



*Campus* Universitário de Almada  
Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada

Verónica Paula Teodósio Parreira

## **A Solidão nos Idosos: o Efeito Preditivo dos Afetos Negativos**

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

Orientador: Professora Doutora Lúcia Maria Ramos Serra

Almada, 2022





*Campus* Universitário de Almada  
Instituto de Estudos Interculturais e Transdisciplinares de Almada

Verónica Paula Teodósio Parreira

## **A Solidão nos Idosos: o Efeito Preditivo dos Afetos Negativos**

Dissertação apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde (2º ciclo de estudos) ao abrigo do Aviso n.º 7255/2015 de 30 de junho de 2015.

**Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde**

Orientador: Professora Doutora Lúcia Maria Ramos Serra

Almada, 2022



## **DECLARAÇÃO DE AUTENTICIDADE**

O presente estudo foi realizado por Verónica Paula Teodósio Parreira, do Ciclo de Estudos de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, no ano letivo de 2020/2021.

A sua autora declara que:

I. Todo o conteúdo das páginas que se seguem é de autoria própria, decorrendo do estudo académico e do seu trabalho realizado.

II. Este trabalho, bem como as partes dele, não foi previamente submetido como elemento de avaliação nesta ou em outra instituição de ensino/formação.

III. Foi tomado conhecimento das definições relativas ao regime de avaliação sob o qual este trabalho será avaliado, pelo que se atesta que o mesmo cumpre as orientações que lhe foram impostas.

IV. Foi tomado conhecimento de que a versão digital deste trabalho poderá ser utilizada em atividades de deteção eletrónica de plágio, por processos de análise comparativa com outros trabalhos, no presente e/ou no futuro.

V. Foi tomado conhecimento que este trabalho poderá ficar disponível para consulta no Instituto Piaget.

27 de abril de 2022

Assinatura



## **Agradecimentos**

Gostaria de agradecer a todos aqueles que ajudaram a tornar possível a realização deste estudo, contribuindo direta ou indiretamente para a realização do mesmo.

Quero agradecer à minha orientadora de dissertação, Professora Doutora Lídia Serra, pelos ensinamentos e orientações e pela disponibilidade demonstrada.

Agradeço a todos os Diretores das instituições por me proporcionarem a recolha de dados para o estudo.

Ao meu avô Domingos por me ter possibilitado ingressar nesta etapa, pelos conselhos sábios, pelo carinho e pelo apoio prestado.

Aos meus pais pelo apoio e acompanhamento que sempre me deram ao longo da vida, pelo carinho, apoio e incentivos dedicados.

À minha irmã, e aos meus sobrinhos e ao meu cunhado pela motivação e incentivo.

Ao meu namorado Florin Cotoman, pelo afeto, dedicação, motivação e compreensão nesta etapa tão exigente da minha vida.

À minha colega e melhor amiga Cristiana Guerreiro, pelo apoio, partilha, ajuda e por ser uma excelente amiga e colega de curso.

Às minhas colegas e amigas Cristiana Peixe, Carolina Heliodoro, Fernanda Amorim e Sara Monteiro, pela partilha de experiências académicas e pela amizade.

Aos meus amigos, colegas e camaradas que me motivaram e auxiliaram sempre com os bons conselhos.

A todos, muito obrigado.

Verónica Parreira



## Índice

Índice de Tabelas	V
Índice de Figuras	VII
Lista de Abreviaturas	IX
Resumo	XI
<i>Abstract</i>	XIII
INTRODUÇÃO	1
PARTE I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	7
Capítulo 1. Envelhecimento	9
1.1. Definição de Envelhecimento	11
<i>1.1.1. Envelhecimento e Fatores Envolvidos</i>	11
<i>1.1.2. Envelhecimento e Sexo</i>	12
<i>1.1.3. Envelhecimento e Alimentação</i>	13
<i>1.1.4. Envelhecimento Normal e Patológico</i>	13
1.2. Alterações Fisiológicas, Psicológicas e Sociais Associadas ao Envelhecimento	14
1.3. Prevalência e Incidência do Envelhecimento	14
1.4. Teorias Explicativas do Envelhecimento	15
<i>1.4.1. Teoria Psicossocial de Erikson</i>	15
<i>1.4.2. Teoria do Controle de Heckhausen e Schultz</i>	16
1.5. Fatores de Risco e de Proteção Associados ao Envelhecimento	17
Capítulo 2. Solidão	19
2.1. Definição de Solidão	21
2.2. Solidão e Fatores Associados	21
2.3. Prevalência e Incidência de Solidão	23
2.4. Teorias Explicativas da Solidão	23
2.5. Fatores de Risco e de Proteção da Solidão.	24
Capítulo 3. Violência	28
3.1. Definição de Violência	29
3.2. Tipos de Violência	30
<i>3.2.1. Violência Física</i>	30
<i>3.2.2. Violência Psicológica</i>	31
<i>3.2.3. Violência Sexual</i>	31
<i>3.2.4. Violência Financeira</i>	32

3.2.5. <i>Negligência</i>	33
3.2.6. <i>Autonegligência</i>	33
3.2.7. <i>Sinais e Sintomas da Violência</i>	34
3.3. Prevalência e Incidência da Violência nos Idosos	36
3.4. Modelos Explicativos da Violência	36
3.4.1. <i>Modelo Ecológico</i>	36
3.4.2. <i>Modelo Geral da Agressão</i>	37
3.5. Fatores de Risco e de Proteção Relacionados com a Violência nos Idosos	38
Capítulo 4. Apoio Social	41
4.1. Definição de Apoio Social	43
4.2. Apoio Social nos Idosos	44
4.3. Tipos de Apoio Social	44
4.4. Idosos e Institucionalização	46
4.5. Modelo Explicativo de Apoio Social	47
Capítulo 5. Afetos	50
5.1. Definição de Afetos	51
5.2. Modelos e Teorias Explicativas	51
5.2.1. <i>Modelo Bi-fatorial dos Afetos</i>	51
5.2.2. <i>Teoria Psicanalítica de Freud</i>	53
Capítulo 6. Funcionamento Cognitivo	55
6.1. Definição de Funcionamento Cognitivo	57
6.1.1. <i>Atenção</i>	58
6.1.2. <i>Percepção</i>	59
6.1.3. <i>Memória</i>	59
6.1.4. <i>Linguagem</i>	60
6.1.5. <i>Funções Executivas</i>	61
6.2. Funcionamento Cognitivo e Institucionalização	61
PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO	63
7. Apresentação do Problema	65
7.1. Objetivos de Investigação	69
7.1.1. <i>Objetivo Geral</i>	69
7.1.2. <i>Objetivos Específicos</i>	69
7.2. Hipóteses	69
8. Método	71

8.1. Participantes	73
8.2. Características Sociodemográficas dos Idosos Institucionalizados e Não-institucionalizados	73
8.3. Instrumentos / Materiais	74
8.4. Procedimentos	78
8.5. Análise de Dados	78
9. Resultados	81
9.1. Consistência Interna dos Instrumentos de Medida	83
9.2. Diferenças Entre Grupos em Relação às Características Sociodemográficas e a Solidão nos Idosos	83
9.3. Correlação entre a Solidão e a Idade dos Participantes	84
9.4. Correlação entre a Solidão e o Funcionamento Cognitivo	84
9.5. Correlação entre a Solidão e os Afetos	85
9.6. Correlações entre a Solidão e o Apoio Social	85
9.7. Correlações entre a Solidão e o Risco de Violência	86
9.8. Predição da Solidão	86
10. Discussão de Resultados	89
11. Conclusões	95
12. Implicações	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	125
ANEXO A. Consentimento Informado Participante	127
ANEXO B. Consentimento Informado do Cuidador	131
ANEXO C. Pedido de Autorização Para Realização de Investigação	135
ANEXO D. Questionário Sociodemográfico	139
ANEXO E. Mini-Mental State Examination (MMSE)	143
ANEXO F. PANAS	151
ANEXO G. UCLA	155
ANEXO H. LSNS-5	159
ANEXO I. Risco de Violência Sobre Pessoas Idosas (RIASE)	163



## **Índice de Tabelas**

Tabela 1 Sinais e Sintomas Associados a Possíveis Atos de Violência Contra os Idosos	35
Tabela 2 Características Sociodemográficas dos Idosos Participantes no Estudo	74
Tabela 3 Correlação Entre a Solidão, as Suas Dimensões e as Dimensões do Funcionamento Cognitivo	85
Tabela 4 Coeficientes das Variáveis Explicativas da Solidão dos Idosos	86



## **Índice de Figuras**

Figura 1 Modelo Ecológico Para Compreender a Violência	37
Figura 2 Modelo Geral de Agressões	38
Figura 3 A Estrutura de Bi-factorial do Afeto de Watson e Tellegen (1985)	52
Figura 4 Representação dos Resíduos do Modelo Gama	87



## **Lista de Abreviaturas**

<b>AIC</b>	<i>Akaike Information Criterion</i>
<b>APA</b>	<i>American Psychiatric Association</i>
<b>APAV</b>	Associação Portuguesa de Apoio à Vítima
<b>CASE</b>	<i>Caregiver Abuse Screen</i>
<b>DGS</b>	Direção-Geral da Saúde
<b>DGS-15</b>	Escala de Depressão Geriátrica
<b>EAS</b>	Escala de Apoio Social
<b>EDG</b>	Escala de Depressão Geriátrica
<b>INE</b>	Instituto Nacional de Estatística
<b>IPSS</b>	Instituições Particulares de Solidariedade Social
<b>ISS</b>	Instituto da Segurança Social
<b>LSNS-5</b>	Escala de Rede de Apoio Social
<b>MMSE</b>	<i>Mini Mental State Examination</i>
<b>NCEA</b>	<i>National Center on Elder Abuse</i>
<b>OMS</b>	Organização Mundial da Saúde
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PANAS</b>	<i>Positive and Negative Affect Schedule</i>
<b>RIASE</b>	Escala de Risco de Violência sobre Pessoas Idosas
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>UCLA</b>	Universidade da Califórnia, Los Angeles
<b>UE</b>	União Europeia
<b>VASS-Br</b>	Escala de <i>Screening</i> da Vulnerabilidade ao Abuso



## Resumo

A solidão nos idosos tem revelado efeitos negativos no seu bem-estar. O objetivo deste estudo foi perceber de que forma as características sociodemográficas, cognitivas, psicossociais e os afetos se relacionam e predizem a solidão nos idosos. A amostra é composta por 101 sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo. O protocolo consistiu num questionário sociodemográfico, na Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos, na Escala de Solidão, na Escala de Apoio Social e na Escala de Risco de Violência sobre Pessoas Idosas. Os resultados revelaram diferenças na solidão com destaque nos sujeitos idosos viúvos. A idade, o sexo e a condição de institucionalização não revelaram diferenças significativas relativamente à solidão. Verificou-se uma relação significativa entre a dimensão “isolamento social” e a idade, entre a solidão e o funcionamento cognitivo geral, entre a dimensão “afinidades” e “isolamento social” e o funcionamento cognitivo. A “atenção e cálculo” revelou uma relação significativa com a solidão e suas dimensões. A “evocação” revelou uma relação significativa com a dimensão “afinidades”. Os afetos negativos mostraram uma relação significativa com a solidão e as suas dimensões. Os afetos positivos, apenas apresentaram uma relação significativa com a dimensão “afinidades”. O apoio social e o risco de violência nos idosos, têm uma relação significativa com a solidão e suas dimensões. Os afetos negativos foram preditores da solidão. Desta forma, as variáveis sociais, psicossociais, afetivas e cognitivas devem ser consideradas em programas de prevenção de solidão junto dos idosos.

*Palavras-chave:* solidão; risco de violência; afetos; funcionamento cognitivo; apoio social; idosos



### *Abstract*

Loneliness in the elderly has shown negative effects on their well-being. The aim of this study was to understand how sociodemographic, cognitive, psychosocial and affective characteristics are related to and predict loneliness in the elderly. The sample is composed of 101 subjects aged 65 years or older, residing in the Lisbon and Tagus Valley region. The protocol consisted of a sociodemographic questionnaire, the Positive Affects and Negative Affects Scale, the Loneliness Scale, the Social Support Scale and the Risk of Violence on the Elderly Scale. The results revealed differences in loneliness with emphasis on widowed elderly subjects. Age, gender, and institutionalization status revealed no significant differences regarding loneliness. There was a significant relationship between the "social isolation" dimension and age, between loneliness and general cognitive functioning, between the "affinities" and "social isolation" dimension and cognitive functioning. "Attention and calculation" revealed a significant relationship with loneliness and its dimensions. "Evocation" revealed a significant relationship with the "affections" dimension. Negative affections showed a significant relationship with loneliness and its dimensions. Positive affections, only showed a significant relationship with the "affinities" dimension. Social support and risk of violence in the elderly, have a significant relationship with loneliness and its dimensions. Negative affections were predictors of loneliness. Thus, social, psychosocial, affective, and cognitive variables should be considered in loneliness prevention programs with the elderly.

*Keywords:* loneliness; risk of violence; affections; cognitive functioning; social support; elderly



# **INTRODUÇÃO**



O envelhecimento é um processo normal do ciclo da vida e é caracterizado por um conjunto de alterações e mudanças graduais a nível biológico, psicológico e social (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2006). Tanto nos países europeus, americanos, asiáticos e africanos, o envelhecimento ocorre gradualmente do mesmo modo em todos os sujeitos. A maioria dos países da Europa detém um nível elevado de envelhecimento demográfico, sendo revelado um aumento da esperança média de vida e o declínio da taxa de natalidade, o que origina o aumento dos índices de dependência dos idosos em relação aos cuidadores (Abreu & Peixoto, 2009).

No envelhecimento, a cultura é determinante pois, para além de auxiliar na compreensão, também ajuda a compensar os declínios que lhe estão associados e permite ao idoso uma maior socialização (Pires et al., 2018). Em Portugal, são consideradas pessoas idosas quando apresentam uma idade igual ou superior a 65 anos (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2002). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS; 2002), os idosos são uma população de risco para sofrer de violência, devido ao isolamento, à fragilidade e pelo facto de habitarem sozinhos. A violência é considerada como o uso da força física e do poder, de forma intencional, representando ameaça contra o próprio ou terceiros, o que pode originar lesões, morte, danos psicológicos, compromissos do desenvolvimento ou privações (OMS; 2002).

Os tipos de violência mais habituais são de natureza física e psicológica. Fisicamente acontecem agressões corporais, maus-tratos, lesões e fraturas ósseas. Psicologicamente surgem as agressões verbais e emocionais, que podem remeter ao sujeito ou aos bens materiais do mesmo. Tanto a violência física como a psicológica originam sofrimento e dor e são consideradas atos de violação de direitos humanos. Face à exposição de situações violentas, os idosos isolam-se, não falam, não estabelecem relações sociais, o que por sua vez pode promover mais sentimentos de solidão (OMS, 2002).

A solidão é um sentimento negativo que gera sofrimento, angústia e isolamento social, podendo desencadear sintomatologia psicótica, como, insónias, ansiedade, depressão e até suicídio (Pinhel, 2011). Existe uma taxa de prevalência de solidão que varia entre 22% e 23%, em sujeitos idosos. De acordo com Gomes (2001), esta problemática ocorre em idosos que também têm problemas nas suas redes de apoio social (Gomes, 2001).

As redes de apoio social são consideradas uma das principais funções sociais, uma vez que envolvem processos interpessoais e de apoio que podem ser prestados por sujeitos, grupos e instituições. Estas funcionam no sentido de ajudar a colmatar falhas sociais (e.g., idosos que sentem que são ouvidos) e emocionais (e.g., idosos que se sentem deslocados do seio familiar), contribuindo para o bem-estar dos sujeitos (Fonseca & Moura, 2008).

As redes de apoio social podem ser informais (e.g., familiares ou amigos) ou secundárias (e.g., instituições ou segurança social). As redes informais desempenham um papel importante a nível instrumental (e.g., transporte) e emocional (e.g., carinho e conforto). As redes secundárias operam no sentido de dar resposta às exigências de natureza funcional (e.g., estimulação cognitiva), provendo recursos ou estabelecendo serviços (e.g., enfermagem). A inexistência de redes de apoio social, promove carência afetiva e défice social, uma vez que os idosos não estabelecem relações íntimas e pessoais (Pinhel, 2011).

Os afetos são um conjunto de perceções que envolvem emoções e sentimentos que permitem compreender o mundo, dar significado à vida e estabelecer vínculos com outros sujeitos. Quando os idosos experienciam afetos positivos, refletem prazer e bem-estar subjetivo e exprimem emoções como, por exemplo, entusiasmo, inspiração e determinação. Por outro lado, quando experienciam afetos negativos (e.g., através da violência), é transmitido desprazer e mal-estar subjetivo, incluindo sensações de medo, nervosismo e perturbação (Galinha et al., 2014). O estado afetivo pode ser preditivo de solidão, quando se sentem afetos negativos e diz respeito ao padrão de comportamentos visíveis, como a expressão de um estado emocional vivenciado (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Ao longo do processo de envelhecimento, o funcionamento cognitivo (e.g., capacidades como a orientação, a linguagem, a memória, as capacidades visuo-construtivas, a abstração e as funções executivas) vai-se degradando progressivamente, o que provoca repercussões sociais e tem impacto a nível biológico, psicológico e social (Singh-Manoux & Kivimaki, 2010).

O estudo de Lopes et al. (2009), teve como objetivo analisar a relação entre o isolamento social, a depressão, o luto, o abandono e a solidão nos idosos. O estudo envolveu 132 sujeitos (96 mulheres e 36 homens), com idade superior a 60 anos. Os resultados demonstraram que 83.3% dos participantes concordaram que viver sozinho diminuiu a qualidade de vida, 55% referiram que a reforma foi um fator que influenciou o isolamento social e 80.3% mencionaram que a sintomatologia depressiva levou ao isolamento social. Relativamente à solidão, 35.4% das mulheres e 22.2% homens, referiram que se sentiam sozinhos, sendo que 40.4% da amostra referiu sentimentos de depressão e desamparo. Foi também verificado que o luto se relacionou com a solidão, sendo essa relação mais forte em mulheres do que em homens. O presente estudo concluiu que a tristeza foi a principal causa de solidão e que a depressão, o luto, o isolamento social e o abandono poderiam estar relacionados com a mesma. Os autores referiam que a promoção de convívios familiares e laborais pode evitar o aumento de sentimentos de solidão.

O estudo de Faísca et al. (2019), teve como objetivo avaliar de que forma é que a depressão se relaciona com a solidão nos idosos. Compreendeu uma amostra de 213 sujeitos,

com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos. Os resultados demonstraram que 26.76% dos sujeitos apresentaram sintomatologia depressiva, a qual estabeleceu uma associação estatisticamente significativa com a solidão. Para além disto, a solidão surgiu associada ao sexo, ao estado civil e às condições de vida. Deste modo, compreender a solidão e as variáveis que lhe surgem associadas, pode ajudar a promover a melhoria da sua saúde e da qualidade de vida dos idosos (Faísca et al., 2019).

Neste sentido, o objetivo deste trabalho é verificar de que forma as características sociodemográficas, cognitivas, psicossociais e os afetos se relacionam e predizem a solidão dos idosos.

A dissertação está dividida em duas partes distintas. A primeira parte diz respeito à fundamentação teórica, que se encontra repartida em seis capítulos: envelhecimento, solidão, violência, apoio social, afetos e funcionamento cognitivo. A segunda parte direciona-se ao estudo empírico, o qual está dividido pela a apresentação do problema, os objetivos e hipóteses de estudo. Posto isto, é exibido o método, onde são apresentadas informações sobre os participantes, os procedimentos, os instrumentos de medida e a análise de dados. De seguida, são apresentados os resultados, a discussão dos resultados, as conclusões e as implicações do estudo. Por fim, evidenciam-se as referências bibliográficas e os anexos.



# **PARTE I. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**



# **Capítulo 1. Envelhecimento**



## **1.1. Definição de Envelhecimento**

O envelhecimento diz respeito a um processo natural de vida que implica diversas alterações (e.g., cutâneas, musculoesqueléticas, neurológicas, sistema reprodutor e órgãos sensoriais) provocadas pelo desgaste físico e mental. Este pode ser definido como um processo biopsicossocial que vai sendo afetado ao longo do tempo e varia consoante o sujeito (Pereira et al., 2020).

As alterações e mudanças graduais associadas ao envelhecimento, são experienciadas e compreendidas de diversas formas pelos sujeitos. Por exemplo, um idoso de 80 anos pode sentir-se bastante ativo e autónomo, enquanto, que um idoso de 65 anos pode apresentar diversas comorbilidades (e.g., limitações físicas e falhas de memória). Nesta fase, o envelhecimento tem implícito as experiências, crenças, valores e capacidades emocionais de cada sujeito, o que afeta o funcionamento psicossocial na medida em que os idosos se isolam, perdem a autoestima, a afetividade torna-se negativa e os padrões de comportamento alteram-se (Ministério da Saúde, 2006; Sequeira, 2007).

### ***1.1.1. Envelhecimento e Fatores Envolvidos***

A idade cronológica não é a única forma de avaliar o processo de envelhecimento, este que é um processo que engloba diversos fatores biológicos (e.g., perda de capacidades funcionais ou falência de órgãos vitais), psicológicos (e.g., falta de memória ou lentidão de processamento) e sociais (e.g., perda laboral ou saída de grupos sociais), que contribuem para a variação da passagem do tempo (Schneider & Irigaray, 2008).

A nível biológico, a idade define-se através de mudanças físicas e cognitivas que fazem parte do processo de desenvolvimento e envelhecimento humano. Este processo tem início antes do nascimento e prolonga-se até ao fim da vida, ao longo do qual surgem as seguintes mudanças: a) a estrutura física diminui devido à perda de altura vertebral, causada pela redução da massa óssea e mudanças degenerativas da coluna vertebral; b) a pele fica mais fina, frágil, menos elástica e mais seca; c) surgem dificuldades auditivas e visuais; d) ocorre uma diminuição do encéfalo, devido à perda de neurónios, mas as capacidades cognitivas podem ainda permanecer preservadas (Schneider & Irigaray, 2008).

A nível psicológico, a idade é definida como o desenvolvimento de capacidades adaptativas do sujeito para se integrar no meio. A adaptação ocorre através de várias características psicológicas, como, a aprendizagem, a memória, a inteligência, o controlo emocional e as estratégias de  *coping* (Hoyer & Roodin, 2003).

A nível social, a idade é definida pela aquisição de hábitos sociais que permitem a interação e envolvimento com outros sujeitos. Um sujeito pode ser considerado mais velho ou mais novo consoante o comportamento que adota perante o seu meio social. Assim, a idade social é constituída por papéis sociais, que envolvem determinadas características, nomeadamente, o tipo de roupa, a linguagem, os hábitos e o respeito social (Schneider & Irigaray, 2008). Neste sentido, o estudo de Dardengo e Mafra (2018) teve como principal objetivo apresentar os diferentes fatores que qualificam o processo de envelhecimento, como, os aspetos cronológicos (e.g., idade), biológicos (e.g., degradação da pele), psicológicos (e.g., demência) e sociais (e.g., isolamento). De acordo com os autores, concluiu-se que o conceito engloba vários fatores históricos, culturais e psicossociais, sendo que o envelhecimento pode ser considerado uma criação social.

### ***1.1.2. Envelhecimento e Sexo***

O processo de envelhecimento pode diferir de acordo com o sexo dos sujeitos. No sexo feminino, surge a menopausa entre os 40 e os 55 anos, este é um processo natural, caracterizado pela paragem definitiva da menstruação, resultante da perda de atividade no ovário. Outra problemática que surge é a osteoporose, que é uma doença reumatológica que provoca dor crónica, fraqueza, fadiga, limita os movimentos e afeta o sistema musculoesquelético (e.g., músculos, ossos ou cartilagem) (Cardoso, 2004). No envelhecimento a mulher tem mais longevidade, mas está mais predisposta a contrair doenças e dependências, apresentando menos recursos financeiros e maior discriminação (Pires et al., 2018).

No envelhecimento masculino, surge a andropausa que é um processo no qual há uma insuficiência androgénica ao nível da produção de testosterona, diminuindo assim os níveis hormonais no organismo e a capacidade fértil do mesmo. Apresentam ainda alterações lentas e progressivas no eixo hipotálamo-hipófise-testículo, como a perda de massa muscular, aumento de gordura, osteopenia, perda da libido e disfunção sexual (Cardoso, 2004). A nível social, os homens têm mais poder económico e o estatuto social não é tão afetado ao longo da vida (Pires et al., 2018).

Em suma, o envelhecimento difere na forma de viver, na saúde, no estado de doença, na independência, na autonomia e na participação social (Pires et al., 2018).

### **1.1.3. Envelhecimento e Alimentação**

O envelhecimento também provoca mudanças que influenciam a dieta alimentar e a nutrição, através de alterações morfológicas (e.g., fenda labial), funcionais (e.g., mastigar), bioquímicas (e.g., movimentos peristálticos) e psicológicas (e.g., fadiga psicológica). Nesta fase da vida, o paladar altera-se, surgem dificuldades de deglutição e a falta de dentição também pode provocar dificuldades na ingestão de alimentos (Fazzio, 2012).

