



**Escola Superior  
de Educação**

Politécnico de Coimbra

# A importância das visitas no combate à solidão nos idosos institucionalizados

Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social (ESEC)

Mestrado em Gerontologia Social

2022, Beatriz Garcia Clemente



**Escola Superior  
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Beatriz Garcia Clemente

A importância das visitas no combate à solidão nos idosos institucionalizados

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social apresentada ao Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Prof. Doutora Filipa Daniela Correia Marques

Arguente: Prof. Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva

Orientador: Prof. Doutora Filipa Maria de Paula Coelho C. Canvarro de Morais Gouvêa de Almeida

Junho, 2022

## **Agradecimentos**

Aqui quero agradecer a todos os que foram importantes neste percurso, agradecer a todos os que de alguma forma contribuíram para este resultado.

À minha orientadora, Professora Doutora Alda Matos estou agradecida por todo o apoio prestado neste conturbado percurso de muitos obstáculos e desafios e que sempre se mostrou disponível para me auxiliar, esclarecer dúvidas e ajudar este projeto a crescer.

Estou também imensamente grata à Professora Doutora Filipa Morais, que não tive oportunidade de conhecer presencialmente, mas que sem ela os resultados estatísticos não tinham sido possíveis de alcançar. Agradecida pela imensa paciência que teve para comigo de me ajudar a navegar pelo temido SPSS.

Não poderia deixar de agradecer a todos da instituição. Ao Diretor da Instituição, por todo o apoio não só neste projeto académico, mas no meu percurso profissional também. Agradecer a todos os idosos por todos os momentos que me permitiram vivenciar, aprender e crescer enquanto pessoa. Agradecida a todos os que se disponibilizaram a participar neste estudo, importante no meu percurso académico.

À minha família, ao meu pai Joaquim e à minha mãe Sandra, quero deixar os maiores agradecimentos por me encorajarem nos momentos mais difíceis, darem apoio ao longo deste percurso pessoal e académico cheio de desafios, aventuras e obstáculos que pareciam não ter fim, mas que foram ultrapassados.

Não poderia deixar de agradecer àquele que me deu forças e motivou diariamente, perante as dúvidas e incertezas constantes. Agradecer todo o apoio que deu e continua a dar para vencer os desafios que a vida impõe. Agradecer ao meu companheiro Daniel por toda a paciência e apoio para comigo.

Fica o agradecimento a todos, pela ajuda, paciência e tempo disponibilizado para que este projeto saísse do papel e chegasse ao seu fim. Agradecida.

### **A importância das visitas no combate à solidão nos idosos institucionalizados**

O envelhecimento é um desafio com o qual as sociedades se têm debatido e a sociedade portuguesa não é exceção. Quando o idoso já não consegue dar resposta aos seus cuidados e às suas necessidades, recorre-se em muitos casos à rede de apoio formal, dado que nem sempre a família consegue suportar com tal responsabilidade.

Sendo a institucionalização um momento de grandes mudanças e transformações para o idoso, é importante assegurar que a sua integração seja bem-sucedida, de forma a que este venha a ter alguma qualidade de vida.

Um dos aspetos fundamentais que traz qualidade de vida é a continuação da participação ativa da família na vida do idoso, participação esta que ficou comprometida devido à pandemia COVID-19.

**Palavras-chave:** Envelhecimento; Solidão; Institucionalização

### **The importance of visits in combating loneliness in institutionalized elderly**

Aging is a challenge that societies have been fighting with and Portuguese society is no exception. When the elderly can no longer respond to their care and needs, in many cases, the formal support network is used, as the family cannot always be able to bear such responsibility.

Institutionalization being a time of great changes and transformations for the elderly it is important to ensure that its integration is successful so that it has some quality of life.

One of the fundamental aspects that brings quality of life is the continued active participation of the family in the life of the elderly, which was compromised due to the COVID-19 pandemic.

**Keywords:** Aging; Loneliness; Institutionalization

## Sumário

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>ENQUADRAMENTO TEÓRICO</b> .....	3
<b>1. Envelhecimento</b> .....	4
<b>1.1 Envelhecimento demográfico</b> .....	4
<b>1.2 Envelhecimento individual</b> .....	5
<b>2. Solidão</b> .....	7
<b>2.1 Solidão e a depressão em pessoas idosas</b> .....	8
<b>3. Institucionalização</b> .....	11
<b>3.1 Institucionalização do Idoso</b> .....	11
<b>3.2 Importância das relações familiares em contexto de institucionalização</b> .....	16
<b>4. Breve Enquadramento Institucional</b> .....	17
<b>COMPONENTE EMPÍRICA</b> .....	19
<b>1. Metodologia</b> .....	20
<b>2. Questão e Hipóteses de investigação</b> .....	23
<b>3. Instrumentos e recolha de dados</b> .....	24
<b>4. Análise de Dados</b> .....	25
<b>4.1 Estatística Descritiva</b> .....	25
<b>4.1.1 Caracterização sociodemográfica da amostra</b> .....	26
<b>5. Estatística Inferencial</b> .....	29
<b>6. Discussão dos resultados</b> .....	33
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	40
<b>ANEXOS</b> .....	46

**Lista de abreviaturas**

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

EUROSTAT - Gabinete de Estatísticas Europeu

IASFA – Instituto Social das Forças Armadas

INE – Instituto Nacional de Estatísticas

SELSA-S - Escala de Solidão Social e Emocional

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

## Lista de Tabelas

TABELA 1 VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS .....	27
TABELA 2 INSTITUCIONALIZAÇÃO .....	28
TABELA 3 VISITAS .....	29
TABELA 4 CONTACTO COM PESSOAS SIGNIFICATIVAS.....	29
TABELA 5 MÉDIA, MÍNIMO, MÁXIMO E DESVIO-PADRÃO NO ÍNDICE DE BARTHEL E ESCALA SELSA .....	30
TABELA 6 MÉDIA, MÍNIMO, MÁXIMO E DESVIO-PADRÃO DOS DOMÍNIOS DA ESCALA SELSA .....	30
TABELA 7 TESTE T DE AMOSTRAS EMPARELHADAS PARA COMPARAÇÃO DO NÍVEL DE SOLIDÃO ENTRE GRUPOS .....	31
TABELA 8 CORRELAÇÃO ENTRE NÍVEL DE AUTONOMIA E NÍVEL DE SOLIDÃO EMOCIONAL SENTIDO .....	32
TABELA 9 CORRELAÇÃO ENTRE O TEMPO DE INSTITUCIONALIZAÇÃO E OS NÍVEIS DE SOLIDÃO EMOCIONAL SENTIDO.....	32
TABELA 10 TESTE QUI- QUADRADO PARA AS VARIÁVEIS ESTADO CIVIL E NÍVEL DE SOLIDÃO EMOCIONAL SENTIDO.....	32
TABELA 11 RÔ DE SPEARMAN PARA AVERIGUAR CORRELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS: FREQ. DE VISITAS E ESCALA SELSA.....	33

## INTRODUÇÃO

Tem-se vivido tempos excepcionais e surgido grandes desafios para todas as pessoas à escala global, atendendo à infeção provocada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2), que surgiu em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China, e rapidamente se globalizou. Em Portugal os primeiros casos começaram a surgir no mês de março de 2020. A COVID – 19 (que significa, em inglês, a doença do coronavírus e o 19 refere-se ao ano em que surgiu) trata-se de “(...) uma doença respiratória aguda, que pode ter um curso assintomático ou com sintomas (...), dos quais se destacam mal-estar, febre, tosse, rinorreia, cefaleias, dor de garganta, dificuldade em respirar, (...) perda de olfato e/ou paladar” (Vicente e Gomes, 2020, p. 3).

De acordo com os mesmos autores Vicente e Gomes (2020):

A propagação aérea, por meio de partículas em suspensão no ar, provenientes de tosse, espirros ou mera expiração de doentes infetados, parece ser a forma de propagação mais comum e eficaz (...) os locais onde seja difícil de manter o distanciamento social e existe um elevado número de pessoas tornam-se por essa razão, locais de alto risco de infeção (p. 6).

Entre as medidas de contenção anunciadas pelo Governo Português, ficou definido que as visitas a lares ficariam suspensas. “Mediante a situação epidemiológica local e na estrutura ou unidade (incluindo situações de surto) pode ser determinada, pela autoridade de saúde local, a restrição ou suspensão de visitas, por tempo limitado” (Direção Geral da Saúde, 2020).

Com este estudo pretende-se avaliar em que medida as visitas de familiares ou pessoas significativas pode ou não reduzir o sentimento de solidão nos idosos institucionalizados.

Num primeiro momento, exploram-se as questões do envelhecimento demográfico e do envelhecimento individual. Posteriormente, procura-se entender melhor como é que se está a envelhecer e como é vista essa fase, tanto do ponto de vista social como individual.

De seguida aborda-se uma problemática que afeta cada vez mais a população idosa, a solidão. Procurou-se fazer a sua definição, tentar entender quais os fatores de risco que levam a este estado e como intervir quando ela se verifica. Aborda-se também a questão da institucionalização, quais as causas que levam as famílias a institucionalizar os idosos, como é que este processo decorre, como é que é feita a adaptação do idoso e qual o envolvimento da família após este processo. É ainda feito um breve enquadramento da instituição escolhida deste estudo, uma vez que poderá auxiliar a compreender os dados obtidos.

Num segundo momento é abordada a componente empírica, procedendo-se à descrição da metodologia, onde consta a questão e hipóteses de investigação, os instrumentos e recolha de dados bem como os procedimentos adotados. Posteriormente é feita uma caracterização da amostra, bem como a análise de dados, discussão dos resultados e uma breve reflexão final sobre este estudo.

Por fim, são apresentados as referências bibliográficas e os anexos.

## **ENQUADRAMENTO TEÓRICO**

## **1. Envelhecimento**

### **1.1 Envelhecimento demográfico**

Um dos temas que tem marcado o século XXI é o envelhecimento populacional. Ao longo das décadas tem-se registado um aumento cada vez mais significativo e ininterrupto do aumento do número de idosos e um conseqüente envelhecimento das sociedades. Tal fenómeno está inerente ao facto de os seus indivíduos terem um período de vida maior. Em parte deve-se ao aumento da esperança média de vida à nascença, que” impulsionou a idade média das mulheres e dos homens para um patamar historicamente inédito” (Oliveira e Mendes, 2010, citado por Cabral, Ferreira, Silva, Jerónimo e Marques, 2013, p 11).

Segundo Bandeira, Azevedo, Gomes, Tomé, Mendes, Batista e Moreira (2014), Portugal encontra-se num dos países com um índice de envelhecimento mais elevado, isto é, uma percentagem mais alta de pessoas na faixa etária acima dos 65 anos, relativamente ao número de crianças e jovens até à faixa etária dos 15 anos. Constatou-se ainda que de 1920 para 2009 a esperança média de vida duplicou, passando de 39,98 para 79,6 anos, sendo sempre mais elevada no sexo feminino do que no masculino.

Para Cabral *et al.* (2013), as causas do envelhecimento da sociedade portuguesa assentam na queda do índice de fecundidade, o aumento da esperança média de vida e ainda a forte emigração registada nos anos de 1960 e 1970. Bandeira, *et al.* (2014), consideram o envelhecimento da sociedade portuguesa um fenómeno recente e que evoluiu de forma célere, cujas causas advém da grande crise económica que se deu e a conseqüente recessão económica, cujos efeitos ainda hoje são sentidos.

Dados do INE (Instituto Nacional de Estatísticas) apontam para que a população jovem passe de 1,4 milhões para 1 milhão de jovens. A principal causa apontada a esta diminuição de população jovem é o facto de o número de mulheres uma idade fértil também ter sofrido uma redução. Outro fator de peso foi o aumento da idade medida das mulheres aquando o nascimento do primeiro filho que passou dos 29,9 anos para os 30,2 anos.

“Portugal mantém assim a tendência de envelhecimento demográfico em resultado da baixa natalidade, do aumento da longevidade e de saldos

migratórios negativos observados até 2016, verificando-se um aumento da idade mediana da população residente de 44,0 para 45,8 anos, entre 2015 e 2020” (INE, 2020 p 22).

