

Escola Superior de Educação e Ciências Sociais

SOLIDÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Ludmila Souza Oliveira de Jesus

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO E CIÊNCIAS SOCIAIS**

**SOLIDÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS NO IDOSO
INSTITUCIONALIZADO**

Trabalho final apresentado para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia – ramo da Saúde, pelo Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Educação e Ciências Sociais.

Orientadora: Professora Doutora Lara
Manuela Guedes de Pinho

**PORTALEGRE
2022**

PROVA ACADÉMICA DE MESTRADO.

Realizada no dia 6 de Julho de 2022, às 10h:00, através videoconferência.

CONSTITUIÇÃO DO JÚRI

- **Presidente:** Professor Doutor Alexandre Miguel Cotovio de Sá Martins
- **Arguente:** Professora Doutora Sofia Maria Borba Roque
- **Orientadora:** Professora Doutora Lara Manuela Guedes de Pinho

**Nunca despreze as pessoas deprimidas.
A depressão é o último estágio da dor
Humana.**

Augusto Cury

Agradecimentos

Ao pai, Todo Poderoso, por me ter permitido transcender meus limites físicos, psicológicos e territoriais, em função de aprimoramento acadêmico.

A mim, por nunca ter desistido, mesmo encontrando pelo caminhar, falas desmotivacionais. Contudo, sempre acreditei que poderia ultrapassar barreiras, dificuldades e seguir em frente.

Aos meus REAIS educadores, que, em verdade, levam a sério a ação de educar e gerar conhecimento, percebendo que somos seres em constante aprendizado, e que o outro não é inferior porque é desprovido do mesmo conhecimento que o seu e, acima de tudo, pelos educadores que entendem que conhecimento acadêmico não substitui as experiências de vida, as lutas diárias e vitórias que cada um passa durante sua trajetória. Não nascemos compreendendo sobre tudo!

Em especial, agradeço a minha GRANDE orientadora Professora Dr^a Lara Pinho. Sem a sua sabedoria, humanidade e paciência, as dificuldades não seriam vencidas e as lacunas seriam ainda mais visíveis.

À Professora Dr^a. Margarida Pocinho, por ter permitido o uso das escalas para recolha dos dados trabalhados no presente.

Aos meus idosos queridos, que sempre me acolheram com amor e respeito e à instituição onde decorreu a recolha de dados, que me autorizou adentrar os espaços físicos e acender aos idosos e poder realizar o estudo que se seguirá.

E, por fim, agradeço aos familiares e amigos, em especial ao Zé, Vania e Bárbara que me ajudaram e me incentivaram para o crescimento, em especial, meu companheiro José Mesquita, minha filha, parceira e grande amiga Biazinha, meu sobrinho Matheus, meu irmão Selmo e minha adorada mãe, que mais do que ninguém nunca desistiu de mim.

Amo vocês!

Resumo

O presente trabalho de Investigação teve como foco principal confirmar a relação forte e positiva entre Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado. No que tange a pesquisa exploratória e bibliográfica, portanto, de caráter misto, desenvolvida no presente, procurou-se estabelecer conexões entre as duas temáticas principais (Solidão e Depressão), em um grupo fundamental: o sujeito idoso, abordando os conceitos e assuntos relacionados aos tópicos, através dos informes disponíveis por desenvolvedores de estudos no universo da Depressão e Solidão no Indivíduo Idoso. No que corresponde à coleta dos dados obtidos, para correlacionar com as duas variáveis estudadas, se fez através da aplicação de questionários, quais foram: Escala da Solidão – UCLA, Escala da Depressão Geriátrica – EDGE, questionário sóciodemográfico e a pergunta única que facilitou a iniciação da comunicação verbal, com os idosos participantes. Fundamentalmente, o presente estudo tem caráter quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, desenvolvida em uma população amostral de 22 idosos, acima de 60 anos. As informações sociodemográficas se fizeram importante para conhecer a amostra que seria estudada. Encontrou-se um resultado, praticamente unânime, quanto à percepção de bem-estar do idoso institucionalizado e a comunicação verbal adotada pelo profissional de enfermagem. A partir da análise dos dados, a triangulação das informações coletadas, no que se refere à Sintomatologia Depressiva e Solidão nos idosos Institucionalizados e os benefícios advindos da manutenção de uma comunicação verbal sadia e rica com a Enfermagem e o utente, consegue responder às indagações surgidas ao longo da construção do trabalho, respondendo à problemática inicial e chegando aos objetivos anteriormente traçados, a demonstrar as hipóteses possíveis. Concluiu-se que a implementação deste tipo de comunicação é eficaz para minimizar o sentimento de Solidão e Sintomas Depressivos, sobretudo para a promoção e manutenção das relações sociais nos idosos.

Palavras-Chave:

Idoso; Sintomatologia Depressiva; Solidão; Comunicação Verbal; Enfermagem

Abstract

The main focus of the present study was to confirm the strong and positive relationship between Loneliness and Depression in the Institutionalized Elderly. Regarding the exploratory and bibliographic research, therefore, of a mixed character, developed in the present, we sought to establish connections between the two main themes (Loneliness and Depression), in a fundamental group: the elderly subject, addressing the concepts and topics related to topics, through the reports available by study developers in the universe of Depression and Loneliness in the Elderly Individual. In what corresponds to the collection of the obtained data, to correlate with the two studied variables, it was made through the application of questionnaires, which were: The Loneliness Scale - UCLA, Geriatric Depression Scale -EDGE, socio-demographic questionnaire and the single question that facilitated the initiation of verbal communication with the elderly participants. Fundamentally, the present study has a quantitative, descriptive, correlational and cross-sectional character, developed in a sample population of 22 older adults, older than 60 years. Sociodemographic information was important to know the sample that would be studied. It was found a result, practically unanimous, regarding the perception of well-being of the institutionalized elderly and the verbal communication adopted by the nursing professional. From the data analysis, the triangulation of the information collected, regarding the Depressive Symptomatology and Loneliness in the Institutionalized Elderly and the benefits of maintaining a healthy and rich verbal communication with Nursing and the user, can respond to the questions that arose during the construction of the work, responding to the initial problem and reaching the objectives previously outlined, to demonstrate the possible hypotheses. It was concluded that the implementation of this type of communication is effective to minimize the feeling of Loneliness and Depressive Symptoms, especially for the promotion and maintenance of social relations in the elderly.

Keywords:

Elderly, Symptomatology of Depression, Loneliness, Verbal Communication, Nursing

Abreviaturas e símbolos

APA – *American Psychological Association*

IPP – *Instituto Politécnico de Portalegre*

ESECS – *Escola Superior de Educação e Ciências Sociais*

UC – Unidade Curricular

Dr^a – Doutora

EDG – Escala de Depressão Geriátrica

UCLA – Loneliness Scale: Escala da Solidão

OPAS – Organização Panamericana da Saúde

DGS – Direção Geral de Saúde

OMS/ WHO – Organização Mundial de Saúde / World Health Organization

s.d - sem data

pp. – páginas

p. – página

cols. – colaboradores

SBGGSP – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de São Paulo

ILPIs – Instituição de Longa Permanência para Idosos

ERPIs – Estruturas Residenciais para Idosos

DRE – Diário da República

Et al. – e outros.

NICE – National Institute for Health and Clinical Excellence.