A alimentação também é influenciada por questões sociais, culturais e económicas, sendo que uma boa nutrição proporciona uma melhor qualidade de vida ao idoso, pois previne doenças e promove o envelhecimento ativo. Em Portugal, é utilizada a alimentação mediterrânica, que apresenta benefícios ao nível da prevenção da demência, menor taxa de declínio cognitivo e um risco reduzido de Doença de *Alzheimer*, devido aos seus efeitos anti-inflamatórios (Burge et al., 2018).

### **1.1.4. Envelhecimento Normal e Patológico**

Durante o envelhecimento sucedem-se diversas alterações cerebrais a nível morfológico (e.g., atrofia cerebral), anatómico (e.g., diminuição do encéfalo) e bioquímico (e.g., perda de células cerebrais). Estas alterações ajudam a classificar o envelhecimento em normal e patológico (Pereira et al., 2020).

O envelhecimento normal ou primário, traduz-se num envelhecimento puro que é acompanhado pelo declínio de algumas funções (e.g., memória ou motoras), caracterizado pela capacidade que o organismo tem para dar resposta a situações extrínsecas, o que é decisivo na perceção de saúde ou doença (Cabrita & Abrahão, 2014). Neste caso, surgem algumas queixas do foro cognitivo, como falhas de memória. Se as queixas transparecerem gravidade, deve-se recorrer a um profissional de saúde para se compreender se as mesmas têm origem no próprio processo de envelhecimento ou se advêm de patologias do Sistema Nervoso Central (Ribeiro, 2014).

Quando o envelhecimento é patológico ou secundário, é considerado fora do que é expectável, pois, afasta-se da norma. É um entrave na vida do idoso onde são identificadas lesões patológicas (Sequeira, 2010; Spar & La Rue, 2005). Assim, surge a necessidade de reajustar os objetivos de vida e as ocupações, pois as capacidades e as rotinas foram, forçosamente, alteradas, uma vez que o sujeito já não está inserido no meio laboral. Este reajustamento é fundamental para a vida do idoso (Morgan & Kunkel, 2011; Sequeira, 2007). Neste tipo de envelhecimento, o idoso perde a sua autonomia e a capacidade de realizar tarefas de vida diária (e.g., cozinhar, autocuidado, efetuar pagamentos de contas, realizar compras,

relacionar-se socialmente, utilizar meios de transporte, a manter-se seguro), ficando dependente de um cuidador (Rebelatto & Morelli, 2007). Neste sentido, fatores como a incapacidade física, a insegurança, os problemas financeiros, a solidão, o isolamento e a dependência de um cuidador ou de apoio social, resultantes da perda de autonomia, provoca sentimentos de frustração e raiva, sendo que o idoso tem a percepção de que já não consegue proceder ao seu autocuidado (Ribeirinho, 2005).

## **1.2. Alterações Fisiológicas, Psicológicas e Sociais Associadas ao Envelhecimento**

Do ponto de vista fisiológico, o envelhecimento provoca danos nas células que levam a uma carência gradual das reservas fisiológicas, o que pode provocar, por exemplo, declínio cognitivo e doenças (OMS, 2015). Existe decréscimo do restabelecimento metabólico e celular, o que provoca mudanças no organismo e leva à diminuição da estrutura e da massa corporal, aos cabelos brancos, à deterioração dentária e das papilas gustativas, à lentidão dos movimentos e a alterações do equilíbrio (Fries & Pereira, 2011; Sequeira, 2007).

Do ponto de vista psicológico, o envelhecimento conduz a diversas perdas, como, a perda de autonomia, tomada de decisão e deterioração cognitiva. A deterioração cognitiva surge agregada à demência e à perda de capacidades funcionais, o que leva a uma sobrecarga das famílias pelo facto de os mesmos necessitarem de cuidados recorrentes. Por este motivo, os idosos acabam, muitas vezes, por serem institucionalizados (Cerqueira, 2003).

Ao nível social, dão-se perdas socioeconómicas, perda do círculo familiar e de amigos. Também podem ser verificadas alterações relativamente à autoestima e autoeficácia, o que pode provocar sintomatologia depressiva e deixar o idoso mais vulnerável a diversas situações (e.g., doença, violência, desmotivação ou ansiedade) (Sequeira, 2010; Silva, 2005; Zimmerman, 2000).

## **1.3. Prevalência e Incidência do Envelhecimento**

A nível mundial, estima-se que o número de idosos com idades acima dos 60 anos, duplique até 2050 (2.1 mil milhões de idosos) e que se triplique até 2100 (3.1 mil milhões em 2100; Organização das Nações Unidas [ONU], 2021).

O envelhecimento na União Europeia (UE), está a aumentar em vários países pioneiros no processo de transição demográfica. Em 2013, foi estimado um índice de 18.5% de sujeitos com 65 ou mais anos. A Grécia apresenta uma taxa de 20.5% e a Itália apresenta 21.4%. Em 2019, a França apresentou 20% de prevalência de população idosa e em Espanha verificou-se o valor de 19.4% (INE, 2015).

Em 2014, Portugal apresentou 20.3% de população idosa e 14.4% de população jovem, o que demarca uma grande discrepância e revela o envelhecimento da população. Segundo um estudo do INE (2020), entre 2018 e 2080, o envelhecimento demográfico irá duplicar, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens. Contudo, os dados de 2019 mostraram 21.4% de prevalência de idosos neste país (Eurostat, 2020).

No que diz respeito à incidência, o índice de envelhecimento mais acentuado localiza-se na Alemanha (159 idosos para cada 100 jovens), seguindo-se a Itália (154 idosos por cada 100 jovens), a Bulgária (142 idosos por cada 100 jovens) e a Grécia (140 idosos para cada 100 jovens) (INE, 2015). Em Portugal existem 48.7% de idosos por cada 100 jovens (INE, 2017; PORDATA, 2021).

## **1.4. Teorias Explicativas do Envelhecimento**

### ***1.4.1. Teoria Psicossocial de Erikson***

A Teoria Psicossocial de Erikson (1968) defende que o desenvolvimento psicológico é realizado através de estádios e fases dependentes da interação da pessoa com o meio envolvente. Deste modo, foram expostos oito estádios psicossociais sequenciais, sendo eles: Confiança *versus* Desconfiança, Autonomia *versus* Vergonha, Iniciativa *versus* Culpa, Produtividade *versus* Inferioridade, Identidade *versus* Confusão, Intimidade *versus* Isolamento, Generatividade *versus* Estagnação e por fim, a Integridade *versus* Desespero. Cada estádio diz respeito a uma tarefa de desenvolvimento (Erikson, 1968).

Os quatro primeiros estádios direcionam-se a crianças entre os 0 e os 12 anos. O quinto estádio ocorre na adolescência. O sexto estádio surge entre os 25 e os 40 anos. O sétimo estádio ocorre entre os 35 e os 60 anos. Por fim, o oitavo estádio ocorre após os 60 anos e é nesta fase que se considera o envelhecimento. O sujeito reflete e pondera sobre as suas vivências e sobre a sua vida em geral, ou seja, é feito um balanço da vida no qual o idoso aceita as consequências positivas e negativas das ações realizadas anteriormente. Ao fazer esta reflexão e aceitar as mudanças e a condição atual, ultrapassa a crise integridade *versus* desespero e desenvolve a virtude social de sabedoria, que se baseia na aceitação do *eu* e do mundo. Contudo, se o sujeito não for bem-sucedido e não se sentir integrado, desenvolve a crença e a apreciação negativa de que se aproxima o leito de morte, o que leva a sentimentos de desespero (Erikson, 1968; Rabello & Passos, 2015). Contudo, o envelhecimento não é percebido da mesma forma por todos os idosos. Alguns atribuem uma conotação negativa a este processo, com base no último estádio de vida e no falecimento. A falta de capacidades físicas e psicológicas incitam ao isolamento e solidão. Por outro lado, há sujeitos que percebem o envelhecimento como

algo positivo, pois associam-no à ausência de responsabilidades e obrigações laborais, o que lhes transmite uma sensação de alívio e de conforto (Rosa, 2012).

Com a entrada na velhice, os idosos chegam também à reforma, o que pode não ser encarado da melhor forma, uma vez que engloba diversos desafios, nomeadamente, mudanças sociais, relacionais, alterações dos papéis no meio familiar e das relações familiares (e.g., conjugal, filial e fraternal) (Sousa et al., 2004; Zimmerman, 2000). O sujeito deixa de ter uma vida ativa e produtiva no meio laboral, passa a ter mais tempo livre e, por vezes, não consegue gerir estas novas situações e pode originar alterações nas relações familiares (e.g., afastamento e sentimentos de perda). Nesta fase de vida, o desafio é aprender a viver sozinho, tomar outros papéis na família (e.g., avô ou avó) e aceitar que se está a tornar no elemento mais velho da mesma. Esta fase também acaba por lesar as relações sociais, uma vez que parte delas são desenvolvidas no meio laboral e apenas se mantêm metade das relações estabelecidas ao longo da vida adulta (Simões, 2006; Sousa et al., 2004). O facto de não existir a manutenção das relações sociais durante a velhice (e.g., perda cónyuge), provoca sentimentos depressivos, de abandono e rejeição (Sousa et al., 2004).

#### ***1.4.2. Teoria do Controlo de Heckhausen e Schultz***

Esta teoria apresenta quatro princípios, nomeadamente, o da diversidade de opções desenvolvimento, o da seletividade no acompanhamento e aplicação de recursos de modo a serem consistentes a nível de oportunidades genéticas e socioculturais, o da compensação dos obstáculos concebidos para avançar na idade e, por fim, o da realização criteriosa dos domínios do desenvolvimento. Para além disto, os autores Heckhausen e Schultz (1995) defendem existir ainda dois tipos de controlo, o primário e secundário. O controlo primário é percecionado pelos sujeitos em idade avançada como uma interação direta com o meio envolvente, na qual o sujeito procura ultrapassar os obstáculos e realizar estratégias que conduzem ao prosseguimento do objetivo, ou seja, fornecem as ferramentas necessárias ao sujeito. O controlo secundário, baseia-se na intervenção do indivíduo sobre si próprio, pois o sujeito redefine os objetivos, com base nas situações, mas de uma forma mais positiva, ou seja, permite que o sujeito realize determinadas tarefas com o auxílio de estratégias de compensação (e.g., reforço positivo e apoio) e de perdas (e.g., encorajamento) (Heckhausen e Schultz, 1995). Estes dois tipos de controlo estão fortemente interligados. Sendo que o controlo primário, envolve recursos e a evolução de capacidades, face a uma área do desenvolvimento selecionada pelo sujeito. No controlo secundário, a seleção direciona-se para as representações internas dessa escolha, nomeadamente, para os valores que são adotados pelo sujeito (Khoury & Günther, 2013).

## 1.5. Fatores de Risco e de Proteção Associados ao Envelhecimento

Os fatores de risco associados ao envelhecimento, consistem em situações que aumentam a probabilidade de o sujeito manifestar comorbilidades, ou prejudicar o seu bem-estar, enquanto os fatores de proteção promovem uma melhoria de respostas às situações adversas que o mesmo está a atravessar (Foroni & Santos, 2012).

Um dos fatores de risco é o sedentarismo, pois o sujeito perde capacidades de locomoção e motoras e acaba por estagnar ao nível da mobilidade. O isolamento afetivo, é também um fator de risco, porque o idoso vive sozinho e em certos casos existirem problemas familiares. A perda de autonomia provocada por incapacidades mentais e físicas também constitui um fator de vulnerabilidade à solidão. A institucionalização apresenta-se como fator de risco porque o idoso necessita de atenção, suporte social e cuidados, que, caso não sejam atendidos, podem provocar um declínio ao nível da saúde. Outro fator de risco são as fraturas, devido à decadência funcional causada pelo envelhecimento e pela debilidade da saúde física. As quedas também advêm de alterações fisiológicas decorrentes do envelhecimento (e.g., doenças e efeitos da medicação) e são provocadas por condições do meio envolvente (e.g. espaços exteriores não adaptados a sujeitos com mobilidade reduzida). A perda da capacidade visual, também é um fator de risco perante o processo de envelhecimento, pois aumenta a probabilidade de quedas devido à reduzida capacidade de perceção dos objetos do meio ambiente (Carvalho et al, 2011).

A nível de fatores de proteção, estão implícitos: a) a satisfação com a vida em geral, a resiliência perante adversidades; b) o bem-estar subjetivo (cognitivo e emocional); c) o suporte social que permite a manutenção de relações e diminui o *stress*; d) o contacto com técnicos de saúde que previne o surgimento de doenças; e) a alimentação que fornece nutrição e energia ao idoso; f) a prática de exercício físico que mantém o sujeito ativo; g) a manutenção das redes sociais que previnem o isolamento social e reduzem sentimentos de solidão; h) a supervisão da institucionalização que transmite a sensação de segurança e proteção; i) o nível de escolaridade que fornece ao sujeito mais conhecimentos e auxilia a perceber as situações de diferentes formas; e j) o facto de não consumirem álcool nem serem fumadores, que evita uma maior deterioração física e biológica do sujeito (Crispim, 2014).

O estudo de Wosiack et al. (2013), teve como objetivo realizar um levantamento de fatores de risco e de prevenção associados ao envelhecimento. O estudo foi realizado com uma amostra de quinze idosos, em que quatorze eram do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 58 e os 82 anos. O método utilizado foi um estudo qualitativo, com abordagem fenomenológica realizada através de um questionário e de sessões

de grupo e individuais. Concluíram que a resiliência está presente tanto como fator de risco, como de proteção. Além deste, a saúde e isolamento foram apontados como fatores de risco. Como fatores protetores, apontaram as intervenções psicossociais, as redes de apoio social e a promoção de saúde. Os autores referiram ainda que as intervenções psicossociais foram fundamentais para o desenvolvimento de grupo e a nível individual, o que é importante à autoajuda para a diminuição do isolamento.

## **Capítulo 2. Solidão**



## **2.1. Definição de Solidão**

A solidão é uma forma de sofrimento que engloba sentimentos negativos, de isolamento e abandono. É demarcada como sendo uma experiência subjetiva que pode ser percebida quando o sujeito está sozinho, mas também quando este se encontra rodeado por terceiros, pelos quais não se sente acompanhado. As questões relacionadas com a solidão surgem quando se dá um estreitamento das relações sociais familiares ou quando estas são conflituosas (Pinhel, 2011).

A solidão também é caracterizada como um sentimento doloroso e aflitivo, que pode provocar sensação de indisposição, mal-estar e desamparado. Isto faz com que o sujeito se sinta sozinho e com carência de apoio emocional (Azeredo & Afonso, 2016).

De acordo com Neto (2000), a solidão é uma experiência subjetiva, comum e não se direciona apenas para o isolamento objetivo. É uma experiência que pode provocar desgaste a nível psicológico e afetar as relações sociais. Este estado também pode ser influenciado pela condição de saúde física, psicológica e cognitiva, pois a perda destas condições pode levar ao isolamento e à inatividade, nomeadamente na reforma e viuvez (Neto, 2000).

Segundo os autores Gierveld et al. (2006) e Pais (2006), a solidão é um efeito de uma disparidade entre as relações sociais ambicionadas e reais sendo que, por vezes, o idoso gostaria de ter mais contacto com determinadas pessoas, o que pode não ser possível devido a diversas circunstâncias (e.g., hospitalização ou institucionalização). No entanto, os sujeitos socialmente isolados não estão necessariamente sozinhos e vice-versa, pois, estas condições podem ser encaradas como um modo de vida e não de sofrimento.

## **2.2. Solidão e Fatores Associados**

A solidão encontra-se associada a diversos fatores, como a reforma (e.g., baixa atividade ou perda de autoestima), dependência (e.g., necessidade de cuidados e ajuda para atividades da vida quotidiana), ou perdas significativas (e.g., morte e perda de bens). A reforma demarca a entrada na terceira idade e é vivenciada com angústia pelos sujeitos que possuíam uma vida laboral muito ativa. Por ser uma grande mudança, por vezes, os sujeitos não se sentem preparados para a aceitar, o que pode provocar sentimentos de inutilidade, baixa autoestima, isolamento e depressão associados à solidão (Sousa et al., 2004).

Ao nível da dependência, alguns idosos tornam-se mais vulneráveis e dependentes de outros sujeitos para a realização de atividades básicas da vida quotidiana (e.g., higienização), a nível económico (e.g., compra de medicação) e psicológico (e.g., tomada de decisão) (Santos et al., 2020)

As perdas significativas, nomeadamente a viuvez é assinalada como a perda do cônjuge. Esta perda é associada a um processo que provoca mudanças na vida dos sujeitos. Em algumas culturas, quando se dá a perda de um(a) companheiro(a), o sujeito realiza rituais e isola-se socialmente. A viuvez afeta todos os membros da família e provoca alterações na estrutura familiar, havendo, por vezes, necessidade de se restabelecer as funções e as posições de cada elemento da família, fazendo com que um dos elementos se afaste e se isole. Atualmente é verificado que existem mais mulheres idosas viúvas do que homens. Outrora, este fenómeno não sucedia, pois, as mulheres faleciam mais cedo devido ao período de gravidez e por haver menos assistência médica. No entanto, com o desenvolvimento da medicina e com a afirmação das mulheres no mundo, a esperança média de vida das mulheres aumentou consideravelmente (Teodoro & Baptista, 2020).

Desta forma, a viuvez pode ser, para alguns sujeitos, vivenciada negativamente para outros positivamente, na medida em que, há sujeitos que sofrem de maus-tratos por parte do companheiro(a) ou vivem angustiados por verem o cônjuge em sofrimento no leito da morte. A nível positivo, os sujeitos que tiveram uma vida sofrida e angustiante, sentem que se libertaram dessa angústia, voltando a sentir-se capazes de fazer amizades e tarefas nunca antes realizadas, devido à descreditação por parte do(a) companheiro(a). A nível negativo, este processo acarreta diversas dificuldades, como, a logística familiar (e.g., gestão da vida quotidiana dos vários elementos da família), gestão da habitação (e.g., pagamento de contas, aquisição de bens e higienização) e ainda envolve o sofrimento, a depressão, a solidão, o isolamento social, as dificuldades monetárias, o descuidado com a aparência e a sobremedicação. Neste sentido, os idosos viúvos podem não conseguir realizar o processo de luto e acabam por se afastar e isolar (Teodoro & Baptista, 2020).

Neste processo, a rede de suporte social, os familiares e o círculo de amigos são fundamentais para auxiliar a ultrapassar esta situação. Contudo, é normal haver sentimentos de perda e de desamparo, que fazem parte do processo de luto (Teodoro & Baptista, 2020).

O estudo de Costa e Humboldt (2020), teve o objetivo de compreender como é que a viuvez é vivenciada pelos idosos. A amostra era constituída por 7 idosos com idades compreendidas entre os 82 e os 92 anos, 71% mulheres e 29% homens. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário semiestruturado com questões sobre a viuvez para compreender como é que a população idosa vive e enfrenta estas questões. Verificaram-se alterações na vida dos participantes (e.g., isolamento), pois 23.3% dos mesmos referiram que se tiveram de readaptar. Além disso, os idosos afirmaram que se sentiam sozinhos e procuraram receber

apoio e suporte familiar, recorrendo a práticas religiosas para amenizar solidão (Costa & Humboldt, 2020).

### **2.3. Prevalência e Incidência de Solidão**

Foi apurado que 25% da população mundial experiência momentos de solidão com alguma frequência. No caso dos idosos esta percentagem varia entre 7% e 49% (Faísca et al., 2019).

Na América do Norte, a prevalência de solidão nos idosos atinge uma taxa entre 8% e 10% (Yang & Victor, 2011). Na Europa, os sujeitos com 65 anos ou mais, detêm uma taxa de prevalência de solidão de 32%. Os valores são superiores em locais específicos da Europa, como a França e a Itália, pois apresentam valores superiores, entre os 27% e os 34% (Quaresma et al., 2004).

Em Portugal, verifica-se uma maior prevalência de solidão junto dos sujeitos do sexo feminino com mais de 60 anos, comparativamente a homens com esta idade (Rodrigues, 2018). Para além disto, houve um crescimento de idosos em 9.4% no período entre 2001 e 2011 (Lopes & Matos, 2018). Neste país, o envelhecimento promove situações de isolamento social e solidão que têm uma maior incidência em zonas rurais, as quais mais envelhecidas e despovoadas (e.g., norte e sul do país). Assim, verificou-se que cerca de 17% vive sozinho e, por esse motivo, o índice de solidão é de 33.8% (Paúl & Fonseca, 2005).

### **2.4. Teorias Explicativas da Solidão**

Foram desenvolvidas diversas teorias em relação à solidão, nomeadamente a psicodinâmica, a fenomenológica, sociológica, interacionista e a cognitiva (Pocinho & Macedo, 2017).

A teoria psicodinâmica, explica que os sujeitos que sofrem de solidão revelam traços de narcisismo, megalomania e hostilidade, bem como sentimentos de frustração e de egocentrismo. Tendem a ligar-se com o meio através da exibição e do poder (e.g., falar alto) e quando conseguem estabelecer contacto com outras pessoas, reprimem os demais para se sentirem integrados e ultrapassarem o isolamento (Pocinho & Macedo, 2017).

A teoria fenomenológica de Carl Rogers (1973), considerou que a solidão atinge um padrão mais alto em sujeitos fragilizados, com um *self* vulnerável, isolado e rejeitado. Neste sentido, o medo de ser rejeitado não permite que o sujeito se relacione com os demais e faz com que continue isolado devido à disparidade fenomenológica no seu autoconceito. A fenomenologia acredita que as vivências ao longo da vida levam a experiências relacionais.

Assim, com base nesta teoria, Moore (1976) afirmou que a solidão pode resultar da disparidade entre o *self* verdadeiro e o *self* idealizado (Pocinho & Macedo, 2017).

A teoria sociológica define a solidão como consequência da produção social do sujeito, o ego-centrado, que reforça a individualidade e faz com que se isole deste contexto. Segundo esta teoria, a solidão ocorre através dos fatores externos e dos défices sociais, que causam alteações nas capacidades cognitivas, afetivas e na personalidade do sujeito. Porém, quando os sujeitos são caracterizados com personalidade evitante, apresentam dificuldades nos relacionamentos sociais, o que promove a solidão (Pocinho & Macedo, 2017).

A teoria interacionista de Jong Grieveld (1987), defende que a solidão se expõe de duas formas: através da solidão social, que surge quando existe carência de integração social; e da solidão emocional, que resulta da carência de vinculação segura ou até mesmo através do luto. Contudo, tanto na solidão social como na solidão emocional, um sujeito que não tenha uma relação amorosa ou familiar, mas que tenha uma boa rede social, pode ser alvo de solidão emocional. Assim, Grieveld (1987), refere que a solidão é um fenómeno múltiplo, uma vez que integra três tipologias: sentimental, experimental e emocional. A sentimental está relacionada com o abandono devido ao facto de o sujeito não conseguir desenvolver relações sociais satisfatórias. A experimental direciona-se às experiências que o sujeito retira das relações que estabelece, que por vezes podem gerar solidão, sendo que ao longo das quais existe uma atribuição de culpa a si próprio e aos outros. Por fim, a tipologia emocional é a fusão da primeira e da segunda, resultando em sentimentos de tristeza, vergonha, culpa, frustração e desespero (Pocinho & Macedo, 2017).

A Teoria Cognitiva diz que a solidão é fruto da vulnerabilidade cognitiva que pode provocar perturbações emocionais. Neste sentido, a solidão crónica é originada pela interação e atitudes dos demais que levam o sujeito a refugiar-se e a isolar-se. Esta teoria afirma que a conceção de que a solidão cria sofrimento. É um estado de consciência em que os sujeitos fazem uma análise de si próprios sem julgamentos, o que faz com que exista uma manifestação elementar do individualismo. Deste modo a solidão é determinada por um mecanismo de *feedback* que é ineficaz perante a tentativa de solucionar a instabilidade no âmbito da interação social (Pocinho & Macedo, 2017).

## **2.5. Fatores de Risco e de Proteção da Solidão.**

Os fatores de risco relacionados com a solidão dizem respeito à possibilidade de ocorrência de uma doença, de situações de perigo ou desfavoráveis (e.g., ausência de contacto social ou familiar e ausência ou dificuldade no acesso a serviços). Os fatores de risco mais

recorrentes são a carência de confraternização com amigos e família, redes sociais reduzidas, conflitos familiares, relações de baixa qualidade, viuvez, divórcio, residir sozinho, descontentamento com as condições de vida, incapacidade, *stress* laboral e a entrada na reforma (Rodrigues, 2018).

Os fatores protetores dizem respeito a mecanismos de proteção, a que o sujeito tem acesso para se adaptar ao meio (e.g., suporte social). Os fatores protetores são o matrimónio, o ensino e as posses económicas, as redes sociais e as capacidades funcionais. O matrimónio é um fator protetor na medida em que existe a presença, a companhia, o afeto e o relacionamento com o cônjuge. O ensino permite ao sujeito a aquisição de competências sociais a privação com outros sujeitos e o sentimento de pertença. As posses económicas possibilitam a aquisição de meios tecnológicos, visitas a amigos e familiares e a participação em eventos. As redes sociais promovem um contacto constante com outros sujeitos em qualquer circunstância da vida. Por fim, as capacidades funcionais permitem ao idoso deslocar-se, interagir e estabelecer relações sociais com os demais (Rodrigues, 2018).



