto	9	6,1
	Viúvo	54	36,5
Domicílio	Instituição	22	14,9
	Esposo/a	75	50,7
	Filho/Irmãos/Outros familiares	16	10,8
	Sozinho/a	32	21,6
	Amigo/a	2	1,4
Escolaridade	Analfabeto	8	4,1
	Sabe ler e escrever	11	7,4
	4ª Classe	63	42,6
	Ciclo Preparatório	24	16,2
	Ensino Secundário	28	18,9
	Ensino Superior	16	10,8
Trabalho	Não	135	91,2
	Director, Licenciado, Militar alta patente	1	0,7
	Chefe de secção, Subdirector, Perito	2	1,4
	Ajud. Técnico, Caixeiro, Técn. Comercial	2	1,4
	Operário Especializado, Polícia, Motorista	1	0,7
	Operário não especializado, Jornaleiro	2	1,4
	Domestica, Desempregado, Estudante	1	0,7

Tabela 2 - *Correlações entre a solidão e as dimensões da escala da afetividade e escala da saúde*

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
(1) Solidão	---	-,515**	,463**	-,257**	-,323**	-,231**	-,316**	-,270**	-,420**	-,340**	-,464**	,164*
(2) Afetividade Positiva		---	-,409**	,381**	,438**	,312**	,327**	,499**	,403**	,449**	,495**	-,392**
(3) Afetividade negativa			---	-,522**	-,557**	-,464**	-,593**	-,586**	-,537**	-,596**	-,673**	,268**
(4) Funcionamento Físico				---	,729**	,542**	,568**	,663**	,554**	,676**	,439**	-,382**
(5) Desempenho Físico					---	,544**	,607**	,665**	,563**	,868**	,538**	-,399**
(6) Dor Corporal						---	,583**	,591**	,527**	,546**	,417**	-,378**
(7) Saúde Geral							---	,643**	,568**	,606**	,626**	-,389**
(8) Vitalidade								---	,505**	,653**	,544**	-,335**
(9) Funcionamento Social									---	,608**	,618**	-,339**
(10) Desempenho Emocional										---	,571**	-,378**
(11) Saúde Mental											---	-,357**
(12) Transição na Saúde												---

* $p < ,05$; ** $p < ,01$

Tabela 3

Teste t de diferença de médias entre os grupos da variável solidão para as dimensões da escala de Afectividade e Saúde

	Valores de solidão inferiores à mediana		Valores de solidão superiores à mediana		
	N = 74		N = 74		
	M	DP	M	DP	t
Afectividade Positiva	31,7778	6,39591	26,2055	6,61009	5,158**
Afectividade negativa	16,1507	4,98518	20,3333	8,02637	-3,775**
Saúde: Funcionamento Físico	23,2703	5,76075	21,5405	6,45997	1,719
Saúde: Desempenho Físico	14,8784	4,59289	12,6486	4,87496	2,864**
Saúde: Dor Corporal	7,9000	2,57288	7,2014	2,32252	1,734
Saúde: Saúde Geral	15,8081	3,56274	14,1189	3,93243	2,738**
Saúde: Vitalidade	13,2703	3,44545	11,9726	3,49592	2,267*
Saúde: Funcionamento Social	8,5405	1,63178	7,3151	2,17228	3,871**
Saúde: Desempenho Emocional	12,0000	3,36379	9,8514	3,68515	3,704**
Saúde: Saúde Mental	18,8919	4,05972	15,8649	4,80389	4,140**
Saúde: Transição na Saúde	3,1233	,70603	3,2027	,90629	-,592

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

Anexo1 – Carta de consentimento



D. Laurinda
Directora do CATICA – Centro de Assistência à
Terceira Idade de Coima e Arredores

Lisboa 10 de Julho de 2012

Exma. Senhora

Sou aluna da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa e estou a trabalhar num projecto de investigação com o intuito de concluir o grau mestre, em Gerontologia Social e o tema escolhido para a investigação é,

“A INFLUÊNCIA DA SOLIDÃO NA AFETIVIDADE E SAÚDE NA VELHICE”

Esta investigação visa correlacionar a influência da solidão na afetividade e na saúde na velhice.

Este projecto é supervisionado pela Professora Doutora Maria da Conceição Couvaneiro, docente na Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias de Lisboa.

Como se trata de um projecto quantitativo será necessário efectuar a recolha de uma amostra com a aplicação de três questionários de fácil compreensão e execução com o tempo de aplicação aproximadamente 30 minutos.