% - percentagem

Etc – etcetera: os restantes

DSM-V1 – Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

QDV – Qualidade de Vida

AVD – Atividade de Vida Diária

WHO –QOL – Measuring Quality of Life - World Health Organization

ONU – Organização das Nações Unidas

SAE – Sistematização da Assistência de Enfermagem

CIPE- Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CEIPP – Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

IBM/SPSS - Software Platform Offers Advanced Statistical Analysis

Índice Geral

INTRODUÇÃO	10
1 DESENVOLVIMENTO TEÓRICO	12
1.1 O QUE É O SER IDOSO	12
1.1.1 Manifestações Fisiológicas e Psicológicas	13
1.1.2 Idoso Institucionalizado	15
1.2 DEPRESSÃO	17
1.2.1 Principais Conceitos sobre Depressão	17
1.2.2 Depressão e o Processo de Cuidados frente à Doença	22
1.2.3 Depressão em Contexto Institucional	23
1.2.4 Idoso em Sintomatologia Depressiva e Comunicação Verbal	25
1.3 SOLIDÃO	27
1.3.1 Solidão nos Idosos: Causas e Consequências	27
1.3.2 Solidão e Depressão: uma relação real vivenciada por idosos	33
1.3.3 Solidão e Comunicação Verbal	36
1.4 COMUNICAÇÃO VERBAL DA ENFERMAGEM: PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO	38
2 METODOLOGIA	42
2.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO	43
2.2 OBJETIVOS DO ESTUDO	44
2.3 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO	45
2.4 DESENHO DO ESTUDO	46
2.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA	47
2.6 RECURSOS MATERIAIS	48
2.7 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS	49
2.7.1 Questionário Sociodemográfico	50
2.7.2 Escala de Depressão Geriátrica (EDG).....	51
2.7.3 Escala da Solidão - UCLA	52
2.7.4 Método de Pergunta Única.....	54
2.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	55
2.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	56
3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
3.1 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS	57
3.1.1 Características Sociodemográficas	57
3.1.2 Resultados da EDG	59

3.1.3 Resultados da Escala UCLA	60
3.1.4 Média e Desvio Padrão – UCLA E EGD	61
3.1.5 Resultados da Pergunta Única	62
3.1.5.1 Hipótese 3: O Idoso Institucionalizado sente bem-estar quando o enfermeiro comunica, de forma verbal, com ele	62
3.1.6 Coeficiente de Correlação entre UCLA e EDG	63
3.1.6.1 Hipótese 1: Idosos com maiores níveis de Solidão apresentam maior Prevalência de Sintomas Depressivos	64
3.1.6.2 Hipótese 2: Existe uma relação positiva e forte entre a Sintomatologia Depressiva associada ao sentimento de Solidão no Idoso Institucionalizado	64
3.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	78
ANEXOS	
Anexo I – Escala de Depressão Geriátrica	88
Anexo II – Escala da Solidão – UCLA	89
Anexo III – Questionário Sócio-Demográfico	90
Anexo IV – Método de Pergunta Única	92
Anexo V – Folha de Informação ao Paciente e Termo de Consentimento	93
Anexo VI – Pedido e Autorização para uso das escalas	95
Anexo VII – Parecer favorável do Comitê de Ética do IPP ao estudo	96
Anexo VIII - Declaração de Aceitação e entrega de Dissertação – Orientador(a)	97

Índice de Quadros

Quadro 1: Sentimentos e Sensações causados pela Solidão	31
--	-----------

Índice de Tabelas

Tabela 1: Características Sociodemográficas	57
Tabela 2: Resultado da EDG	59
Tabela 3: Resultados da escala da Solidão	60
Tabela 4: Média e Desvio Padrão – EDG e de UCLA	61
Tabela 5: Resultados da Pergunta única	62
Tabela 6: Correlação entre os valores da UCLA e EDG	64

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Coeficiente de Dispersão	65
--	-----------

INTRODUÇÃO

A depressão é a doença do século. Acomete cerca de 300 milhões de pessoas em todo o mundo; especialmente, apresenta-se em quadros moderados a graves, levando o indivíduo ao sofrimento intenso e promovendo debilidade e disfunções físicas, e do convívio em sociedade. Faz-se mais predominante em pessoas do sexo feminino e muitas vezes, levam ao quadro de pensamentos suicidas. Mesmo existindo tratamentos medicamentosos e terapias, para auxílio da doença, muitas pessoas não o seguem como deveria. Além desse aspecto, precisam enfrentar o estigma social relacionado com a enfermidade, ocasionando o insucesso das terapêuticas adotadas em alguns indivíduos. A junção destes fatores negativos com a imprecisão do diagnóstico faz com que a doença evolua para um estágio mais agravante, já que o tratamento tende a começar tardiamente. (Organização Pan Americana da Saúde [Opas], 2017).

Segundo a Direção Geral da Saúde (DGS, 2017), a perturbação depressiva caracteriza-se por: “tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração”. Os dados mundiais apontam para uma prevalência intensa de quadros depressivos em mulheres e em pessoas com idade mais avançada: acima de 7,5% entre as mulheres com 55-74 anos e acima de 5,5% entre os homens. (Carvalho, 2017). Por isso a importância de analisar o contexto da depressão em comunidades idosas, visto que esta população carrega consigo muitos fatores predisponentes para o aparecimento da doença, entre eles a própria institucionalização e o afastamento familiar, a Solidão, a falta de comunicação e empatia por parte dos profissionais que os assistem, entre outros fatores.

A Organização Mundial de saúde (OMS, 2015), no seu Relatório sobre Envelhecimento e Saúde, refere que a expectativa de vida tem aumentado e o ritmo de envelhecimento populacional segue uma crescente. O sujeito idoso, possuidor de uma idade acima de 60 anos, podendo variar, conforme o desenvolvimento de cada país e no que diz respeito às políticas de saúde adotadas por estes, se torna foco do acolhimento e dos cuidados em saúde pública. Aumentar a longevidade significa proporcionar mecanismos para alcance de saúde e qualidade de vida. Outro fator é que, a própria OMS declara que a idade cronológica também não é o principal marcador para avaliação do envelhecimento e para chegar a um envelhecimento ativo e saudável, as mesmas políticas públicas citadas acima, deve avaliar o indivíduo idoso em suas capacidades intrínsecas, ou seja, àquelas que estão relacionadas com características físicas e mentais do indivíduo; outro ponto de avaliação é a interação desse indivíduo com o ambiente que o cerca e seu grau de autonomia diante das situações que surgem no cotidiano. Unindo e avaliando esses dois pontos, pode se chegar a conclusão do nível funcional que aquele idoso apresenta e se este, lhe pode proporcionar

bem-estar, numa idade avançada. (OMS, 2015). Para uma abordagem com um indivíduo idoso, deve-se conhecer a história de vida do mesmo, saber suas necessidades e anseios, com o descobrimento dessa nova etapa de vida. Para conseguir coletar dados e se informar acerca do histórico de vida e de saúde desse idoso, se faz crucial a manutenção de uma boa comunicação. Comunicação é uma área do conhecimento onde se pode interagir entre pessoas ou objetos ou ambos. A forma de comunicação mais usada entre as pessoas continua a ser a verbal, buscando-se manter uma linguagem escrita ou falada para obtenção de trocas de informações, conhecimentos, manutenção de relações interpessoais e sempre necessita de um receptor e um emissor. (Porto, s.d). Trazendo outro conceito sobre comunicação verbal, Pestana (2006) diz que a comunicação verbal oral (fala), é a forma mais comum de criar vínculos, dar instruções e educar ou informar sobre algo. A arte de saber comunicar.

Com o que foi pesquisado sobre a depressão no idoso, suas fragilidades, inclusive quando estão em processo de institucionalização; na necessidade de analisar a relação existente entre sentimentos de Solidão e a Sintomatologia Depressiva, neste idoso institucionalizado, surge à proposta temática que é: Solidão e Sintomatologia Depressiva no Idoso Institucionalizado.