## **Capítulo 3. Violência**



### 3.1. Definição de Violência

Os idosos são uma população de risco para sofrer de violência. Segundo a OMS (2002), esta é entendida como o uso da força física ou poder, de forma intencional, representando ameaça, contra si próprio ou terceiros, que origine algum tipo de lesão, morte, dano psicológico, compromisso do desenvolvimento ou privação.

O vocábulo violência, surge através da palavra *vis*, que corresponde a força e refere-se aos conceitos de constrangimento e de uso de superioridade física sobre o outro (Minayo, 2010). A violência origina sofrimento, dor, violação de direitos humanos e reduzem a qualidade de vida do idoso, o que muitas vezes podem levar a sentimentos de maior solidão (OMS, 2002). Afeta o estado de saúde, pois tem implicações na vida do sujeito, nomeadamente lesões, traumas, falecimentos e consequências emocionais (Minayo, 2010).

Em Portugal tem-se verificado que o facto de alguns idosos coabitarem com outros familiares, especialmente no caso de mulheres idosas, associado a défices monetários e à situação de isolamento, agravam o risco de ocorrência de violência (Santos et al., 2013).

O estudo de Silva e Dias (2016), teve como objetivo compreender o perfil sociodemográfico dos familiares agressores, os tipos de violência mais recorrentes e o motivo da prática de violência contra o idoso. Compreendeu uma amostra de 13 sujeitos idosos. Verificou-se que a habilitação literária mais predominante foi o ensino médio secundário, o grau de parentesco dos agressores variava entre filhos e genros, as posses económicas de cada família eram referentes a dois salários e o estado civil mais incidente foi o casado. Os tipos de violência mais praticadas, eram agressões verbais, físicas e financeiras. O motivo da prática de violência contra os idosos variava entre a posse de bens materiais, consumo excessivo de álcool, proximidade física, dependência financeira do idoso, conflitos e ambiente propício à violência. Concluiu-se que a violência contra os idosos tem vindo a aumentar, sendo que os principais agressores são familiares diretos, nomeadamente os filhos, noras, genros e o companheiro(a). Os tipos de violência mais recorrentes são, a psicológica, física e a financeira. Este tipo de ato ocorre no local de habitação que, por norma, é partilhado pela vítima e pelo agressor (Silva & Dias, 2016).

Os tipos de violência mais habituais são de natureza física (e.g., agressões físicas e maus tratos), psicológica (e.g., agressões verbais e emocionais), sexual (e.g., prática de relações sexuais sem consentimento), financeira (e.g., roubo de bens materiais), negligência (e.g., negação de cuidados) e autonegligência (e.g., falhas de higiene pessoal) (OMS, 2002).

### **3.2. Tipos de Violência**

Os tipos de violência mais habituais são de natureza física (e.g., agressões físicas e maus tratos), psicológica (e.g., agressões verbais e emocionais), sexual (e.g., prática de relações sexuais sem consentimento), financeira (e.g., roubo de bens materiais), negligência (e.g., negação de cuidados) e autonegligência (e.g., falhas de higiene pessoal) (OMS, 2002).

A mais demarcada é a violência física que se traduz num conjunto de ações que têm intenção de causar dor física ao idoso, como: bater, empurrar, arremessar objetos ou sobremedicar. Além disso, a violência psicológica ao idoso, é provocada através de agressão verbal (e.g., ameaças e intimidação) e emocional (e.g., humilhação e manipulação) que afetam o idoso (OMS, 2002).

#### **3.2.1. Violência Física**

A violência física diz respeito a qualquer comportamento ou uso de força, que provoque angústia, dor e sofrimento intencional, com o propósito de intimidar ou provocar lesões no idoso. Este tipo de violência pode ocorrer através de condutas de agressões físicas, como os maus-tratos, crimes de ofensa à integridade física, sobremedicação, privação de cuidados e de higiene (Associação Portuguesa de Apoio à Vítima [APAV], 2014).

Este tipo de violência pode ocorrer em diversos contextos (e.g., contexto familiar, ruas e em instituições). Grande parte dos sujeitos que sofrem de violência física, mantêm-se em silêncio e isolam-se, o que pode trazer consequências psicológicas e ao nível da qualidade de vida (APAV, 2014).

A prevalência de violência física a nível mundial varia entre os 5% e os 10% (Minayo, 2014). Na Europa, especificamente na Holanda e na Finlândia a prevalência é de 1.2% e 18%, respetivamente (Espíndola & Blay, 2007). Em Espanha a prevalência é de 29.3% em sujeitos com 75 ou mais anos de idade (Garre-Olmo et al., 2009). Em Portugal a prevalência é bastante elevada em sujeitos idosos do sexo feminino com 60 ou mais anos, com uma taxa de 39.4% (Santos et al., 2013).

O estudo de Rodrigues et al. (2015), teve como objetivo identificar os idosos vítimas de violência física e sexual e relatar as particularidades da violência. O estudo foi composto por uma amostra de 602 idosos, vítimas de violência física, sendo que 52.3% eram do sexo masculino. Face à violência sexual, foram identificados 10 casos, em nove dos quais as vítimas foram mulheres. Os resultados permitiram verificar que a queixa mais recorrente da violência física era o traumatismo craniano, sendo que 33.2% relataram este tipo de agressão. Concluíram que a violência física é prevalente junto dos idosos do sexo masculino. Também

neste estudo, verificou-se que a violência sexual é muitas vezes provocada pelo uso da força corporal e é prevalente no sexo feminino. E que a maioria das agressões ocorre nas residências dos idosos e em contexto familiar (Rodrigues et al. (2015).

### **3.2.2. Violência Psicológica**

A violência psicológica caracteriza-se pela provocação intencional de dor, angústia e sofrimento através de atos verbais, humilhações, ameaças, intimidação de forma verbal ou não verbal e comentários depreciativos (APAV, 2014). Esta provoca sofrimento mental que, por sua vez, pode levar ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e sentimentos autodestrutivos com ideação suicida. Este tipo de violência é mais recorrente em idosos que dependam do seu cuidador a nível financeiro, físico e psicológico (Minayo, 2014).

Na Europa, a prevalência de violência varia entre os 52% e os 64%. Em Portugal essa prevalência é de 43% (Santos et al. 2013).

O estudo de Silva et al. (2008), teve como objetivo entender as percepções do idoso sobre a violência, reconhecer os tipos de violência mais adotados, perceber como é que o idoso vivência a violência e qual a sua reação perante a situação. Pretendeu ainda compreender a quem é que o idoso recorre após tais situações agressivas. Os dados foram recolhidos através de um questionário e compreendeu uma amostra de 12 idosos. Grande parte da amostra referiu haver violência psicológica, nomeadamente, faltas de respeito, tanto a nível institucional como familiar. As reações dos idosos perante esta situação variam consoante o contexto e o agressor. Por norma, recorriam à religião após a ocorrência de situações de violência. Os autores concluíram que é fundamental elucidar a população em geral sobre o envelhecimento, principalmente, em serviços de saúde, de forma a garantir os direitos dos idosos e a valorizá-los.

### **3.2.3. Violência Sexual**

É qualquer ato ou contato sexual não consensual, no qual o agressor abusa do poder que tem sobre a vítima para obter gratificação sexual. Pode suceder-se através de coação, agressão sexual, assédio sexual físico ou verbal e exposição (APAV, 2014).

A violência sexual, incide na prática de atos sexuais, para com o idoso, sem o seu consentimento, sendo reconhecida como violação, intimidade não consentida e assédio sexual (Santos et al., 2013).

Este tipo de violência é mais recorrente junto do sexo feminino, cujas mulheres padecem de défices cognitivos e/ou motor. Os tipos de abuso mais usuais na violência sexual são os beijos forçados, atos sexuais não consentidos e assédio (Minayo, 2014).

Na Europa a prevalência de violência sexual é de 65%, esta é mais recorrente em sujeitos idosos dependentes, sendo mais verificada em idosos com limitações funcionais severas. A prevalência na Holanda é de 26% na população com 65 ou mais anos. A Irlanda e a Espanha apresentam uma taxa de violência sexual de 3%. Em Portugal, existe uma prevalência de 9.9%, principalmente nos sujeitos idosos do sexo feminino com 60 ou mais anos (Naughton et al., 2010).

O estudo de Gomes et al. (2020), teve como objetivo compreender as vivências e o contexto social das mulheres idosas que sofreram abuso sexual. Foram aplicados questionários de resposta aberta a uma amostra de quatro mulheres idosas. Os autores verificaram que existe uma grande dificuldade por parte das idosas em perceberem que sofreram de abuso sexual. Concluíram que os fatores culturais (e.g., fragilidade e obrigações domésticas da mulher) ainda se encontram muito incutidos na sociedade e fazem com que estas mulheres se remetam ao silêncio, não abordando estas situações.

#### **3.2.4. Violência Financeira**

A violência financeira refere-se à utilização inapropriada ou ilegal do património do idoso, pode ser cometida por familiares, cuidadores, profissionais e instituições. Este tipo de violência pode ser visível quando há negação da própria casa e dos bens do idoso, como o roubo dos pertences. Também se pode considerar violência financeira quando o idoso é obrigado a assinar documentos contra a sua vontade (APAV, 2014).

Neste sentido, a violência financeira diz respeito ao uso de bens económicos e financeiros por parte de familiares e cuidadores, sem o consentimento do idoso, como: utilizar bens, usufruto de propriedades, roubar, venda de propriedades e mobilização financeira (Santos et al., 2013).

O estudo de Alarcon et al. (2019), teve como principal objetivo investigar os factos implícitos na violência financeira contra idosos. A recolha de dados foi realizada através de 209 fichas de ocorrência de violência financeira, em ambos os sexos, com idades compreendidas entre os 60 e 69 anos. Verificou-se que as queixas provinham maioritariamente das mulheres e que 48.33% da amostra residia na mesma habitação com o companheiro. Com este estudo, conseguiram apurar que 85.6% das agressões são por parte de sujeitos desconhecidos e 6.7% são familiares do idoso. Dentro da violência financeira, os atos que

foram mais vezes identificados foram, a apropriação e dano, a extorsão e o fruto ou roubo. Concluíram que esta questão é preocupante e que devem ser realizadas ações de prevenção e a proteção do idoso, de forma a que o sofrimento, o desgaste físico, emocional e social, sejam evitados.

### **3.2.5. Negligência**

A negligência representa a omissão de cuidados e de auxílio por parte do cuidador do idoso ou dos familiares responsáveis pelo mesmo, não sendo providenciadas condições para a saciação de necessidades básicas e fundamentais para a sua sobrevivência (e.g., cuidados de saúde, higiene, alimentação e omissão de auxílio) (APAV, 2014).

Também pode ser verificado quando o cuidador se recusa a alimentar o idoso, rejeita a prestação de apoio material e emocional e não procede aos devidos cuidados de higiene e de saúde (Santos et al., 2013).

A inadequação da habitação onde o idoso reside (e.g., dificuldades de acesso, pisos escorregadios, escadas sem corrimão, casas de banho desapropriadas a sujeitos com necessidades especiais) são também consideradas ações de negligência (Minayo, 2014).

O estudo de Araújo e Filho (2009), teve como principal objetivo analisar as exposições sociais de idosos no contexto da violência. A amostra foi constituída por 50 idosos, 60% do sexo feminino e 40% do sexo masculino, com idades a partir dos 64 anos. Afirmaram que a violência em contexto de abandono, negligência, agressão física e desrespeito são as mais evidenciadas. Concluíram que existe a necessidade de implementação de medidas de prevenção contra a violência nos idosos, sendo que as exposições sociais dos mesmos face à violência, são negligenciadas. Neste sentido, emerge a necessidade de se denunciar estas situações, reavaliar os tipos de penas a atribuir aos agressores e ajustar cuidados preventivos.

### **3.2.6. Autonegligência**

Segundo o *National Center on Elder Abuse* (NCEA), a autonegligência nos idosos é o comportamento adotado pelo próprio que coloca em causa a sua segurança e a sua saúde. Este tipo de violência é verificado através da rejeição, da falta e do esquecimento de providenciar a si mesmo, cuidados básicos como alimentação, hidratação, higiene pessoal, vestuário, abrigo, cuidados médicos e medidas de segurança (Yua et al., 2019). Este tipo de comportamentos, são entendidos como autonegligência, sendo que o sujeito não padece de nenhum declínio cognitivo e que entende as consequências dos seus atos (Iris et al., 2014).

O estudo de Papaioannou et al. (2012), objetivou caracterizar a autonegligência e verificar qual o impacto nos idosos de modo a poder auxiliar os profissionais de saúde. Com este estudo concluíram que a autonegligência representa um fator de risco e de perigo para os idosos, que pode levar à mortalidade. Também concluíram que não existem dados suficientes para a realização precoce de intervenção. Indicam ainda que são necessários estudos controlados, de modo a realizar diagnósticos precoces e assim promove uma resposta de apoio social e de serviços de saúde adaptados.

### ***3.2.7. Sinais e Sintomas da Violência***

A violência evidente deve ser denunciada, quando é possível perceber que existem sinais de violência em sujeitos idosos (Reis et al., 2014). Os sinais e sintomas podem demonstrar que existe a intenção ou a tentativa da prática de violência para com os idosos, que podem ser percebidos da seguinte maneira (tabela 1):

**Tabela 1**

*Sinais e sintomas associados a possíveis atos de violência contra os idosos.*

<b>Sinais e sintomas de Violência</b>	
<b>Violência Física</b>	Lesões sem razão aparente (e.g., feridas); Fraturas ósseas, luxações ou ruptura de ligamentos; Relato de sobremedicação ou incapacidade para a aderir; Bens pessoais partidos (e.g., lentes ou armações dos óculos); Sinais de sequestro (e.g., marcas de cordas nos pulsos).
<b>Violência Psicológica</b>	Instabilidade emocional e isolamento; Insónias; Fobia social ou depressão; Recusa em participar em atividades.
<b>Violência Sexual</b>	Equimose (e.g., nódoas negras) nos seios ou genitais; Doenças venéreas ou infeções genitais; Hemorragia genital ou anal sem razão aparente; Roupa interior rasgada, manchada ou com sangue.
<b>Negligência</b>	Perda de peso, má nutrição, desidratação; Falta de condições de higiene; Não se apresenta limpo e cuidado; Roupa ou agasalhos inadequados para a estação do ano; Falta de condições de segurança da habitação (e.g., aquecimento); Desaparecimento do idoso em local público.
<b>Autonegligência</b>	Falta de higiene do próprio sujeito ou da habitação; Má nutrição; Falta de procura de assistência médica.
<b>Violência Financeira</b>	Forçar o sujeito a assinar um documento; Manipulação dos bens do idoso sem consentimento; Forçar a pessoa idosa a celebrar um contrato ou a alterar o seu testamento; Tomar decisões sobre o património de uma pessoa sem a sua autorização;

### **3.3. Prevalência e Incidência da Violência nos Idosos**

Nos Estados Unidos da América a prevalência de violência, de um modo geral, é de 3.2% para sujeitos com 65 anos ou mais (Santos et al., 2013).

Na Europa, nomeadamente na Inglaterra, a prevalência de violência é de 3%, na Dinamarca e Suécia 8%, na Holanda 5.6% e na Finlândia 8%. Em relação aos dados apresentados, é nos países com baixo desenvolvimento que a prevalência de violência é mais elevada (Espíndola & Blay, 2007).

Em Espanha, a taxa de prevalência de violência é de 0.8% para pessoas com 65 ou mais anos e de 29.3% para sujeitos com 75 ou mais anos (Santos et al., 2013).

Em Portugal, 39.4% das mulheres com idade igual ou superior a 60 anos, relatam sofrer de violência (Santos et al., 2013). A APAV, entre 2000 e 2012, registou 7058 processos de apoio a idosas vítimas de violência, sendo registado um aumento de 179% o que corresponde a mais de 519 casos de apoio. Desses casos, 82.2% das vítimas eram do sexo feminino e 54% das mesmas têm idades compreendidas entre os 65 e os 75 anos. Na maioria dos mesmos registaram a existência de uma relação íntima entre a vítima e o agressor. Os tipos de violência mais praticados nos referidos anos foram, 80.2% de violência doméstica, 12.3% violência física, 6.7% violência financeira, 0.4% de crimes contra a vida em sociedade, 0.2% de crimes rodoviários e outros tipos de crimes de violência (APAV, 2013).

Em Portugal, no ano de 2017, foi verificado uma incidência de 280 casos de violência contra os idosos (Anes et al., 2019). O envelhecimento demográfico provocou o aumento da incidência de violência, pois, o processo do envelhecimento abarca um conjunto de mudanças (e.g., redução da capacidade motora e funcional), o que faz com que estes se tornem dependentes de cuidados. Desta forma, o idoso está mais vulnerável a sofrer de maus-tratos por parte do cuidador. Com isto surge também o aumento de incidência de doenças crónicas degenerativas (e.g., hipertensão, problemas cardíacos, colesterol alto e dores nas articulações) (Porto & Koller, 2006).

### **3.4. Modelos Explicativos da Violência**

#### **3.4.1. Modelo Ecológico**

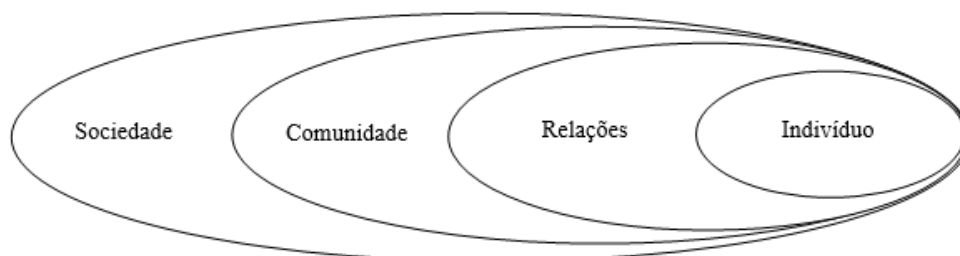
O Modelo Ecológico (Figura 1) compreende a violência como o resultado de interação de diversas características, nomeadamente as individuais (fatores biológicos), interpessoais (história pessoal) e sociais (relações íntimas, cônjuges e familiares). Está dividido em quatro níveis. O primeiro nível do modelo ecológico, identifica os fatores biológicos e as vivências do sujeito, que se refletem através do comportamento. Este evidencia as características do

sujeito que possibilitam que este se torne vítima ou agressor. O segundo nível, analisa de que forma é que as relações sociais próximas podem aumentar o risco de vitimização ou agressão violenta. O terceiro nível, corresponde a contextos sociais que são inseridos nas relações comunitárias (e.g., local de residência, escola e o local de trabalho). Por fim, o quarto nível identifica os fatores mais recorrentes da sociedade que aumentam as taxas de violência, sendo eles: a) as sociedades que aceitam a violência como estratégia de resolução de conflitos, que percebem o suicídio como uma escolha e não como uma forma de violência; b) as normas que dão prioridade aos direitos dos pais sobre o bem-estar; c) a conduta de que o homem tem domínio masculino sobre as mulheres e as crianças e d) o parecer do excesso da força pela polícia contra os cidadãos e as normas que apoiam o conflito político.

Em suma, o modelo ecológico demonstra que os fatores de risco variam consoante o tipo de violência. No entanto, verifica-se a prevalência global de fatores como, o isolamento social, as dificuldades económicas, o abuso de substâncias e o acesso a armas (Dahlberg & Krug, 2007).

### **Figura 1**

#### *Modelo Ecológico Para Compreender a Violência*



Fonte: Dahlberg e Krug (2007)

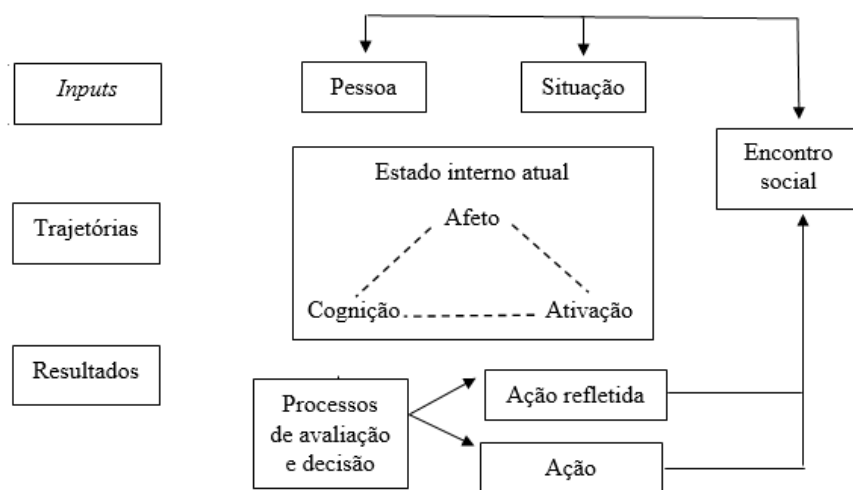
#### **3.4.2. Modelo Geral da Agressão**

O Modelo Geral de Agressão de Anderson e Bushman (2002), especifica e caracteriza a integração teórica sobre a agressão humana. Através deste modelo é possível verificar as estruturas de conhecimento para a percepção, interpretação, tomada de decisão e ação da agressão. O modelo representa três estruturas, nomeadamente, os esquemas perceptuais, pessoais e a execução comportamental. Estas estruturas, desenvolveram-se através das experiências dos sujeitos e atingem as percepções em diferentes níveis. Estas ao serem utilizadas, tornam-se automáticas e estão fortemente associadas a estados afetivos e conduzem

à resposta comportamental do sujeito face às solicitações. Este modelo tem por base as estruturas do comportamento que podem abranger atos agressivos e serve de elo de ligação entre a agressão instrumental (e.g., bater com um objeto) e o comportamento reativo (e.g., gritar ou empurrar). Os *inputs* direcionam-se ao sujeito (e.g., traços, género, crenças, atitudes, valores, objetivos e excussão), à situação (e.g., agressiva, incentivo e frustração, provocação, drogas, dor e desconforto) e a trajetórias (e.g., afeto, cognição ou ativação). É um ciclo, pois os resultados finais do processo de decisão, servem de *inputs* a um próximo episódio. Os autores, indicam que existem outras características da agressão humana que se encaixam nos pressupostos do modelo, como, a oportunidade ou a situação social, a abstração das inibições dos sujeitos, motivações partilhadas e o papel desempenhado pela raiva (Ribeiro & Sani, 2009). O modelo encontra-se descrito na figura 2.

**Figura 2**

*Modelo Geral de Agressões*



Fonte: Ribeiro & Sani (2009)

### 3.5. Fatores de Risco e de Proteção Relacionados com a Violência nos Idosos

Para se prevenir a violência em idosos é necessário que se valorizem os riscos e que haja uma maior atenção para esta temática. Os fatores de risco mais prevalentes na violência contra o idoso, são as relações familiares deterioradas, antecedentes de violência familiar, dependência (e.g., física, mental, afetiva ou socioeconômica), consumo excessivo de álcool e drogas, dificuldades financeiras, isolamento social, fatores culturais e socioeconômicos,

distribuição de heranças e isolamento. Para além destes, também as alterações de comportamento da pessoa idosa (e.g., sono e incontinência) apresentam riscos acrescidos de violência (Araneda, 2007; Sanches et al., 2008).

Os fatores de proteção relacionados com a violência são: a) a proteção à vítima; b) respeito; c) autonomia; d) avaliação de riscos para que haja uma intervenção; e) dar informação ao idoso sobre a violência; f) fazer com que o agressor compreenda que não é uma atitude correta a tomar e que a cooperação constitui uma solução mais viável; g) realizar intervenção com uma equipa interdisciplinar que deve contemplar as questões físicas, emocionais, sociais e familiares da pessoa em questão (Araneda, 2007).

Os serviços de apoio são um fator protetor e promovem o bem-estar e a saúde, pois, provocam no sujeito sentimentos de pertença (e.g., grupo social) e contribui para os processos de adaptação à vida quotidiana. O apoio social faz com que os idosos se sintam mais capazes para enfrentar os problemas, fornece mecanismos para resolução de desafios e promove a adaptação à realidade disponível (Faria et al., 2020).

O respeito e as condições para idosos, permitem desenvolver e adquirir comportamentos adaptativos, uma vez que se sentem mais confiantes e seguros. O idoso ao ser respeitado e ao ter condições ambientais, tem uma melhor qualidade de vida e um maior sentimento de autoeficácia e de confiança (Neri, 2003).

A informação aos idosos sobre condutas de violência, atuam como um meio de prevenção e de atuação. Esta informação pode ser prestada por órgãos (e.g., instituições e associações) e profissionais (e.g., técnicos, auxiliares ou médico). O idoso ao estar informado sobre estas condutas pode detetar fatores de risco e prevenir situações desagradáveis para si e para os outros (Santos et al., 2010).

A informação aos cuidadores também é importante, pois permite-lhes estarem alerta sobre sinais que possam vir a surgir (e.g., marcas corporais). Estas podem ser dadas por instituições, associações e profissionais de saúde, que dão a conhecer ao cuidador os problemas de saúde do idoso, indícios que possam vir a surgir (e.g., maus tratos) e fornece ainda instrumentos para estimularem as capacidades físicas e cognitivas do idoso (Santos et al., 2010).