De acordo com os dados recolhidos pelo EUROSTAT (Gabinete de Estatísticas Europeu), estima-se que, no ano de 2050, em dez pessoas três terão sessenta e cinco ou mais, prevendo-se assim um aumento crescente da população idosa, face às outras faixas etárias mais jovens. (Cabral *et al.*, 2013).

## **1.2 Envelhecimento individual**

Ao longo dos últimos anos, os modos e experiências de envelhecer têm-se vindo a transformar. Para Araújo, Amaral e Sá (2011), a conotação negativa associada à velhice provém dos preconceitos e estereótipos fortemente enraizados nas culturas contemporâneas. A imagem associada à velhice ainda está muito conotada como uma fase de pouco ou nenhum desenvolvimento e adaptação, que poucos benefícios acresce ao indivíduo. O idoso ainda é visto como um “indivíduo que passa por muitas perdas, como a diminuição da resistência a doenças, mudanças corporais e a redução da força e da agilidade” (Araújo *et. al*, 2011 p 470).

Ao observar os que envelhecem atualmente, identificam-se novos hábitos, imagens, crenças e termos que caracterizam esse período da vida.

Segundo Silva (2008) além das tradicionais representações que atrelam os momentos mais tardios da vida ao descanso, à quietude e à inatividade, surgem hábitos, imagens e práticas que associam o processo de envelhecimento a atividade, aprendizagem, flexibilidade, satisfação pessoal e vínculos amorosos e afetivos inéditos. (p.15).

Assis (2005) afirma que o envelhecimento, apesar de ser um processo universal, progressivo e gradual, é uma experiência diversificada devido à multiplicidade de fatores de ordem genética, biológica, social, ambiental, psicológica e cultural, não havendo ainda uma correspondência linear entre a idade cronológica e a biológica. Sendo então o envelhecimento composto por realidades heterogêneas, a sua vivência, conceção, são influenciadas pelos tempos históricos, culturas, classes sociais, histórias pessoais, condições educacionais, estilos de vida, géneros, profissões, etc.

Ainda de acordo com o mesmo autor (Assis, 2005) podemos diferenciar três tipos de envelhecimento:

O primário ou normal é identificado com as mudanças irreversíveis, progressivas e universais, porém não patológicas; envelhecimento secundário corresponderia às mudanças causadas por doenças relacionadas à idade por fatores intrínsecos e extrínsecos; e envelhecimento terciário equivaleria ao declínio terminal na velhice avançada.” (*Idem* p2).

Apesar do declínio fisiológico na velhice, este não significa inevitavelmente doença ou incapacidade, até porque é possível controlar os problemas de saúde comuns nessa etapa, através da assistência adequada, permitindo ao idoso conviver com eventuais limitações ou doenças, e preservar a sua perspectiva de vida pessoal e também social. “Nesta definição, o envelhecimento bem-sucedido é mais que a ausência de doença e manutenção da capacidade funcional. Ambas são importantes, mas é a sua combinação com o engajamento ativo com a vida que melhor representaria o conceito.” (Assis, 2005 p3).

Para Rosa (2012, citada por Simões e Sapeta, 2017), o processo de envelhecimento está interligado com dois conceitos diferentes. Trata-se do envelhecimento social e do envelhecimento individual que, embora se correlacionem, os seus significados divergem. “E, por isso, as velhices devem ser pensadas, socio-historicamente e de forma plural, diversas formas de envelhecer presentes num mesmo grupo etário e vários grupos etários a encaixar dentro de uma única denominação genérica de velhice (Separavich, e Canesqui, 2010, citado por Simões e Sapeta, 2017, p.12).

O facto é que “as gerações mais velhas são cada vez mais numerosas e a atingirem idades mais avançadas. É necessário dar mais atenção ao estar” (Fernandes,2005 p. 48). Resultante deste fenómeno, tem-se verificado o surgimento de novos paradigmas, nomeadamente de um novo modelo identitário de envelhecimento que inclui, na sua definição, o estímulo à atividade, a aprendizagem, a flexibilidade, o aumento da satisfação pessoal e a formação de vínculos afetivos inéditos, ao contrário da tradicional imagem que associava o somente à inatividade, descanso e quietude. A este novo modelo identitário se deu o nome de “terceira idade” (Silva, 2008 p.802).

## 2.Solidão

Solidão é, segundo Pocinho, Farate e Dias (2010), um conceito complexo para se definir, sendo mais simples a sua descrição. Devido às diversificadas perspetivas das diferentes áreas que abordam este conceito, a sua definição tem-se revelado um grande desafio.

Nas ciências sociais, ciências médicas e ciências humanas, a nomeação de uma determinada condição está inerente a uma forma de pensar. Verifica-se então que, em diferentes áreas que estudam esta questão, a sua definição diverge. Na área da sociologia, a solidão é atribuída a causas extrínsecas ao indivíduo e considerada um atributo distribuído normalmente entre a população. No entanto, a perspetiva interacionista da Sociologia define a solidão como resultado de fatores situacionais e de personalidade que se conjugam. Uma abordagem mais cognitiva afirma que a solidão é um fenómeno resultante dos escassos e restritos contactos sociais do indivíduo (*idem*).

Tendo em conta todas estas vertentes de pensamento, Weiss (1957, citado por Pocinho, *et al.*, 2010) diferenciou dois tipos de solidão: a solidão social, cujas causas assentam na falta de uma rede social composta por amigos e conhecidos; há ainda a solidão emocional, cuja causa se baseia na falta de relações sociais íntimas, levando o indivíduo a sentir-se só e insatisfeito. Booth (2000, citado por Pocinho, *et al.*, 2010) defende que a solidão é um conceito cuja definição não deve abordar uma perspetiva única, mas sim em todas que englobem as dimensões biopsicossociais e abordar a questão de uma forma mais global.

Embora a definição deste conceito não seja consensual o que se verifica é que, quando é sentida, experienciam-se cognições complexas, podendo ser acompanhadas de “circunstâncias de vida desfavoráveis, estratégias inadequadas de resolução de problemas, padrões interativos disfuncionais, entre outros fatores de carácter individual e/ou social” (Pocinho *et al.*, 2010 p. 66).

Apesar a definição do conceito de solidão não gerar consenso, os sintomas de quem a sente vão ao encontro da ideia de que este sentimento provoca nos indivíduos uma “experiência subjetiva desagradável e indutora de ansiedade que é o resultado de relações sociais inadequadas” (Tiikkainen e Heikkinen, 2005, p.526). Os mesmos autores afirmam ainda que a sua duração pode variar entre curtos períodos de tempo ou até

mesmo a vida toda, modificando-se consoante os fatores situacionais, nomeadamente mudanças nas relações sociais e não sociais.

Outra questão que surge quanto à definição deste conceito é a sua diferenciação relativamente ao isolamento voluntário. O isolamento voluntário não é considerado como solidão, visto que neste estado emocional não é uma escolha da pessoa. Inclusive verifica-se exatamente o oposto: “o sujeito sente que se encontra desesperadamente só e não compreende a causa desse sentimento” (Pocinho *et al.* 2010, p. 67). Assim, o afastamento voluntário ou até a simples vontade de não fazer nada não são considerados solidão, até porque existem indivíduos que experienciam maior produtividade, prazer e criatividade estando sozinhos. “Estão sós sem estar em solidão” (Sorr, 1988, citado por Pocinho *et al.*, 2010, p. 67).

### **2.1 Solidão e a depressão em pessoas idosas**

Nóbrega, Leal, Marques e Vieira (2015) asseveram que a depressão é mencionada como o quarto estado clínico mais incapacitante, no que diz respeito às funções sociais e atividades do quotidiano, sendo a causa de cerca de 850 mil mortes por ano. É ainda considerada a perturbação mental que tem maior incidência a nível mundial.

Ao nível da população idosa, a sintomatologia depressiva, embora não seja sentida por todos os idosos, tem uma elevada incidência. “Essa é uma doença comum, recorrente e frequentemente subdiagnosticada e subtratada, principalmente em nível de cuidados de saúde primários” (Medeiros, 2010, citado por Nóbrega *et al.*, 2015, p. 537). Ainda de acordo com Nóbrega *et al* (2015), a maior incidência de sintomatologia depressiva verifica-se sobretudo em idosos institucionalizados.

Um número considerável de estudos faz referência aos fatores de risco que se associam significativamente à sintomatologia depressiva em pessoas idosas, sendo estes riscos demográficos (sexo, idade, estado civil, institucionalização, escolaridade, profissão, status económico), psicossociais (acontecimentos de vida, lutos, falta de um confidente ou relações íntimas, quotidiano que se leva, dificuldades cognitivas, históricos de depressão) saúde (doenças físicas, doenças crónicas) (Vaz e Gaspar, 2011).

Associado ao envelhecimento está uma diminuição de um conjunto de fatores de funcionamento nos níveis físicos, biológicos e cognitivos, no entanto é possível retardar,

pelo menos a deterioração das competências humanas. A prevalência da perturbação depressiva na população mais idosa varia entre os 10 e os 20%. Associado aos fatores de risco normalmente ligados à depressão, nas pessoas idosas acrescem os riscos como as alterações biológicas e o aumento progressivo de perdas reais e simbólicas (Dias, 2009). Uma perturbação depressiva na população idosa vai interferir na sua autonomia, na sua saúde, no seu funcionamento cognitivo, trazendo implicações consideráveis ao seu contexto social e sanitário. A sintomatologia depressiva condiciona de forma significativa o quotidiano da pessoa, nomeadamente a autonomia, que é muito valorizado pelas pessoas idosas para a conservação da sua satisfação de vida, acabando esta por ficar seriamente comprometida perante a depressão. Quanto ao funcionamento cognitivo, esta começa a manifestar algumas dificuldades em processos mais complexos e posteriormente começa a interferir com a sua capacidade de tomada de decisão, autonomia e funcionamento diário. Adicionalmente, a elevada prevalência da depressão no idoso obriga a uma resposta continuada por parte dos agentes sociais causando gastos económicos notáveis. Quando mais elevado for o nível de sintomatologia depressiva, maior é a probabilidade de haver maior declínio no funcionamento cognitivo, quando comparados com outros sujeitos com níveis de sintomatologia mais baixos (Idem).

Os estudos que se têm vindo a realizar dentro desta temática indicam que existe uma correlação entre a solidão e a depressão em pessoas idosas. Embora esta correlação seja notória, os autores Tiikkainen, e Heikkinen (2005) afirmam que são dois fenómenos distintos, envolvendo diversas emoções negativas, bem como algumas experiências adversas de interação social. Constata-se ainda que pessoas com sintomatologia depressiva, nem sempre apresentam sintomas de solidão e nem sempre pessoas que sentem a solidão apresentam sintomatologia depressiva.

Estima-se que o aumento da esperança média de vida (e todos os desafios que este facto acarreta) possam influenciar o aparecimento destes dois fenómenos (*idem*).

A depressão e a solidão não são, de modo algum, inerentes às pessoas idosas e existem estudos longitudinais que o comprovam. Tiikkainen, e Heikkinen (2005) mencionam também que em dois estudos longitudinais de 10 anos num verificou-se que nas faixas etárias mais velhas os relatos de solidão tinham um aumento considerável, enquanto que no outro, realizado com pessoas acima da faixa etária dos 75 anos, verificou-se um

resultado oposto. A solidão e a depressão não estão associadas então à idade, mas sim aos fatores biopsicossociais que rodeiam e influenciam cada indivíduo, são então causas associadas a mudanças, perdas e alterações na capacidade funcional, bem como na rede social (*idem*).

Os autores Tiikkainen, e Heikkinen (2005) afirmam ainda que pessoas idosas com maior acessibilidade a apoio social são menos propensas a vir sofrer de solidão e sintomatologia depressiva. O número de contactos, a capacidade e disponibilidade do idoso, bem como o estado civil são fatores importantes que compõem as relações sociais desta população mais idosa. No entanto, Ramos e Wilmoth (2003, citados por Tiikkainen, e Heikkinen, 2005) afirmam que a sintomatologia depressiva e até o sentimento de solidão podem ser agravados tanto pela insuficiência de contactos, como pelo seu excesso, sendo então fundamental encontrar um equilíbrio. É de mencionar ainda que a existência de um relacionamento é insuficiente para compensar a falta de interações sociais. Para Weiss (1974, citado por Tiikkainen, e Heikkinen, 2005) para que um indivíduo tenha as suas necessidades sociais correspondidas são necessárias diferentes e múltiplas relações sociais.