Este trabalho justifica-se, pois a depressão é uma doença extremamente incapacitante, que gera outras patologias e predispõe para o suicídio. Como referido acima, os idosos não estão livres de serem acometidos por essa enfermidade. São sujeitos que, ao longo da vida, perdem relativamente sua autonomia, sua identidade ao serem submetidos ao processo de cuidados institucionalizados em decorrência da própria fase. Associando esses fatores, o utente acaba por ser predisponente a desencadear um processo depressivo, talvez por não mais se reconhecer como ser ativo na sociedade a qual faz parte ou até pela falta de comunicação e relações interpessoais sadias e compreensivas, por muitas vezes, se tornando ainda mais solitários. Tendo em conta o Objetivo Geral que é: Refletir acerca da Institucionalização da pessoa idosa, no âmbito da Saúde Mental. Como Objetivos Específicos, baseia-se em: 1) Contextualizar a problemática da institucionalização da pessoa idosa e a sua relação com a sintomatologia depressiva; 2) Conhecer a literatura científica existente acerca da importância da comunicação verbal para o idoso institucionalizado com sintomatologia depressiva e solidão; 3) Avaliar a associação entre a Solidão e os Sintomas Depressivos no Idoso Institucionalizado; 4) Avaliar a percepção de bem-estar do idoso institucionalizado acerca da comunicação verbal prestada pelo Enfermeiro.

1 DESENVOLVIMENTO TEÓRICO

1.1 O QUE É O SER IDOSO

Para a OMS (2015), a expectativa de vida vem aumentando mundialmente, e de forma considerável. O idoso de algumas décadas atrás não tem as mesmas características que o indivíduo sênior atual. Com a expectativa de vida acrescida e com a taxa de fertilidade cada dia mais decrescente, percebe-se uma nova postura no que diz respeito à forma como esse idoso pensa e o que espera do seu futuro. Uma vida mais longa é algo valioso, mas deve estar associada com qualidade de vida que lhes possibilitem gozar dos períodos, acima de tudo, com a manutenção da saúde.

O curso da vida de um ser é basicamente: infância, fase de estudos, fase adulta e laboral e por fim, a fase de reforma ou aposentadoria. Essa última, em consonância do aumento da expectativa de vida, gera aos cofres públicos mais gastos e para as pessoas que se enquadram nesse perfil, a necessidade de mudar suas perspectivas e prioridades, abrindo um leque de novas necessidades para obter uma vida mais ativa e proveitosa. Quando um indivíduo idoso não consegue, de certa forma manter uma qualidade de vida nesta fase, o problema está instalado, visto que as implicações para a sociedade e para o próprio idoso são muito mais negativas. (OMS, 2015).

“Em todo o mundo, a proporção de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos está a crescer mais rapidamente do que qualquer outra faixa etária. Entre 1970 e 2025, um crescimento em pessoas mais velhas de cerca de 694 milhões ou 223 por cento é esperado. Em 2025, haverá um total de cerca de 1,2 bilhões de pessoas com mais de 60 anos. Em 2050 haverá 2 bilhões, com 80% deles vivendo em países em desenvolvimento.” (World Health Organization [WHO] & OPAS, 2005, p.8).

Basicamente, a citação acima demonstra que a expectativa de vida tem crescido, contudo esse crescimento deve vir seguido com políticas que proporcionem envelhecimento ativo e saudável. O mundo se tornará mais envelhecido e deverá acompanhar essa nova camada social.

De acordo com a reflexão de Fonseca (2004 citado por Silva, 2012), o idoso pode ser definido como “um ser humano que vive a sua condição existencial à semelhança de qualquer outro”; isso nada mais é que, um indivíduo idoso possui dentro de si, suas vontades, desejos, necessita manter sua independência, mesmo sendo possuidor de frustrações ou problemas de saúde. A sua autonomia precisa e deve ser resguardada dentro das possibilidades e das circunstâncias às quais esse idoso está submetido.

1.1.1 Manifestações fisiológicas e psicológicas

A fase sênior leva o indivíduo a possuir certas vulnerabilidades e deficiências, sejam elas físicas e cognitivas ou psicológicas. Quando se percebe o idoso já bem fragilizado, com fatores crônicos associados a sua saúde, a evolução do seu quadro é a morte. O típico idoso é possuidor de rugas, manchas dérmicas, perda de cabelo, virilidade, déficits de memória, perdas nutricionais, e ainda questões relacionadas com as relações interpessoais, de aceitação, problemas renais, cardiorrespiratórios entre outros, sem falar nos quadros demenciais, próprios da velhice. (Alves, 2003)

“O envelhecimento é um fenômeno do processo da vida, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, e é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo. No entanto, este fenômeno varia de indivíduo para indivíduo, podendo ser determinado geneticamente ou ser influenciado pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pela situação nutricional de cada um.” (Ávila; Guerra; Meneses, 2007 citado por Ferreira e cols. 2010, p. 357).

Nesse contexto, se percebe que muitos são os fatores influenciadores no processo do envelhecer. Desde fatores intrínsecos (como a própria senescência) até fatores da senilidade, que acomete muitos idosos. Cada indivíduo tem uma forma particular de encarar essa etapa da vida e os acometimentos biopsicossociais também são particulares de cada um. Contudo, o envelhecer é algo natural para todo ser vivente.

Fisiologicamente falando, o ser idoso e as doenças a eles relacionadas, caracteriza-se pelo envelhecimento e deterioração celular, mais ou menos rápida dos seus órgãos (senescência). As marcas do tempo notam-se mais precocemente em alguns órgãos mais do que noutros dependente de vários fatores, sejam eles sociais, hereditários, estilo de vida, etc. (Baracco, 1990).

Com todas as mudanças físicas enfrentadas pelo idoso, as enfermidades que os acometem, a solidão já citada e vivenciada nessa fase da vida, muitos experenciam mudanças psicológicas bruscas; isso gera maior evidência e demonstração dos sentimentos, um nicho de alegrias e tristezas, que pode proporcionar quadros de depressão na fase sênior. As mudanças físicas e psicológicas no idoso devem ser percebidas como algo notório a essa fase, contudo deve ser entendida como algo que precisa ser encarado de maneira mais acolhedora e humana. (Alves, 2003)

Ao se falar do envelhecimento em Portugal, é notório que o país vem mantendo as taxas de envelhecimento e expectativa de vida, uma crescente exponencial, ao longo de muitas décadas. Em 2018, o país chegou ao índice de envelhecimento de 127,8% e o índice

de sustentabilidade potencial do país, ou seja, a relação entre a camada potencialmente ativa e a camada idosa é de 3,0. Isso quer dizer basicamente: ao longo dos anos, Portugal aumentou o número de idosos e sua categoria laboral vem decrescendo, quer seja pela baixa natalidade ou por outros fatores (Pordata, 2018).

Pela National Geographic (citado por OMS, 2018), 20% da população portuguesa são de pessoas idosas e em 2080 essa percentagem chegará ao dobro; também declara que o país chegou ao Bottom-down, ou seja, não está preparado para enfrentar esse envelhecimento, quer seja ao nível social, econômico e com políticas públicas que favoreçam um envelhecimento com qualidade. Quase um milhão de idosos passam por solidão ou isolamento, atingindo mais os homens que mulheres e tendo também associação com o nível escolar. Todos esses fatores acabam por desencadear processos psicológicos e sociais ao indivíduo sênior, de forma a afetar a sua maneira de enxergar o mundo moderno, o futuro e sua inserção no mesmo, permitindo-o pensar apenas no envelhecimento como uma espera para a morte. (OMS citado por National Geographic, 2018).

1.1.2 Idoso Institucionalizado

O idoso institucionalizado se depara a esta situação devido a inúmeros fatores. Antes mesmo de serem submetidos a uma instituição, passam por algumas dificuldades a nível domiciliar. A redução das capacidades de autocuidado, a falta de apoio familiar, os escassos recursos financeiros, dificuldade aos meios de transportes, excluindo esse idoso da convivência comunitária. Devido a esses enfretamentos, acabam por serem submetidos à institucionalização. (Bessa, 2007).