Receber apoio ou supervisão de equipas profissionais, nomeadamente o apoio domiciliário, auxilia os sujeitos idosos dependentes de terceiros na realização de atividades da vida quotidiana. Este tipo de apoio colabora na prestação de serviços básicos de sobrevivência (e.g., alimentação, higiene pessoal e da habitação ou toma de medicamentos), promove o bem-

estar psicossocial e permite ao idoso manter contacto com o exterior (e.g., conversa sobre a sociedade e passeios) (Carvalho, 2013).

Por fim, as relações de vizinhança, também são um fator de proteção para o idoso, pois, promovem a coesão e fortalecem a rede social. Estas relações possibilitam a aproximação dos sujeitos idosos a novos grupos (e.g., associações e clubes) (Fraquinella & Marcon, 2011). A relação com os vizinhos, simplifica a obtenção de ajuda informal e reduz o isolamento social, o que contribui para um envelhecimento bem-sucedido (Cabral et al., 2013).

## **Capítulo 4. Apoio Social**



#### **4.1. Definição de Apoio Social**

O apoio social define-se como as relações entre os sujeitos e os familiares tendo em conta os laços afetivos, os comportamentos, as emoções e o ambiente social em que os sujeitos estão inseridos. O apoio social promove as relações interpessoais e possibilita que haja sentimentos de confiança, preocupação, valorização, entreaajuda e comunicação (Fonseca & Moura, 2008).

O apoio social é fundamental para a vida dos sujeitos, uma vez que tem impacto no seu estado de saúde mental e físico. Este apoio, onde se inclui o apoio emocional (e.g., autoestima), pode auxiliar nas estratégias de resposta e na avaliação subjetiva que os sujeitos fazem perante as circunstâncias de vida e ajuda a reduzir problemas (e.g., solidão, quedas, e falta de cuidados) (Gonçalves et al., 2011).

O apoio social, diz respeito ao nível em que as relações interpessoais se encontram e corresponde a determinadas funções (e.g., apoio emocional, material e afetivo) em determinadas situações, nomeadamente as de necessidade. Este permite ao sujeito sentir-se querido, amado e estimado e transmite-lhe o sentimento de pertença a uma rede social, tanto por parte do apoio institucional, como do apoio domiciliário (Carneiro et al., 2007).

De acordo com o estudo de Maia et al. (2016), o principal objetivo era caracterizar a rede de apoio social e de suporte social de sujeitos idosos. Compreendeu uma amostra de 306 sujeitos com mais de 65 anos. Para o estudo foi usada a Escala de Redes de Apoio Social (ERAS; Lubben, 1998), que avalia a rede familiar, de amigos e confidentes. Os resultados do estudo demonstraram que o apoio familiar foi importante para o suporte no envelhecimento. Os sujeitos que apresentavam redes familiares e de amigos mais consistentes, eram do sexo masculino, casados e com habilitações literárias. Com este estudo também se concluiu que as variáveis idade, sexo e estado civil foram especialmente importantes para a rede familiar (Maia et al., 2016).

O estudo de Rodrigues e Silva (2013), teve como objetivo reconhecer a constituição da rede de apoio social de idosos institucionalizados, bem como os tipos e as quantidades de apoios recebidos pelos mesmos. Compreendeu uma amostra de 30 idosos institucionalizados, com idade média de 74 anos. A recolha de dados foi realizada através de entrevistas e da Escala de Apoio Social, de forma a identificar a organização das redes sociais dos sujeitos institucionalizados. Os autores verificaram que as redes sociais dos idosos eram compostas primeiro pelos familiares, seguindo-se os amigos, os técnicos de saúde e, por fim, os funcionários da instituição. Este tipo de apoio baseava-se a nível material, afetivo e emocional (Rodrigues & Silva, 2013).

## 4.2. Apoio Social nos Idosos

Face ao envelhecimento, o apoio social é fundamental aos idosos, pois a prestação deste apoio em fase de mudanças (e.g., entrada na reforma, perdas significativas, perda de autonomia, degradação das capacidades físicas e cognitivas), permite a manutenção de uma rede social ampla devido à integração social e promove a gestão de *stress* que estas situações podem provocar (Ferreira & Marques, 2012).

O apoio social consiste nas ações de auxílio que suprimem as necessidades do sujeito e promovem efeitos positivos na vida dos idosos (Rocha et al., 2017). Os idosos que recebem apoio social têm três vezes menos possibilidade de desenvolver dependência nos cuidados do que os que não recebem (Barbosa et al., 2019).

Este, surge como um conceito que se direciona para as relações estabelecidas entre sujeitos, de forma a promover o bem-estar físico e psicológico. O apoio social permite aos idosos sentirem-se acarinhados, valorizados e seguros. Maioritariamente têm a perceção de que podem confiar e é algo com que podem contar em qualquer circunstância. Assim, este é visto como um sistema de promoção de assistência e de auxílio, através do qual se evidenciam os fatores de suporte, que facilitam e asseguram a sobrevivência dos idosos (Ramos, 2002).

## 4.3. Tipos de Apoio Social

Os tipos de apoio social, podem ser: financeiros, domiciliários, institucionais, de acolhimento, relacionais e lúdicos. De acordo com o ePortugal (2021), o Governo Português dispõe de dez tipos de serviços, sendo estes:

a) O Complemento Solidário para Idosos, consiste num subsídio pago em dinheiro mensalmente para idosos que residam há 66 anos e 5 meses em Portugal e que possuam baixos recursos económicos;

b) O Serviço de Apoio Domiciliário é um serviço que pertence à Segurança Social e presta cuidados a famílias ou pessoas que se encontrem no seu domicílio. Destina-se a sujeitos que estejam em situação de dependência física e/ou psíquica e que não possam assegurar, temporária ou permanentemente, a satisfação das suas necessidades básicas, não disponham de apoio familiar para o efeito. Nestes casos, são disponibilizados serviços de cuidados de higiene pessoal e habitacional, e são fornecidas refeições, animação, socialização e transporte (ePortugal, 2021);

c) As Estruturas Residenciais são um apoio que dispõem de alojamentos coletivos para idosos, de utilização temporária ou permanente (e.g., lares). Este oferece serviços permanentes

e adequados às necessidades do idoso, estimulando um envelhecimento ativo e concebendo condições de preservação da relação familiar e da integração social (ePortugal, 2021);

d) O Acolhimento Familiar diz respeito a famílias com condições e capacidades para acolher pessoas idosas, temporária ou permanentemente, de modo a proporcionar-lhes um ambiente estável e seguro. Este serviço pretende evitar o internamento das pessoas mais velhas, garantindo uma situação social, familiar e afetiva a idosos dependentes ou com perda de autonomia, que vivam isolados e numa situação de insegurança (ePortugal, 2021);

e) O Centro de Convívio proporciona atividades sociais, recreativas e culturais para sujeitos idosos residentes numa determinada comunidade, incentivando à sua participação ativa nas dinâmicas organizadas por técnicos especializados. Este centro pretende prevenir a solidão e o isolamento, ao integrar o idoso socialmente (ePortugal, 2021);

f) O Centro de Dia concede um conjunto de serviços que contribuem para a manutenção do meio social e familiar dos idosos. São assegurados e prestados serviços adequados às necessidades dos utentes, promovendo a sua autonomia e apoiando a permanência da pessoa no seu meio habitual de vida. É um serviço que permite desenvolver estratégias de autoestima e independência funcional, pessoal e social (ePortugal, 2021);

g) O Centro de Noite opera em equipamentos de acolhimento noturno dirigido a sujeitos idosos com autonomia, que permaneçam no seu domicílio durante o dia e que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento e insegurança, necessitam de acompanhamento noturno. O objetivo deste serviço é acolher pessoas com falta de autonomia durante a noite, assegurar o seu bem-estar, segurança e fomentar o seu meio habitual de vida (ePortugal, 2021);

h) O Centro de Férias e Lazer, dirige-se à satisfação de necessidades de lazer e de quebra da rotina, essencial ao equilíbrio físico, psicológico e social das pessoas idosas. A integração neste serviço oferece experiências inovadoras, contactos com comunidades e espaços diferentes, vivências em grupo, desenvolvimento do espírito de interajuda e incentivo à capacidade criadora e do espírito de iniciativa (ePortugal, 2021);

i) O Apoio Social a Emigrantes Idosos Carenciados, direciona-se a idosos portugueses que residam no estrangeiro e se encontrem em situação de grande vulnerabilidade ou carência, devido à falta de respostas adequadas por parte das autoridades dos países de residência. Este serviço oferece apoio social, individual ou familiar. Oferece ainda uma visita a Portugal para idosos carenciados residentes no estrangeiro (fora da União Europeia), que tenham dificuldades económicas para visitar o país e que não o façam há mais de 20 anos (ePortugal, 2021).

#### **4.4. Idosos e Institucionalização**

O aumento emergente de população idosa, provocou a criação de medidas que possibilitassem assegurar a qualidade de vida desta população, de forma adequada, disponibilizando recursos e materiais para dar resposta às necessidades dos mesmos (Marques et al., 2010).

Assim, surgiu a institucionalização, que presta cuidados e oferece diversos apoios a idosos, quando os familiares ou cuidadores não dispõem de condições, podendo prevenir situações de dependência. A necessidade de institucionalização surge, maioritariamente, quando as famílias não detêm condições para cuidar do idoso, devido à complexidade de compatibilizar cuidados, atividades domésticas e atividades laborais. Ao optar pela institucionalização, os familiares do idoso tencionam proporcionar-lhe melhores condições de cuidado e de conforto, do que aquelas que lhe poderiam oferecer (Cardão, 2009; Marques et al., 2010).

Alguns idosos encaram a institucionalização como uma escolha involuntária e outros como uma única opção, pois para aqueles que vivem sozinhos e não têm nenhum familiar que lhes prestem auxílio, as instituições são um local de proteção e de cuidado (Marques et al., 2010).

A adaptação do idoso depende do contexto em que este está inserido e do estágio de vida em que se encontra, podendo ser experienciado de modo angustiante ou como uma esperança de segurança e tranquilidade. Atualmente, verifica-se um grande cuidado por parte das instituições em relação à estimulação cognitiva e às atividades físicas, de forma a promover um envelhecimento saudável e uma vida ativa no lar. Assim, a institucionalização é algo bastante positivo para a vida dos idosos, pois é proveitosa para o aumento de autoestima, interação social e para ajudar a que os mesmos assumam papéis sociais adequados (Marques et al., 2010).

O estudo de Marques et al. (2010), teve como objetivo compreender o desenvolvimento e funcionamento psicológico do idoso, verificar o impacto do processo de institucionalização na sua vida, caracterizar os níveis de apoio social nas suas três dimensões e identificar associações entre variáveis sociodemográficas e as dimensões de apoio social. Considerou uma amostra de 50 idosos institucionalizados. Este estudo concluiu que a idade aumentou a necessidade de apoio social. Tanto os idosos do sexo feminino, como os do sexo masculino apresentaram valores semelhantes de apoio social. Os idosos divorciados, com escolaridade média, institucionalizados há mais tempo, com melhor saúde física e psicológica, apresentaram maiores níveis de apoio social. Os idosos que classificaram a sua adaptação à instituição como

“boa”, apresentaram níveis superiores de apoio social e relativamente às dimensões “apoio informativo” e “instrumental”. Os idosos que atribuíram mais importância à religião apresentaram níveis de apoio social mais elevado (Marques et al., 2010).

#### **4.5. Modelo Explicativo de Apoio Social**

O Modelo Geral de Barrón (1996) sobre o apoio social, defende os efeitos positivos do apoio social na saúde e no bem-estar dos idosos. Este modelo revela duas formas de atuação, o efeito direto ou principal e o efeito protetor ou amortecedor. O efeito direto ou principal indica que o apoio social tem um efeito positivo no bem-estar e na saúde do sujeito (e.g., socialização). O efeito protetor ou amortecedor, defende que o apoio social tem um papel moderador e atenuador dos fatores negativos (e.g., probabilidade de sofrer de violência), no bem-estar e na saúde do sujeito (Marques et al., 2010). Para além disso Barrón (1996) também defende um Modelo Específico do apoio social. Este modelo defende que os contextos de apoio social e os mecanismos usados pelos idosos e as suas interações, têm um efeito direto e protetor de apoio social (Marques et al., 2010).



## **Capítulo 5. Afetos**



## **5.1. Definição de Afetos**

O afeto é definido como algo que é dado a experienciar de forma consciente, nomeadamente a partilha de sentimentos do próprio sujeito e de outros, por que tem estima (Pinto, 2013). Os afetos são compreendidos como uma manifestação quantitativa de energia pulsional e das suas variações. É um estado de ânimo que possibilita ao sujeito perceber sentimentos e emoções em relação a si mesmo e em relação aos outros, bem como a animais de estimação (Noronha et al., 2016).

Os afetos podem ser positivos ou negativos, consoante o que o sujeito possa vir a sentir ao experienciar. Os afetos positivos integram o estado emocional em conjunto com os afetos negativos, que representam apreciação de situações que ocorrem na vida dos sujeitos, através das emoções e do humor (Oliveira et al., 2012).

Quando se sentem afetos positivos, o idoso reflete prazer e bem-estar subjetivo e abrangem emoções gradáveis, como a felicidade, o entusiasmo, a inspiração, a determinação e o amor (Noronha et al., 2015; Pinto, 2013).

Quando estão presentes afetos negativos é transmitido desprazer e mal-estar subjetivo, incluindo sensações de medo, nervosismo e perturbação, o que acontece no idoso em casos de violência (Galinha et al., 2014).

Qualquer sujeito necessita de exprimir sentimentos e de sentir segurança afetiva. Para os sujeitos idosos, os afetos são uma forma de promoção de envelhecimento próspero. Isto porque, o estado afetivo também pode ser preditivo de solidão. Quando o sujeito idoso sente afetos negativos, estes podem ser resultantes do padrão de comportamentos visíveis (e.g., agressão), e expressa-os através do estado emocional (APA, 2014). Os afetos negativos têm uma conotação negativa, pois a carga afetiva é mínima, o estado emocional, é atingido assim como o humor e o comportamento do sujeito (Pinto, 2013), revelando sentimentos como a tristeza, desânimo e preocupação (Noronha et al., 2015).

## **5.2. Modelos e Teorias Explicativas**

### **5.2.1. Modelo Bi-fatorial dos Afetos**

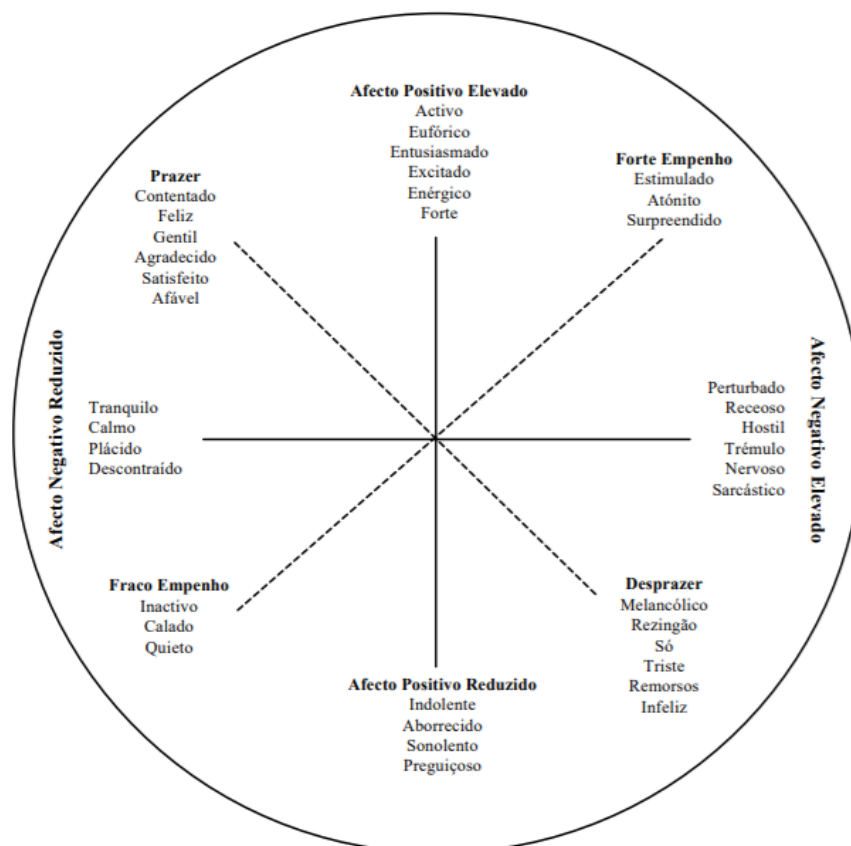
Watson e Tellegen (1985), desenvolveram o modelo circular bidimensional (Figura 3) representativo dos afetos positivos e dos afetos negativos. O afeto revela duas dimensões das emoções básicas do afeto positivo e o afeto negativo. O afeto positivo, demarca-se à medida que o sujeito exterioriza entusiasmo e o afeto negativo, manifesta-se à medida que o sujeito menciona que se sente perturbado. Estes fatores são vistos como dimensões bipolares, mas afetivamente unipolares, de forma a fortalecer o nível de cada dimensão, como por exemplo,

um estado de excitação emocional ou afeto elevado. Por outro lado, o nível reduzido de cada dimensão é determinado através da ausência de intensidade afetiva (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005).

O modelo circular indica as estruturas bidimensionais e multifatoriais que podem executar em conjunto um papel importante. Os eixos tracejados do modelo surgem como dois termos secundários, pois retratam o prazer e o desprazer e o forte e fraco-empenho. Estes dois termos são secundários aos afetos positivos e negativos e encontram-se representados no eixo. O prazer e desprazer revela a relação entre o alto afeto positivo com baixo afeto negativo, o forte empenho e o fraco desempenho, demarcar-se pela correlação positiva. O eixo tranquilo e o perturbado, estão negativamente correlacionados entre si. Por fim, o eixo do afeto positivo e do afeto negativo, não dependem um do outro e não se correlacionam (Galinha & Pais-Ribeiro, 2005)

**Figura 3**

*A Estrutura de Bi-factorial do Afeto de Watson e Tellegen (1985)*



Fonte: Galinha e Pais-Ribeiro (2005)

### **5.2.2. Teoria Psicanalítica de Freud**

Freud na primeira fase da teoria comparou os afetos às energias e a fatores associados aos afetos, como a emoção, a excitação, a intensidade e a energia. Freud acreditava que os sujeitos poderiam ser curados através da consciência dos pensamentos e das motivações inconscientes. Esta teoria tinha como objetivo a terapia psicanalítica, que consistia em liberar emoções e experiências reprimidas (e.g., tornar o inconsciente consciente) (Penna, 2017).

Os afetos passaram por diversas alterações e por mudanças psicanalíticas, na teoria da angústia e na teoria pulsional. A teoria da angústia surgiu devido ao facto de Freud querer explicar a etiologia do quadro psicopatológico “neurose de angústia”. A angústia assumi um papel determinante no processo de divisão do aparelho psíquico, sendo a causa do recalque e não a consequência do mesmo. Deste modo, foram considerados dois tipos de angústia, a automática e a de sinal. A angústia automática é involuntária e caracteriza-se pela reação de angústia sempre que o sujeito vivencia excitações sobre as quais não tem controlo, o que origina respostas espontâneas do organismo. A angústia sinal é provocada no sujeito, quando este experiencia uma situação de perigo que é percecionada como uma ameaça real.

Posteriormente, surgiu a teoria da pulsão, que indicou que o afeto passou a ser associado à dimensão pulsional, sendo o mesmo compreendido como um modelo psíquico da pulsão. Para Freud a pulsão era originada pela energia psíquica acumula no sujeito e gerava tensão que teria de ser descarregada. Fez ainda distinção das pulsões básicas (e.g., pulsão sexual ou pulsão agressiva) e das pulsões secundárias (e.g., desejos ou sonhos). Através destas teorias, Freud dedicou-se a explorar os fatores descritivos, subjetivos e económicos dos afetos, o que possibilitou uma análise qualitativa. Esta análise permitiu a descrição dos afetos em psicanálise e possibilitou novos conhecimentos teóricos (Penna, 2017).

Posto isto, os afetos começaram a ser percecionados como inconscientes e as sensações agradáveis ou desagradáveis deixaram de ser diferenciadas quantitativamente, dando origem à Teoria Psicanalítica (Penna, 2017).



## **Capítulo 6. Funcionamiento Cognitivo**



## 6.1. Definição de Funcionamento Cognitivo

O funcionamento cognitivo diz respeito às capacidades que envolvem a cognição (e.g., atenção, percepção, memória, linguagem, cálculo e funções executivas). Através do funcionamento cognitivo é possível ter a percepção e entender os acontecimentos do dia-a-dia, desde os mais simples aos mais complexos (Nunes, 2009).

As funções cognitivas envolvem um conjunto de atos e processos de conhecimento. É através desses mecanismos que o organismo adquire, processa, conserva e analisa a informação. Desta forma, são as funções cognitivas que permitem ao organismo assegurar a aquisição de informação necessária para experienciar vivências no meio (Daron & Parot, 2001).

A idade avançada dos sujeitos está fortemente associada ao declínio contínuo das capacidades sensoriais e cognitivas. Os desempenhos cognitivos podem ser afetados desde os níveis elementares (e.g., percepção e reconhecimento de formas) até aos níveis mais integrados (e.g., raciocínio e tomada de decisão) (Lemaire, 2019).

No envelhecimento ocorrem várias transformações a nível cognitivo e o idoso começa a apresentar dificuldades em adaptar-se a novas situações, a gerir perdas (e.g., afetivas e sociais), a preservar o estado emocional e o humor. Estas dificuldades podem-se traduzir em alterações cognitivas graves (e.g., demência ou ideação suicida) (Petersen, 2010).

O défice cognitivo é um efeito de processos fisiológicos (e.g., perda de neurónios) do envelhecimento. Este défice pode levar ao comprometimento de capacidades funcionais, como cuidar de si próprio e executar tarefas quotidianas, tornando o idoso dependente de um cuidador formal ou informal (Petersen, 2010).

Mais especificamente, pode ocorrer que: a atenção diminua e faça com que o idoso não se consiga focar em determinada tarefa (e.g., maior exaustão e dificuldade de raciocínio); a memória sofra declínios e surjam dificuldades (e.g., esquecimento); o défice das funções executivas provoque perturbações (e.g., demência) e a linguagem sofra maiores alterações entre os 65 e os 75 anos (e.g., conhecimento de vocabulário). Estas alterações têm impacto na vida do idoso e é por este motivo que se define o limite entre o patológico e o normal esperado na velhice (Argimon, 2006).

O estudo de Hommel et al. (2004), teve como objetivo verificar o impacto do envelhecimento cognitivo relativamente à percepção e à memória. Neste estudo participaram idosos que tinha como tarefa detetar um alvo em diferentes situações experimentais. Nesta tarefa, os participantes eram expostos a figuras completas ou incompletas (e.g., círculos e quadrados), num computador e tinham de mencionar se a imagem continha um círculo

completo. Verificaram que o tempo de detecção das figuras era influenciado pela idade, sendo que os idosos com mais idade detetavam as figuras mais tarde. Face à memória, concluíram que, os idosos com idade mais avançada apresentaram mais dificuldade na tarefa de evocação (Hommel et al., 2004).

O estudo de Tacconnat et al. (2007) teve como objetivo verificar os desempenhos dos idosos face a situações de aprendizagem accidental. Realizaram o estudo com uma amostra de 4 sujeitos adultos jovens e idosos, aos quais apresentaram 24 pares de palavras que continham entre seis e nove palavras (e.g., casa-soldado) e a imagem era apresentada durante 5 segundos. Os sujeitos tinham de mencionar a palavra que viam na imagem e a resposta era classificada numa escala de *Likert* de 1 a 5, em que 1 era pouco associada e 5 fortemente associada. Depois, seguia-se a tarefa de evocação guiada, onde era pedido ao sujeito para evocar apenas a segunda palavra de cada par (e.g., soldado). A apresentação da primeira foi realizada com apoio de um técnico e a segunda sem apoio. O estudo concluiu que os idosos obtinham melhores resultados quando tinham apoio (Tacconnat et al., 2007).

### **6.1.1. Atenção**

A atenção é uma das funções cognitivas que permite a concentração face a estímulos externos ou internos. Esta permite seleccionar os estímulos que são apresentados ao organismo de acordo com a sua importância (e.g., tarefa). A atenção selecciona os estímulos prioritários que facilitam a percepção, seleção e execução de respostas adequadas, enquanto os outros estímulos são desvalorizados. Esta capacidade é ainda uma premissa para uma boa memorização e para o processo de percepção e aprendizagem (Daron & Parot, 2001).

A atenção possibilita o processamento ativo de uma quantidade limitada de informação a partir da quantidade disponível através dos sentidos, das memórias e do funcionamento cognitivo em geral (Sternberg, 2008).

O estudo de Irigaray et al. (2012), teve como objetivo verificar a deterioração significativa em relação às funções cognitivas e investigar os efeitos de um treino de atenção, memória e funções executivas na cognição nos idosos. Compreendeu uma amostra de 76 idosos, divididos em dois grupos, um grupo experimental, ao qual foram apresentadas doze sessões de treino de atenção, memória e funções executivas e um grupo de controlo constituído por 38 sujeitos. Os autores verificaram que o grupo experimental no pós-teste mostrou melhor desempenho em tarefas de atenção, memória de trabalho e linguagem e que as estimulações cognitivas destas funções promovem resultados significativos, o que indica que os idosos saudáveis podem melhorar seu desempenho cognitivo (Irigaray et al., 2012).