No estudo feito por Frade, Barbosa, Cardoso e Nunes (2015), foi medida a prevalência de sintomas depressivos em idosos que se encontravam institucionalizados em instituições de apoio à terceira idade, por comparação dos que viviam em comunidade, nas suas casas, próximas do seu *modus vivendi* habitual e tentou-se ainda identificar uma possível relação deste tipo de sintomas com a idade, género, estado civil e escolaridade, sendo um dos instrumentos utilizados a Escala de Depressão Geriátrica. Realizaram um estudo observacional, transversal numa amostra de conveniência com 75 idosos com idade superior a 65 anos, inscritos num centro de saúde da Região Centro de Portugal. Da amostra 44 idosos encontravam-se internados nas instituições de apoio à terceira idade, do concelho da área de influência do centro de saúde.

“Ao nível da população idosa e tendo por base a amostra constituída por idosos institucionalizados e não-institucionalizados, confirma-se a maior prevalência de sintomas de depressão naqueles que se encontram institucionalizados” (Frade et al 2015, P47). Um fator que parece predispor para esta situação é o facto de estes idosos serem afastados das suas casas e sujeitos a uma rotina própria da instituição, diferente da do

contexto familiar e domiciliário. Por vezes quando estes já recorrem à institucionalização, habitualmente já apresentam baixos níveis de suporte social e familiar, e apresentam outras comorbilidades que podem potenciar ou agravar os sintomas depressivos pré-existentes aquando da institucionalização (Idem).

### **3. Institucionalização**

As estruturas residenciais para idosos surgiram na Europa no século XVI primeiramente com o objetivo de prestar cuidados a doentes mentais, marginais e pessoas mais velhas. Com o passar do tempo, mais especificamente no último quartel do século XX passaram a prestar assistência também à população idosa mais carenciada. Enraizadas pela História e tradições, a estas instituições estão ainda associadas concepções e imagens de conotação negativa que se traduzem na representação de “uma velhice triste, pobre e solitária, enquanto etapa à espera da morte” (Daniel, 2009, p. 66). Numa tentativa de reduzir estas conotações negativas associadas a estas respostas sociais, alterou-se a sua terminologia referindo-se o âmbito familiar, podendo ou não ser seguido de um nome religioso ou até mesmo hoteleiro.

Embora a institucionalização pareça o destino de quase todos os idosos, segundo Daniel (2009), apenas uma pequena percentagem recorre a estas respostas sociais. Atualmente, de acordo com a Carta Social (2018), a procura a respostas sociais sofreu uma ligeira redução, embora a taxa de utilização deste tipo de respostas se mantenha nos 77% e, no caso das ERPIs (Estruturas Residenciais Para Idosos), continuam a ter uma taxa de ocupação acima dos 90%, sendo em 2018 de 93%.

#### **3.1 Institucionalização do Idoso**

Com o avançar da idade consta-se um decréscimo nas relações tanto familiares como interpessoais, levando a “uma menor qualidade de vida, uma vez que os idosos têm que se familiarizar com o viver sozinhos ou equacionar a possibilidade de perda de independência” (Pocinho, Ravara, Melo e Muñoz, 2017; p. 90). A juntar a todos estes fatores, Castro e Amorim (2016) mencionam também que, face a todas as transformações que têm ocorrido, não só sociais como económicas, a população idosa apresenta cada vez mais dificuldade em residir nas suas próprias habitações.

Todos estes fatores conduzem não só a um sentimento de inutilidade por parte do idoso no seu âmbito familiar, como também ser ainda necessário que alguém lhe preste cuidados associados aos problemas de saúde que advém da idade avançada. E cuidar implica “responsabilidade de tomar conta de alguém, satisfazer/responder às suas necessidades e sentir preocupação, interesse, consideração e afeto pela pessoa de quem se cuida (Sequeira, 2010, citado por Pocinho *et al*, 2017; p. 91).

Assim, cuidar de um idoso que seja dependente acarreta um envolvimento não só físico, mas também emocional, bastante tempo e energia por parte do seu cuidador, sendo os custos para este elevados ao nível da sua saúde e bem-estar (*Idem*).

Nóbrega *et al.* (2015), afirma que todas estas questões aproximam a pessoa idosa dos seus familiares, que nem sempre estão aptos ou suscetíveis a aceitar o papel de cuidador. A família, que previamente estava encarregada de prestar cuidados ao idoso, transfere agora essa responsabilidade para as instituições especializadas nesta área.

A opção de internar um idoso numa instituição de longa permanência, segundo Castro e Dias (2011), surge quando a família se mostra incapaz de prestar o suporte familiar, financeiro e psicológico de que o idoso necessita. Uma das razões encontradas para justificar a recusa das famílias em assumir o papel de cuidadora, centra-se no facto de essa responsabilidade obrigar a uma reestruturação não só familiar como social. A institucionalização surge então como alternativa para quando o idoso já não tem suporte emocional ou necessita de cuidados e não há ninguém disponível para os prestar. Surge assim uma alternativa que, segundo Carvalho, Júnior, Ruas, Gusmão, Souto e Dias (2018), busca minimizar os problemas e custos, tanto para o idoso como para a sua família.

Para Carmen (2013), a decisão da institucionalização deve ser tomada como último recurso e com o idoso, pois é uma decisão de grande responsabilidade. Deve ser o idoso a fazer a sua escolha relativamente ao seu modo de vida durante o maior período de tempo possível. A família e até uma equipa qualificada (composta por médicos, assistentes sociais, psicólogos, entre outros) apenas devem decidir pelo idoso quando este já não apresenta capacidades de decidir por ele mesmo. Daniel (2009) afirma ainda que em muito poucos casos a decisão de institucionalização parte do idoso

Dada a ausência de uma rede familiar que preste apoio, que consiga satisfazer as necessidades de autonomia e bem-estar do idoso, este é muitas vezes institucionalizado. A sua integração e adaptação com sucesso na instituição são fundamentais para minimizar os efeitos sentidos pelo idoso na saída do seu meio familiar. É um processo complexo, pois a institucionalização ainda é vista muitas vezes como um tabu e envolve valores, responsabilidades, crenças e necessidades. Não só o processo de transição e adaptação é complexo como é complexa a sua gestão uma vez que “associada à institucionalização do idoso, surgem muitas vezes tensões familiares, sentimentos de culpa partilhados pela família e, não raras vezes, abandono, isolamento e dificuldades de adaptação ao meio institucional” (Castro e Dias, 2011; p. 166).

Por outro lado, verifica-se ainda que o Estado Providência veio a ser o principal zelador pelo bem-estar e qualidade de vida dos idosos mais fragilizados socialmente e desenquadrados da sua estrutura familiar (Castro e Dias, 2011). É pertinente “garantir aos idosos não só uma sobrevivência maior, mas também um envelhecimento bem-sucedido, aliado ao conceito de bem-estar” (Castro e Amorim, 2016, p. 40). Todas estas transformações refletidas em indicadores demonstram que a proporção de pessoas idosas na população total tem aumentado rapidamente, criando desafios e exigindo a criação de mais respostas sociais, preferencialmente direcionadas a esta população tendo em conta a sua complexidade, situações e necessidades (Daniel, 2009). As respostas sociais que já existem têm-se deparado com problemas de estrutura e conceção marcantes, visto que as medidas não dão resposta nem são diversificadas, traduzindo-se em listas de espera longas e numa opacidade no que diz respeito a seleção e entrada numa reposta (*idem*).

Outro aspeto fulcral quando se fala em institucionalização é a adaptação, cuja capacidade vai reduzindo com o avanço da idade, existindo uma maior probabilidade de haver desajustamentos. Este fenómeno foi denominado por Bruchon-Schweizer, Quintard, Nouissier e Paulhan (1994, citado por Castro e Dias, 2011) de Síndrome da Não Adaptação. Caracteriza-se pela presença de um conjunto de cognições, emoções e comportamentos que se manifestam num pessimismo, sensação de impotência, desespero, ausência de controlo, dependência e ainda a falta de suporte social. “O idoso é confrontado com uma

realidade completamente nova e com a qual pode não estar apto para lidar (Lemos, 2005 citado por Castro e Dias, 2011, p. 167).

Num estudo feito por Del Duca, Silva, Thumé, Santos e Hallal (2012) observou –se que, quanto mais avançada é a idade, maior é a probabilidade de o sénior ser institucionalizado. Tal fenómeno deve-se ao facto de a idades mais avançadas estar associado um maior risco de incapacidade funcional, maior número de doenças crónicas e maior número de internamentos em meio hospitalar. Constatou-se ainda que a grande percentagem de idosos institucionalizados já perdeu o seu cônjuge.

Dos estudos que se têm vindo a realizar neste âmbito, desde a década de 50, um grande número foca-se apenas no impacto negativo da institucionalização. “A integração num Lar de Idosos constitui um processo doloroso, na medida em que a institucionalização pressupõe, quase sempre, o abandono definitivo do espaço físico familiar e a diminuição dos contactos com a rede relacional até então dominante” (Daniel, 2009, p. 67). Deste modo, associados ao processo de institucionalização, podem estar maiores níveis de stress, autoimagem negativa, depressão, perda de interesse em atividade lúdicas e até o aumento da mortalidade, segundo Lieberman (1969, citado por Daniel, 2009). Castro e Dias (2011) mencionam ainda que quando maior for o período de institucionalização maior é o risco de o idoso ficar débil, uma vez que, de acordo com os mesmos, a institucionalização é um promotor do isolamento social e inatividade física.

Sendo um aspeto muitas vezes descrito na literatura, a institucionalização pode provocar algum sofrimento e dor ao idoso. Tal deve-se não só ao facto de o idoso estrar desprovido do seu meio, mas também de ser submetido a um quotidiano completamente novo, para além de haver um afastamento da sociedade e, conseqüentemente, maior risco de isolamento. Passa a estar sujeito a regras e normas que regulam a vida institucional, interferindo com a autonomia pessoal, organização e personalização do espaço primário e ainda com o desenvolvimento de ligações e manifestação de afetos (idem).

Uma integração bem-sucedida está então subordinada à relação que o idoso estabelece com os outros utentes e funcionários que têm a seu cargo os idosos. Outros fatores que levam ao sucesso da integração passam por estimular as relações que o idoso tinha no exterior, isto é, com familiares e amigos e ainda procurar minimizar o risco de isolamento

e solidão no idoso. É considerada uma boa adaptação à institucionalização sempre que o idoso suplanta as suas dificuldades / obstáculos que lhe surgem, resolve os conflitos e consegue alcançar satisfação e realização nas suas necessidades globais.

Uma participação social ativa, a presença de um companheiro nas atividades diárias e a manutenção de relações sociais próximas com familiares, amigos e até grupos comunitários contribuem não só para a saúde do idoso e similarmente para a sua autoestima e autonomia (Del Duca, *et al.*, 2012). Daniel (2009) afirma igualmente que dar ao residente a possibilidade de mobilar o seu quarto potencializa a sensação de controlo “refletidos em experiências de competência e domínio, reforçando a identidade pessoal, ao mesmo tempo que comunica os próprios valores e estilo de vida, viabilizando o estabelecimento de redes sociais” (*Idem* p. 70). A localização da instituição junto à comunidade é outro fator referido como contribuindo para uma melhor qualidade de vida dos seus residentes.

No entanto, é importante mencionar que a institucionalização não é a resposta às necessidades de todas as pessoas mais velhas. Embora este tipo de resposta apresente algumas vantagens em relação às outras respostas nem sempre é a resposta mais adequada (Daniel, 2009).

Outro facto que contribui para uma conotação tão negativa associada às instituições para idosos são a sua estrutura física e recursos humanos (que por vezes são desadequados), uma prestação de cuidados baseada numa assistência caritativa e protetora, ignorando as potencialidades do residente, bem como a sua liberdade de escolha. Tais condições podem contribuir para um quadro de dependência, maior risco de isolamento social e ainda uma ausência de perspetivas de vida ativa e com qualidade (Nóbrega *et al.*, 2015).