O idoso institucionalizado é aquele que está submetido a viver fora do seu domicílio, em organizações acolhedoras como asilos ou lares. Ali estão em contacto com funcionários, auxiliares de lares, enfermeiros, assistentes sociais e com outros internos. Precisam se adaptar a novas rotinas e a coexistir com pessoas distintas às que faziam parte do seu grupo de convívio. Bessa (2007) referiu que, quando em visitação a esses lares acolhedores de idosos, verificou-se um enfrentamento por parte dos internos: “Nessas visitas, o que mais me inquietava era ver o paradoxo da alegria e da dor desses idosos: alegria por terem um “canto” para descansar, viver em paz e a dor pela solidão.” (Bessa, 2007). Nessa frase se percebe o quão difícil é para um ser na velhice, abdicar do seu mundo e ter de adaptar-se a uma nova realidade, esta que os impõem também a presenciar a morte de quem ali está a fazer parte do seu novo cotidiano. Para consubstanciar a ideia de idoso institucionalizado e o papel desses locais, temos:

“As Instituições de Longa Permanência (ILPIs) são estabelecimentos para atendimento integral institucional, cujo público alvo são as pessoas de 60 anos e mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas instituições, conhecidas por denominações diversas – abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato – devem proporcionar serviços na área social, médica, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia, e, em outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário”. (Bessa, 2007, p.14, citado por Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia de São Paulo - SBGGSP).

De forma geral, às Instituições de Longa Permanência tratada na citação acima, retrata uma realidade brasileira, mas que não está distante da realidade Portuguesa, a qual se conhece por Instituições de acolhimento ao idoso, nomeadamente, ERPIs (Estruturas Residenciais para pessoas Idosas), pelo menos no que tange à Nomenclatura e objeto. Para clarificar esta informação, no artigo 1º, da Portaria 67/2012, que trata sobre as definições e funções dos lares de idosos portugueses, disciplina in verbis:

Artigo 1.º Objeto 1 — A presente portaria define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas. 2 — Considera -se estrutura residencial para pessoas

idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem. (DRE, 2012, p. 1324)

Segundo Santos et al (2021), ao discorrerem sobre “Os fatores de risco associados à depressão em idosos: uma revisão integrativa”, apontam àqueles estudos que há uma maior ocorrência de depressão em idosos residentes em Condomínios exclusivos para essa população. Nesse contexto, deve-se considerar o “afastamento” familiar que é imposto a estes idosos, na medida em que eles não podem viver com nenhum outro familiar que não seja idoso.

Os idosos que aí estão, são aqueles que, por fatores extrínsecos ou intrínsecos, não possuem mais as capacidades suficientemente comprovadas para seguir uma vida com autonomia, ou que se deparam com a solidão e a exclusão por parte dos próprios familiares. Também é importante perceber que, essas instituições, devem ter um nível de preparo para recebê-los, incluindo o conjunto de equipe de saúde preparado para sanar as dificuldades desses utentes em níveis psicológicos e físicos.

Os objetivos das ERPIs perpassam por promover, com ações específicas, um envelhecimento ativo, dar suporte nas questões e problemas biopsicossociais, promover e manter os vínculos, sejam familiares ou com a comunidade que o idoso está inserido. E, acima de tudo preservar o quanto possível a autonomia do indivíduo em fase sênior. (DRE,2012)

Ao traçar um perfil de um idoso institucionalizado, especificamente, a maioria dos utentes, é de cor branca, sexo feminino; são admitidos a partir dos 60 anos, contudo há uma predominância de residentes a partir dos 70, sendo esta curva uma exponencial. Essa crescente pode ter relação com o fato de que esses idosos, com o passar dos anos, acabam por estarem mais debilitados ou ter um afastamento familiar considerável, não possuindo parceiros, seja porque são solteiros ou viúvos, cuidadores, filhos que não os possam cuidar em seus domicílios. Normalmente, podem chegar à instituição e se manter, em média, por 10 anos. Dentre esses asilados, as visitas são comuns no início do processo de institucionalização e se vão eivando com o passar dos anos. Em termos de religiosidade, em sua maioria, são católicos e suas culturas e costumes continuam enraizados nos mesmos. Además, os seus recursos financeiros perpassam por pequenas rendas. O tempo e o asilamento os faz perder um pouco da sua autonomia e poder de decisão, pois devem seguir as orientações, rotinas estabelecidas pela instituição a qual faz parte. (Casara, 2004).

1.2 DEPRESSÃO

1.2.1 Principais Conceitos sobre Depressão

Para identificar um quadro depressivo, precisa entender o significado desta enfermidade e descartar possíveis outras que se pareça com a mesma. A depressão é uma perturbação mental, que gera mudanças comportamentais que alteram o estilo e a qualidade de vida do cidadão, modificações de humor, forma de pensar, gerando deterioração não somente mental quanto física. (Opas, 2017)

Numa publicação feita para informar a sociedade civil sobre o teor de uma Depressão no Idoso, suas características e como agir, a Opas (2017) sinaliza que, a depressão pode acometer qualquer indivíduo, de qualquer classe social, etnia e religião. Entretanto, no idoso, a doença pode passar despercebida pela sociedade visto que, nessa fase da vida, a maior preocupação inclusive das equipes de saúde, estão voltadas para prevenir ou controlar doenças que acometem o idoso, esquecendo-se que a Depressão é uma doença silenciosa e extremamente corrosiva. (Opas, 2017).

Para ser identificada como uma perturbação mental é preciso que as debilidades estejam afetadas de forma contínua. Uma coisa é estar, por algum fator extrínseco, com o humor deprimido, outro fator é ter a continuidade degradante da saúde causada por uma depressão. (OMS, 2002).

A depressão se enquadra dentro do contexto de perturbações mentais comuns; uma doença altamente prevalente na população mundial, levando a quadros debilitantes, com sintomas de ligeiros a graves, e podendo se estender por meses a anos. Cerca de 300 milhões de pessoas são acometidas por essa moléstia, mais evidenciadas em países subdesenvolvidos, se percebendo relação direta com a questão do envelhecimento populacional. Além desse fator, a doença pode advir por traumas, questões físicas, uso de fármacos, entre outros fatores desencadeadores. (Carvalho, 2017).

“As perturbações depressivas são caracterizadas por tristeza, perda de interesse ou prazer, sentimentos de culpa ou de autoestima baixa, perturbações do sono ou do apetite, sensação de cansaço e baixo nível de concentração. A depressão pode ser duradoura ou recorrente, prejudicando substancialmente a capacidade de uma pessoa funcionar no trabalho ou na escola ou lidar com a vida diária. Na sua forma mais grave, a depressão pode levar ao suicídio”. (CARVALHO, 2017, p.5).

Isso clarifica sobre o que é a depressão, e como ela se porta diante do corpo humano. É importante frisar que a doença não escolhe gênero, nem classe social; pode atingir todo e

qualquer cidadão que esteja suscetível a adquirir. Na depressão encontramos duas subcategorias de apresentação: perturbação depressiva major/episódio depressivo (pode ser ligeiro, moderado ou grave) e a distímia – forma crônica de depressão ligeira com menos intensidade, porém com mais durabilidade. (Carvalho, 2017). Para consubstanciar os esclarecimentos e informações acerca das perturbações depressivas, de acordo com a OMS citado por Brasil (2019):

“a depressão situa-se em 4º lugar entre as principais causas de ônus, respondendo por 4,4% dos ônus acarretados por todas as doenças durante a vida. Ocupa 1º lugar quando considerado o tempo vivido com incapacitação ao longo da vida (11,9%). A época comum do aparecimento é o final da 3ª década da vida, mas pode começar em qualquer idade. Estudos mostram prevalência ao longo da vida em até 20% nas mulheres e 12% para os homens”. (OMS citado por BRASIL, 2019).

Analisando os dados referidos, percebe-se que a doença depressiva acarreta debilidades graves na vida cotidiana do indivíduo que a tem. As mulheres estão mais predispostas a desencadear a enfermidade, mas esta pode debilitar e atingir também o sexo masculino.