### **6.1.2. Percepção**

A percepção é uma função cognitiva que permite ao sujeito reconhecer, organizar e interpretar um estímulo vindo do ambiente através das capacidades sensoriais (e.g., audição, olfato, visão, tato, paladar e proprioceptiva). A percepção auditiva destingue sons, tons e a intensidade dos mesmos. A percepção visual permite distinguir formas (e.g., redondo, triangular e quadrado), tamanhos (e.g., grande ou pequeno), volumes e cores. O tato permite perceber as texturas (e.g., duro, mole, suave e áspero). A percepção olfativa permite distinguir cheiros (e.g., agradáveis e desagradáveis). O paladar ou a percepção gustativa, distingue os diversos sabores (e.g., salgado, doce ou azedo). A capacidade proprioceptiva permite ao sujeito ter uma percepção de si mesmo e em relação aos objetos (Daron & Parot, 2001; Gleitman, et al., 2011).

A percepção diz respeito a um conjunto de processos através dos quais é possível reconhecer, organizar e entender as sensações provenientes dos estímulos do meio envolvente. A percepção visual é um sistema de sentido específico, como o tato ou o olfato e permite reconhecer imagens através de representações mentais e de estímulos percebidos (Sternberg, 2008).

### **6.1.3. Memória**

A memória possibilita a aquisição, o armazenamento e a recuperação de informações. Permite ainda a realização de ligações entre o passado e o presente. É uma das funções cognitivas mais utilizadas pelos sujeitos, sendo alvo recorrente de muitas queixas por parte dos idosos. Existem três tipos de memória, a memória sensorial (arquiva as características físicas do estímulo), a memória a curto prazo (retém uma quantidade limitada de informações, que posteriormente é esquecida ou enviada para a memória de longo prazo), que engloba a memória imediata (retém informação por segundos) e a de trabalho (operacionaliza informação). Por fim existe, a memória a longo prazo (tem uma maior duração e permite armazenar informações que podem ser utilizadas quando necessário), que pode dividir-se em memória implícita (processa a informação de forma pré-consciente) e memória explícita (processa a informação de forma consciente e intencional) (Moraes & Lanna, 2008).

A memória integra algumas etapas de processamento, como a codificação, o armazenamento e a recuperação. A codificação refere-se a à transformação de um dado físico, sensorial, recebido através de uma representação que poderá ser colocada na memória. O armazenamento refere-se à retenção de informação codificada na memória. A recuperação é o mecanismo que permite ter acesso à informação armazenada (Sternberg, 2008).

De acordo com o estudo de Souza et al. (2007), o processo de envelhecimento está fortemente ligado ao desempenho cognitivo. A amostra do estudo compreendeu 65 idosos, sendo que 83.1% dos sujeitos apresentam uma doença ou condição crónica. Foi reportado por 16.9% dos sujeitos a não-realização de atividades quotidianas por problema de saúde. Contudo, 66.2% referiram ter alguma dificuldade de memória (Souza et al., 2007).

#### **6.1.4. Linguagem**

A linguagem é utilizada como um meio de comunicação e permite distinguir o ser humano dos animais (Daron & Parot, 2001). É uma função cognitiva composta por um processo complexo e dinâmico que possibilita interagir, comunicar, partilhar informações pensamentos, sentimentos e necessidades com outros sujeitos. A linguagem pode ser verbal (e.g., falada ou escrita), não-verbal (e.g., gestual) ou mista (e.g., símbolos e diálogos) (Moraes & Lanna, 2008).

A linguagem permite combinar palavras, de forma a comunicar e permite pensar e realizar processos sobre coisas que não são visíveis (e.g., ver, ouvir, sentir, tocar, cheirar e ter ideias). As palavras podem ser escritas, faladas ou sinalizadas (e.g., linguagem gestual). Contudo, a comunicação por si só não é apenas realizada através da linguagem, como a troca de pensamentos e sentimentos, pois inclui outros aspetos, como, a linguagem não-verbal, visual e tátil. A linguagem não-verbal é realizada através de gestos de modo a indicar ou a complementar a linguagem falada. A linguagem visual é feita com o olhar e o seu significado por ser atribuído, por exemplo, através do movimento e direção dos olhos. Por fim, a linguagem tátil é realizada através de toques, apertos de mão e abraços (Sternberg, 2008).

Albuquerque et al. (2012), pretenderam verificar e comparar a capacidade funcional e a linguagem de sujeitos idosos. A amostra compreendeu um total de 60 idosos com mais de 60 anos de idade e de ambos os sexos. Averiguaram que grande parte dos sujeitos compreendiam idades entre os 60 e os 69 anos, a maioria era do sexo feminino e não analfabetismo. Verificaram que 90% dos idosos realizava as suas atividades básicas quotidianas sem dificuldades enquanto e 10% apresentaram défice ao nível da linguagem. Os autores concluíram que existe a necessidade de se realizarem estudos com amostras populacionais maiores na tentativa de comprovar os efeitos positivos das atividades de grupo e realizar estudos sobre a influência da linguagem na capacidade funcional do idoso (Albuquerque et al., 2012).

### **6.1.5. Funções Executivas**

As funções executivas permitem realizar movimentos e comportamentos relativamente a objetos, ou seja, executar tarefas e planeá-las. Este processo dá-se através de um conjunto de atividades cognitivas. Estas funções englobam o raciocínio, a lógica, a estratégia, a tomada de decisão, a inibição de ocorrência de outro tipo de informação para não interferir, o sequenciamento temporal e a resolução de problemas (Doron & Parot, 2001; Moraes & Lanna, 2008).

As funções executivas são um conjunto de capacidades que controlam o comportamento e a regulação de outros processos comportamentais (e.g., choro), que inclui cognição e emoção. São acionadas sempre que se realizam tarefas e quando surgem novas situações, para as quais o sujeito não possui um esquema comportamental antecipado ou automatizado, bem como na resolução de problemas e no estabelecimento de objetivos (Dias & Seabra, 2013).

De acordo com Araujo et al. (2015), com o objetivo de investigar as funções cognitivas e as funções executivas nos idosos. O estudo destes autores compreendeu uma amostra de 125 idosos. Verificaram que 70% eram suficientemente ativos e que 76% apresentou um baixo desempenho, caracterizando défice cognitivo. Concluíram que grande parte dos participantes não apresentaram níveis elevados de solidão e que tinham baixo desempenho cognitivo, nomeadamente ao nível da atenção e das funções executivas.

## **6.2. Funcionamento Cognitivo e Institucionalização**

O funcionamento cognitivo reflete-se na institucionalização, pois um dos fatores que leva os idosos a ponderar a condição de institucionalização é o surgimento de deterioração cognitiva e a dependência de cuidadores (Plati et al., 2006).

No entanto, denota-se que os sujeitos que se encontram institucionalizados apresentam um maior défice cognitivo ao nível da memória, comparativamente a sujeitos que não beneficiam deste tipo de apoio. Os sujeitos que vivem sozinhos ou beneficiam de centro de dia, apresentam melhores resultados em tarefas cognitivas, justificados pela capacidade de autonomia e independência (Plati et al., 2006).

Segundo Vaz e Gaspar (2011), os idosos ao serem institucionalizados experienciam algumas perdas (e.g., habitação, pertences, animais, economias, rotinas familiares e relacionais), o que representa grandes mudanças de vida. Neste sentido, estes sujeitos também sofrem perdas psicológicas profundas (e.g., independência, autonomia e privacidade), que se podem vir a manifestar em défices cognitivo a longo prazo.

O estudo de Gonçalves (2012), teve como objetivo verificar o impacto da estimulação cognitiva na solidão e depressão nos idosos institucionalizados. Realizaram dezasseis sessões de estimulação cognitiva a uma amostra de 37 sujeitos idosos, onde 20 participantes pertenciam ao grupo de controlo. O autor verificou uma diferença estatisticamente significativa entre o desempenho cognitivo do grupo experimental e o do grupo de controlo, sendo que o grupo experimental apresentou um menor nível de solidão e menor défice cognitivo após receberem o programa de estimulação cognitiva. Concluiu que é importante implementar programas de estimulação cognitiva em idosos institucionalizados, com o objetivo de trabalhar a prevenção de deterioração cognitiva.

## **PARTE II. ESTUDO EMPÍRICO**



## **7. Apresentação do Problema**



A solidão é um sentimento cada vez mais vivenciado pela sociedade, com grande destaque para os idosos. Tem revelado efeitos negativos no seu bem-estar, nomeadamente, a presença de risco de violência, a ausência de apoio social, as alterações cognitivas e as experiências de afetos negativos têm igualmente efeitos no desenvolvimento deste tipo de sentimentos. Mundialmente, a solidão atinge uma taxa de 6.5% para os idosos e na Europa os níveis são de 24.2% (Surkalim et al., 2022).

O estudo de Azeredo e Afonso (2016), teve como objetivo compreender o sentimento de solidão. A amostra do estudo foi de 73 idosos, residentes em lares e em habitação próprias, alguns dos quais frequentam centros de dia. Os resultados do estudo mostraram que 79.4% referiram sentir “algumas vezes” solidão. No entanto, grande parte dos participantes viúvos e divorciados, referiram sentir “muitas vezes” solidão. Os participantes relataram que usaram várias formas para minimizar este sentimento, nomeadamente, lazer e socialização.

O estudo de Ferreira e Casemiro (2021), teve como principal objetivo analisar a solidão em idosos e a relações existente entre a solidão e as atividades prazerosas, depressão, bem-estar subjetivo e autoavaliação de saúde. Foi aplicado um questionário sociodemográfico em idosos não-institucionalizados e sem comprometimento cognitivo. O estudo foi realizado com uma amostra de 156 idosos com idades compreendidas entre os 60 e 88 anos. Os resultados mostraram que 10.9% da amostra tinha solidão moderada a grave. E que existia uma relação significativa entre a solidão e as restantes variáveis. Verificaram que quanto maior for o nível de solidão, maior é o nível de sintomatologia depressiva. De modo específico, verificou-se um menor benefício de cuidados de saúde, menor bem-estar e pouco envolvimento em atividades prazerosas. Os autores concluíram que a presença deste tipo de relação encontrada entre as variáveis pode indicar a presença de fatores de risco para a solidão nos idosos.

De acordo com o estudo de Leite et al. (2012), existe uma relação entre a solidão, o funcionamento cognitivo e as condições de saúde de idosos. A amostra compreendeu 85 sujeitos idosos, em que 79 eram do sexo feminino (92.9%) e 6 do sexo masculino (7.1%), com idades entre os 60 e os 69 anos. Os resultados obtidos pelos autores mostram que 20 (23.6%) idosos apresentaram deterioração cognitiva e verificaram que as mulheres apresentam níveis elevados de solidão.

De acordo com o estudo de Crewdson (2016), a solidão é vista como algo significativo, mas ao mesmo tempo negligenciada nos idosos. Este estudo teve como objetivo verificar os efeitos da solidão em relação ao funcionamento psicológico, as questões de saúde e os possíveis métodos de prevenção. O autor verificou que a solidão pode ser um fator de risco significativo para condutas menos aconselhadas para a saúde do idoso (e.g., tabagismo e consumo de álcool),

ao nível fisiológico (e.g., hipertensão e declínio motor) e do funcionamento psicológico (e.g., depressão e comprometimento cognitivo). O autor concluiu que as novas tecnologias podem ser benéficas para a prevenção da solidão nos idosos tanto em nível individual como ao nível populacional.

Segundo o estudo de Dury (2014), os idosos são mais vulneráveis à solidão e ao isolamento social, devido à sua fragilidade (e.g., problemas de saúde e sociais) que podem estar diretamente ligados à solidão. Pois os sujeitos idosos, ao longo do processo de envelhecimento vão adquirindo problemáticas complexas que podem ter um efeito profundo na saúde e a nível social. Os autores verificaram que a solidão pode ter um efeito sobre a saúde do sujeito. Concluíram ainda que existem vários meios com o intuito de reduzir os efeitos da solidão na população idosa, que apoiam e orientam a amizade e as relações familiares.

O estudo de Martín (2009), teve como objetivo verificar o impacto da solidão nos idosos e investigar os fatores implicados nos sentimentos de solidão ao longo do processo de envelhecimento. O autor verificou que a solidão se acentua na velhice e pode influenciar o desenvolvimento de dependências sociais, funcionais, cognitivas e problemas de saúde. Estes fatores, podem causar entraves na vida quotidiana do sujeito idoso. Concluiu que é necessário implementar estratégias e recursos, de forma a prevenir e a atenuar os sentimentos de solidão, sendo que é nesta fase que se dão mais perdas e dependências.

## **7.1. Objetivos de Investigação**

### **7.1.1. Objetivo Geral**

Estudar de que forma as características sociodemográficas, cognitivas, psicossociais e os afetos se relaciona e predizem a solidão dos idosos.

### **7.1.2. Objetivos Específicos**

- Verificar as diferenças entre grupos relativamente às características sociodemográficas, como, a idade, sexo e estado civil, benefício de apoio institucional em relação à solidão;
- Analisar a correlação entre a solidão, as suas dimensões (afinidades e isolamento social) e a idade dos participantes;
- Estudar a correlação entre a solidão, as suas dimensões, o funcionamento cognitivo e suas dimensões (orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação linguagem e construção visuoconstrutiva);
- Compreender a correlação entre a solidão, as suas dimensões e os afetos;
- Examinar a correlação entre a solidão, as suas dimensões e a rede de apoio social;
- Investigar a correlação entre a solidão, as suas dimensões e o risco de sofrer de violência
- Analisar de que forma é que a idade, o funcionamento cognitivo, o apoio social, os afetos e o risco de sofrer de violência são preditores da solidão.

## **7.2. Hipóteses**

São estabelecidas as hipóteses de estudo, de acordo com os objetivos específicos:

I. As características sociodemográficas dos idosos revelam diferenças no que respeita à solidão nos idosos (Magalhães, 2003). Deste modo é esperado que:

“Os idosos com mais idade apresentem mais sentimentos de solidão do que os idosos com menos idade”;

“Os idosos do sexo feminino apresentem maiores níveis de solidão do que os idosos do sexo masculino”;

“Os idosos que se encontrem viúvos revelem mais sentimentos de solidão do que os idosos com outro estado civil (solteiro, casado e divorciados)”;

“Os participantes que beneficiam de apoio institucional apresentam menos solidão do que os participantes que não beneficiam deste apoio”;

“A idade dos idosos se correlacione positivamente e seja preditora da solidão”;

II. O funcionamento cognitivo, os afetos e as características psicossociais dos idosos relacionam-se e predizem a solidão (Serra et al., 2021). Assim espera-se que:

“O funcionamento cognitivo se correlacione de forma negativa e significativa e seja um preditor da solidão”;

“Os afetos relacionem-se significativamente e sejam preditores da solidão”;

“O apoio social se correlacione de forma negativa e significativa e seja preditor da solidão”

“Os riscos de violência se correlacionem de modo positivo e significativo e sejam preditores da solidão”;

## **8. Método**



## **8.1. Participantes**

A amostra do estudo é do tipo não probabilística por conveniência, composta por 101 sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo.

Neste estudo foram tomados como critérios de inclusão: a) sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos; b) idosos residentes na região de Lisboa e Vale do Tejo; c) sujeitos que apresentem capacidades cognitivas para responder ao protocolo do estudo de forma autónoma; d) idosos que autorizem a sua participação no estudo; e e) idosos que vivem sozinhos ou institucionalizados (e.g., lar e centro de dia).

Como critérios de exclusão, foram tidos em conta: a) sujeitos com idade inferior a 65 anos; b) idosos que não residam na região de Lisboa e Vale do Tejo; c) sujeitos que apresentem incapacidades cognitivas para a participação no estudo; d) idosos que não autorizem a sua participação no estudo; e) idosos que recebam apoio domiciliário como resposta de apoio institucional.

## **8.2. Características Sociodemográficas dos Idosos Institucionalizados e Não-institucionalizados**

Os participantes deste estudo têm idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos, sendo a média de idades é de 76.09 anos ( $\pm 8.84$ ). Neste estudo 65% dos participantes são do sexo feminino e 35% do sexo masculino. Relativamente ao estado civil, 5% são solteiros, 31% são casados, 7% divorciados e 58% viúvos. Face à resposta institucional, 56% está institucionalizado em lar e em centro de dia, sendo o tempo médio de institucionalização dos participantes de 3.19 anos ( $\pm 1.01$ ) e 44% não está institucionalizado. Ao nível do tipo de institucionalização, 14% está em centro de dia, 42% está em lar e 44% não frequenta nenhuma instituição. No que concerne à situação atual de residência, 4% habita em casa própria, mas sozinho, 31% vive em casa própria, mas com familiares e, por fim, 7% vive em casa de familiares (Tabela 2).

**Tabela 2***Características Sociodemográficas dos Idosos Participantes no Estudo*

<b>Variável</b>	<b>Dados estatísticos</b>
Idade	76,09 ± 8.84
Sexo *	
Feminino	65 (65)
Masculino	35 (35)
Estado Civil *	
Solteiro(a)	5 (5)
Casado(a)	31 (31)
Divorciado(a)	7 (7)
Viúvo(a)	58 (58)
Situação de institucionalização *	
Sim	56 (56)
Não	45 (45)
Tempo de institucionalização (em anos)	3.19 ± 1.01
Tipo de institucionalização *	
Centro de dia	15 (15)
Lar	42 (42)
Nenhum	44 (44)
Situação de residência *	
Casa própria, mas sozinho(a)	5 (5)
Casa própria, mas com familiares	31 (31)
famíliares	7 (7)

*Nota.* Os valores mencionados correspondem à média e ao desvio padrão. \* Frequências e percentagens em parênteses para as variáveis nominais.

### **8.3. Instrumentos / Materiais**

Como instrumentos de recolha de dados foram utilizados, um questionário sociodemográfico (Anexo D), que possibilitou a recolha de informações acerca dos participantes (e.g., nome, a idade, o sexo, há quanto tempo se encontra institucionalizado, se beneficia de centro de dia ou de lar ou se não beneficia de nenhum). Foram aplicadas quatro

escalas, o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) (Anexo E) concebida por Folstein (1975) e adaptado por Manuela et al. (1993), para verificar o funcionamento cognitivo, a Escala de Afetos Positivos e Negativos (*Positive and Negative Affect Schedule - PANAS*) (Anexo F), desenvolvida por Watson, Clark e Tellegen (1988) e validada para a população portuguesa por Galinha e Ribeiro (2005) para avaliar o estado afetivo do sujeito, a Escala de Solidão (UCLA) (Anexo G), criada por Russel, Replau e Ferguson (1978) e adaptada para a população portuguesa e traduzida por Pocinho & Farate (2005), que avalia os sentimentos relativos à solidão e ao isolamento social. Foi usada a Escala de Rede de Apoio Social de Lubben (LSNS-6) (Anexo H) concebida por Lubben (1998) e validada para a população portuguesa por Ribeiro et al. (2012). Por fim, foi usada a Escala de Risco de Violência sobre Pessoas Idosas (RIASE) (Anexo I) de por Cohen, Helevi-Levin e Friedman, (2006) e validada para a população portuguesa por Mendes e Gemito (2017).

### ***Mini-Mental State Examination (MMSE)***

Desenvolvido por Folstein (1975) e adaptado por Manuela et al. (1993), com a finalidade de verificar se há deterioração cognitiva. É composto por seis grupos, sendo eles, a orientação, retenção, atenção e cálculo, evocação, linguagem e, por fim, a capacidade visuoestrutiva de forma a verificar se há deterioração cognitiva (Daniel et al., 2018).

A cotação máxima do teste é de 30 pontos, sendo que cada resposta correta vale 1 ponto. Os materiais necessários para a aplicação do mesmo, são: folhas brancas, caneta, um lápis de carvão e um relógio analógico (Santana et al., 2016).

Este instrumento está dividido em cinco dimensões baseadas na análise teórica e na prática clínica, a primeira dimensão é a orientação, que inicia no primeiro item até ao décimo, depois surge a dimensão retenção, que começa no décimo primeiro item até ao décimo terceiro, a dimensão atenção e cálculo, tem início no décimo quarto item e vai até ao décimo oitavo, a quarta dimensão corresponde à evocação, que inicia no décimo nono até ao vigésimo primeiro item e por fim a dimensão da linguagem, que vai do vigésimo segundo até ao trigésimo item (Melo et al., 2017).

### **Escala de Afetos Positivos e Afetos Negativos (PANAS)**

Foi concebida por Watson, Clark e Tellegen (1988) e traduzida e validada por Galinha e Ribeiro (2005).

Esta versão da escala é composta por um conjunto de dez palavras que se referem a vários sentimentos e emoções, que se incluem numa lista de afetos negativos e positivos.

A mesma é cotada através de uma escala de *Likert* de 1 a 5, em que 1 significa “nada ou muito ligeiramente” e 5 significa “extremamente” (Galinha & Ribeiro, 2005).

Cotações elevadas nas palavras respeitantes a dez afetos negativos, predizem desagrado e mal-estar subjetivo e pode desencadear sensações de agitação, receio e revolta. Cotações elevadas nas palavras de afetos positivos, predizem o bem-estar subjetivo e podem originar emoções de determinação, inspiração e entusiasmo (Watson & Clark, 1997).

A validade interna da escala na versão original é superior a .80, sendo que na versão portuguesa correlacionaram a validade para os afetos positivos, sendo de  $R_{AP} = .92$  e a correlação de afetos negativos é de  $R_{AN} = .97$ . A versão portuguesa apresentou uma consistência interna de  $\alpha = .86$  na escala de afetos positivos e de  $\alpha = .89$  na escala de afetos negativos, semelhante à versão original (Galinha & Ribeiro, 2005).

Esta escala divide-se em duas dimensões, sendo elas, a dimensão Afetos Positivos (AP) e a Afetos Negativos (NA).

A dimensão dos afetos positivos, engloba as características de interessado, excitado, agradavelmente surpreendido, caloroso, entusiasmado, orgulhoso, encantado, inspirado, determinado e ativo. A dimensão dos afetos negativos, abrange as características de perturbado, atormentado, culpado, assutado, repulsa, irritado, remorsos, nervoso, trémulo e amedrontado (Galinha, et al., 2014).

### **Escala de Solidão UCLA**

A Escala de Solidão (UCLA), foi elaborada por Russel, Replau e Ferguson, em 1978 e foi traduzida e adaptada para a população portuguesa por Pocinho e Farate (2005).

Esta escala pretende avaliar os sentimentos relativos à solidão ou ao isolamento social, sendo composta por 20 itens relacionadas com as questões da solidão, sendo que são contabilizados apenas 16 itens. É avaliada numa escala de *Likert* de 1 a 4, em que 1 significa “nunca” e 4 significa “frequentemente” (Pocinho et al., 2010).

Face à cotação da escala, a pontuação a atribuir pode variar entre os 16 e os 64 pontos, caso a pontuação seja elevada, maior é o nível de sentimentos de solidão. Esta escala contém duas dimensões, detalhadamente, a dimensão Afinidades (UCLA1, UCLA2, UCLA4, UCLA5 e UCLA11) e Isolamento social (UCLA7, UCLA8, UCLA9, UCLA10, UCLA12, UCLA13, UCLA15, UCLA16, UCLA17, UCLA18 e UCLA19) (Pocinho et al., 2010).

Este instrumento é apresenta uma boa consistência interna ( $\alpha = 87\%$ ) (Neto, 2000).

## **Escala de Rede de Apoio Social de Lubben – LSNS-6**

A Escala de Apoio Social, foi desenvolvida por Lubben (1998) e validada e traduzida por Ribeiro et al., (2012), diz respeito às relações diárias que o sujeito estabelece e com outras pessoas (Fernandes & Domingues, 2018).

Esta escala é constituída por seis questões acerca dos diversos contextos da relação do sujeito para com os outros, nomeadamente família e amigos. A cotação da escala corresponde à soma dos 6 itens, que por sua vez, apresenta uma amplitude de 30 pontos, sendo que o mínimo é 0 e o máximo é 30. São avaliados numa escala de *Likert* de 0 a 5 em que 1 significa “zero” e 5 significa “nove ou mais”. A Escala apresenta uma validade de constructo considerável, o nível de significância ( $\alpha$ ) de .05 (Ribeiro et al., 2012).

Este instrumento divide-se em duas dimensões, nas relações familiares, que inclui o item um “Com quantos familiares /parentes está ou fala pelo menos uma vez por mês?”, o dois “De quantos familiares se sente próximo de forma que possa ligar para pedir ajudar?” e o três “Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?” e a dimensão das relações de amizade, engloba o item quatro “Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?”, cinco “De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?” e o seis “Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?” (Ribeiro et al., 2012).

Os resultados da escala correspondem à qualidade da rede social, sendo que a sua pontuação total varia entre o 20 e 25, que corresponde a uma rede social excelente. Caso o sujeito obtenha uma pontuação entre 15 e 19, indica que a rede social é boa. Se obtiver uma cotação entre 10 e 14, a rede social é razoável. Se obtiver uma pontuação entre 5 e 9, a rede social é pobre e, por fim, se a pontuação for entre 0 e 4, indica ter uma rede social fraca (Ribeiro et al., 2012).