As Estruturas Residenciais Para Pessoas Idosas não devem ser vistas como o último recurso para estas pessoas até à chegada da sua morte. “A saúde debilitada e as fracas condições de vida que, frequentemente, caracterizam os percursos de vida das pessoas Idosas institucionalizadas fazem uma fraca comparação com as suas condições de vida” (Daniel, 2009 p 68). É urgente qualificar as respostas a esta população, integrando entre as práticas e os conceitos mudanças nas intervenções, bem como na profissionalização dos serviços. É imprescindível ter em consideração que o processo de envelhecimento é

universal, porém bastante heterogéneo. A autora (Daniel, 2009) afirma ainda que as expectativas e necessidades impostas a estas pessoas nem sempre correspondem às faculdades que elas manifestam. “Ao ser construída uma imagem social homogénea da velhice, esquece-se uma pluralidade de experiências humanas” (Daniel, 2009; p. 69).

### **3.2 Importância das relações familiares em contexto de institucionalização**

O indivíduo ao longo da sua vida experiêcia um processo contínuo de socialização. Contudo, a sua inserção em novos ambientes, não só físicos, mas também sociais, quando feita de forma brusca, leva a um processo de desconstrução e à construção de novos papéis sociais (Pereira, 2008).

Uma idade onde se verificam diversas ruturas sociais é a da reforma. É nesta fase que se abandona a vida profissional, as relações com colegas e amigos sofrem um corte significativo, verifica-se a perda de familiares, amigos de longa data e até a perda de um cônjuge, bem como a perda de alguma autonomia e independência (sobretudo a nível financeiro), entre outras. Observa-se uma diminuição do tamanho das redes sociais que passam a concentrar-se na família (idem).

Este é um processo que se intensifica quando se dá a institucionalização, pois o idoso passa por mudanças radicais não só no seu meio físico, mas também social. Este processo de alteração identitária para além de ser intenso nem sempre é bem-sucedido. Pereira (2008) afirma que os indivíduos têm de passar por uma profunda alteração dos papéis sociais: estabelecer novas relações de amizade e de afeto, encontrar novas formas de ocupar o tempo livre, arranjar “esquemas” de manutenção das relações sociais de sempre, adaptarem-se às novas regras que sempre existem nos lares e residências (p. 4).

Contudo, quando a adaptação é bem-sucedida os funcionários da instituição, por vezes são vistos como uma família adotiva, criando-se laços de afetividade de alguma relevância. Embora sejam criadas relações significativas, uma família adotiva é limitada num determinado período, enquanto que as relações familiares (reprodução e orientação) são para toda a vida. “Os afetos que se ganham sobretudo da parte dos cuidadores são tendencialmente generalizados e não exclusivos” (Pereira, 2008, p. 5).

Por muito que o idoso se sinta integrado e se sinta acolhido, os cuidadores nunca substituirão os elementos familiares e, assim sendo, é necessário que estes continuem

presentes na vida do idoso. Para que tal aconteça, o autor (Pereira, 2008) menciona que é importante que a família veja o envelhecimento como mais uma etapa de socialização e, quando o idoso se encontra institucionalizado, deve procurar manter certos hábitos e rotinas existentes antes da institucionalização (passeios, festas, etc). Se o idoso era procurado na busca de aconselhamento ou de algum tipo de apoio, deve continuar a sê-lo depois da institucionalização.

Num estudo feito por Rissardo, Furlan, Marcon e Carreira (2011), evidenciou-se que, apesar de alguns idosos não terem contacto com familiares, estes mencionam a família como um elemento fundamental na vida de cada pessoa. É considerada como uma parte positiva e extremamente importante, sobretudo quando se apresenta uma rede de apoio social de elevada significância, principalmente em momentos de maior dificuldade ou debilidade. Zimerman, 2007 (citado por Carneiro, 2012) afirma ainda que a média das visitas de um idoso institucionalizado, por semana, são em média três, sendo que estas vão diminuindo ao longo do tempo, chegando a uma visitas ou duas anuais.

Proporcionar um envelhecimento com qualidade, sobretudo em idosos institucionalizados, passa pelo desenvolvimento de atividades que promovam a proximidade familiar e manutenção das relações afetivas com os respetivos membros. “A interação dos familiares com um idoso, é uma relação interpessoal fruto de um passado mediado pelo cuidar e pelos sentimentos que fluem entre ambos “(Sequeira, 2007, citado por Carneiro, 2012; p. 19).

Tendo apresentado o enquadramento teórico deste trabalho, após uma breve caracterização da instituição escolhida para realizar este projeto irei, de seguida, apresentar o Projeto de Investigação que proponho realizar.

#### **4. Breve Enquadramento Institucional**

Atualmente é uma ERPI que apresenta capacidade de albergar 96 pessoas; possui alojamento temporário com 4 apartamentos e 5 quartos duplos; gabinete de atendimento social cuja resposta chega até 14 municípios; posto médico cujas valências se distribuem em medicina geral e familiar, fisioterapia e fisioterapia, análises clínicas e psicologia, ainda está na posse de um posto ADM (Assistência na Doença aos Militares) e conta com serviço de restauração.

A ERPI acolhe atualmente militares reformados e os seus cônjuges ou reformados que tenham na sua vida profissional ativa, descontado para o IASFA .<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Informação Fornecida pelo diretor da instituição, outubro, 2021.

**COMPONENTE EMPÍRICA**

## 1. Metodologia

Quando se inicia um projeto de investigação é importante que este seja estudado e planeado.

Quivy e Campenhoudt (2019) sugerem, antes de mais deve-se começar com uma pergunta de partida “através da qual tenta exprimir o mais exatamente possível o que procura saber” (p 6). Uma boa pergunta de partida deve ser precisa, de modo a evitar convergências nas interpretações, nem abranger um campo de análise demasiado extenso. O investigador deve ainda ter em conta a exequibilidade da mesma, isto é, se está dotado de recursos (conhecimentos, tempo e dinheiro).

O passo seguinte consiste em fazer uma revisão de literatura, devendo esta estar relacionada com a pergunta de partida, devendo-se privilegiar textos de interpretação e análise e não apenas de descrição. É importante ter em conta a dimensão da revisão que se faz para evitar sobrecarga de leituras (*Idem*).

Tendo formulado a questão de partida e a revisão de literatura é importante a realização de entrevistas exploratórias. “Contribuem para descobrir aspetos a ter em conta e alargam ou retificam o campo de investigação das leituras” (Quivy e Campenhoudt ,2019 p11).

Reis, Melo, Andrade e Calapez (2015) defendem que para o investigador tenha resultados válidos deve identificar com clareza o problema que deseja analisar, recolher toda a informação que seja necessária, podendo recorrer a questionários, dados secundários (isto é recolhidos ou publicados através de outra fonte de informação) e proceder à clarificação e organização dos dados.

No caso deste projeto a investigação tomou contornos de um estudo caso. Este método, se era tradicionalmente associado a projetos com o objetivo de registar uma evolução, nos dias de hoje é um método que tem sido utilizado também para documentar e analisar intervenções (Yin, 2011).

As vantagens de optar por um estudo caso é que permite um estudo abrange muito mais do que apenas variáveis isoladas. O foco de investigação é mais profundo pois tem em

conta o contexto e as condições complexas que possam eventualmente surgir e que são fundamentais para auxiliar a compreensão do caso (*Idem*).

Para a realização deste projeto foi adotada uma metodologia de natureza quantitativa e selecionou-se uma amostra (amostra por conveniência) para este estudo.

Uma pesquisa de natureza quantitativa permite quantificar os resultados permitindo a posterior análise estatística dos mesmos. Fonseca (2002, citado por Gerhardt e Silveira, 2009) afirma ainda que esta metodologia se baseia na objetividade cuja realidade é compreendida recorrendo ao auxílio de instrumentos padronizados e neutros para obter dados, dados estes que devem ser analisados na sua forma bruta. O autor menciona ainda que esta pesquisa para descrever as causas e fenómenos que se propõe estudar recorre a uma linguagem matemática.

A pesquisa quantitativa difere da pesquisa qualitativa em alguns aspetos. Enquanto que a pesquisa qualitativa foca-se mais na abordagem dos fenómenos na sua totalidade e no seu contexto de vida real, a pesquisa quantitativa focaliza-se num reduzido número de conceitos e, após o trabalho de revisão de literatura e enquadramento teórico o investigador parte para a fase empírica da investigação com hipóteses já pré-concebidas, algo que não se verifica sempre na abordagem anterior (*Idem*) uma vez que ela pressupõe que o grupo-alvo poderá acrescentar conceitos ou categorias de fenómenos que o investigador sozinho não consideraria espontaneamente, como é o caso de estudos exploratórios.

Uma abordagem quantitativa caracteriza-se ainda pelo facto de recorrer a procedimentos já previamente estruturados, designadamente, os seus instrumentos para a recolha de dados, com a pré definição de perguntas e hipóteses de resposta de forma a padronizar a informação e facilitar a posterior análise estes através de procedimentos estatísticos. O que se verifica na abordagem qualitativa é que não recorre a uma forma estruturada para recolher os dados, uma vez que se procura abordar junto de uma população mais reduzida fenómenos analisados em maior profundidade, nas suas várias facetas, não limitando à partida as categorias de dados a ser recolhidos. O controlo da subjetividade e possíveis enviesamentos é mais relevante para neste caso dada a maior proximidade entre investigador e objeto de estudo.

“Assim, (...), tanto a pesquisa quantitativa quanto a pesquisa qualitativa apresentam diferenças com pontos fracos e fortes. Contudo, os elementos fortes de um complementa as fraquezas do outro” (Gerhardt e Silveira, 2009 p 34).

A estatística descritiva, segundo Reis, Melo, Andrade e Calapez (2015) apresenta a vantagem de “quer através de métodos meramente descritivos, quer utilizando métodos mais sofisticados de generalização dos resultados de uma amostra a toda a população” (p 22).

No que diz respeito às amostras para estas pesquisas, “sempre que o universo é demasiado grande, é admissível que se inquiria apenas uma sua parte, a que se chama amostra” (Henriques e Santos, 2021 p 10). As amostras podem diferir em dois grupos distintos e são estas as amostragens probabilísticas e as amostragens não-probabilísticas. As amostragens probabilísticas ou aleatórias caracterizam-se pelo facto de todos os indivíduos da população possuírem uma probabilidade conhecida e diferente de zero de vir a pertencer à amostra do estudo a realizar. Caso essa probabilidade não se verifique estamos então a falar de uma amostra não-probabilística (Henriques e Santos, 2021).

Para este estudo utilizou-se uma amostragem não probabilística, mais precisamente por conveniência. Tal significa que se optou por seleccionar os indivíduos mais acessíveis para compor esta amostra, pelo que este subconjunto poderá não ser representativo da população/universo de onde foi seleccionado e, conseqüentemente, os seus resultados não poderão ser extrapolados para o total da população.

Para obter dados desta população recorreu-se a inquéritos por questionário, que incluíram a utilização de escalas. Esta técnicas de investigação caracteriza-se por ser uma técnica de observação não participante pois não exige a intervenção do investigador (nem a sua presença no caso de inquérito autoadministrado) o que ajuda a mitigar o risco de enviesamento e subjetividade. O questionário é composto por um determinado conjunto de perguntas e categorias de resposta pré-definidas para mais tarde serem interpretados (no caso de amostras probabilísticas representativas da população-alvo generalizados a grupos mais vastos). “O inquérito por questionário permite o estudo de populações vastas colocadas em situações sociais concretas, possibilitando a generalização dos resultados alcançados, quando associado a um método de amostragem” (Dias, 1994 p 5).

No entanto Hill e Hill (1998) defendem que não só é preciso fazer um questionário como é fundamental que se construa um bom questionário. É sugerido que na construção deste instrumento se faça um plano das seções do questionário para que não se excluam perguntas importantes e não sejam feitas perguntas pouco relevantes. É uma etapa importante para evitar estas falhas que quando cometidas poderão levar a um desinteresse por parte do inquirido e a dificuldades ao investigador na análise de dados que poderá não ter dados para testar hipóteses importantes para o seu estudo.