Ao discorrer sobre o diagnóstico da depressão, esse é realizado de forma clínica, com uma boa anamnese do paciente, investigação do histórico de vida e familiar, suas queixas principais, entre outros. Não existe um exame específico que possa identificar quadros de depressão, por isso a avaliação clínica do profissional deve ser realizada de forma muito responsável e com certa sensibilidade para detecção precoce desses sintomas.

“As perturbações mentais e comportamentais são identificadas e diagnosticadas por métodos clínicos semelhantes aos utilizados nas afecções físicas. Esses métodos incluem uma cuidadosa anamnese colhida junto do indivíduo e de outros, inclusive da família; um exame clínico sistemático para definir o estado mental; e os testes e exames especializados que sejam necessários”. (OMS, 2002).

Dentre os diagnósticos de depressão, podem surgir subtipos: distímia (quadro mais leve e crônico) – já citado anteriormente, depressão endógena – muita tristeza, perda de interesse em ações cotidianas que, anteriormente davam prazer, esquecimento, depressão atípica – inversão de sintomas (aumento de peso, sono, peso no corpo, sensibilidade exagerada), depressão sazonal – corroborada pelas estações de outono e inverno, acometendo mais os jovens, depressão psicótica – uma das mais graves, apresentando quadros delirantes, alucinantes, inclusive com alucinações audiovisuais, a depressão

secundária – ocasionada pelo uso de fármacos que predisõem à doença e por fim, a depressão bipolar – pode acarretar neste tipo, uso abusivo de substâncias, bipolaridade e transtornos graves de ansiedade. (Brasil, 2019)

A depressão é uma doença de diferentes etiologias, caracterizada por manifestações clínicas graves e alterações de comportamento significativas. A característica básica da depressão é uma perda de afeto positivo que se manifesta com distúrbios do sono, falta de autocuidado, falta de concentração, ansiedade e falta de interesse em todas as experiências diárias (Nice, 2010).

Dentre as principais causas da depressão, evidenciam-se: fatores genéticos (40% do componente genético), deficiência de alguns neurotransmissores (noradrenalina, serotonina e dopamina) e fatores extrínsecos (estresses, traumas, etc). Outros fatores também são riscos para desenvolver a depressão, entre eles: uso de algumas medicações, acometimento de doenças graves, ansiedade persistente, mudanças financeiras e hábitos de vida bruscos. (Lafer e Filho, 1999).

Quando se fala em depressão, existem alguns sintomas muito particulares da doença, quais sejam: dores e sintomas físicos, cansaço, perda de ânimo e de alegria, mudança no apetite, podendo ser evidenciado perda da vontade de comer ou aumento do apetite, perda do desejo sexual, insônia ou sonolência, falta de concentração, esquecimento, entre outros. Esses fatores acima citados são contínuos e vão se tornando cada vez mais debilitantes com a evolução da enfermidade. (Brasil, 2019).

[...] sensação de tristeza, autodesvalorização e sentimento de culpa. Acreditam que perderam, de forma irreversível, a capacidade de sentir prazer ou alegria. Tudo parece vazio, o mundo é visto sem cores, sem matizes de alegria. Muitos se mostram mais apáticos do que tristes, referindo “sentimento de falta de sentimento”. Julgam-se um peso para os familiares e amigos, invocam a morte como forma de alívio para si e familiares. Fazem avaliação negativa acerca de si mesmo, do mundo e do futuro. Percebem as dificuldades como intransponíveis, tendo o desejo de por fim a um estado penoso. Os pensamentos suicidas variam desde o desejo de estar morto até planos detalhados de se matar”. (Brasil, 2019).

Vale destacar que, segundo o Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V1), são critérios para diagnóstico de depressão: estado deprimido (sentir-se deprimido a maior parte do tempo); anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina; sensação de inutilidade ou culpa excessiva; dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se; fadiga ou perda de energia; distúrbios do sono: insônia ou hipersonia praticamente diárias; problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor; perda ou ganho significativo de peso, na

ausência de regime alimentar; ideias recorrentes de morte ou suicídio. (Gonçalves e cols, 2018).

Atualmente, se mensura o grau de debilidade ocasionado pela depressão através de avaliação da Qualidade de Vida (QDV) em diversos âmbitos da vida do indivíduo e o impacto da doença nestes setores. Indivíduos depressivos passam por uma alteração negativa na qualidade de vida, debilidades com as relações interpessoais, no desenvolvimento do seu trabalho, na comunicação com familiares e no enfrentamento dos processos discriminatórios que acometem a quem é portador desta moléstia.(OMS, 2002)

Importa rememorar, os critérios para o estabelecimento do conceito de QVD adotado pelo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) – Grupo de pesquisa em qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde – define qualidade de vida como um conceito abrangente que envolve não só a saúde física, mas também o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as crenças pessoais e outras características envolvidas em seu meio ambiente, incluindo um sistema de valores que envolvem metas, expectativas, padrões e preocupações. (OMS, citado por Canavarro e cols, 2010).

A situação e o comportamento de não aceitação, que indivíduos idosos apresentam face às limitações que comprometem a sua independência e autodeterminação, constituiu-se em é um grande entrave e ou preocupação na vida das pessoas que sofrem de depressão; esses pontos persistem mesmo depois da recuperação e estudos comprovam que, aqueles que foram submetidos a internamento hospitalar, tendencialmente adquirem baixa na qualidade de vida de forma constante e grave. Se falarmos, sob o ponto de vista econômico, percebe-se que indivíduos com transtornos depressivos sofrem bastante a nível econômico, muitos não conseguem desenvolver suas atividades laborais, necessitando de algum cuidador para ajudar nas atividades de vida diária; há um impacto econômico para os familiares e para o próprio doente. Contudo, este não é o único fator para desencadear a doença. Trazendo isso para um portador de depressão que está reformado, a situação agrava-se ainda mais, em decorrência das pequenas reformas que muitos possuem. Em nível de governo, também há custos elevados quando se verifica gastos com hospitalização e disponibilização de medicamentos e assistência por parte dos centros de saúde. (OMS, 2002).

“O impacto económico das perturbações mentais é profundo, durável e enorme. Estes problemas impõem ao indivíduo, à família e à comunidade no seu todo uma série de custos. Parte desse tributo é evidente e mensurável, enquanto outra parte é quase impossível de medir. Entre os componentes mensuráveis estão os serviços sociais e de saúde, a perda de emprego e a redução da produtividade, o impacto nas famílias e nos prestadores de cuidados, os níveis de criminalidade e a segurança pública e o impacto negativo da mortalidade prematura. (OMS, 2002, p. 57-59).

O enfrentamento da depressão não é tarefa fácil, tanto para o indivíduo acometido pela doença, para os seus familiares e o seu círculo pessoal e afetivo, quanto para os cofres públicos e para os profissionais que os assessoram. A estabilização do quadro é algo difícil e que requer paciência e dispensação financeira alta por parte dos envolvidos.

1.2.2 Depressão e o processo de cuidados frente à doença

Quando se fala sobre a terapêutica a adotar nos casos dos transtornos depressivos, temos: “A Depressão é uma doença mental de elevada prevalência e é a mais associada ao suicídio, tende a ser crônica e recorrente, principalmente quando não é tratada. O tratamento é medicamentoso e psicoterápico.” (Brasil, 2019). Muitas pessoas podem associar essas duas terapêuticas ou fazer uso de uma ou outra, respectivamente. O fundamental é perceber que, em uma delas, o apoio a nível comunicacional e de interação está bem enraizado (apoio psicoterápico). Em nível medicamentoso, a escolha do fármaco se dá conforme o histórico individual, por isso se faz necessário uma boa anamnese e avaliação do paciente. O nível de eficácia destes fármacos chega a ser de 90-95%. (Brasil, 2019).