## **Escala de Risco de Violência Sobre Pessoas Idosas (RIASE)**

Esta escala avalia os riscos para se sofrer de violência por parte da população idosa. Este instrumento foi construído Cohen, Helevi-Levi e Friedman (2006) e validada para a população portuguesa por Mendes e Gemito (2017).

É uma escala composta por 27 itens, com um total de 27 pontos, cotados através de resposta binária, sendo que o “sim” equivale a um ponto e o “não” equivale a zero pontos, para se poder verificar se há prevalência de risco de violência. Quanto maior a pontuação obtida, maior a probabilidade de os sujeitos sofrerem violência. A validade interna da escala é de 0.682, ou seja, tem uma fiabilidade aceitável, o coeficiente de alfa de *Cronbach* é de  $\alpha = 0.727$ ,

o que demonstra que a escala é constituída por itens considerados adequados face à consistência interna (Mendes et al., 2019).

A escala é cotada através da soma dos valores dados a cada um dos itens. Os 27 itens identificam o risco de violência física, psicológica, sexual e financeira, que constam na concetualização da Organização Mundial de Saúde. Relativamente às dimensões, consoante o artigo de validação e adaptação, não são descritas dimensões (Mendes et al., 2019).

#### **8.4. Procedimentos**

Para a recolha de dados foi solicitada a colaboração de várias Instituições Particulares de Solidariedade Social de Lisboa e Vale do Tejo, nomeadamente no concelho de Almada e de Santarém, que prestam apoio a idosos, às quais foram apresentados o protocolo e os objetivos do estudo.

Foi entregue a cada instituição (Anexo C) e aos responsáveis legais pelos idosos (Anexo B) e aos próprios idosos envolvidos no estudo (Anexo A), o termo de consentimento informado, de forma a obter autorização para proceder à recolha de dados. Os participantes foram informados de que a sua participação no estudo era totalmente voluntária podendo o sujeito desistir a qualquer momento se assim entendesse. Após a assinatura do consentimento informado (Anexo A), foi aplicado o protocolo apenas num momento. A aplicação decorreu numa sala reservada, com boa luminosidade, limpa e cuidada, nas instituições os participantes se encontravam institucionalizados. Relativamente aos participantes que não se encontravam institucionalizados, o protocolo foi aplicado na sua própria residência, num espaço reservado (e.g., sala de estar). Em todos os momentos de aplicação do protocolo foram assegurados o sigilo e confidencialidade dos dados. Também foram asseguradas as normas de segurança.

#### **8.5. Análise de Dados**

Este estudo é de natureza observacional, transversal e descritivo, com recurso à análise inferencial. Pretende explorar e analisar diferentes relações entre variáveis, ocorrendo num único espaço temporal.

Em relação à análise dos dados, foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS). Para além disto, foi também utilizado o *R-Studio*.

Foi verificada a consistência interna dos instrumentos MMSE, PANAS, UCLA, RIASE, através do coeficiente de *Alfa de Cronbach*, que indica que os valores de alfa abaixo de .50 demonstram que a confiabilidade é inaceitável, os valores entre .50 e .60 têm uma

consistência interna fraca, entre .60 e .70 apresenta uma consistência aceitável, entre .70 e .90 detém uma boa consistência interna. Os valores iguais ou superiores a .90 demonstram que a escala tem uma consistência interna muito boa (Pereira & Patrício, 2020).

Foi analisada a normalidade com base no Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, a homogeneidade foi analisada através do Teste de Esfericidade de *Bartlett*.

No que diz respeito à análise descritiva, foram utilizadas as estatísticas descritivas, como a média e o desvio padrão para as variáveis quantitativas e a análise de frequências e respectivas percentagens para as variáveis nominais.

A diferença entre grupos foi analisada através do teste *Mann-Whitney* e para a análise de correlação entre as variáveis utilizou-se a correlação de *Spearman*.

Para se verificar o efeito preditivo das variáveis explicativas na solidão, utilizou-se o Modelo de Regressão Gama como modelo de regressão não linear. O nível de significância adotado foi de *p-value* <.05.

As tabelas presentes no estudo foram realizadas com base nos resultados estatísticos e criadas através do *Microsoft Office Word*.



## **9. Resultados**



## 9.1. Consistência Interna dos Instrumentos de Medida

De acordo com a análise da consistência interna dos instrumentos utilizados neste estudo, verificou-se que o MMSE apresenta um alfa ( $\alpha$ ) igual a .84 o que significa que a sua consistência interna é boa. Na análise realizada às seis dimensões deste instrumento, constatou-se que: a dimensão “Orientação” apresenta um  $\alpha = .74$  (consistência interna razoável), a dimensão “Retenção” tem um  $\alpha = .74$  (consistência interna razoável), a dimensão “Atenção e Cálculo” tem um  $\alpha = .95$  (consistência interna muito boa), a dimensão “Evocação” tem  $\alpha = .70$  (consistência interna razoável), por fim, a dimensão “Linguagem” tem um  $\alpha = .63$  (consistência interna fraca). Relativamente ao instrumento PANAS, este apresenta uma consistência interna fraca ( $\alpha = .68$ ). Na análise realizada às duas dimensões desta escala, a consistência interna da dimensão de “Afetos positivos” foi de  $\alpha = .77$  (consistência interna razoável) e a dimensão de “Afetos negativos” foi de  $\alpha = .76$  (consistência interna razoável). A UCLA apresentou uma consistência interna boa,  $\alpha = .85$ . A sua dimensão “Afinidades” teve uma consistência interna razoável ( $\alpha = .73$ ) e a dimensão “Isolamento social” tem uma consistência interna razoável ( $\alpha = .71$ ). A Escala ERAS apresentou uma consistência interna fraca ( $\alpha = .67$ ). A sua dimensão “Relações familiares” tem um  $\alpha = .63$  (consistência interna fraca) e a dimensão “Relações de amizade” tem um  $\alpha = .49$  (consistência interna pouco aceitável). Por fim, o instrumento a RIASE apresentou uma consistência interna de  $\alpha = .39$ , ou seja, pouco aceitável.

## 9.2. Diferenças Entre Grupos em Relação às Características Sociodemográficas e a Solidão nos Idosos

Foi verificado que os sujeitos com idade igual ou superior a 76 anos apresentam mais solidão do que os sujeitos com idade inferior a 76 anos. Contudo, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e o tamanho de efeito foi pequeno (54.50 vs 46.34;  $U = 1045.5$ ;  $Z = -1.419$ ;  $\rho = .159$ ;  $d = .284$ ).

No que se refere ao sexo dos sujeitos, a solidão é maior nas mulheres do que nos homens embora não se verifiquem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e com um tamanho de efeito pequeno (52.00 vs 47.71;  $U = 1040.0$ ;  $Z = -.706$ ;  $\rho = .480$ ;  $d = .141$ ).

No que respeita ao estado civil, os sujeitos viúvos apresentam mais solidão do que os sujeitos com outro estado civil (e.g., casados, solteiros e divorciados), com diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e com um tamanho de efeito médio (57.28 vs 41.13;  $U = 824.5$ ;  $Z = -.2.753$ ;  $\rho = .006$ ;  $d = .572$ ).

Por fim, em relação ao benefício ou não de apoio institucional por parte dos idosos, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos e o tamanho de efeito foi pequeno (51.88 vs 49.46;  $U = 1166.0$ ;  $Z = -.415$ ;  $p = .678$ ;  $d = .083$ ).

### **9.3. Correlação entre a Solidão e a Idade dos Participantes**

A idade correlaciona-se de forma positiva, fraca e não significativa com a solidão ( $\rho = .189$ ;  $p = .060$ ). No que respeita às dimensões que compõem a solidão, a idade correlaciona-se de forma positiva, fraca e não significativa com a dimensão de “Afinidades” ( $\rho = .101$ ;  $p = .316$ ) e de modo positivo, fraco e significativo com a dimensão “Isolamento social” ( $\rho = .239$ ;  $p = .017$ ).

### **9.4. Correlação entre a Solidão e o Funcionamento Cognitivo**

Verificou-se que houve uma correlação negativa, moderada e estatisticamente significativa entre a solidão e o funcionamento cognitivo geral ( $\rho = -.322$ ;  $p = .001$ ). A correlação entre a dimensão “Afinidades” e o funcionamento cognitivo geral foi negativa, fraca e estatisticamente significativa ( $\rho = -.247$ ;  $p = .013$ ). A correlação entre a dimensão “Isolamento Social” e o funcionamento cognitivo geral foi negativa, fraca e estatisticamente significativa ( $\rho = -.283$ ;  $p = .004$ ).

De modo particular, as correlações entre as dimensões cognitivas e as dimensões distintas da solidão, encontram-se na tabela seguinte (Tabela 3).

**Tabela 3***Correlação Entre a Solidão, as Suas Dimensões e as Dimensões do Funcionamento Cognitivo*

Dimensões do Funcionamento Cognitivo	Solidão		Afinidades		Isolamento Social	
	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>	<i>rho</i>	<i>p</i>
Orientação	-.186	.064	-.145	.150	-.180	.074
Retenção	-.180	.073	-.143	.156	-.150	.137
Atenção e cálculo	-.293	.003**	-.250	.012*	-.228	.023*
Evocação	-.185	.066	-.219	.028*	-.125	.217
Linguagem	-.180	.074	-.174	.084	-.165	.101
Capacidades visuoconstrutiva	-.098	.333	.034	.734	-.158	.117

*Nota.* *rho* = Valor do coeficiente de Spearman; *p* = nível de significância (\*.05; \*\*.01; \*\*\*.001).

### 9.5. Correlação entre a Solidão e os Afetos

Constatou-se uma correlação estatisticamente significativa positiva e moderada entre a solidão e os afetos negativos ( $rho=.490$ ;  $p= .000$ ). A dimensão “Afinidades” mostrou uma correlação significativa positiva, moderada com afetos negativos ( $rho=.475$ ;  $p= .000$ ) e a dimensão “Isolamento Social” mostrou uma correlação positiva significativa e moderada com afetos negativos ( $rho= -.404$ ;  $p= .000$ ).

Quanto aos afetos positivos significativa, estes correlacionaram-se de forma negativa, fraca e não significativa com a solidão ( $rho= -.140$ ;  $p= .164$ ). Em relação à dimensão “Afinidades”, houve uma correlação negativa, fraca e significativa ( $rho= -.204$ ;  $p= .042$ ). No que respeita à dimensão “Isolamento social” ( $rho= -.047$ ;  $p= .642$ ) a correlação não significativa, negativa fraca.

### 9.6. Correlações entre a Solidão e o Apoio Social

Em relação às correlações entre a solidão, as suas respetivas dimensões e o apoio social, verificou-se que existe uma relação estatisticamente significativa negativa moderada entre o

apoio social e a solidão ( $\rho = -.344$ ;  $p = .000$ ), entre o apoio social e a dimensão “Afinidades” apresenta uma relação negativa fraca e significativa ( $\rho = -.243$ ;  $p = .015$ ) e entre o apoio social e a dimensão “Isolamento social” é estatisticamente significativa negativa e moderada ( $\rho = -.363$ ;  $p = .000$ ).

### 9.7. Correlações entre a Solidão e o Risco de Violência

A correlação entre a solidão e o risco de violência, é positiva moderada e estatisticamente significativa entre o apoio social em geral e risco de violência ( $\rho = .398$ ;  $p = .000$ ). A dimensão “Afinidades” relaciona-se de forma positiva moderada e significativa com o risco de violência ( $\rho = .420$ ;  $p = .015$ ) e entre a dimensão “Isolamento social” e risco de violência relacionam-se de forma positiva fraca e significativa ( $\rho = .262$ ;  $p = .009$ ).

### 9.8. Predição da Solidão

A tabela seguinte (tabela 4), apresenta os coeficientes das variáveis explicativas da solidão dos idosos

**Tabela 4**

*Coefficientes das variáveis explicativas da solidão dos idosos*

	Valores estimados	DP	t-value	p-value
Interceção	3.256	.380	8.548	$2.4e^{-13}$ ***
Idade	-.002	.003	-.720	.47
Funcionamento cognitivo	-.008	.006	-1.385	.17
Risco de Violência	.014	.011	1.313	.19
Apoio Social	-.012	.006	-1.894	.06
Afetos Positivos	.020	.039	.512	.61
Afetos Negativos	.195	.049	3.957	.00***

*Nota.* DP = desvio padrão; p = nível de significância (\*.05; \*\*.01; \*\*\*.001)

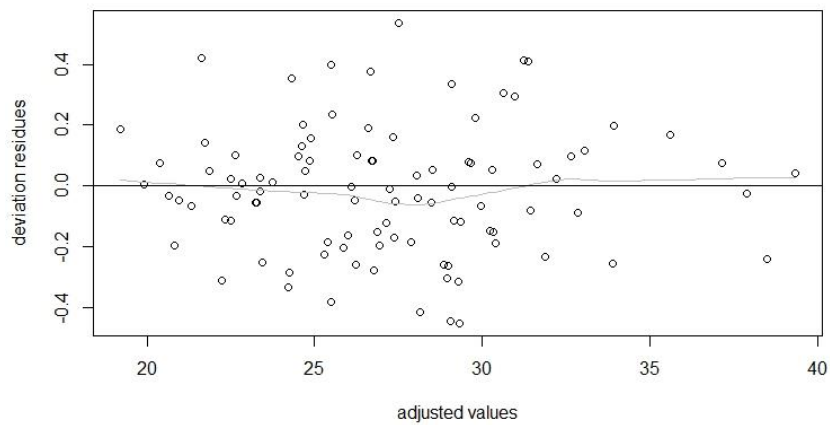
Este modelo revela que existe uma covariável significativa, nomeadamente, os afetos negativos para os usuais níveis de significância. Os desvios residuais variam entre -.45 e .54 e

o valor calculado do desvio residual é de 4.2398 para 93 graus de liberdade. A medida da qualidade deste ajustamento, dado pelo *Akaike Information Criterion* (AIC), é de 638.33.

Os resíduos do modelo gama (figura 4), mostram valores em torno do valor 0 e sem tendências, o que significa que para os valores maiores ou menores dos valores ajustados, não se verificam valores maiores ou menores dos resíduos, o que pode indicar que este modelo se ajusta bem aos dados.

#### Figura 4

##### *Representação dos Resíduos do Modelo Gama*



Fonte: Versão *R-Studio*



## **10. Discussão de Resultados**



Este trabalho teve como principal objetivo estudar de que forma as características sociodemográficas, cognitivas, psicossociais e os afetos se relacionam e predizem a solidão dos idosos.

Os resultados revelaram que, no que respeita às diferenças de grupo, apenas o estado civil mostrou diferenças estatisticamente significativas em relação à solidão dos idosos, destacando-se os viúvos como os que apresentam mais solidão. A idade, o sexo e o facto de beneficiarem de apoio institucional não revelaram diferenças significativas entre grupos relativamente à solidão.

No que respeita à correlação entre variáveis, verificou-se uma relação significativa entre: a dimensão “isolamento social” e a idade; a solidão e o funcionamento cognitivo geral dos idosos; a dimensão “afinidades” e o funcionamento cognitivo geral; a dimensão “isolamento social” e o funcionamento cognitivo geral. De modo específico, a capacidade de atenção e cálculo dos sujeitos, revelaram uma relação significativa com a solidão e suas respetivas dimensões (afinidade e isolamento social). Também, a capacidade cognitiva “evocação” revelou uma relação significativa com a dimensão “afinidades”.

No que respeita aos afetos, os afetos negativos mostraram uma relação significativa com a solidão e suas respetivas dimensões. Quanto aos afetos positivos, estes apenas apresentaram uma relação significativa com a dimensão “afinidades”. O apoio social e o risco de violência nos idosos, mostraram ter uma relação significativa com a solidão e as suas respetivas dimensões. Por fim, no que concerne à predição da solidão, verificou-se que os afetos negativos são a única variável explicativa que prediz a solidão.

No que se refere às diferenças encontradas no estado civil dos participantes, a condição de ser viúvo mostra maior nível de solidão. Estes resultados são corroborados pelo estudo de Azeredo e Afonso (2016), onde também foi identificado que os sujeitos viúvos têm mais sentimentos de solidão. Faísca et al. (2019), demonstraram que a solidão foi mais frequente nos sujeitos viúvos (19.67%) e nos sujeitos divorciados (21.05%), comparativamente aos sujeitos casados ou a viver em união de facto (8.4%). Em contrapartida, o estudo de Monteiro e Neto (2008), revelou que o estado civil de viuvez acarreta menos sentimentos de solidão. Os autores defendem que nesta fase de vida, os sujeitos têm sentimentos de liberdade pelo facto de deixarem de ter as responsabilidades de desempenhar tarefas domésticas (e.g., cozinhar, lavar ou limpar) existentes na sua relação de casal. A investigação de Domènech-Abella et al. (2017), indica que a solidão aparece com maiores níveis em sujeitos não só viúvos, mas também solteiros e divorciados. Quando os sujeitos habitam sozinhos por decisão própria, normalmente apresentam menor necessidade de estabelecerem contactos sociais ou

desenvolvem sentimentos de solidão do que os sujeitos viúvos que, habitualmente, se encontram em maior fragilidade emocional pela perda do cônjuge (Cabral et al., 2013).

No presente estudo também foi possível verificar que embora os idosos mais velhos apresentem mais solidão, não existem diferenças significativas em relação ao grupo de idosos com menos idade. A relação entre a idade e a solidão embora tivesse sido positiva, esta não se mostrou significativa. No estudo de Dong e Chen (2017) também se verificou uma relação positiva entre estas variáveis, porém esta relação foi significativa. Contrariamente, Shovestul et al. (2020) afirmam que os sujeitos com mais idade têm menos sentimentos de solidão. O mesmo aconteceu no estudo de Victor et al. (2005), justificando que a idade acarreta mais capacidades sociais e relacionais nos idosos, sentindo-se socialmente mais estáveis nas suas redes sociais do que pessoas um pouco mais novas. Shovestul et al. (2020) constataram que quanto mais idade têm os sujeitos, menos solidão estes sentem, pois, a idade pode funcionar como fator protetor na medida em que os sujeitos mais velhos se adaptam melhor às limitações e dificuldades da vida. O estudo de Neto e Barros (2001), o grupo de idosos tem mais sentimentos de solidão do que o grupo de sujeitos adultos, justificando os autores que a perda de capacidades de autonomia, cognitivas e motoras acarretam sentimentos de inutilidade, afastamento social e solidão.

Quanto às diferenças encontradas entre sujeitos do sexo masculino e sujeitos do sexo feminino, o presente estudo revelou que são as mulheres que mais sofrem de solidão embora sem diferenças significativas entre os grupos. De acordo com Faísca et al. (2019), são também as mulheres as que revelam mais solidão. Domènech-Abella et al. (2017), afirmaram que a solidão é maior em mulheres com idades compreendidas entre os 50 e os 65 anos e com prevalência de depressão. Por outro lado, DiTommaso et al. (2004), afirmaram que os sujeitos do sexo masculino têm maior perceção de solidão, tal como o estudo de Rodrigues et al. (2019). Os homens são tendencialmente mais reservados, menos expressivos nas suas emoções, quando sentem isolamento ou solidão. Normalmente, estes sentimentos são vivenciados internamente de forma mais intensa do que nas mulheres (Dykstra & Fokkema, 2007).

Quanto às diferenças encontradas entre os sujeitos que beneficiam de apoio por parte das instituições, o presente estudo mostrou que não existem diferenças significativas na solidão entre os sujeitos com apoio e sem apoio institucional. No entanto, verificou-se que o apoio social se correlaciona negativamente com a solidão e suas dimensões, mas sem capacidade preditora da mesma. Segundo o estudo de Green et al. (2013), o apoio social correlaciona-se positivamente com a solidão. Estes autores justificam esta relação pelo facto de as experiências de vida dos sujeitos institucionalizados e não-institucionalizados serem distintas. Ou seja, as

relações sociais dos sujeitos institucionalizados são, na sua maioria, feitas com elementos não familiares do que com elementos familiares, o que não ajuda a diminuir os seus sentimentos de solidão. O estudo de Fragoso (2020), ao comparar um grupo dos idosos institucionalizados que beneficiaram de apoio social com um grupo de idosos não-institucionalizado e, conseqüentemente sem apoio, verificou que os idosos que beneficiavam de apoio social tinham maior tendência para sentir mais solidão devido à perda das suas capacidades, como a tomada de decisão, autoeficácia, entre outras. Alarcão e Sousa (2007), defendem que o apoio social pode permitir aos idosos sentirem-se úteis. Os autores referem que quando os idosos participam em tarefas domésticas (e.g., limpar ou cozinhar) tendem a aceitarem-se melhor a si próprios e o apoio proveniente de instituições. Por outro lado, Carvalho e Dias (2011) provaram que muitos idosos apesar de satisfeitos com o apoio social recebido pelas instituições onde vivem, podem sentir-se descontentes e tristes devido à sua baixa autonomia, à existência de doenças ou limitações físicas, assim como sentirem solidão pela ausência da sua família. Muitas vezes, sentem falta de confiança ou de bem-estar afetivo que lhes permita falar dos seus problemas com terceiros (Cabral et al., 2013).

Relativamente ao funcionamento cognitivo verificou-se, neste estudo, que houve uma correlação negativa e significativa com a solidão. Estes resultados foram corroborados pelo estudo de Boss et al. (2015) que constatou que o funcionamento cognitivo se correlaciona de forma negativa e significativa com a solidão. Para além disto, também o défice cognitivo dos idosos pode relacionar-se com os seus sentimentos de solidão e com os problemas nas suas atividades de vida diária (Johansson et al., 2012). Por outro lado, Donovan et al. (2017) não encontraram uma relação significativa entre o funcionamento cognitivo e a solidão nos idosos. Há ainda a referir que no presente trabalho, a capacidade evocativa (característica da memória) dos idosos também revelou uma relação com a dimensão “afinidades” da solidão, o que é igualmente confirmado no estudo de Ayalon et al. (2016) onde foi constatado uma relação positiva entre a memória e a solidão.

No que se refere aos afetos, confirmou-se nesta investigação, que apenas os negativos se mostraram relacionados significativamente com a solidão e se mostraram preditores da mesma. De igual modo, também Serra et al. (2021), mostraram uma relação positiva e significativa entre os afetos negativos e a solidão, para além de comprovarem o efeito preditivo desta variável na solidão dos idosos. De facto, os afetos negativos têm impacto na solidão, nomeadamente através da existência de sentimentos de desamparo, medo, incerteza e falecimento do cônjuge (Lopez-Doblas & Díaz-Conde, 2018). No que respeita aos afetos positivos, estes não mostraram uma relação significativa com a solidão em geral, mas apenas

com a dimensão afinidades. Para além disto, também não se revelaram preditores da solidão. O estudo de Serra et al. (2021), mostrou existir apenas uma relação negativa e marginal entre os afetos positivos e a solidão dos idosos. Quando os idosos experimentam mais este tipo de afetos, têm maior satisfação com a vida e uma menor probabilidade de sentir solidão (Long & Martin, 2000). Segundo Laranjeira (2020), os sujeitos idosos com menos sentimentos de solidão mostram mais afetos positivos e menos afetos negativos, assumindo melhores condições saúde geral.

Por fim, este estudo revelou que o risco de sofrer violência se correlaciona de modo positivo e significativo, mas não é preditor da solidão. O mesmo foi encontrado no estudo de Machado et al. (2020), que confirmou haver uma relação estatisticamente significativa entre o risco de violência e a solidão nos idosos. O risco de violência produz efeitos complexos (e.g., emocionais, cognitivos, perceptivos) e multidimensionais (e.g., sociais, comportamentais, relacionais) no bem-estar dos idosos, com efeitos nos sentimentos de solidão. Segundo Jodelet (2009), a violência aos idosos é considerada um ato agressivo contra sujeitos frágeis, que são desrespeitados, humilhados e com tendência a ficarem sozinhos e solitários. Para Alcipe (2010), a solidão é considerada um fator de risco para os idosos sofrerem violência. Por outro lado, Florêncio et al. (2009), defendem que a violência contra os idosos é algo que perdura ao longo do tempo e não está propriamente relacionada com a solidão.

No que diz respeito às limitações do estudo, destaca-se o número de participantes no estudo na medida em que a amostra fosse maior e representativa da população portuguesa e se os dados fossem recolhidos em distintas partes do país, a generalização dos resultados poderia ocorrer. A recolha de dados foi condicionada pela situação pandémica, na medida em que várias instituições de idosos não se mostraram disponíveis para a recolha de dados. Para além disto, também um número considerado de idosos não-institucionalizados e a viver na comunidade, se recusaram a responder ao protocolo do estudo devido ao receio de contágio, mesmo que lhe tivesse sido explicado que as medidas de segurança seriam asseguradas pela investigadora. Um outro aspeto que não foi considerado neste estudo foi a avaliação dos efeitos que a própria situação pandémica teve sobre as variáveis, embora se possa considerar que o facto desta avaliação ter sido realizada durante a pandemia, possa ter efeitos nos resultados, por exemplo, na fase de recolha os idosos não podiam receber visitas de familiares, o que poderia ter tido efeitos nos sentimentos de solidão. O tamanho do protocolo de estudo poderá ter influenciado as respostas obtidas, pelo facto de poder gerar cansaço aos participantes.

## **11. Conclusões**



O estudo apresentado revelou diferenças na solidão em relação às características sociodemográficas dos participantes. Além disso, foram estabelecidas correlações significativas entre características sociodemográficas, o funcionamento cognitivo, os afetos, o apoio social e o risco de violência com a solidão nos idosos. Por fim, no que respeita à predição da solidão, apenas os afetos negativos se revelaram preditores significativos.