Todas as informações obtidas são estritamente confidenciais e o seu resultado será codificado.

A participação é voluntária, pelo que o participante poderá interrompê-la a qualquer momento.

Dado ao exposto, solicito a V. Exa., autorização para que alguns dos utentes da Instituição participem neste estudo.

Antecipadamente grata pela atenção dispensada, apresento os melhores Cumprimentos

Por favor, qualquer dúvida não hesite em contactar pelo telemóvel 966667653 ou email mcl.figueiredo@sapo.pt

Anexo 2 – Protocolo

No âmbito da Unidade Curricular de Dissertação do Curso de Gerontologia Social da Universidade Lusófona, estamos a elaborar um estudo com o objectivo de avaliar a relação entre a solidão e a saúde.

Todos os dados obtidos são anónimos e confidenciais. É livre de participar bem como de desistir em qualquer momento.

Não existem respostas certas ou erradas, por isso escolha a resposta que melhor se adequar a si.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

Dados Pessoais

Sexo: ☐ Masculino ☐ Feminino

Idade: _____ anos

Estado Civil: ☐ Solteiro
☐ Casado/União de Facto
☐ Divorciado
☐ Viúvo

Grau de escolaridade: ☐ Analfabeto
☐ Sabe ler e escrever
☐ 4ª Classe
☐ Ciclo Preparatório
☐ Secundário
☐ Ensino Superior

Trabalha: ☐ Não ☐ Sim. Se sim qual a profissão: _____

Local de domiciliação: ☐ Em casa
☐ Instituição Com quem vive: _____

PANAS - D. Watson, L. A. Clark, & A.
Tollegen, 1988

Versão: A. Baptista, 1999

Durante as últimas semanas até que ponto sentiu os seguintes sentimentos ou emoções.

Utilize a seguinte escala:

1	2	3	4	5
Nada ou muito ligeiramente	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente
1. Interessado.....				11. Irritável.....
2. Aflito.....				12. Desperto.....
3. Animado.....				13. Envergonhado.....
4. Perturbado.....				14. Inspirado.....
5. Forte.....				15. Nervoso.....
6. Culpado.....				16. Determinado.....
7. Assustado.....				17. Atento.....
8. Hostil.....				18. Trémulo.....
9. Entusiasmado.....				19. Activo.....
10. Orgulhoso.....				20. Medroso.....

Escala de Solidão da UCLA
(Neto, F. 1989b)

Indique quantas vezes se sente da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações.
Coloque um círculo à volta de um número para cada delas

	NUNCA	RARAMENTE	ALGUMAS VEZES	MUITAS VEZES
1. Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta.*	1	2	3	4
2. Sinto falta de camaradagem.	1	2	3	4
3. Não há ninguém a quem possa recorrer.	1	2	3	4
4. Sinto que faço parte de um grupo de amigos. *	1	2	3	4
5. Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.*	1	2	3	4
6. Já não sinto mais intimidade com ninguém	1	2	3	4
7. Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4
8. Sou uma pessoa voltada para fora. *	1	2	3	4
9. Há pessoas a quem me sinto chegado. *	1	2	3	4
10. Sinto-me excluído.	1	2	3	4
11. Ninguém me conhece realmente bem	1	2	3	4
12. Sinto-me isolado dos outros	1	2	3	4
13. Consigo encontrar camaradagem quando quero.*	1	2	3	4
14. Há pessoas que me compreendem realmente. *	1	2	3	4
15. Sou infeliz por ser tão retraído	1	2	3	4
16. As pessoas estão à minha volta mas não estão comigo.	1	2	3	4
17. Há pessoas com quem consigo falar. *	1	2	3	4
18. Há pessoas a quem posso recorrer. *	1	2	3	4

Questionário de estado de saúde (SF-36v2)

INSTRUÇÕES: As questões que se seguem pedem-lhe opinião sobre a sua saúde, a forma como se sente e sobre a sua capacidade de desempenhar as actividades habituais.

Pedimos que leia com atenção cada pergunta e que responda o mais honestamente possível. Se não tiver a certeza sobre a resposta a dar, dê-nos a que achar mais apropriada e, se quiser, escreva um comentário a seguir à pergunta.