O tipo de perguntas a incluir no questionário também deve ser escolhido com precaução. Embora as perguntas abertas possam ser mais ricas e abundantes em informação, as mesmas exigem uma interpretação e tempo ao investigador, exigindo uma complexidade maior. As perguntas fechadas permitem uma análise estatística das respostas e de uma forma mais sofisticada, nomeadamente programas de estatísticas para esse efeito, no entanto não fornecem respostas ricas e as conclusões poderão ser pouco profundas (Hill e Hill ,1998).

## **2. Questão e Hipóteses de investigação**

Segundo a revisão de literatura, mesmo após a institucionalização, continua a ser importante para o idoso a presença dos seus familiares ou pessoas significativas. É importante para o seu bem-estar e qualidade de vida.

Com a atual pandemia as visitas foram reduzidas e até mesmo suspensas. A principal motivação para este projeto é procurar entender se estas limitações impostas criaram um impacto negativo no bem-estar dos idosos.

Foram definidas as seguintes hipóteses:

Hipótese 0 – Não existe uma relação estatisticamente significativa ao nível de solidão emocional sentidos pelos idosos e a frequência de visitas que os idosos mantêm.

Hipótese 1 –Verifica-se uma relação estatisticamente significativas entre a frequência de visitas e o nível de solidão emocional sentido.

### **3. Instrumentos e recolha de dados**

Recorreu-se aos seguintes instrumentos de recolha de dados para a realização deste projeto:

Um questionário sociodemográfico especificamente construído para este efeito (Anexo1) e a Escala de Solidão Social e Emocional, adaptada para a população portuguesa por Félix Neto em 2009, e a ainda o Índice Barthel para avaliar o nível de independência. (Anexo 2).

Através do questionário sociodemográfico pretende-se obter os seguintes dados acerca dos participantes: sexo; idade, estado civil; número de filhos; escolaridade, profissão exercida na vida ativa. Foram ainda colocadas questões como: de quem foi a iniciativa de integrar a instituição; qual o motivo que levou a essa decisão; há quanto tempo está na instituição; quantas visitas tinha quando estas eram permitidas; por quem é que era visitado; durante a proibição de visitas como é que mantinha o contacto com familiares ou pessoas significativas.

A Escala SELSA-S (Social and Emotional Loneliness Scale for Adults) foi criada por Tommasco, Brannem e Best (2004) tendo sido validada para a população portuguesa por Fernandes e Neto (2009). Através da referida Escala é possível medir o nível de solidão que um individuo experiêcia a três níveis, o social, relacionado com a presença de amigos, relações sociais que satisfaçam as suas necessidades; o familiar, isto é a presença de um ambiente familiar, onde a pessoa se sinta apoiada e, por fim, a necessidade de vinculação, ou seja, se a pessoa consegue iniciar ou manter uma relação afetiva/amorosa satisfatória. Este instrumento de avaliação é constituído por 15 itens, cujas respostas alternam entre “totalmente em desacordo” e “totalmente de acordo”, existindo a reposta

neutra: “indiferente”. Quanto maior for a pontuação obtida, maior será o sentimento de solidão experienciada pelo sujeito (Fernandes e Neto, 2009).

Por fim, o Índice de Barthel tem como finalidade calcular o nível de independência de um indivíduo medindo dez atividades básicas diárias: comer, realizar higiene pessoal, utilizar a casa de banho, tomar banho, vestir e despir, “controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas” (Mahoney e Barthel, 1965 citado por Araújo, Ribeiro, Oliveira e Pinto, 2007).

Sequeira (2007, citado por Apóstolo, 2012) afirma que em cada atividade existem vários níveis de dependência que variam entre dois e quatro, onde a dependência total corresponde a 0, a independência pode corresponder a 5, a 10 ou a 15 valores, consoante o nível de autonomia. Ainda segundo este autor, para se considerar uma pessoa totalmente independente há que atingir o ponto de corte de 100 e os restantes são: “90-100 Independente; 60-90 Ligeiramente dependente; 40-55 Moderadamente dependente; 20-35 Severamente dependente; <20 Totalmente dependente” (Sequeira, 2007, citado por Apóstolo, 2012, p 13).

#### **4. Análise de Dados**

Para a realização deste projeto foi solicitada autorização à instituição (Anexo 3) onde este decorreu, bem como a aprovação da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra (parecer nº 86\_CEIPC/2021). Uma vez autorizado o projeto, solicitou-se a colaboração dos idosos residentes nesta instituição, tendo sido informados sobre o desenvolvimento do projeto. Foi ainda necessária a assinatura da Declaração de Consentimento Informado por parte dos participantes. (Anexo 4).

A análise dos dados recolhidos foi realizada recorrendo ao programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 25.

##### **4.1 Estatística Descritiva**

A amostra deste estudo foi composta a partir de uma listagem do total de residentes da instituição. Dessa listagem 54 utentes cumpriam os critérios de inclusão, embora apenas 47 tenham aceitado participar. Os critérios de inclusão foram os seguintes:

- já estar institucionalizado aquando da proibição de visitas aos lares;

- possuir um discurso coerente e não diminuído e conseguir assinar o consentimento informado. Apesar dos utentes que constituem a amostra evidenciarem algumas patologias, estas não representam nenhum impedimento cognitivos que impeça a assinatura do consentimento livre e informado.

Excluídos ficaram os residentes que apresentavam uma idade inferior a 65 anos e incapacidade de assinar o consentimento informado.

#### 4.1.1 Caracterização sociodemográfica da amostra

Assim, de um total de 47 sujeitos, verificou-se na amostra que a média de idades era de 84.98 anos, variando entre um mínimo de 71 e um máximo de 100 anos. A maioria dos sujeitos era do género feminino (53.2%). Quando ao estado civil, a maioria encontra-se viúvo (46,8%), seguindo-se os casados ou em união de facto (36,2%), os separados ou divorciados (14,9%) e os solteiros (2,1%). Constatou-se também que a maioria apenas possui o primeiro ciclo do ensino básico (48,9%), no entanto alguns dos sujeitos optaram por seguir estudos na vertente militar. A nível profissional, as profissões exercidas pelos sujeitos na sua idade ativa foram as seguintes: doméstica, militar, costureira, secretariado, professor, trabalhos agrícolas, trabalho administrativo, comerciante e empresário. Constatou-se na amostra que eram principalmente militares (18,1%) seguindo-se a de ser doméstica (8,6%) (cf. Tabela1).

<b>Variáveis Sociodemográficas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Idade (M; DP)</b>	84.98	
<b>Género</b>		
Feminino	25	53,2
Masculino	22	46,8
<b>Habilitações académicas</b>		
1º ciclo	23	48,9
2º ciclo	8	17,0
3º ciclo	1	2,1
Ensino Secundário	9	19.1
Licenciatura	6	12,8
<b>Estado civil</b>		
Casado/ União de facto	17	36,2
Separado/divorciado	7	14,9

Solteiro	1	2,1
Viúvo	22	46,8
<b>Filhos</b>		
Sem Filhos	5	10,6
1 filho	11	23,4
2 filhos	26	55,3
3 filhos	5	10,6
<b>Profissões</b>		
Doméstica	10	8,6
Militar	21	18,1
Costureira	3	2,6
Secretariado	3	2,6
Professor(a)	1	0,9
Trabalhos agrícolas	3	2,6
Administrativo(a)	4	3,4
Comerciante	1	0,9
Empresária	1	0,9

*Tabela 1 Variáveis Sociodemográficas*

#### 4.1.2 Institucionalização

Relativamente ao tempo de institucionalização dos sujeitos, constatou-se que 42,6% dos indivíduos se encontra institucionalizado há mais de cinco anos e apenas 10,6 % se encontra na instituição há menos de um ano.

A institucionalização foi para 89,4% por iniciativa própria, 6,4% foram trazidos por familiares e 4,3% foi através de técnicos de ação social

Os principais motivos mencionados que levaram à institucionalização foram: a preferência em viver no lar apesar de ter família (53,2%) e dificuldades no autocuidado (19,1%). No entanto, para alguns sujeitos essa decisão teve mais que um motivo. Desses motivos os mais mencionados foram as dificuldades no autocuidado que acabaram por levar a decisão de optar por viver no lar embora tenha família (6,4%), para outros foi a dificuldades no autocuidado, sem família e a conseqüente falta de apoio familiar e a dificuldade em aceder a serviços de saúde (2,1%) (cf. Tabela 2).

<b>Institucionalização</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Tempo</b>		
Menos de 1 ano	5	10,6
Entre 1 e 2 anos	8	17,0
Entre 2 e 3 anos	7	14,9
Entre 3 e 4 anos	7	14,9
Mais de 5 anos	20	42,6
<b>Iniciativa</b>		
Própria	42	89,4
Através de Familiares	3	6,4
Técnicos de ação social	2	4,3
<b>Motivo</b>		
Preferência me viver no lar	25	53,2
Dificuldades no autocuidado	9	19,1
Falta de apoio familiar	1	2,1
Dificuldades em aceder aos serviços de saúde	1	2,1
Mais de um motivo	11	23,4

Tabela 2 Institucionalização

#### 4.1.3 Visitas

Quanto às visitas 46,8% recebia visitas semanalmente, 8,5% era visitado mais de duas vezes por semana, 8,5% mensalmente, 19,9% tinha duas a três visitas por ano, 6,4% era visitado anualmente e apenas 10,5% não recebia qualquer visita. A maioria recebe visitas dos familiares mais próximos (71,4%) (cf. tabela 3).

	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Frequência das visitas</b>		
Mais de 2 vezes por semana	4	8,5
Semanalmente	22	46,8
Mensalmente	4	8,5
2 a 3 vezes por ano	9	19,1
Anualmente	3	6,4
Nenhuma	5	10,6
<b>Quem visita</b>		
Familiares próximos (filhos/genro/nora/ neto/ bisneto)	30	71,4
Outros familiares (sobrinhos/primos)	7	16,7

Familiares e amigos	3	7,1
Familiares e pessoas significativas	2	4,8

Tabela 3 Visitas

Quando colocada a questão de conseguiram manter contacto com familiares ou pessoas significativas após a proibição das visitas 97, 9% afirmou que sim. Os meios mais utilizados eram telemóvel próprio (67,4%) e telemóvel próprio e correio postal (8,7%) (cf. tabela 4).

<b>Contacto com pessoas significativas</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Se conseguia contactar</b>		
Sim	46	97,9
Não	1	2,1
<b>Como contactava?</b>		
Telemóvel próprio	31	67,4
Videochamada pelo próprio	1	2,2
Telemóvel da instituição	1	2,2
Telemóvel e videochamada pela instituição	1	2,2
Telemóvel próprio e email	1	2,2
Telemóvel; videochamada e email por meios próprios	1	2,2
Telemóvel próprio e correio postal	4	8,7

Tabela 4 Contacto com pessoas significativas

## 5. Estatística Inferencial

A análise dos dados envolveu medidas de estatística descritiva (frequências absolutas e relativas, médias e respetivos desvios-padrão) atrás apresentadas e estatística inferencial, apesar das limitações relativas à significância estatística e possibilidade de generalização dos dados face à amostragem, como já referido. Esta última permite-nos testar as hipóteses colocadas, e embora se tenha utilizado uma amostra por conveniência (isto é, não probabilística, procurou-se incluir a maioria dos utentes da ERPI onde se realizou o estudo.

Os seguintes instrumentos de recolha de dados, índice de Barthel e a Escala SELSA uma vez que são escalas compostas por múltiplos itens, foram consideradas variáveis de intervalo por possuírem características semelhantes.

Uma vez que não é possível divulgar a Escala SELSA devido a direitos de autor, os seus itens foram divididos em categorias para uma análise mais detalhada da mesma.

Para analisar os dados obtidos, recorreu-se ao Coeficiente de Correlação de Pearson, o Coeficiente de Associação de Spearman para testar as hipóteses através da relação entre variáveis; recorreu-se ao Teste T de Student para amostras independentes para verificar hipóteses através de testes de diferenças; neste sentido normalidade de distribuição foi analisada com o teste de Shapiro-Wilk e a homogeneidade de variâncias com o teste de Levene. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $p < 0,05$  ou sig.  $< 0,05$ .