De forma específica, pode concluir-se que:

I. A solidão difere significativamente de acordo com o estado civil, com idosos viúvos a demonstrarem mais solidão. A idade mostra uma relação significativa com a dimensão isolamento social.

II. Em relação ao funcionamento cognitivo, apenas as dimensões atenção e cálculo relacionaram-se significativamente com a solidão e as suas dimensões.

III. A dimensão evocação correlaciona-se significativamente apenas com a dimensão afinidades.

IV. Os afetos negativos correlacionam-se significativamente com a solidão e as respetivas dimensões, mas os afetos positivos apenas se relacionaram significativamente com a dimensão afinidades.

V. O apoio social e o risco de violência também se correlacionaram significativamente com a solidão e as suas dimensões.

VI. Os afetos negativos são preditores da solidão nos idosos.



## **12. Implicações**



Este estudo possibilitou analisar de que forma as características sociodemográficas cognitivas, psicossociais e os afetos se relacionam e predizem a solidão dos idosos.

Destacam-se níveis mais elevados de solidão face ao estado civil dos idosos, sendo importante verificar de que forma é que os sujeitos viúvos se encontram a nível emocional e relacional. O rastreio do funcionamento cognitivo é importante, porque há um aumento de risco para que haja solidão, pois, o modo como o sujeito percebe os afetos podem predispor o mesmo para vivenciar mais solidão. A investigação realça a importância de ser dado apoio psicológico direcionado a estas variáveis, sendo pertinente os idosos realizarem sessões de estimulação cognitiva, no sentido de estas diminuírem os sentimentos de solidão, pois quando os sujeitos estão envolvidos em atividades onde se sintam úteis, torna os sujeitos mais capazes, mais ativos e promovem mais relações e contactos. É ainda pertinente a inclusão dos idosos num grupo terapêutico para trabalhar competências psicossociais (e.g. demonstração de afetos ou suporte emocional).

Estudos futuros devem ter em conta uma amostra maior e representativa da população portuguesa e comparar os sujeitos de distintas faixas etárias (e.g., adultos, idosos), para comparar os níveis relacionados com a solidão. Comparar a solidão entre idosos que recebem apoio de associações de apoio a vítima de violência e idosos que não recebem apoio de possam ser igualmente vítimas de violência. Poderiam ser realizados estudos com idosos que se encontrem a exercer atividade laboral e não laboral, uma vez que a idade da reforma sofreu um aumento. É importante verificar o impacto da solidão em idosos que realizam atividades de lazer, porque proporciona sensações de prazer, satisfação e aumenta a autoestima. Compreender em que medida o facto de terem filhos ou não também pode contribuir para o aumento dos níveis de sentimentos de solidão. Seria relevante aplicar o estudo junto de indivíduos com demência, pois esta condição também é propícia aos sentimentos de solidão, sendo que por norma, são excluídos o que faz com que seja um ato de violência. Também seria pertinente perceber de que forma é que a situação pandémica comprometeu a vida quotidiana, os apoios sociais, dos sujeitos institucionalizados como dos não- institucionalizados.

Os estudos futuros devem trabalhar afetos positivos, focar-se na estimulação e na promoção de afetos positivos visto que as promoções destes afetos podem diminuir estes estados. As equipas multidisciplinares que prestem apoio social, podem promover os tipos de apoio, usando novas tecnologias de monitorização, por exemplo, no apoio domiciliário, realizar reuniões periódicas via telefónica ou até mesmo *online*.

Poderão ainda ser realizados estudos comparativos entre sujeitos de diferentes culturas e estudos do tipo longitudinal para se entender de que modo estes tipos de variáveis sofrem

alterações ao longo do tempo. Seria ainda importante perceber se a existência de animais de companhia dos idosos tem efeitos na solidão. Por fim, será importante conhecer o impacto destas variáveis e dos cuidadores formais e informais das pessoas idosas.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



- Abreu, A., & Peixoto, J. (2009) Demografia, Mercado de Trabalho e Imigração de Substituição: Tendências, Políticas E Prospectiva no Caso Português. *Análise Social*, 40(193), 719-746. Retirado de: <http://www.jstor.org/stable/41012747>.
- Alarcon, M. F. S., Paes, V. P., Damaceno, D. G., Sponchiado, V. B. Y., & Marin, M. J. S. (2019). Violência financeira: circunstâncias da ocorrência contra idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(6), 1-11. <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190182>.
- Alarcão, M., & Sousa, L. (2007). Rede social pessoal: do conceito à avaliação. *Psychologica*, 44(1), 353-376.
- Albuquerque, A. G., Oliveira, G. S., Silva, V. L., & Nascimento, C. B. (2012). Capacidade Funcional e Linguagem de Idosos Não-Participantes e Participantes de Grupos de Intervenção Multidisciplinar na Atenção Primária à Saúde. *Revista CEFAC*, 14(5), 952-962. <https://doi.org/10.1590/S1516-18462012005000019>.
- American Psychiatric Association (2014). *DSM-V: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5th ed.). Climepsi Editores.
- Anes, E. M., Brás, M. A., Antão, C. C., & Anastácio, Z. C. (2019). Violência e maus tratos em idosos portugueses: 2000-2017. *Revista de Psicologia*, 1(4), 363-368. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2019.n1.v5.1610>.
- Araneda, N. G. (2007). *Caderno de Violência Contra a Pessoa Idosa*. Secretaria Municipal da Saúde. <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/12/CADERNO-DE-VIOLENCIA.pdf>.
- Araujo, C. C., Silveira, C. Simas, J. P., Zappelini, A., Parcias, S. R., & Guimarães, A. C. (2015). Aspectos cognitivos e nível de atividade física de idosos. *Revista Saúde*, 41(2), 193-202. <https://doi.org/10.5902/2236583415705>.

- Araújo, L. F., & Filho, J. G. (2009). Análise Psicossocial da Violência contra Idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 153-160. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722009000100020>.
- Argimon, I. I. (2006). Aspectos Cognitivos Em Idosos: *Avaliação Psicológica*, 5(2), 243-245.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2013). *Estatísticas APAV Pessoas Idosas Vítimas de Crime e de Violência [2000-2012]*.  
[https://apav.pt/apav\\_v3/images/pdf/Estatisticas\\_APAV\\_Pessoas\\_Idosas\\_2000-2012.pdf](https://apav.pt/apav_v3/images/pdf/Estatisticas_APAV_Pessoas_Idosas_2000-2012.pdf).
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2014). *Tipos de Violência e Crime*.  
<https://apav.pt/pessoasidosas/index.php/violencia-crime/tipos-de-violencia-e-de-crime>.
- Ayalon, L., Shiovitz-Ezra, S., & Roziner, I. (2016). A cross-lagged model of the reciprocal associations of loneliness and memory functioning. *Psychology and Aging*, 31(3), 255-261. <https://doi.org/10.1037/pag0000075>.
- Azeredo, Z. A., & Afonso, M. A. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313-324. <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>.
- Barbosa, A. R., Nunes, D. P., Pereira, E. C., Rezende, F. A., Neto, L. S., Osório, N. B., & Brito, T. R. (2019). Apoio Social Percebido por Idosos: Um Estudo com Participantes de uma Universidade da Maturidade. *Revista Humanidades e Inovação*, 6(11), 151-157.
- Barrón, A. (1996). *Apoyo social: aspectos teóricos y aplicaciones*. Siglo XXI.
- Boss, L., Kang, D. H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 27(4), 541-553. <https://dx.doi.org/10.1017/S1041610214002749>.

- Burgel, C. F., Scariot, E. L., Ayala, F. O., Bauer, J., Zucatti, K. P., & Busnelo, F. M. (2018). Abordagem da Nutrição. In E. Garcia, C. I. Ciochetta, D. S. Mendes, E. M. Everling, S. P. Souza & O. S. Bezerra (Orgs.), *Essências em Geriatria Clínica* (pp. 619-628). Edipucrs.
- Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerônimo, P., & Marques, T. (2013) *Processos de envelhecimento em Portugal, uso do tempo, redes sociais e condições de vida*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Cabrita, B., A., & Abrahão, A., L. (2014). O normal e o patológico na perspectiva do envelhecimento: uma revisão integrativa. *Revista Saúde Debate*, 38(102), 635-645. <https://doi.org/10.5935/0103-1104.20140059>.
- Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Coisas de Ler.
- Cardoso, J. (2004). Sexualidade e Envelhecimento. *Sexualidade e Planeamento Familiar*, 38(39), 7-13. Retirado de: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4946/1/Revista%20APF%20n%C2%AA%2038-39%20Sex%20e%20Envelhecimento.pdf>.
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., & Prette, A. D. (2007). Qualidade de Vida, Apoio Social e Depressão em Idosos: Relação com Habilidades Sociais. *Psicologia, Relação e Crítica*, 20(2), 229-237. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722007000200008>.
- Carvalho, M. I. (2013). *Serviço Social no Envelhecimento*. Pactor.
- Carvalho, M. P., Luckow, E. L., Peres, W., Garcias, G. L., & Siqueira, F. C. (2011). O envelhecimento e seus fatores de risco associados. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 8(2), 265-271. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.1296>.
- Carvalho, P., & Dias, O. (2011). Adaptação dos Idosos Institucionalizados. *Millenium*, 40(1), 161-184.

- Cerqueira, A. T. (2003). Deterioração cognitiva e depressão. In M. L. Lebrão & Y. A. O. Duarte, (Eds./Orgs.), *Saúde, bem-estar e envelhecimento* (pp. 143-165). Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo.
- Costa, A., & Humboldt, S. (2020). *A Viuvez no Envelhecimento: Estudo Exploratório com Idosos*. 13º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde – Atas, 3-12.
- Crewdson, J. A. (2016). The Effect of Loneliness in the Elderly Population: A Review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, 8(1), 1–8 <https://doi.org/10.4137/HACCE.S35890>.
- Dahlberg, L., Andersson, L., McKee, K. J., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: *A national longitudinal study*. *Aging & Mental Health*, 19(5), 409-417. <https://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>.
- Dahlberg L. L. & Krug, E. G. (2007). Violência: um problema global de saúde pública. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1), 1163-1178. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000500007>.
- Dardengo, C. F., & Mafra, S. C. (2018). Os conceitos de velhice e envelhecimento ao longo do tempo: contradição ou adaptação? *Revista de Ciências Humanas*, 18(2), 1-23.
- Dias, N. M., & Seabra, A. G. (2013). Funções executivas: desenvolvimento e intervenção. *Temas sobre Desenvolvimento*, 19(107), 206-212. <http://dx.doi.org/10.5935/cadernosdisturbios.v21n1p9-23>.
- Direção-Geral da Saúde (2004). *Programa Nacional para saúde das pessoas idosas*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-n-13dgcg-de-02072004-pdf.aspx>.
- Direção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional para a saúde das pessoas idosas*. Ministério da saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas.aspx>.

- DiTommaso, E., Brannen, C., & Best, L. A. (2004). Measurement and Validity Characteristics of the Short Version of the Social and Emotional Loneliness Scale for Adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), 99–119. <https://doi.org/10.1177/0013164403258450>.
- Dong, X., & Chen, R. (2017). Gender differences in the experience of loneliness in U.S. Chinese older adults. *Journal of Women & Aging*, 29(2), 115–125. <https://doi.org/10.1080/08952841.2015.1080534>
- Donovan, N. J., Wu, Q., Rentz, D. M., Sperling, R. A., Marshall, G. A. & Glymour, M. M. (2017). Loneliness, depression and cognitive function in older U.S. adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 32(5), 564-573. <https://dx.doi.org/10.1002/gps.4495>
- Doron, R., & Parot, F. (2001). *Dicionário de Psicologia*. Climepi Editores.
- Dykstra, A. P., & Fokkema, T. (2007) Social and Emotional Loneliness Among Divorced and Married Men and Women: Comparing the Deficit and Cognitive Perspectives. *Basic and Applied Social Psychology*, 29(1), 1-12. <http://doi.10.1080/01973530701330843>
- Dury, R. (2014). Social isolation and loneliness in the elderly: an exploration of some of the issues. *Journal of Community Nursing*, 19(3), 125-128. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2014.19.3.125>
- EPortugal Governo (2021). *Apoio a Idosos*. Governo Português. <https://eportugal.gov.pt/cidadaos/apoio-a-familia/apoio-social-para-idosos>
- Erikson, E. H. (1968). *Identity: youth and crisis*. W. W. Norton & Company.
- Espíndola, C. R., & Blay, S. L. (2007). Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Revista de Saúde Pública*, 41(2), 301-306. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102007000200020>

- Eurostat (2020). *Estrutura populacional e envelhecimento*. [https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population\\_structure\\_and\\_ageing/pt&oldid=510113](https://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/pt&oldid=510113)
- Faísca, L. R., Afonso, R. M., Pereira, H., & Patto, M. A. V. (2019). Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica*, 2(37). <http://doi.org/209-222.10.14417/ap.1549>.
- Faria, M. R., & Zanini, D. S. (2020). Apoio Social Como Fator de Proteção para Vitimizações e Desempenho Escolar. *Avaliação Psicológica*, 19(2). 152-158. <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2020.1902.05>
- Fazzio, D. M. G. (2012). Envelhecimento E Qualidade De Vida – Uma Abordagem Nutricional E Alimentar. *Revisa- Revista de Divulgação Científica Sena Aires*, 10(3), 76-88.
- Fernandes, A., & Domingues, M. (2018). Adaptação Transcultural da Escala de Redes Sociais de Lubben, LSNS-18. *Revista Kairós-Gerontologia*, 21(2), 171-191. doi: <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2018v21i2p171-191>
- Ferreira, G. G., & Casemiro, N. V. (2021). Solidão em idosos e fatores associados. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, 9(1), 90-98. <https://doi.org/10.18554/refacs.v9i1.5199>
- Ferreira, P., & Marques, T. (2012). Redes Sociais e Envelhecimento. *Atas do VII Congresso Português de Sociologia* pp. 1-12. (APS). [http://www.aps.pt/vii\\_congresso/?area=016&lg=pt](http://www.aps.pt/vii_congresso/?area=016&lg=pt).
- Ferreira, S., & Cunha, M. (2010). Solidão e Autoconceito na Idade Adulta e Velhice. *Interações*, 18(1), 43-63.
- Florêncio, M. D. L., Ferreira, F. M. O., & Sá, L. D. (2009) A violência contra o idoso: dimensão ética e política de uma problemática em ascensão. *Revista Eletrônica De Enfermagem*, 9(3), 847-57. <https://doi.org/10.5216/ree.v9i3.7512>

- Fonseca, I. S., & Moura, S. M. (2008). Apoio social, saúde e trabalho: uma breve revisão. *Psicologia para América Latina, 15(1)*, 0-0.
- Foroni, P. M., & Santos, P. L. (2012) Fatores de Risco de Proteção Associados do Declínio Cognitivo do Envelhecimento – Revisão Sistemática De Literatura. *Revista Brasileira em Promoção de Saúde, 25(3)*, 364-373. <https://doi.org/10.5020/2267>
- Fragoso, M. (2020). Satisfação com a vida, autoestima e solidão no idoso. *Politécnico de Coimbra*, 1-117.
- Fries, A. T., & Pereira, D. C. (2011). Teorias do envelhecimento humano. *Revista Contexto & Saúde, 10(20)*, 507-514. <http://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.507-514>.
- Galinha, I. C., & Ribeiro, J. L. (2005) Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica, 2(23)*, 219-227. <https://doi.org/10.14417/ap.84>
- Galinha, I. C., & Ribeiro, J. L. (2005) Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): I – Abordagem Teórica ao conceito do afeto. *Análise Psicológica, 2(23)*, 209-218. <https://doi.org/10.14417/ap.83>.
- Galinha, I. C., Pereira, C. R., & Esteves, F. (2014) Versão reduzida da escala portuguesa de afeto positivo e negativo – PANAS--VRP: Análise fatorial confirmatória e invariância temporal. *Revista da Associação Portuguesa de Psicologia, 28(1)*, 53 – 65. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v28i1.622>
- Garre-Olmo, J., Planas-Pujol, X., López-Pousa, S., Juvinyà, D., Vilà, A., & Vilalta-Franch, J. (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal of the American Geriatrics Society, 57(8)*, 815-822. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2009.02221.x>
- Gierveld, J. J., Tilburg, T., & Dykstra, P. A. (2006). Loneliness and social isolation. In D. Perlman, & A. Vangelisti (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 485-500). Cambridge University Press.

- Gomes, A. M. (2001). Solidão: uma abordagem interdisciplinar pela ótica da teologia bíblica reformada. *Fides Reformata*, 6(1), 1-16. <https://cpaj.mackenzie.br/wp-content/uploads/2020/01/5-Solid%C3%A3o-Antonio-Maspoli.pdf>
- Gomes, J. M. A., Nascimento, V., Ribeiro, M. N. S., Santo, F. H. E., Diniz, C. X., Souza, C. R. S., & Ribeiro, E. E. (2020). Abuso sexual sofrido por mulheres idosas: relatos de vivências. *Revista Kairós-Gerontologia*, 23(1), 323-339. <http://dx.doi.org/10.23925/2176-901X.2020v23i1p323-339>.
- Gonçalves, C. (2012). Programa de Estimulação Cognitiva em Idosos Institucionalizados. *O portal dos psicólogos*, 18(1), 1-18.
- Gonçalves, T. R., Pawlowsk, J., Bandeira, D. R., & Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300012>
- Green, L. R., Richardson, D. S., & Schatten-Jones, L. T. (2013). Network Correlates of Social and Emotional Loneliness in Young and Older Adults. *Personality And Social Psychology Bulletin*, 27(3), 281-288. <http://doi.10.1177/0146167201273002>.
- Hommel, L., Li, K. Z. H. & Li, S. C. (2004). Visual search across the lifespan. *Developmental Psychology*, 40(1), 545-558. <https://doi.10.1037/0012-1649.40.4.545>
- Hoyer, W. J., & Roodin, P. A. (2003). *Adult development and aging*.
- Instituto Nacional de Estatística (2002). *O Envelhecimento em Portugal*. [http://www.alea.pt/images/factos\\_e\\_numeros/atualidades/pdf/actualidade\\_28.pdf](http://www.alea.pt/images/factos_e_numeros/atualidades/pdf/actualidade_28.pdf)
- Irigaray, T. Q., Filho, I. G., & Schneider, R. H. (2012). Efeitos de um Treino de Atenção, Memória e Funções Executivas na Cognição de Idosos Saudáveis. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(1), 188-202. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722012000100023>

- Iris, M., Conrad, K. J., & Ridings, J. (2014) Observational Measure of Elder Self-Neglect. *Journal of Elder Abuse & Neglect*, 26(4), 365-397. <http://doi.org/10.1080/08946566.2013.801818>
- Jodelet, D. (2009). Contributo das representações sociais para o domínio da saúde e da velhice. In M. Lopes, F. Mendes & A. Moreira (Coord.), *Saúde, educação e representações sociais*, 1(1), 71-88.
- Johansson, M. M., Marcusson, J., & Wressle, E. (2012). Cognition, daily living, and healthrelated quality of life in 85-year-olds in Sweden. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 19(3), 421–432. <https://doi.org/10.1080/13825585.2011.629290>.
- Khoury, H. T. T., & Günther, I. A. (2013). Desenvolvimento de uma Medida de Controle Primário e Secundário para Idosos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 29(3), 277-285. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722013000300005>
- Laranjeira, C. (2020). Loneliness, affectivity and health in mild dementia: A cross-sectional study. *Alzheimer's & Dementia*, 16(S7). <https://doi.org/10.1002/alz.047327>
- Leite, M. T., Hildebrandt, L. M., Kirchner, R. M., Winck, M. T., Silva, L. A., & Franco, G. P. (2012). Estado Cognitivo e Condições de Saúde de Idosos que Participam de Grupos de Convivência. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 33(4), 64-71. <https://doi.org/10.1590/S1983-14472012000400008>
- Lemaire, P. (2019). *Envelhecimento Cognitivo e Adaptações Estratégicas*. Edições Piaget.
- Long, M., & Martin, P. (2000). Personality, relationship closeness, and loneliness of oldest old adults and their children. *Journal of Gerontology*, 5(1), 311-319. <https://dx.doi.org/10.1093/geronb/55.5.p311>.
- Lopes, M., & Matos, A. D. (2018). Investigando a incidência de solidão em um grupo de idosos portugueses. *Psicologia Revista*, 27(1), 13-34. <http://dx.doi.org/10.23925/2594-3871.2018v27i1p13-34>

- Lopes, R., F., Lopes, M., T., & Camara, V., D. (2009). Entendendo a solidão do idoso. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, 6(3), 373-381. <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.362>
- Lopez-Doblas, J., & Díaz-Conde, M. (2018). Widowhood, loneliness and health in old age. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 53(3), 128-133. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2017.09.005>
- Machado, D. R., Kimura, M., Duarte, Y. A., & Lebrão, M. L. (2020). Violência contra idosos e qualidade de vida relacionada à saúde: estudo populacional no município de São Paulo, Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(3), 1119-1128. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.19232018>
- Magalhães, M. (2003). Quem vive só em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*, 33(1), 55-68.
- Maia, C. M., Castro, F. V., Fonseca, A. M., & Fernández, M. I. (2016). Redes de Apoio Social e de Suporte Social e Envelhecimento Ativo. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 1(1), 293-304. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2016.n1.v1.279>
- Marques, F., Correia, F., Pires, R., & Pereira, P. A. (2010). Apoio Social em Idosos Institucionalizados. *Gestão e Desenvolvimento*, 17(18), 99-121. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2010.131>
- Melo, D. M., Barbosa, A. J. G., & Neri, A. L. (2017). Miniexame do Estado Mental: evidências de validade baseadas na estrutura interna. *Avaliação Psicológica*, 16(2), 161-168. <https://dx.doi.org/10.15689/AP.2017.1602.06>
- Mendes, F. R., Pereira, J. A, Mestre, T. F., Gemito, L. P., Zangão, O. B., & Chora, M. A. (2019). Risco de Violência sobre Pessoas Idosas Teste da Escala ARVINI. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, 5(1), 1641 – 1662.

- Minayo, M. C. (2014). *Mais 60 Estudos Sobre Envelhecimento*. Retirado de: [https://www.sescsp.org.br/files/edicao\\_revista/c31b6bcb-842a-4b02-8a3c-cf781ab0d450.pdf](https://www.sescsp.org.br/files/edicao_revista/c31b6bcb-842a-4b02-8a3c-cf781ab0d450.pdf).
- Minayo, M. C. (2010) *Violência e Saúde*. Fiocruz
- Monteiro, H. & Neto, F. (2008). *Universidades da terceira idade: Da Solidão aos motivos para a sua frequência*.  
[https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub\\_geral.pub\\_view?pi\\_pub\\_base\\_id=14977&pi\\_pub\\_r1\\_id=](https://sigarra.up.pt/fpceup/pt/pub_geral.pub_view?pi_pub_base_id=14977&pi_pub_r1_id=)
- Moraes, E., & Lanna, F. (2008). Avaliação da cognição e humor. *Princípios básicos de Geriatria e Gerontologia*, 15(6), 85-104. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000600038>
- Moreira, C. (2014). Natalidade. *Revista de Ciência Elementar*, 2(4), 3-57. <http://doi.org/10.24927/rce2014.244>
- Morgan, L. A., & Kunkel, S. R. (2011). Aging and society. In L. A. Morgan, & S. R. Kunkel (Eds.), *Aging, society and the life course* (4<sup>th</sup> ed). Springer Publishing Company.
- Naughton, C., Drennan, J., Treacy M. P., Lafferty, A., Lyons, I., Phelan, A., Quin, S., O'Loughlin, A., & Delaney, L. (2010). *Abuse and Neglect of Older People in Ireland. Report on the National Study of Elder Abuse and Neglect*. UCD and HSE.
- Neri, A. (2003). Qualidade de vida na velhice. *Estudos de Psicologia*, 26(3), 9-34. <https://dx.doi.org/10.1590/S0103-166X2009000300003>
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social - Volume II*. Universidade Aberta.
- Neto, F., & Barros, J. (2001). Solidão Em Diferentes Níveis Etários. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, 3(1), 71-88. <https://doi.org/10.22456/2316-2171.4670>

- Noronha, A. P., Lamas, K. C., & Barros, M. V. (2016). Afetos e personalidade: suas relações em estudantes universitários. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 18(2), 75-88. <http://dx.doi.org/10.15348/1980-6906/psicologia.v18n2p75-88>
- Noronha, A. P. N., Martins, D. F., Campos, R. R. F., & Mansão, C. S. M. (2015). Relações entre afetos positivos e negativos e os cinco fatores de personalidade. *Estudos de Psicologia*, 20(2), 92-101.
- Nunes, M. V. (2009). Envelhecimento Cognitivo: principais mecanismos explicativos e suas limitações. *Cadernos de Saúde*, 2(2), 19-29.
- Oliveira, S. F., Queiroz, M., & Costa, M. L. (2012). Bem-estar subjetivo na terceira idade. *Revista Motricidade*, 8(2), 1038-1047.
- Organização Mundial de Saúde (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. OMS. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>
- Organização das Nações Unidas (2021). *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Papaioannou, E. C., Räihä, I., & Kivelä, S. (2012), Self-neglect of the elderly. An overview. *European Journal of General Practice*, 18(3), 187-190. <https://doi.org/10.3109/13814788.2012.688019>.
- Paúl, C., & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores
- Penna, C. (2017). O campo dos afetos: fontes de sofrimento, fontes de reconhecimento. dimensões pessoais e coletivas. *Cadernos de Psicanálise*, 39(37), 11-27.
- Pereira, A., & Patrício, T. (2020) *SPSS: Guia prático de utilização – Análise de dados para ciências sociais e psicologia* (8th ed.). Sílabo.
- Pereira, A., Sousa, I., Sobral, M., Nunes, M., V., & Santos, P., M. (2020). *Intervenção Psicológica em Gerontologia*. Pactor.