“Existem tratamentos eficazes para depressão moderada e grave. Profissionais de saúde podem oferecer tratamentos psicológicos, como ativação comportamental, terapia cognitivo-comportamental e psicoterapia interpessoal ou medicamentos antidepressivos. Os provedores de saúde devem ter em mente a possibilidade de efeitos adversos associados aos antidepressivos, a possibilidade de oferecer um outro tipo de intervenção (por disponibilidade de conhecimentos técnicos ou do tratamento em questão) e preferências individuais. Entre os diferentes tratamentos psicológicos a serem considerados estão os individuais ou em grupo, realizados por profissionais ou terapeutas leigos supervisionados.” (ONU, 2017).

Com a citação acima, se percebe claramente o empenho dos Organismos ligados à promoção da Saúde Mundial para proporcionar diferentes formas de terapêutica, objetivando melhorar a qualidade de vida do indivíduo. No entanto, a prevenção da doença educação para a saúde e qualificação das equipes multidisciplinares para lidar com o problema de forma a dar respostas eficazes, sempre deve ser a melhor decisão. A prevenção da Depressão tem custos mais baratos que o tratamento, quando do aparecimento da doença.

Em se tratando de medidas preventivas, estas estão relacionadas diretamente com a manutenção da saúde mental, a valorização da autoestima, uma alimentação saudável, com fontes produtoras de hormônios que geram prazer, saber lidar e controlar a ansiedade e o stress, fazer atividade física e manter relações interpessoais sadias; o processo de comunicação entre os indivíduos é fundamental para alimentar uma saúde mental sana. Dormir bem, evitar dependência de álcool e drogas e acima de tudo, buscar ajuda precoce quando do descobrimento de quadro depressivo. (Brasil, 2019).

1.2.3 Depressão em Contexto Institucional

O quadro depressivo, como já referido anteriormente, é a doença do século. Atinge crianças, jovens, adultos e também os idosos, sendo uma doença comum nesta fase da vida, embora ainda pouco investigada e diagnosticada como se espera.

A depressão é uma enfermidade mais evidente nos idosos institucionalizados que naqueles que ainda convivem no seio familiar ou na comunidade em que sempre viveram. Muitos são os fatores desencadeadores para tal: um indivíduo idoso enfrenta muitos desafios e a o próprio confinamento em um lugar atípico e hostil a ele pode ser um dos maiores fatores para o aparecimento da depressão. (Vaz, 2009).

“A admissão em uma instituição está relacionada com perdas em vários aspectos: a perda da autonomia e da funcionalidade, mas também a perda de bens como o próprio ambiente familiar. Esta perda pode ser sentida em maior medida por aqueles que viveram anteriormente em sua própria casa do que por aqueles que vêm de uma outra instituição, como uma instituição residencial ou hospitalar. O impacto da admissão para o desenvolvimento de sintomas depressivos pode, por conseguinte, também ser diferente para os idosos com estas diversas origens”. (Achterberg; Pot; Kerkstra & Ribbe, 2006 citado por Vaz, 2009, p. 94).

Não se pode negar a eficiência, efetividade e real importância das instituições e lares de acolhimento aos idosos, entretanto a mudança brusca de rotina, de convivências e muitas vezes, uma adaptação abrupta, podem gerar comprometimentos a níveis físicos e, principalmente psicológicos.

As mudanças podem passar desde as relacionadas ao espaço físico, com mobiliários distintos aos idosos, os odores, mudança de cama, quarto, compartilhamento de casas de banho, perda da privacidade, até mesmo perda financeira, de convivência com vizinhos e amigos, familiares que não prestam uma visitação constante, convivência com profissionais que, muitas vezes, não estão preparados para atender esses utentes, ocasionando conflitos e mal entendidos, horários estabelecidos para realizar as atividades de vida diária (AVD), entre outros fatores; todas essas situações podem agravar um estágio depressivo ou desencadeá-lo. Alguns indivíduos sêniores se adaptam bem a essa mudança, outros já o encaram como um castigo ou fim de suas vidas. (Vaz, 2009).

A depressão na idade avançada e com o agravante da institucionalização, é um problema de saúde pública, algo muito comum e ainda pouco avaliado e levado com a seriedade e responsabilidade que o caso exige. Muitos são os profissionais que não conseguem avaliar precocemente um quadro depressivo, tratá-lo de maneira prévia, pois a doença se confunde com tantas outras, como estados demenciais, ansiedade, algumas doenças físicas, etc. No entanto, o aumento de da prevalência da depressão em idosos

institucionalizados vem aumentando e chega a uma variação de 11% a 48%, sendo as maiores taxas em regiões de Europa (Alemanha e Reino Unido) que na América e Austrália, por exemplo. (Vaz, 2009).

É notório que, muitas vezes, a falta de percepção e identificação precoce de casos de depressão nos idosos advém da falta de comunicação entre o profissional que os assistem e o paciente, ou até mesmo uma incapacidade de manter essa comunicação com uma escuta humanizada, holística e individualizada. A comunicação tem um papel fundamental e imensurável no que diz respeito aos cuidados prestados ao indivíduo idoso com quadro depressivo. O tópico abaixo irá embasar o descrito aqui.

1.2.4 Idoso em Sintomatologia Depressiva e Comunicação Verbal

Comunicação é a área do conhecimento em que se estuda todo e qualquer tipo de relação comunicacional, seja ela entre pessoas ou objetos. Ela percorreu a história do homem desde a antiguidade e engloba as diversas formas de interação entre as pessoas. Em suas diversas formas, a comunicação passou por muitas transformações até encontrar-se na forma que conhecemos hoje podendo ser desempenhada, de forma verbal e não-verbal. (Puggina; Santos & Vieira, 2019)

Os homens primitivos iniciaram as suas comunicações através de gestos e desenhos; estas foram evoluindo para proporcionar uma forma mais sólida de comunicação e que os povos pudessem manter suas relações pessoais diárias. Ao longo dos séculos, a comunicação necessitou ser mais interativa, necessitando de três componentes básicos para desenvolver-se: um receptor, um emissor e, fundamentalmente, a mensagem a qual se deseja transmitir. (Machado, citado por InfoEscola, s.d).

“Segundo o Dicionário Houaiss da língua portuguesa (2003), comunicar é participar, transmitir, falar, estar em comunicação. Por sua vez, comunicação refere-se a informação, participação, transmissão, mas também a convivência, ligação, aspetos que podem remeter para os propósitos gerais da comunicação que são, segundo Yerena (2005), informar, entreter, persuadir e atuar.”(Coelho, 2015, p. 33)

A **Comunicação Verbal** se dá através da linguagem escrita ou falada, esta última, mais utilizada entre as civilizações. O receptor e emissor precisam entender que, diante de uma comunicação, o que se deseja alcançar. A linguagem deve ser de forma a buscar entendimento de ambas as partes. A Comunicação Verbal ainda é a mais usada para passar informações, principalmente nas relações interpessoais; em relações familiares, o diálogo permanece eficaz. Saber comunicar é uma arte. (Porto, s.d).

“[...] comunicação verbal é toda a comunicação que utiliza palavras ou signos. Através da comunicação verbal, simbólica e abstracta, que se faz por palavras, palavras estas, faladas ou escritas, o homem compreende e domina o mundo que o rodeia e entende, assim, os outros”. (Pestana, 2006).

Quando se associa a comunicação verbal para manutenção das relações interpessoais, percebe-se que a mesma deve se dá de forma clara, deverá propiciar aproximação entre os envolvidos e gerar certa confiança ao que se está a dizer. Quando se depara ao idoso em

sintomatologia depressiva e/ou solidão, essa comunicação ainda se faz mais importante para fortalecer os vínculos, contribuir para identificar certas necessidades que vão surgindo com em torno daquele utente.

É importante salientar que a velhice não é doença; apenas ocorre, nessa etapa da vida, uma maior predisposição a aquisição de doenças crônicas. Nesta fase, os suportes sociais, emocionais e comunicacionais ficam mais superficiais ou ausentes, podendo gerar quadros psicológicos, até então não evidenciados, inclusive a depressão em pacientes no asilamento.