Ao analisar os dados obtidos constatou-se que a amostra obteve uma média de 93,94% no Índice de Barthel, que segundo Sequeira (2007, citado por Apóstolo, 2012) significa que a maioria dos sujeitos apresenta uma dependência muito leve (c.f tabela 5). Podemos ainda observar as estatísticas descritivas dos valores obtidos na escala de Escala de Solidão Social e Emocional e na escala de Barthel. Nela, constam os valores mínimo e máximo, médias e respetivos desvios padrão.

	<b>Pontuação no Índice de Barthel</b>	<b>Pontuação na escala</b>
<b>Média</b>	93,94	60,51
<b>Erro Desvio</b>	8,004	10,640
<b>Mínimo</b>	75	40
<b>Máximo</b>	100	79

*Tabela 5 Média, mínimo, máximo e desvio-padrão no Índice de Barthel e escala SELSA*

Analisando Escala SELSA pode-se constatar na tabela 4 que dos três domínios (família, amizade e relações íntimas) o índice de solidão é em média (22,34%) mais elevado no das relações familiares relativamente aos restantes domínios (c.f tabela 6).

	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Erro Desvio</b>
<b>Relações Sociais</b>	12	27	20,34	3,472
<b>Relações Familiares</b>	13	29	22,34	3,016
<b>Relações Íntimas</b>	5	29	17,16	8,504

*Tabela 6 Média, mínimo, máximo e desvio-padrão dos domínios da escala SELSA*

Constatou-se também que no género feminino que constitui 25 elementos da amostra, apresenta uma média e um desvio-padrão face ao sentimento de solidão ao nível das relações sociais de 20,92 e 2,753 respetivamente. No género masculino que constitui 20

elementos da amostra, apresenta uma média e um desvio-padrão face ao sentimento de solidão ao nível das relações sociais de 19,68 e 4,110 respetivamente. No que diz respeito ao sentimento de solidão ao nível das relações familiares, o género feminino obteve uma média e um desvio padrão de 22,64 e 2,835 respetivamente. Já o género masculino obteve uma média e um desvio padrão de 21,64 e 3,125 respetivamente. Relativamente às relações íntimas o género feminino obteve uma média e um desvio- padrão de 16,28 e 9,149 respetivamente e o género masculino obteve uma média e um desvio- padrão de 18,25 e 7,711 respetivamente.

Averiguou-se que não há diferenças estatisticamente significativas entre o género masculino e feminino ao nível do sentimento de solidão relativamente às relações sociais  $t(45) = -1,227$ ,  $p = 0,226$ . Assim como ao nível das relações sociais, ao nível das relações familiares e as relações íntimas também não se encontraram diferenças estatisticamente significativas,  $t(45) = -1,522$ ,  $p = 0,135$  e  $t(45) = 0,769$ ,  $p = 0,446$  respetivamente. (c.f. tabela 7).

	Feminino		Masculino		T	P
	M	DP	M	DP		
<b>Relações Sociais</b>	20,92	2,753	19,68	4,110	- 1,227	0,226
<b>Relações Familiares</b>	22,64	2,835	21,64	3,125	-1,522	0,135
<b>Relações Íntimas</b>	16,28	9,149	18,25	7,711	0,769	0,446

*Tabela 7 Teste t de amostras emparelhadas para Comparação do nível de solidão entre grupos*

A correlação encontrada entre o nível de autonomia e o nível de solidão emocional sentido é de ,358 com uma probabilidade associada de  $p = 0,014$ . Verifica-se assim uma relação estatisticamente significativa entre a pontuação obtida no Índice de Barthel e a pontuação obtida na escala SELSA-S. O nível de autonomia está positivamente correlacionado com o nível de solidão emocional sentido,  $Rr = ,36$ ,  $p = ,014$  (c.f. Tabela 8).

	Pontuação Índice de Barthel	Pontuação SELSA
<b>Pontuação no Índice de Barthel</b>	<b>Correlação de Pearson</b>	1
	<b>Sig. (2 extremidades)</b>	,358*
	<b>N</b>	,014
		47
		47

<b>Pontuação SELSA</b>	<b>Correlação de Pearson</b>	,358*	1
	<b>Sig. (2 extremidades)</b>	,014	
	<b>N</b>	47	47

Tabela 8 Correlação entre nível de autonomia e nível de solidão emocional sentido

Verificou-se também que existe uma ausência de associação entre o tempo de institucionalização e o nível de solidão emocional sentido. A correlação encontrada é de -0,5 com uma probabilidade associada de  $p = ,41$  (cf. tabela 9)

		<b>Temp. institucionalização</b>	<b>Pontuação SELSA</b>
<b>Tempo institucionalização</b>	<b>Coefficiente de correlação</b>	1,000	-,054
	<b>Sig. (2 extremidades)</b>		,416
	<b>N</b>	47	47
<b>Pontuação SELSA</b>	<b>Correlação de Pearson</b>	-,054	1,000
	<b>Sig. (2 extremidades)</b>	,416	
	<b>N</b>	47	47

Tabela 9 Correlação entre o tempo de institucionalização e os níveis de solidão emocional sentido

O valor do teste do qui-quadrado, com 81 graus de liberdade (gl) é de 99,646 (valor) com uma probabilidade nível de significância associada de  $p = .078$ . Não se verifica, portanto, uma associação estatisticamente significativa entre as variáveis Estado Civil e nível de solidão emocional sentido (tabela 10).

	<b>Valor</b>	<b>Gl</b>	<b>Significância Assintótica (Bilateral)</b>
<b>Qui-quadrado de Pearson</b>	99,646 <sup>a</sup>	81	,078
<b>Razão de verossimilhança</b>	72,150	81	,748
<b>Associação Linear por Linear</b>	8,548	1	,003
<b>N de Casos Válidos</b>	47		

Tabela 10 Teste Qui-Quadrado para as variáveis Estado Civil e Nível de Solidão emocional sentido

A correlação encontrada entre a frequência de visitas e o nível de solidão emocional sentido é de -,075 com uma probabilidade associada de  $p = ,6$ . Dado o valor da

probabilidade – 0,615 - verifica-se uma ausência de correlação entre as variáveis mencionadas (Tabela 11).

			quantas vezes era visitado?	Pontuação na escala
Rô de Spearman	quantas vezes era visitado?	Coeficiente de Correlação	1,000	-,075
		Sig. (2 extremidades)	.	,615
		N	47	47
	Pontuação na escala	Coeficiente de Correlação	-,075	1,000
		Sig. (2 extremidades)	,615	.
		N	47	47

Tabela 11 Rô de Spearman para averiguar correlação entre as variáveis: freq. de visitas e Escala SELSA

## 6. Discussão dos resultados

Com este estudo pretendia-se verificar se as medidas que foram adotadas para combater a pandemia COVID-19 e a consequente ausência de visitas de familiares e pessoas significativas teria influência ou não no sentimento de solidão nos idosos institucionalizados.

Constatou-se que a amostra é maioritariamente composta por elementos femininos (53,2%) e as idades são já bastante avançadas (média de 84,98 anos). Nos estudos que se têm debruçado sobre o envelhecimento tem constatado também que não só o período de vida é maior, mas é sempre mais elevado no sexo feminino do que no masculino (Bandeira, *et al* 2014).

Neste estudo observa-se que relativamente ao sentimento de solidão, verificou-se que é um sentimento cuja média é mais elevada no sexo feminino ao nível das relações familiares (22,64%) embora não haja diferenças estatisticamente significativas relativamente ao género masculino e aos outros domínios que constituem a escala SELSA-S. Contudo nos homens a solidão ao nível das relações íntimas é maior no sexo masculino (18,25%) em relação ao sexo feminino (16,28%).

A escolaridade é baixa, sendo apenas mais elevada nos que prosseguiram uma carreira militar e formaram-se nessa área. No entanto 19% conseguiu concluir o ensino secundário (antigo 7<sup>o</sup> ano). Tal poderá ser explicado pelo contexto sociocultural em que estes indivíduos foram educados. Um contexto sociocultural que desvalorizava o ensino e priorizava o trabalho para auxiliar no combate às dificuldades económicas familiares muito acentuadas naquela época (Paços, 2017).

Averiguou-se também que uma grande parte da amostra já perdeu o cônjuge (46,8%). No entanto não se encontrou uma correlação entre o Estado Civil e o nível de solidão emocional sentido. Embora a literatura mostre que ao perder-se uma relação que era íntima, o isolamento muitas vezes é a resposta encontrada pelos sujeitos para enfrentar esta fase dolorosa da vida (Paúl, 1991, citado por Paços, 2017). Na aplicação dos questionários averiguou-se que essa perda era mais mencionada pelo sexo masculino do que o feminino.

Quanto à institucionalização, quase a totalidade foi por iniciativa própria e o motivo que levou a essa decisão para a maioria foi a de optar por ir para um lar embora possuía uma rede de apoio familiar. Estes factos são pontos favoráveis a uma integração mais bem-sucedida, mas que em muitos poucos casos acontece, devendo-se a institucionalização muitas vezes a pedidos de familiares (Daniel, 2009).

Alguns fatores que poderão ter peso na hora de tomar essa decisão são o querer evitar ser um fardo para a família uma vez que esta teria de se assumir como cuidadora e esse papel obrigaria a uma reestruturação familiar a todos os níveis (Castro e Dias, 2011). Um fator muitas vezes mencionado pelos idosos no momento da aplicação dos instrumentos de recolha de dados, foi a sua institucionalização ser derivada à institucionalização do cônjuge e o facto de assim não se considerarem um “peso” para a família que poucas disponibilidades têm para prestar os cuidados que estes necessitam. Foi ainda mencionado como fator de peso para esta decisão o facto de o cônjuge já necessitar de ajuda de terceiros e já não ter capacidade para prestar essa ajuda e ainda a falta de apoio quando residiam nas suas próprias habitações.

Quanto ao tempo de institucionalização observa-se que quase metade (42,6%) se encontra institucionalizado há cinco anos ou mais. Quanto maior for o tempo de

institucionalização, maior é o risco de isolamento social e inatividade física (Castro e Dias 2011). No entanto, nesta amostra verifica-se que os idosos têm em média uma dependência leve, fator muito importante para evitar ou atenuar a solidão, pois apesar das limitações que advém do avançar da idade, estas não implicam necessariamente que o idoso não possa ter um envelhecimento ativo e digno (Assis, 2005).

Alguns fatores que poderão ter contribuído para estes resultados são o facto de residirem numa instituição bastante espaçosa e com bastante espaço verde, sendo esta também uma promotora o exercício físico, contribuindo para a manutenção da mobilidade.

Outro fator importante para o bem-estar do idoso e uma institucionalização bem-sucedida é a presença da rede familiar, sendo fundamental manter algumas atividades que já existiam antes, nomeadamente passeios e festas com a família (Pereira, 2008). Contudo o que se tem verificado em alguns estudos é que as visitas aos idosos institucionalizados tendem a diminuir com o tempo (Carneiro, 2012). Se estas diminuem ao longo do tempo, em 2019 chegaram a ficar suspensas devido à pandemia atenuando ainda mais esta questão.

Relativamente a este estudo, antes da pandemia quase a maioria (46,8%) recebia visitas semanalmente e só 10,6% é que não recebia qualquer visita, não se verificando qualquer correlação entre a frequência de visitas e o nível de solidão sentido pelos idosos. Alguns fatores mencionados pelos idosos para a total ausência de visitas era o facto de terem os filhos e familiares significativos a morar no estrangeiro, alguns idosos mencionaram mesmo o falecimento destes tendo apenas uma rede familiar mais distante. No entanto com mais frequência ou menos, conseguem contactar com a sua rede de apoio e durante a pandemia mantiveram esse contacto.

Um fator que possivelmente terá auxiliado aquando das restrições de visitas foi a manutenção do contacto com familiares e pessoas significativas, não só por iniciativa própria como o contacto promovido pela instituição. Assim, apesar da suspensão das visitas, a quase totalidade os residentes (97,9%) conseguiu manter contacto com as pessoas que lhes são significativas, principalmente por telemóvel próprio.