- Petersen, R. C. (2010). Clinical trials for early (predementia) alzheimer's disease: a case for mild cognitive impairment. *The Journal of Nutrition, Health e Aging*, 14(4), 304-305. <http://doi.org/10.1007/s12603-010-0068-z>.
- Pinhel, M. J. J. M. (2011). *A solidão nos idosos institucionalizados em contexto de abandono familiar*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do IPB. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/6863>.
- Pinto, F. E. M. (2013). *A Afetividade: Algumas Poucas Ideias Sobre o (Novo) Estudo da Emoção e do Sentimento no Funcionamento Psicológico do Ser Humano*. Psicologia.
- Pires, C. L., Barbosa, C., Portugal, J., Araújo, L., Azevedo, M. J., Duarte, N., Sousa, O. V., Teles, R., & Melo, S. (2018). *Manual de Envelhecimento Ativo*. Lidel.
- Plati, M., Priscila, C., Lukasova, K., & Macedo, E. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(2), 118-121. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462006000200008>.
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 10(18), 65-77.
- Pocinho, M., & Macedo, E. (2017). Solidão: Um Construto Complexo. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 1(32), 53-66.
- PORDATA. (2021). *Fluxos migratórios internacionais*. Base de Dados Portugal Contemporâneo.
- PORDATA. (2021). *Indicadores de envelhecimento*. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retirado de: <https://www.pordata.pt/Portugal/indicadores+de+envelhecimento-526-374>

- PORDATA. (2021). *Taxa bruta de natalidade*. Base de Dados Portugal Contemporâneo. Retirado de: <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>
- Porto, I., & Koller, S. H. (2008). Violência contra idosos institucionalizados. *Revista de Psicologia da Vetor Editora*, 9(1),1-9.
- Porto, I., & Koller, S. H. (2006). Violência na Família Contra Pessoas Idosas. *Interações*, 12(22), 105-142.
- Quaresma, M. L., Fernandes, A. A., Calado, D. F., & Pereira, M. (2004) O Sentido das Idades da Vida Interrogar a solidão e a dependência. *Intervenção Social*, 1(29), 221-224.
- Rabello, E., & Passos, J. S. (2015). Erikson e a Teoria Psicossocial do Desenvolvimento. <https://josesilveira.com/wp-content/uploads/2018/07/Erikson-e-a-teoria-psicossocial-do-desenvolvimento.pdf>
- Ramos, M. P. (2002). Apoio social e saúde entre idosos. *Sociologias*, 7(4), 156-175. <https://doi.org/10.1590/S1517-45222002000100007>
- Rebelatto, J. R., & Morelli, J. G. (2007). *Fisioterapia Geriátrica: A prática da Assistência ao Idoso*. Manole
- Reis, L. A., Gomes, N. P., Reis, L. A., Menezes, T. M. O., & Carneiro, J. B. (2014). Expressão da violência intrafamiliar contra idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(5), 434-439. <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201400072>
- Ribeirinho, C. (2005). Concepções e Práticas de Intervenção Social em Cuidados Sociais ao Domicílio. *Centro Português de Investigação em História e Trabalho Social*. Retirado de:<http://www.cpihts.com/PDF02/Concep%C3%A7%C3%B5es%20Pr%C3%A1ticas%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20Social%20em%20Cuidados%20Sociais%20no%20Domic%C3%ADlio%20Carla%20Ribeirinho.pdf>
- Ribeiro, F., D. (2014). Envelhecimento Cognitivo: do Normal ao Patológico. *Povos E Culturas*, 1(18), 127-137. <https://doi.org/10.34632/povoseculturas.2014.8945>

- Ribeiro, M. C., & Sani, A. I. (2009). Modelos Explicativos da agressão: Revisão Teórica. *Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais*, 6(1), 96-104.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 217-234.
- Rocha, L. F., Oliveira, E. R., & Mota, M. M. (2019). Relação Entre Apoio Social e Bem-Estar Subjetivo em Idosos: Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*, 30(4), 1-13.
- Rodrigues, A., G., & Silva, A. A. (2013). A rede social e os tipos de apoio recebidos por idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 16(1), 159-170. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232013000100016>
- Rodrigues, C. L., Armond, J. E., & Gorios, C. (2015). Agressões físicas e sexuais contra idosos notificadas na cidade de São Paulo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 755-760.
- Rodrigues, R. M., (2018). Solidão, um fator de risco. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(5), 334–338. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>
- Rodrigues, V., Costa, C., Carvalho, A., Vidal, M., Caiado, M., Antunes, C., Almeida, A., & Almeida, C. (2019). Solidão no idoso institucionalizado com dependência funcional [Loneliness in the institutionalized elderly person with functional dependence]. *Motricidade*, 15(4), 36–40. <https://doi.org/10.6063/MOTRICIDADE.20137>
- Rosa, M. J. V. (2012). *O Envelhecimento da sociedade portuguesa*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Santana, I., Duro, D., Lemos, R., Costa, V., Pereira, M., Simões, M. R., & Freitas, S. (2016). Mini-Mental State Examination: Avaliação dos Novos Dados Normativos no Rastreo

- e Diagnóstico do Déficit Cognitivo. *Revista Científica da Ordem dos Médicos*, 29(4), 240-248.
- Santos, A. C., Silva, A. C., Carvalho, L. S., & Menezes, M. R. (2007). A construção da violência contra idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 10(1), 115-128. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10019>
- Santos, A. J., Nicolau, R., Fernandes, A. A., & Gil, A. P. (2013). Prevalência da Violência Contra as Pessoas Idosas: Uma Revisão Crítica da Literatura. *Sociologia, Problemas e Práticas*, 1(72), 53-77. <https://10.7458/spp2013722618>
- Santos, D. J., White, H. J., Soares, L. M., Nicolosi, G. T., Cintra, F. A., & D'Elboux, M. J. (2010). Maus-tratos contra idosos: atualização dos estudos brasileiros. *Revista de Geriatria e Gerontologia*, 13(2), 321-328. <https://doi.org/10.1590/S1809-98232010000200016>
- Santos, M. A., Moreira, R. S., Faccio, P. F., Gomes, G. C., & Silva, V. L. (2020). Fatores associados à violência contra o idoso: uma revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(6), 2153-2175. <https://10.1590/1413-81232020256.25112018>.
- Schneider, R. H., & Irigaray, T. Q. (2008). O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia*, 25(4), 585-593. <https://doi.org/10.1590/S0103-166X2008000400013>
- Serra, L., Almeida, C., & Silva, L. (2021). The effect of cognitive functioning and affects on the loneliness of elderly people. *Housing, Care and Support*, 1-9. <https://doi.org/10.1108/HCS-08-2021-0021>
- Sequeira, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Quarteto.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel.

- Shovestul, B., Han, J., Germine, L., & Dodell-Feder, D. (2020). Risk factors for loneliness: The high relative importance of age versus other factors. *PLOS ONE*, *15*(2), e0229087. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229087>
- Silva, C. F., & Dias, C. M. (2016). Violência contra idosos: perfil sociodemográfico dos familiares agressores, tipos de violência impetrada e motivações para sua ocorrência. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, *7*(2), 563-581. <https://doi.org/10.1590/1982-3703001462014>
- Silva, M. E. (2005). Saúde mental e idade avançada: Uma perspectiva abrangente. In C. Paul, & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Climepsi.
- Silva, M. J., Oliveira, T. M., Joventinho, E. S., & Moraes, G. L. (2008). A violência na vida cotidiana do idoso: um olhar de quem a vivencia. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, *10*(1), 124-136.
- Simões, A. (2006). *A Nova velhice: Um novo público a educar*. Âmbar.
- Singh-Manoux, A., & Kivimaki. (2010). The importance of cognitive ageing for understanding dementia. *American Aging Association*, *32*(4), 509-512. <https://doi.10.1007/s11357-010-9147-7>.
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: os cuidados familiares na velhice*. Âmbar.
- Souza, P. S., Falcão, J. T., Leal, M. C., & Marino, J. G. (2007). Avaliação do desempenho cognitivo em idosos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *10*(1), 29-38. <https://doi.org/10.1590/1809-9823.2007.10013>
- Spar, J. E., & La Rue, A. (2005). *Guia de psiquiatria geriátrica*. Climepsi.
- Sternberg, R. J. (2008) *Psicologia Cognitiva*. Artmed.

- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., Buskirk, J. V., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *Journals BMJ*, 376(1), 1-17. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>
- Teodoro, M. L. M., & Baptista, M. N. (2020). *Psicologia de Família: Teoria, avaliação e intervenção*. Artmed
- Vaz, S., & Gaspar, N. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem*, 3(4), 49-58.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A., & Bonde, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25(1), 357-375.
- Watson, D., & Clark, L. A. (1997). Measurement and Mismeasurement of Mood: Recurrent and Emergent issues. *Journal of Personality Assessment*, 78(2), 267-296. [https://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa6802\\_4](https://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa6802_4).
- Wosiack, R. M., Berlim, C. S., & Santos, G. A. (2013). Fatores de risco e de proteção evidenciados em idosos de Ivoti-RS: intervenções psicossociais na área da Gerontologia. *Congresso Internacional História, Regiões e Fronteiras*, 10(3), 256-210. <http://dx.doi.org/10.5335/rbceh.2013.2495>
- Yu., M., Gub, L., Jiaob, W., Xiaa, H., & Wangc, W. (2019). Predictors of self-neglect among community-dwelling older adults living alone in China. *Geriatric Nursing*, 40(5), 457-462. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2019.02.002>
- Yang, K., & Victor, C. (2011) Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31(8), 1368 – 1388. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>
- Zimmerman, G. (2000). *Velhice: Aspectos biopsicossociais*. Artmed.

# **ANEXOS**



## **ANEXO A. Consentimento Informado Participante**



## **Consentimento informado**

Caro Participante,

Eu, Verónica Paula Teodósio Parreira, aluna do 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares do Instituto Piaget de Almada, venho por este meio requerer a sua autorização para a realização de um estudo com a sua colaboração, na realização de uma investigação no âmbito da concretização da Dissertação de Mestrado, com o tema “A Solidão nos Idosos: o Efeito Preditivo dos Afetos Negativos”.

O objetivo deste estudo é estudar de que forma as características sociodemográficas, cognitivas, psicossociais e os afetos se relaciona e predizem a solidão dos idosos.

O presente estudo é de carácter voluntário, sendo garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e o uso exclusivo dos mesmos para fins académicos. A não participação ou desistência não acarreta quaisquer prejuízos para os indivíduos.

Tendo sido devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre este assunto, solicito o seu consentimento informado, em como aceita colaborar com o mesmo.

Assinatura

---

Muito obrigada pela sua colaboração!

Almada, 2021



### Consentimento informado

Eu, Verónica Paula Teodósio Parreira, aluna de mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares do Instituto Piaget de Almada, informo que tenho conhecimento do dever em respeitar os princípios éticos inerentes à investigação e que a confidencialidade e a privacidade dos colaboradores do estudo serão asseguradas.

Assinatura

---

(Destacável)

-----

(Destacável)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado(a) sobre a realização e os objetivos do estudo subjugado ao tema “A Solidão nos Idosos: o Efeito Preditivo dos Afetos Negativos”, e autorizo a minha participação, no mesmo.

Assinatura do(a) participante:

---

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

## **ANEXO B. Consentimento Informado do Cuidador**



### **Consentimento informado do Cuidador**

Caro Cuidador,

Eu, Veronica Paula Teodósio Parreira, aluna do 2º ano de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares do Instituto Piaget de Almada, venho por este meio requerer a sua autorização para a realização de um estudo com a colaboração do(a) seu/sua dependente na realização de uma investigação no âmbito da concretização da Dissertação de Mestrado, com o tema “A Solidão nos Idosos: o Efeito Preditivo dos Afetos Negativos”.

O objetivo deste estudo é estudar de que forma as características sociodemográficas, cognitivas, psicossociais e os afetos se relaciona e predizem a solidão dos idosos.

O presente estudo é de carácter voluntário, sendo garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e o uso exclusivo dos mesmos para fins académicos. A não participação ou desistência não acarreta quaisquer prejuízos para os indivíduos.

Tendo sido devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre este assunto, solicito o seu consentimento informado, bem como o do(a) seu/sua dependente, em como aceitam colaborar com o mesmo.

Assinatura

---

Muito obrigada pela sua colaboração!

Almada, 2021

Eu, Verónica Paula Teodósio Parreira, aluna de mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares do Instituto Piaget de Almada, informo que tenho conhecimento do dever em respeitar os princípios éticos inerentes à investigação e que a confidencialidade e a privacidade dos colaboradores do estudo serão asseguradas.

Assinatura

---

(Destacável)

---

(Destacável)

Eu, \_\_\_\_\_, declaro ter sido informado(a) sobre a realização e os objetivos do estudo subjugado ao tema “A Solidão nos Idosos: o Efeito Preditivo dos Afetos Negativos”, e autorizo a participação do(a) meu/minha dependente, no mesmo.

Assinatura do(a) cuidador.: \_\_\_\_\_

Assinatura do(a) dependente: \_\_\_\_\_

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

**ANEXO C. Pedido de Autorização Para Realização de  
Investigação**



### **Pedido de autorização para realização de investigação**

Ex.mo(a) Senhor(a) Diretor(a)

Eu, Veronica Paula Teodósio Parreira, aluna do 2º ano de mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares do Instituto Piaget de Almada, venho por este meio solicitar a sua colaboração para o desenvolvimento de um estudo cujo título é “A Solidão nos Idosos: o Efeito Preditivo dos Afetos Negativos”, sob a orientação da Professora Doutora Lídia Serra.

O objetivo deste estudo é estudar de que forma as características sociodemográficas, cognitivas, psicossociais e os afetos se relaciona e predizem a solidão dos idosos.

Para a realização desta investigação, solicito a sua autorização para poder aplicar um protocolo de avaliação aos idosos institucionalizados relacionado com o objetivo. O estudo é de carácter voluntário, sendo garantida a confidencialidade dos dados recolhidos e o uso exclusivo dos mesmos para fins académicos. A não participação ou desistência não acarreta quaisquer prejuízos para os sujeitos.

Com esta investigação pretende-se contribuir para o desenvolvimento do tema na literatura.

Com os melhores cumprimentos,

Almada, 2021

Eu, Verónica Paula Teodósio Parreira, aluna de mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde do Instituto Superior de Estudos Interculturais e Transdisciplinares do Instituto Piaget de Almada, informo que tenho conhecimento do dever em respeitar os princípios éticos inerentes à investigação e que a confidencialidade e a privacidade dos colaboradores do estudo serão asseguradas.

Assinatura

\_\_\_\_\_

(Destacável)

-----

(Destacável)

Eu,

\_\_\_\_\_, declaro ter sido informado(a) sobre os objetivos do estudo subjogado ao tema “A Solidão nos Idosos: o Efeito Preditivo dos Afetos Negativos”, e autorizo a realização da recolha de dados no lar/centro de dia.

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

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

## **ANEXO D. Questionário Sociodemográfico**



## Questionário sociodemográfico

1. **Nome:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

3. **Sexo:** F  M

4. **Estado civil:**

Solteiro/a

Casado/a

Divorciado/a

Viúvo/a

5. **Há quanto tempo está institucionalizado?** \_\_\_\_\_

5.1. **Não está institucionalizado**

6. **Beneficia de:**

Centro de dia

Lar

Nenhum

7. **Se beneficia de centro dia o não está institucionalizado, com quem reside?**

Casa Própria, mas sozinho

Casa Própria, mas com familiares

Casa de familiares

Outro local  Qual? \_\_\_\_\_



## **ANEXO E. Mini-Mental State Examination (MMSE)**



## MINI-MENTAL STATE – MMS

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ Anos      DATA: \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

### 1. ORIENTAÇÃO (1 ponto por cada resposta correta).

Em que ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia do mês estamos? \_\_\_\_\_

Em que dia da semana estamos?\_ \_\_\_\_\_

Em que estação do ano estamos? \_\_\_\_\_

Em que país estamos?\_ \_\_\_\_\_

Em que distrito vive? \_\_\_\_\_

Em que terra vive? \_\_\_\_\_

Em que casa estamos? \_\_\_\_\_

Em que andar estamos? \_\_\_\_\_

NOTA: \_\_\_\_\_

### 2. RETENÇÃO (contar 1 ponto por cada palavra corretamente repetida).

“Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure ficar a sabê-las de cor”.

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

NOTA: \_\_\_\_\_

**3. ATENÇÃO E CÁLCULO** (1 ponto por cada resposta correta. Se der uma errada, mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de 5 respostas).

“Agora peço-lhe que me diga quantos são 30 menos 3 e depois ao número encontrado volta a tirar 3 e repete assim até eu lhe dizer para parar”.

27 \_\_\_\_\_ 24 \_\_\_\_\_ 21 \_\_\_\_\_ 18 \_\_\_\_\_ 15 \_\_\_\_\_

NOTA: \_\_\_\_\_

**4.EVOCAÇÃO** (1 ponto por cada resposta correta).

“Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar”.

Pêra \_\_\_\_\_

Gato \_\_\_\_\_

Bola \_\_\_\_\_

NOTA: \_\_\_\_\_

**5.LINGUAGEM** (1 ponto por cada resposta correta).

**a.**”Como se chama isto? Mostrar os objetos:

Relógio \_\_\_\_\_

Lápis \_\_\_\_\_

NOTA: \_\_\_\_\_

**b.** “Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA”

NOTA: \_\_\_\_\_

**c.** “Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e ponha sobre a mesa”, (ou “sobre a cama”, se for o caso); dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita \_\_\_\_\_

Dobra ao meio \_\_\_\_\_

Coloca onde deve \_\_\_\_\_

NOTA: \_\_\_\_\_

**d.** “Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz”. Mostrar um cartão com a frase bem legível, “FECHE OS OLHOS”, sendo analfabeto ler-se a frase.

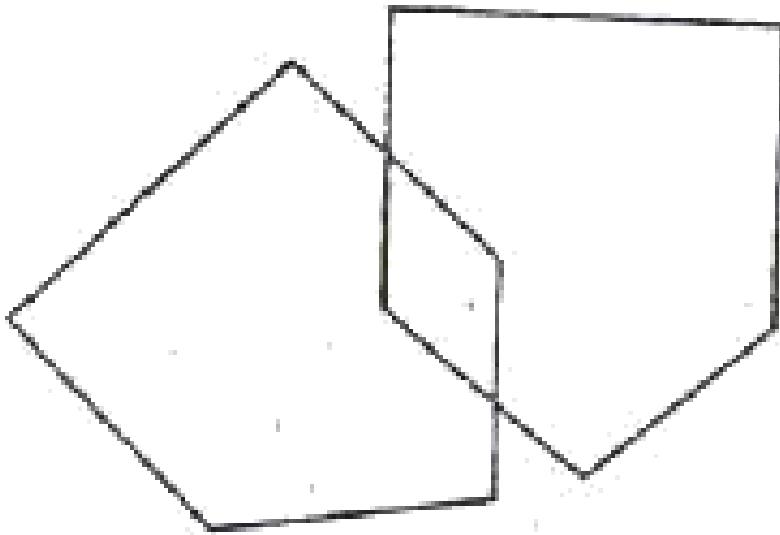
Fechou os olhos

NOTA: \_\_\_\_\_

**e.** “Escreva uma frase inteira aqui”. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação.

NOTA:

**FECHE OS OLHOS**





## **ANEXO F. PANAS**



## A PANAS

**Esta escala consiste num conjunto de palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Leia cada palavra e marque a resposta adequada no espaço anterior à palavra. Indique em que medida sentiu cada uma das emoções, Inserir aqui as instruções de tempo de resposta adequada\*:**

1 Nada ou muito Ligeiramente    2 Um Pouco    3 Moderadamente    4 Bastante    5 Extremamente

___ Interessado	___ Orgulhoso
___ Perturbado	___ Irritado
___ Excitado	___ Encantado
___ Atormentado	___ Remorsos
___ Agradavelmente surpreendido	___ Inspirado
___ Culpado	___ Nervoso
___ Assustado	___ Determinado
___ Caloroso	___ Trémulo
___ Repulsa	___ Activo
___ Entusiasmado	___ Amedrontado

***\*Tempos de resposta utilizados pelos autores:***

- agora, ou seja, neste momento;
- hoje;
- durante os últimos dias;
- durante a última semana;
- durante as últimas semanas;
- durante o último ano;
- geralmente, ou seja, em média.



## **ANEXO G. UCLA**



### Escala de Solidão – UCLA – Daniel Russel

Traduzida e Adaptada por Margarida Pocinho & Carlos Farate (2005)

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
	4	3	2	1
1 – Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho				
2 – Sente que não tem alguém com quem falar				
3 - Sente que é insuportável estar só				
4 - Sente que tem falta de companhia				
5 – Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse				
6 – Já não está à espera que ninguém o(a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone				
7 - Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer				
8 – Não se sente íntimo de qualquer pessoa				
9 - Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses				
10 – Sente-se abandonado				
11 – Sente-se completamente só				
12 – É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam				
13 – As suas relações sociais são superficiais				
14 – Sente-se com muita vontade de ter companhia				
15 – Considera que na realidade ninguém o conhece bem				
16 – Sente-se isolado das outras pessoas				
17 – Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros				
18 – É lhe difícil fazer amigos				
19 – Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas				
20 – Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo				

Itens excluídos (3, 6, 14, 20)



## **ANEXO H. LSNS-5**



**Escala de Rede de Apoio Social – LSNS-5**  
(adaptação de Lubben, 1998)

<b>N</b>	<b>Item</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
<b>1</b>	Com quantos familiares / parentes está ou fala pelo menos uma vez por semana?	zero	um	dois	três ou quatro	cinco a oito	nove ou mais
<b>2</b>	Tem amigos com quem se sente à vontade e a quem pode pedir ajuda?	zero	um	dois	três ou quatro	cinco a oito	nove ou mais
<b>3</b>	Tem alguém muito próximo e significativo em quem pode realmente confiar?	zero	um	dois	três ou quatro	cinco a oito	nove ou mais
<b>4</b>	Com quantos vizinhos se relaciona?	zero	um	dois	três ou quatro	cinco a oito	nove ou mais
<b>5</b>	Com quantas outras pessoas se relaciona pelo menos uma vez por semana (padre, médico, instituição...)?	zero	um	dois	três ou quatro	cinco a oito	nove ou mais



**ANEXO I. Risco de Violência Sobre Pessoas  
Idosas (RIASE)**



### Risco de Violência sobre Pessoas Idosas - RIASE

- ARVINI Elaborada por Mendes e Gemitto (2017) a partir da adaptação do E-IOA (Cohen, Halevi-Levin, Gagin, & Friedman, 2006) e VASS, versão brasileira (Maia & Maia, 2014).

	Sim	Não
1. Sente-se sozinho(a) muitas vezes?		
2. Tem alguém que lhe faça companhia diariamente?		
3. Tem alguém que o(a) leva a fazer compras, quando precisa?		
4. Tem alguém que o(a) leva ao médico, quando necessário?		
5. Encontra-se com amigos/colegas semanalmente?		
6. Encontra-se com familiares semanalmente?		
7. Tem relações conflituosas com os vizinhos?		
8. Já alguém lhe disse que dá muito/demasiado trabalho?		
9. Já alguém o(a) forçou a ter relações sexuais contra a sua vontade?		
10. Sente que ninguém quer estar consigo?		
11. Sente medo de alguém da sua família?		
12. Sente que ninguém da sua família o quer por perto?		
13. Já algum membro da sua família gritou consigo e chamou-lhe nomes fazendo com que você se sentisse envergonhado?		
14. Já alguém da sua família o agrediu fisicamente (empurrou, bateu...)		
15. Alguém da sua família lhe disse que está doente quando você sabe que não está?		
16. Já alguém da sua família o(a) obrigou a fazer coisas que você não queria fazer?		

17. Já alguém da sua família lhe retirou coisas que lhe pertencem sem o seu consentimento?		
18. Já alguém da sua família o(a) forçou a assinar papeis contra a sua vontade?		
19. Confia na maioria das pessoas da sua família?		
20. Alguém da sua família tem problemas relacionados com o alcoolismo?		
21. Alguém da sua família consome drogas?		
22. Considera que as outras pessoas são injustas consigo?		
23. Tem dificuldades em tomar decisões sobre a sua vida?		
24. Costuma sentir-se ansioso(a)/impaciente frequentemente?		
25. Costuma irritar-se frequentemente?		
26. Consegue pagar as suas contas, com os seus rendimentos?		
27. Consegue comprar comida ou suprir outras necessidades com os seus rendimentos?		