Para as perguntas 1 e 2, por favor, coloque um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

1. Em geral, diria que a sua saúde é:				
Ótima	Muito boa	Boa	Razoável	Fraca
1	2	3	4	5

2. Comparando com o que acontecia há um ano, como descreve o seu estado geral actual:				
Muito melhor	Com algumas melhoras	Aproximadamente igual	Um pouco pior	Muito pior
1	2	3	4	5

3. As perguntas que se seguem são sobre actividades que executa no seu dia a dia. Será que a sua saúde o/a limita nestas actividades? Se sim, quanto? (Por favor, assinale com um círculo um número em cada linha)			
	Sim, muito limitado/a	Sim, um pouco limitado/a	Não, nada limitado/a
a) Actividades violentas, tais como correr, levantar pesos, participar em desportos extenuantes	1	2	3
b) Actividades moderadas, tais como deslocar uma mesa ou aspirar a casa	1	2	3
c) Levantar ou pegar nas compras de mercearia	1	2	3
d) Subir vários lanços de escada	1	2	3
e) Subir um lanço de escadas	1	2	3
f) Inclinar-se, ajoelhar-se ou baixar-se	1	2	3
g) Andar mais de 1 km	1	2	3
h) Andar várias centenas de metros	1	2	3
i) Andar uma centena de metros	1	2	3
j) Tomar banho ou vestir-se sozinho/a	1	2	3

4. Durante as últimas quatro semanas teve, no seu trabalho ou actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir como consequência do seu estado de saúde físico?					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Sentiu-se limitado/a no tipo de trabalho ou outras actividades	1	2	3	4	5
d) Teve dificuldade em executar o seu trabalho ou outras actividades (por exemplo, foi preciso mais esforço)	1	2	3	4	5

5. Durante as últimas quatro semanas teve, com o seu trabalho ou com as suas actividades diárias, algum dos problemas apresentados a seguir devido a quaisquer problemas emocionais (tal como sentir-se deprimido/a ou ansioso/a)?					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Diminuiu o tempo gasto a trabalhar ou noutras actividades	1	2	3	4	5
b) Fez menos do que queria?	1	2	3	4	5
c) Executou o seu trabalho ou outras actividades menos cuidadosamente do que era costume	1	2	3	4	5

Para cada uma das perguntas 6, 7 e 8, por favor, ponha um círculo no número que melhor descreve a sua saúde.

6. Durante as últimas quatro semanas, em que medida é que a sua saúde física ou problemas emocionais interferiram no seu relacionamento social normal com a família, amigos, vizinhos ou outras pessoas?					
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso	
1	2	3	4	5	

7. Durante as últimas quatro semanas teve dores?					
Nenhumas	Muito fracas	Ligeiras	Moderadas	Fortes	Muito fortes
1	2	3	4	5	6

8. Durante as últimas quatro semanas, de que forma é que a dor interferiu com o seu trabalho normal (tanto o trabalho fora de casa como o trabalho doméstico)?				
Absolutamente nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Imenso
1	2	3	4	5

9. As perguntas que se seguem pretendem avaliar a forma como se sentiu e como lhe correram as coisas nas últimas quatro semanas.					
Para cada pergunta, coloque, por favor, um círculo à volta do número que melhor descreve a forma como se sentiu.					
Certifique-se de que coloca um círculo em cada linha.					
Quanto tempo, nas últimas quatro semanas...	Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
a) Se sentiu cheio/a de vitalidade?	1	2	3	4	5
b) Se sentiu muito nervoso/a?	1	2	3	4	5
c) Se sentiu tão deprimido/a que nada o/a animava?	1	2	3	4	5
d) Se sentiu calmo/a e tranquilo/a?	1	2	3	4	5
e) Se sentiu com muita energia?	1	2	3	4	5
f) Se sentiu deprimido/a?	1	2	3	4	5
g) Se sentiu estafado/a?	1	2	3	4	5
h) Se sentiu feliz?	1	2	3	4	5
i) Se sentiu cansado/a?	1	2	3	4	5

10. Durante as últimas quatro semanas, até que ponto é que a sua saúde física ou problemas emocionais limitaram a sua actividade social (tal como visitar amigos ou familiares próximos)?

Sempre	A maior parte do tempo	Algum tempo	Pouco tempo	Nunca
1	2	3	4	5

11. Por favor, diga em que medida são verdadeiras ou falsas as seguintes afirmações. Ponha um círculo para cada linha.

	Absolutamente Verdade	Verdade	Não	Falso	Absolutamente falso
a) Parece que adoço mais facilmente do que os outros	1	2	3	4	5
b) Sou tão saudável como qualquer outra pessoa	1	2	3	4	5
c) Estou convencido/a de que a minha saúde vai piorar	1	2	3	4	5
d) A minha saúde é óptima	1	2	3	4	5

MUITO OBRIGADO

Data: _____

Código: _____