## **CONCLUSÃO**

As sociedades a níveis globais estão a ficar envelhecidas sendo um desafio constante suprir as suas constantes necessidades emergentes. Considera-se necessário e pertinente o desenvolvimento e a criação de respostas sociais que colmatem as lacunas ainda existentes, bem como a criação de novas e melhores respostas. Outro fator importante é a mobilização de todos os setores da sociedade sobre os seus equipamentos e a sua forma de funcionamento, e uma adaptação às novas necessidades atualmente existentes, visto que não são as mesmas de há anos atrás. Tal como as sociedades estão sempre em constante mudança, as necessidades sociais também se alteram.

O envelhecimento que tem sido não só o desafio para a sua sociedade, é também um desafio para o próprio indivíduo que chega a essa faixa. É uma faixa etária que acarreta grandes transformações físicas e mentais, que apesar de ser universal a todos, diverge consoante as características biopsicossociais de cada indivíduo.

Verifica-se, contudo que existem cada vez mais pessoas idosas com dificuldade em realizar as suas atividades quotidianas, senão mesmo dependentes de terceiros para a realização das mesmas, fator ao qual frequentemente se junta o fator solidão e que levam muitas vezes à institucionalização. Processo este que ocorre assim em idades cada vez mais avançadas, e como foi possível verificar, no caso da amostra deste estudo, cuja média de idades dos idosos institucionalizados se encontra nos quase 85 anos de idade.

Constata-se que a institucionalização se dá não só em idades bastante avançadas como nem sempre é com o consentimento do idoso, mas sim da família. Tal não se verificou neste estudo uma vez que essa decisão em 89% dos casos na amostra foi por iniciativa própria, sendo este um fator a favor da integração na instituição, adaptação a novas rotinas e hábitos, novas pessoas, tanto residentes como funcionários e à construção de um novo papel social. Este aspeto é ainda considerado um fator positivo de peso para que o idoso sinta menores níveis de solidão.

Apesar de todos os desafios que a terceira idade acarreta, é possível levar uma vida digna, sendo hoje em dia possível controlar ou limitar certas efemeridades adjacentes a essa faixa etária e promover assim um envelhecimento de vida bem-sucedido, um

envelhecimento ativo, com bem-estar que promova e mantenha a sua vida pessoal e social.

Perante tal número de desafios, 2019 trouxe mais um, uma pandemia que vem colocar a resiliência de todos à prova. Estudos tem vindo a demonstrar que o número de visitas aos idosos institucionalizados, com o passar do tempo tende a reduzir.

No entanto tais visitas foram suspensas durante meses cujo objetivo passava por proteger esta população mais fragilizada, mas que custos teriam esta medida? A escassez de estudos constitui uma limitação, que merece ser estudada e abordada.

Tiikkainen, e Heikkinen (2005) asseguram que quanto maior for o apoio social menores são as hipóteses de o idoso vir a desenvolver sintomatologia depressiva e a sofrer de solidão, no entanto esse apoio social ficou comprometido com as medidas restritivas tomadas, sobretudo a rede familiar que é para muitos a única rede onde encontram apoio.

Um outro fator que considero pertinente em estudos próximos sobre esta temática é tentar entender como o idoso se sente dentro da instituição, isto é, se encontra apoio, se está integrado, se fez amizades, entre outros fatores que poderão auxiliar a entender os resultados obtidos.

Em alguns casos o idoso chega ao lar sem qualquer rede de apoio familiar, seja por perda, seja por distanciamento e sendo a rede de apoio tão importante e fundamental para o bem-estar nesta etapa da vida que acarreta tantas mudanças, é pertinente entender em quais as redes de apoio o idoso se vai suportar.

Um aspeto muitas vezes mencionado pelos idosos com quem já tive contacto na vida profissional, é que muitas vezes o seu único apoio e fonte de carinho que recebem são dos funcionários do lar onde se encontram institucionalizados.

No caso da amostra deste estudo os utentes conseguiram manter contacto com a família e pessoas significativas, quer por meios próprios (telemóvel, videochamada, email, correio postal) quer por meios disponibilizados pela instituição (telemóvel e videochamadas).

Embora os resultados obtidos tenham sido positivos, uma vez que esta medida não teve um impacto significativo, estes não se podem generalizar por se tratar de uma amostra reduzida que não representa a realidade de todas as instituições que acolhem idosos e passaram pela mesma situação. Seria então uma mais valia alargar este tipo de estudos a outras instituições para realmente se conseguir uma amostra maior e obter resultados o mais abrangentes possível.

Apesar de todos os fatores integrados no estudo, com pandemia ou sem esta apenas se conseguiu estudar alguns fatores e não as causas da solidão em si. Fatores estes que variam de instituição em instituição, diferenciando possivelmente o resultado também.

Fica então a questão: Além da alimentação, dos cuidados básicos de higiene, de saúde e de bem-estar, o que mais é possível fazer mais por esta população? Estarão as instituições e até a sociedade preparadas para lidar com este tipo de situações? É uma questão merecedora de reflexão, por parte de todos na sociedade, mas principalmente pelos os técnicos e todos os que trabalharam diretamente com os idosos, pois sendo cada vez maior o envelhecimento da nossa população, aumenta a responsabilidade de encontrar novas respostas e mais adequadas aos tempos atuais.

## **BIBLIOGRAFIA**

Apóstolo, J. L. A. (2012). *Instrumentos para avaliação em geriatria* (Geriatric Instruments). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://web.esenfc.pt/v02/include/download.php>.

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). *Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 25 (2), 59-66. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/15740/2/84575.pdf>

Araújo, L., Sá, E. C.N., & Amaral, E.B. (2011). *Corpo e Velhice: Um estudo das Representações Sociais entre Homens Idosos*. PSICOLOGIA: CIÊNCIA E PROFISSÃO, 31 (3), 468-481. <https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000300004>

Assis, M. (2005). *Envelhecimento ativo e promoção da saúde: reflexão para as ações educativas com os idosos*. Revista APS, 8, 15-24. <https://www.ufjf.br/nates/files/2009/12/Envelhecimento.pdf>

Bandeira, M., Azevedo, A., Sousa Gomes, C., Tomé, L. P., Mendes, M. F., Guardado Moreira, M. J., & Batista, I. (2014). *Dinâmicas Demográficas e Envelhecimento da População Portuguesa, 1950-2011 Evolução e Perspectivas*, Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/20693>

Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. D., Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos. <http://hdl.handle.net/10451/24456>

Carmen, S. M. (2013). *Importance of counselling for elderly before institutionalization*. Procedia-Social and Behavioral Sciences, 84, 1630-1633. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042813018764>

Carvalho, P. e Dias, O. (2011). *Adaptação dos Idosos Institucionalizados*. Millenium, 40, 161-184. <http://hdl.handle.net/10400.19/1209>

Carvalho, N. P., da Silva Júnior, R. F., Ruas, E. D. F. G., Gusmão, R. O. M., Souto, V. D., & Dias, O. V. (2018). *Understanding the feelings of elderly in the institution of long permanence*. Unimontes Científica, [S. l.] 423-435. <http://www.ruc.unimontes.br/index.php/unicientifica/article/view/797>

Carta Social (2018) *Relatório de 2018*. <http://www.cartasocial.pt/pdf/csocal2018.pdf>.

Carneiro, M. M. F. P. (2012). *Gerontologia e qualidade de vida: reforço dos laços familiares dos idosos institucionalizados* (Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Portucalense). Repositório da Universidade Portucalense <http://hdl.handle.net/11328/232>

Castro, M., & Amorim, I. (2016). *Qualidade de vida e solidão em idosos residentes em lar*. Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, (3), 39-44. <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0115>

Daniel, F. (2009). *Profissionalização e Qualificação da Resposta Social 'Lar de Idosos'*. Interações, 17, 65-74. <http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/83>

Del Duca, G. F., Silva, S. G. D., Thumé, E., Santos, I. S., & Hallal, P. C. (2012). *Indicadores da institucionalização de idosos: estudo de casos e controles*. Revista de Saúde Pública, 46, 147-153. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102012000100018>

Dias, I. (1994). *O inquérito por questionário: problemas teóricos e metodológicos gerais*. Universidade do Porto, Faculdade de Letras <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/104265/2/193141.pdf>

Dias, J. P. B. M. (2009) *A Satisfação Conjugal, a Depressão e a Sexualidade na terceira idade* (dissertação de mestrado não editada, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação). Repositório Aberto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/55033/2/29658.pdf>

Direção Geral de Saúde. (outubro,2020). Informação nº 011/2020 de 11/05/2020 atualizada a 18/10/2020. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/informacoes/informacao-n-0112020-de-11052020.aspx>

Hill, M e Hill, A. (1998). *A construção de um questionário*. Working Paper. Instituto Universitário de Lisboa. [https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/469/4/DINAMIA\\_WP\\_1998-11.pdf](https://repositorio.iscte-iul.pt/bitstream/10071/469/4/DINAMIA_WP_1998-11.pdf)

Instituto Nacional de Estatística. *Estatísticas Demográficas: 2020*. Lisboa: INE, 2021.

<https://www.ine.pt/xurl/pub/442993507>

Fernandes, A. A. (2005). *Envelhecimento e saúde*. Revista Portuguesa de Saúde Pública, 23 (2), 45-48. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/17011/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202005%20-%20v23n2a03%20-%20p.45-48.pdf>

Fernandes, H., & Neto, F. (2009). *Adaptação portuguesa da escala de solidão social e emocional* (SELSA-S). Psicologia, Educação e Cultura, 13, 7-31.

[http://pec.ispgaya.pt/edicoes/2009/2009\\_vol\\_XIII\\_n1.pdf#page=11](http://pec.ispgaya.pt/edicoes/2009/2009_vol_XIII_n1.pdf#page=11)

Gerhardt, T. E., & Silveira, D. T. (2009). *Métodos de pesquisa* (1 ed.). Plageder.

[https://books.google.pt/books?id=dRuzRyElzmkC&printsec=frontcover&hl=pt-](https://books.google.pt/books?id=dRuzRyElzmkC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false)

[PT#v=onepage&q&f=false](https://books.google.pt/books?id=dRuzRyElzmkC&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false)

Frade, J. Barbosa, P. Cardoso, S. Nunes, C. (2015). *Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados*. Revista de Enfermagem Referência, 4 (4) 41-49. [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832015000100005&script=sci_arttext&tlng=en)

[02832015000100005&script=sci\\_arttext&tlng=en](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?pid=S0874-02832015000100005&script=sci_arttext&tlng=en)

Quivy, R., Marquet. Van Campenhoudt, L. (2019). *Manual de investigação em ciências sociais*. <https://www.fep.up.pt/docentes/joao/material/manualinvestig.pdf>

Reis, E., Melo, P., Andrade, R., & Calapez, T. (2015). *Estatística aplicada*. Lisboa: Edições

Sílabo. <https://static.fnac-static.com/multimedia/PT/pdf/9789726188193.pdf>

Santos, J. R., & Henriques, S. (2021). *Inquérito por questionário: contributos de conceção e utilização em contextos educativos*. Lisboa: Universidade Aberta, 2021. p37.

<https://doi.org/10.34627/3s9s-k971>

Nóbrega, I. R. A. P. D., Leal, M. C. C., Marques, A. P. D. O., & Vieira, J. D. C. M. (2015). *Fatores associados à depressão em idosos institucionalizados: revisão integrativa*. Saúde em Debate, 39, 536-550. <https://doi.org/10.1590/0103-110420151050002020>

Paços, C. A. B. L. (2017). " *Solidão e Isolamento na Velhice*" *Um Estudo Realizado na Freguesia da Misericórdia em Lisboa* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa) ProQuest Dissertations Publishing.