“Nos idosos, o quadro depressivo se distingue de outras faixas etárias em virtude das diferenças de sintomatologia e circunstâncias existenciais específicas da idade, apresentando uma diminuição da resposta emocional, ausência de afeto positivo e predomínio de sintomas, como diminuição do sono, perda de prazer nas atividades habituais, rumações sobre o passado e perda de energia. Desse modo, os sintomas depressivos apresentam-se mais como queixas de sintomas somáticos, cognitivos e hipocondríacos do que de humor deprimido ou culpa” (Smith, Haedtke, & Shibley, 2015; Taylor, 2014; Unützer & Park, 2012 citado por Lampert & Ferreira, 2018, p.206).

Analisando a citação acima, compreende-se que, idosos são acometidos por multi sintomas relacionados à depressão. Um ponto a sinalizar é a diminuição das respostas emocionais e ausência de afetos. Com a modificação física e emocional, esta última, diretamente relacionada com a manutenção de boas relações interpessoais e uma comunicação verbal rica e constante, um idoso institucionalizado, que desenvolva sintomas depressivos ou quadros de solidão, tem como primeira fonte de comunicação e exposição do seu problema, a equipe multidisciplinar que o assiste, em especial o enfermeiro.

Uma análise do cenário anteriormente exposto, e o estabelecimento de correlações com a comunicação verbal adotada por enfermeiros, demonstra-se que, uma boa comunicação verbal gera no indivíduo idoso institucionalizado, em sintomatologia depressiva, sentimentos de satisfação, bem-estar geral, promovendo assim, suporte emocional, conforto e vínculos afetivos humanizados.

1.3 SOLIDÃO

1.3.1 Solidão nos Idosos: Causas e Consequências

A solidão é um tema bastante comum no estudo do envelhecimento e do idoso. Segundo Neto (1989,p.65):

“A solidão é experienciada pelo ser humano em qualquer que seja o lugar que habite. É, porventura, difícil imaginar uma pessoa que não se tenha sentido sozinha alguma vez na sua existência. O primeiro tempos passados na escola, na fábrica, na caserna, porventura a mudança do seu país de residência para um país recetor para o migrante, o fim de um relacionamento íntimo, são ocasiões em que as pessoas podem experienciar a solidão” (Neto, 1989, p. 65).

Os autores Ottenheim e cols. (2011 citado por Lopes, 2015), abordam a solidão como um estado causado por uma modificação ou controvérsia gerada entre o indivíduo e suas relações, tendo como sub-tipos de solidão: emocional (não há relações intimistas) e a social (não há relações amplas).

Segundo Lopes (2015), a solidão, por vezes é encarada através de um isolamento profundo, gerador de angústia, causando controvérsias entre as relações sociais e o que se busca realmente, destas relações. Estudos provam forte relação entre solidão, isolamento e mortalidade, perpassando por quadros depressivos, alterações do sono; redução da atividade física e da qualidade de vida. (Wilson e cols., 2007 citado por Lopes, 2015). Neste sentido, Sousa; Figueiredo & Cerqueira (2004) referem que:

“A solidão é uma noção (sentimento) subjetiva, refere-se à percepção de privação de contactos sociais ou falta de pessoas disponíveis ou com vontade de partilhar experiências sociais e emocionais. Essencialmente, trata-se de um estado em que o sujeito tem potencial vontade para interagir com os outros, mas não o faz, isto é, há discrepância entre o desejo e a realidade das interações com os outros.” (Sousa; Figueiredo & Cerqueira, 2004, p.39).

Lopes (2015), em seu estudo sobre a Solidão nos Idosos chegou à conclusão que há uma alteração negativa no que diz respeito às atividades de vida diária e a qualidade de vida do idoso; associado às demências, pode ainda originar isolamento social e a depressão, no idoso. (Lopes; Lopes; Camar, 2010 citado por Lopes, 2015).

“A solidão provoca um sentimento de vazio interior, que pode estar presente no ser humano nas diferentes fases da vida, e tende a ser mais frequente com o envelhecimento. Fatores psicológicos e sociais parecem estar relacionados com o seu surgimento, como a depressão, o luto, o isolamento social e o abandono.” (Lopes; Lopes; Camara, 2010, p. 373-374).

Por esse pensamento acima descrito, pode-se perceber que a solidão não é somente e meramente, um estado de espírito, é um sentimento complexo e que gera consequências no cotidiano. Pode atingir qualquer indivíduo, mas àqueles que vivenciam a fase da velhice, tendem a confrontar-se com a Solidão de forma mais destrutiva. Além do mais, se esta se associa com questões de saúde mental, ou outros fatores que tragam infelicidade ao idoso, pode ainda agravar a qualidade de vida deste.

Para Neto (2001) pode se perceber a solidão como um sentimento que influencia os traços de personalidade, no qual as pessoas mais solitárias são as que retrataram mais histórias de sentimentos frequentes de solidão, ou vivências com relações sociais e comunicacionais não adequadas. (Neto, 2001 citado por Lopes, 2015). Para o autor, com o avanço da idade, as pessoas podem se tornar mais estáveis, no que tange aos seus sentimentos em relação ao outro, levando as relações interpessoais mais reais. Entretanto, estudos demonstraram que: a solidão pode ser menos visível na fase adulta (45-55 anos), aumentando conforme o aumento da idade (65-75 anos). (Neto, 2000 citado por Macedo & Pocinho, 2017).

A solidão pode ocasionar diversos problemas de saúde, de caráter físico, mental, nos idosos, pode gerar características ainda mais evidentes, comprometendo o bem-estar. (Khorhid e cols., 2004 citado por Lopes, 2015).

O Censo de 2011, em Portugal referiu que existiam 2.023 milhões de idosos, acima dos 65 anos a viver no país; destes, 60% viviam sozinhos. Na Grã-Bretanha, mais da metade dos entrevistados numa pesquisa realizada pela Age UK, informaram que vivem sozinhos, e o que é pior: sentem-se sozinhos (dos 75 anos e acima). Dos 3,9 milhões de idosos ingleses, 40% destes, acima dos 65 anos, informam que tem como companhia principal, a televisão. (Age UK, 2017 citado por Macedo & Pocinho, 2017).

No grupo de pessoas com 65 anos ou mais, a população abrangida é de 2.424.122 de idosos, com maioria do sexo feminino. Entre 2011 e 2021, a população idosa, acima descrita, sofreu uma crescente (representa 23,4%), enquanto a população jovem ativa sofreu uma queda (representa apenas 12,9%). (INE, 2021)

Uma pessoa com 65 anos ou mais muitas vezes é considerada “velha”, pois atingiu a idade da aposentadoria; justo nessa idade, a maioria das pessoas se reforma e começam a pensar, erradamente, que a partir dessa idade ficam completamente incapacitadas, quer

física quer mentalmente, porque está em casa e já não possuirá a vida que tinha, a nível laboral. Isso é um pensamento errôneo e que deve ser desconstruído.

“Quando o que lhes é fundamental é quebrado, o pensamento de ficar só, sem ninguém, sem aqueles que verdadeiramente gostavam, quando perdem esses apoios fundamentais, uma nova realidade e um novo processo de adaptação terá de ser construído, o ficar só. Então, importa referir que é visível a forte relação das perdas, em particular, a viuvez e a solidão nas pessoas mais velhas.” (Lopes, 2015, p. 27)

Finalmente, a solidão é um sentimento que está presente na sociedade, e é acompanhado pelo esvaziamento das relações interpessoais, que existiam e que, já não fazem mais parte da vida de uma pessoa. Na fase da velhice, essa característica está muito aparente. Os vínculos familiares e de amizades, vão se rompendo, por diversos quesitos. Porém, a solidão não se verifica apenas quando se está sozinho; um idoso pode ter uma companhia, mas ainda assim, vivencia o sentimento de solidão porque, aquela companhia não era esperada por ele. Outro fator causador de solidão é quando, o indivíduo entende que ele é o responsável por algo negativo que se dá, nas relações que mantém. (Macedo & Pocinho, 2017).