<https://www.proquest.com/openview/c0b9ce4e190a6386bc2ce6a1748c8a3f/1?cbl=2026366&diss=y&pq-origsite=gscholar>

Pereira, F. (2008). *A importância da manutenção das relações familiares para o idoso institucionalizado*. Revista Transdisciplinar de Gerontologia, 2 (1), 6-10. <http://hdl.handle.net/10198/3626>

Rissardo, L. K., Furlan, M. C. R., Grandizolli, G., Marcon, S. S., & Carreira, L. (2011). *Concepção e sentimentos de idosos institucionalizados sobre família*. Ciência, Cuidado e Saúde, 10(4), 682-689. [https://www.researchgate.net/publication/245543082\\_Concepcao\\_e\\_sentimentos\\_d\\_e\\_idosos\\_institucionalizados\\_sobre\\_familia](https://www.researchgate.net/publication/245543082_Concepcao_e_sentimentos_d_e_idosos_institucionalizados_sobre_familia)

Pocinho, M., Farate, C., e Dias, C. A. (2010). *Validação psicométrica da escala UCLA-Loneliness para idosos portugueses*. Interações: Sociedade e as novas modernidades, (18), 65-76. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>

Pocinho, R., Ravara, P. B., Melo, C., Pardo, E. N., & Muñoz, J. J. F. (2017). *Relação entre o estado psicossocial do cuidador informal e o tempo de cuidado dos idosos da região centro de Portugal*. Educación y Humanismo, 19(32), 88-101. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6395353>

Pocinho, R., Ravara, P. B., Melo, C., Pardo, E. N., & Muñoz, J. J. F. (2017). *Relação entre o estado psicossocial do cuidador informal e o tempo de cuidado dos idosos da região centro de Portugal*. Educación y Humanismo, 19(32), 88-101.

Simões, Â., & Sapeta, P. (2017). *Construção social do envelhecimento individual*. Revista Kairós: Gerontologia, 9-26. <http://hdl.handle.net/10400.11/5720>

Silva, L.R.F. (2008). *Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de história de envelhecimento*. História, Ciências, Saúde-Manguinhos, 15, 155-168. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702008000100009>

Silva, L.R.F. (2008). *Terceira idade: nova identidade, reinvenção da velhice ou experiência geracional?*. Revista de saúde coletiva, 18, 801-815.  
<https://www.scielo.org/article/physis/2008.v18n4/801-815/>

Tiikkainen, P., & Heikkinen, R. L. (2005). *Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people*. Aging & Mental Health, 9(6), 526-534. <https://doi.org/10.1080/13607860500193138>

Vaz, F. S. A. Gaspar, N. M. S. (2011). *Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança*. Revista de Enfermagem Referência, 3 (4), 49-58.  
<https://scielo.pt/pdf/ref/vserlIn4/serlIn4a05.pdf>

Vicente, M., & Gomes, E. (2020). *COVID-19: uma nova pandemia, uma nova era?* Em M. Paulino, R. Diniz, A. Mateus, A. Santos, C. Nóbrega, C. Sousa, & V. Rosa, *A Psicologia da pandemia - compreender e enfrentar a COVID-19*. Lisboa: PACTOR - Edições de Ciências Sociais, Forenses e da Educação.

Yin, R. K. (2011). *Applications of case study research*. Sage.  
[https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=FgSV0Y2FleYC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Applications+of+Case+Study+Research+Por+Robert+K.+Yin&ots=43c5OqvgMq&sig=30WiDhpmqBXPukrbKIBjtIK1zWI&redir\\_esc=y#v=onepage&q=Applications%20of%20Case%20Study%20Research%20Por%20Robert%20K.%20Yin&f=false](https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=FgSV0Y2FleYC&oi=fnd&pg=PP1&dq=Applications+of+Case+Study+Research+Por+Robert+K.+Yin&ots=43c5OqvgMq&sig=30WiDhpmqBXPukrbKIBjtIK1zWI&redir_esc=y#v=onepage&q=Applications%20of%20Case%20Study%20Research%20Por%20Robert%20K.%20Yin&f=false)

## **ANEXOS**

**Anexo I – Questionário Sociodemográfico**

**1. Género**

Masculino	<input type="checkbox"/>
Feminino	<input type="checkbox"/>

**2. Idade:** \_\_\_\_\_

**3. Estado Civil:**

<input type="checkbox"/>	Solteiro(a)
<input type="checkbox"/>	Casado(a)/ União de Facto
<input type="checkbox"/>	Separado(a)/Divorciado(a)
<input type="checkbox"/>	Viúvo(a)

**4. Número de Filhos:** \_\_\_\_\_

**5. Nível de Escolaridade:**

<input type="checkbox"/>	Primeiro Ciclo do Ensino Básico
<input type="checkbox"/>	Segundo Ciclo do Ensino Básico
<input type="checkbox"/>	Terceiro Ciclo do Ensino Básico
<input type="checkbox"/>	Ensino Secundário
<input type="checkbox"/>	Licenciatura
<input type="checkbox"/>	Mestrado
<input type="checkbox"/>	Doutoramento

**6. Qual a principal profissão durante a vida ativa?**

---

**7. De quem foi a iniciativa de integrar a instituição?**

<input type="checkbox"/>	Iniciativa própria
<input type="checkbox"/>	Trazido(a) por amigos
<input type="checkbox"/>	Trazido(a) por familiares
<input type="checkbox"/>	Trazido(a) por técnicos de ação social

**8. Qual o motivo que levou à decisão?**

(selecione com X as opções que considerar corretas)

<input type="checkbox"/>	Dificuldades no autocuidado
<input type="checkbox"/>	Falta de recursos económicos
<input type="checkbox"/>	Falta de habitação condigna
<input type="checkbox"/>	Sem família
<input type="checkbox"/>	Corte com as relações familiares
<input type="checkbox"/>	Falta de apoio familiar
<input type="checkbox"/>	Preferência em viver no lar embora tenha família
<input type="checkbox"/>	Dificuldade em aceder aos serviços de saúde

**9. Há quanto tempo está na instituição?**

<input type="checkbox"/>	Menos de 1 ano
<input type="checkbox"/>	Entre 1 e 2 anos
<input type="checkbox"/>	Entre 2 e 3 anos
<input type="checkbox"/>	Entre 3 e 4 anos
<input type="checkbox"/>	Mais de 5 anos

**10. Durante o período em que as visitas eram permitidas, quantas vezes tinha visitas?**

<input type="checkbox"/>	Mais de 2 vezes por semana
<input type="checkbox"/>	Semanalmente
<input type="checkbox"/>	Mensalmente
<input type="checkbox"/>	2 a 3 vezes por ano
<input type="checkbox"/>	Anualmente
<input type="checkbox"/>	Nenhuma

**11. Por quem era visitado?**

---

---

**12. No período em que as visitas não são permitidas consegue contactar com as pessoas significativas?**

<input type="checkbox"/>	sim
<input type="checkbox"/>	Não

**13. Se sim, que meios utiliza?**

(selecione com X as opções que considerar corretas)

<input type="checkbox"/>	Chamada telefónica através da Instituição
<input type="checkbox"/>	Chamada telefónica por telemóvel próprio
<input type="checkbox"/>	Videochamada por através da Instituição
<input type="checkbox"/>	Videochamada por meios próprios
<input type="checkbox"/>	Correio eletrónico
<input type="checkbox"/>	Correio postal

**Anexo II- Índice de Barthel**

## ÍNDICE DE BARTHEL

As questões que se seguem procuram avaliar a capacidade funcional para realizar as atividades básicas de vida diária. Refira para cada questão a resposta que melhor traduz a sua situação.

	Pontuação
A. Atualmente, relativamente à sua higiene pessoal: 1 <input type="checkbox"/> Consegue lavar o rosto, lavar os dentes, barbear-se, pente ar-se sozinho 0 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para o cuidado pessoal	
B. Atualmente, consegue tomar banho: 1 <input type="checkbox"/> Sozinho, entrar e sair da banheira, lavar-se, usar o chuveiro 0 <input type="checkbox"/> Não consegue tomar banho sozinho	
C. Atualmente, consegue vestir-se: 2 <input type="checkbox"/> Veste-se sozinho (incluindo abotoar botões, fechos, atacadores) 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para algumas coisas (abotoar botões, apertar atacadores, fechar um fecho...) 0 <input type="checkbox"/> Precisa sempre da ajuda de outra pessoa para se vestir	
D. Atualmente, consegue alimentar-se: 2 <input type="checkbox"/> Desde que lhe coloquem a comida já preparada, consegue comer sozinho 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para cortar a carne, barrar a manteiga, etc. 0 <input type="checkbox"/> Não consegue alimentar-se sozinho	
E. Atualmente, consegue levantar-se da cama ou de uma cadeira sozinho? 3 <input type="checkbox"/> Consegue passar da cama para a cadeira sem grande dificuldade 2 <input type="checkbox"/> Necessita de uma pequena ajuda (verbal ou física) 1 <input type="checkbox"/> Necessita de um grande ajuda física para passar da cama para a cadeira 0 <input type="checkbox"/> Incapaz de passar da cama para a cadeira, não tem equilíbrio	
F. Atualmente, consegue subir e descer escadas 2 <input type="checkbox"/> Consegue subir e descer escadas 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda para subir e descer escadas 0 <input type="checkbox"/> Não consegue subir ou descer escadas	
G. Atualmente, consegue andar/marcha ou deslocar-se 3 <input type="checkbox"/> Consegue andar (com ou sem bengala, andarlho, canadiana, etc.) 2 <input type="checkbox"/> Consegue andar com ajuda (verbal ou física) de uma pessoa 1 <input type="checkbox"/> Consegue andar sozinho em cadeira de rodas 0 <input type="checkbox"/> Não consegue andar, nem com ajuda de outras pessoas	
H. Atualmente, tem controlo na função intestinal 2 <input type="checkbox"/> Controla bem esta função 1 <input type="checkbox"/> Ocasionalmente não controla as fezes 0 <input type="checkbox"/> Não controla as fezes, ou só evacua com a ajuda de clister	
I. Atualmente, controla a função urinária 2 <input type="checkbox"/> Controla bem esta função ou está cateterizado e substitui os sacos 1 <input type="checkbox"/> Perde urina acidentalmente 0 <input type="checkbox"/> Não controla a urina ou está cateterizado e precisa de alguém para substituir os sacos	
J. Atualmente, consegue ir à casa de banho 2 <input type="checkbox"/> Não precisa de qualquer ajuda para ir à casa de banho 1 <input type="checkbox"/> Precisa de ajuda, mas consegue fazer algumas coisas sozinho 0 <input type="checkbox"/> Não consegue ir à casa de banho sozinho	
<b>PONTUAÇÃO FINAL</b>	

**Anexo III - Pedido de autorização para realização do estudo**

Exmo. Sr. Diretor XXXXXXXXXXXXXXXX

Eu, Beatriz Garcia Clemente, aluna regularmente matriculada no Mestrado de Gerontologia Social do Instituto Politécnico de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Alda Matos encontro-me a efetuar um Projeto de investigação intitulado: “Importância das visitas no combate à solidão de idosos institucionalizados”. Pretendo, com esta investigação, compreender de que forma as visitas podem atenuar ou não o sentimento de solidão nos idosos institucionalizados. A informação recolhida será tratada de forma anónima e confidencial e apenas utilizada exclusivamente para o presente estudo.

Assim solicita-se a autorização de Vossa Excelência para realizar o estudo nas instalações do XXXXXXXXXXXX, bem como a colaboração do mesmo.

XXXX, 5 de fevereiro de 2021

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### **Anexo IV - Consentimento Informado**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO, ESCLARECIDO E LIVRE PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO**

(de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo)

**Título do Estudo:** A importância das visitas no combate à solidão nos idosos institucionalizados.

**Enquadramento:** O presente estudo realiza-se no âmbito do Mestrado de Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação de Coimbra.

**Explicação do Estudo:** Com este estudo pretende-se avaliar a importância das visitas no combate à solidão nos idosos institucionalizados. Para a sua realização será necessária a sua colaboração no preenchimento do questionário sociodemográfico, da Escala de Solidão Social e Emocional e ainda o Índice de Barthel (para a avaliação do nível de dependência).

**Condições e Financiamento:** A participação é de carácter voluntário e não apresenta qualquer prejuízo ou contrapartida, podendo a qualquer momento interromper a sua participação.

**Confidencialidade:** É garantida a confidencialidade e o anonimato, sendo os dados desprovidos de identificação. Todos os dados recolhidos são exclusivamente para este estudo.

**Contacto:** Caso necessite de consultar ou eliminar os seus dados, abandonar o estudo ou colocar questões, poderá contactar a investigadora responsável: Beatriz Garcia Clemente, estudante da Escola Superior de Educação de Coimbra.

Grata pela sua atenção.

Declaro ter compreendido este documento, bem como as informações que me foram transmitidas pela pessoa que acima assina e que considero suficientes. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de prejuízo.

Assim sendo aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