Rossell (2004) relata que as queixas principais da pessoa idosa advêm do fator solidão. Além da reforma, a falta dos filhos e dos familiares, novos problemas de saúde, enfrentamento da morte de um ente querido, são mudanças radicais no estilo de vida desse idoso. É sabido que, todos os indivíduos podem passar por quadros de solidão, mas no idoso, as características estarão mais exacerbadas. Nesse momento, a família entende que o melhor para esse idoso será o internamento em um lar. No entanto, muitas vezes, essa decisão não é bem explicitada ao principal interessado e o internamento, nessas instituições de acolhimento, não contribui para a redução da solidão no idoso. (Rossell, 2004 citado por Lopes, 2015). Para consubstanciar o dito acima:

“Para resolver algumas das causas que se acredita empiricamente estarem na origem da solidão e do mal-estar dos idosos, por vezes é decidido o internamento num lar de idosos, mas nem sempre com sucesso, pois nem sempre uma instituição, com apoio formal supostamente suficiente, reduz o sentimento de solidão emocional do idoso.” (Fernandes, 2007, p.42)

Segundo Morales (2010) a solidão não se limita apenas a estar só, mas aparece como sendo uma resposta à ausência de algum tipo particular de relação ou, mais precisamente, uma resposta à ausência de alguma provisão relacional particular. Trata-se, então, de uma

experiência subjetiva psicologicamente desagradável, caracterizada pela manutenção de relacionamentos interpessoais deficientes. Pois, grande parte dos idosos sente muita carência afetiva, cansaço e dificuldade na realização de determinadas atividades, o que os torna dependentes de terceiros. O medo da morte e o luto vivido pela perda de amigos ou parentes também são questões de enfrentamento por parte desse idoso. (Morales, 2010 citado por Lopes, 2015).

Abordando ainda mais sobre causas e consequências promotoras da Solidão, no Idoso, Sousa, Figueiredo e Cerqueira (2004) referem que:

“A reforma, migração, dependência ou outros eventos que contenham o sentimento de perda de papéis anteriores importantes, também se associam a aumento dos níveis de isolamento e solidão. Invariavelmente a institucionalização, ou andar em sistema de rotatividade pela casa dos filhos, reforçam os sentimentos de solidão. O baixo estado de saúde, a má condição física e problemas de saúde mental, em especial a depressão, fortalecem a solidão e o isolamento. Mas, neste caso, a relação é mútua: a solidão causa problemas de saúde e vice-versa. No que se refere aos rendimentos, há pouca investigação; no entanto, a tendência é que aqueles que têm mais dinheiro sintam menos isolamento e solidão. A espiritualidade tem-se revelado um fator protetor em relação à solidão e isolamento social.” (Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004, p.39).

Existe também, uma forte relação entre a viuvez e a solidão nos idosos. De fato, a viuvez é frequentemente associada à solidão, visto que, se está perante a perda de uma relação íntima, muito profunda e particular. Nesse momento, o idoso precisará adaptar-se à nova realidade e começar a aprender a viver sem a presença de alguém especial. (Lopes, 2015). “Devido à viuvez, por vezes, surgem sintomas depressivos nas pessoas idosas, sintomas que também podem estar associados ao desenvolvimento de processos mórbidos graves e que, inclusivamente pode levar à morte.” (Magalhães, 2003 citado por Lopes, 2015, p.28).

Segundo o estudo de Morales (2010) a solidão está também associada a fatores de caráter psicológico, afetivo, espiritual, ao estado de saúde e alguns fatores sociodemográficos, ou multifatorial que geram e desenvolve sentimentos de solidão nos indivíduos, principalmente nos idosos.

Como tal, segundo Lopes, Lopes e Câmara (2010), a solidão demonstra-se com um vazio interno, no qual fatores psicológicos e sociais estão relacionados, podendo ocasionar a depressão, suicídio, entre outros: o luto, o isolamento social e o abandono, como pode verificar no quadro 1.

Quadro 1: Sentimentos e Sensações causados pela solidão

Desespero	Sintomas Depressivos	Aborrecimento	Auto depreciação
Desespero	Tristeza	Impaciência	Auto Desvalorização
Aterrorizado	Deprimido	Aborrecido	Severo consigo
Desamparo	Vazio	Desejo de estar noutra lado	Estupidez
Assustado	Isolamento	Inquieto	Envergonhado
Sem esperança	Zangado	Inseguro	Alienado
Abandono	Melancólico	Incapaz	Vulnerabilidade

(Neto, 2001 citado por Lopes; Lopes & Camara, 2010).

Como foi visto, com a Terceira Idade, se percebem transformações ao nível dos papéis sociais, exigindo adaptação do idoso às novas condições de vida. São as relações sociais saudáveis que minimizam o aparecimento da solidão, portanto deve ser proporcionado o envolvimento social. O contacto com outras pessoas gera qualidade de vida, aumento da autoestima e da confiança em si mesmo. O isolar é fator negativo e não gera melhorias na vida do idoso. (Ramos, 2002 citado por Teixeira, 2010).

Assim, segundo Neril e Freire (2000 citado por Lopes, 2015) existem algumas ações que os idosos podem realizar para combater a solidão, como:

- Tentar conhecer novas pessoas e fazer novas amizades;
- Participar em atividades sociais voluntárias;
- Transmitir conhecimentos e experiências a outras pessoas;
- Encontrar novos canais de comunicação entre pessoas da mesma geração e de outras gerações;
- Envolver-se em grupos de convívio, atualização cultural;

- Consciencializar-se do seu papel como cidadão na sociedade e reconhecer os seus direitos e deveres;
 - Investir em si próprio, cuidando da saúde mental e física.
 - Convencer-se que a adaptação às mudanças naturais da velhice traz dificuldades, mas que isso não implica o afastamento social, inatividade, isolamento, depressão;
 - Favorecer o crescimento espiritual;
 - Saber eleger as prioridades pessoais e defender a privacidade e pontos de vista.
- (Lopes, 2015).

1.3.2 Solidão e Depressão: uma relação real, vivenciada por idosos

A depressão nos idosos é um problema generalizado que muitas vezes não é diagnosticado e é frequentemente desvalorizado, pois muitas pessoas mais velhas não admitem os sinais e sintomas de depressão com o receio de serem vistos como fracos ou loucos. Os sinais ou sintomas depressivos, comumente se associam com os quadros de solidão enfrentados pelos idosos. Estudos comprovam largamente esta relação: solidão e sintomas depressivos. (Cacioppo & Hughes, 2006 citado por Macedo & Pocinho, 2017).

Com o aumento da população idosa e, conseqüentemente, da expectativa de vida, as mudanças na vida desse idoso, que começa a vivenciar perdas, aparecimento de doenças, afastamento dos entes queridos, a solidão se torna um sentimento latente, mas que, aos poucos, se é perceptível e que gera, nesse idoso, angústias, desprezo pela sua nova realidade, culminando num quadro de depressão. Como já dito acima, a depressão não está somente associada à solidão, contudo este sentimento pode sim, proporcionar um ambiente e situações que favorecem ao aparecimento da depressão.

“Como a desmotivação pode precipitar a depressão e o isolamento social pode ser consequência da desmotivação, a análise do convívio *versus* isolamento social auxilia no diagnóstico dos solitários com potencial para depressão ou agravamento de um quadro depressivo já instalado.” (Lopes; Lopes & Camara, 2010. p. 378).

Outra vez, se percebe, insistentemente, a relação entre solidão, falta do convívio e isolamento social e sintomas depressivos ou, até mesmo, agravamento do quadro da depressão. A citação acima foi extraída de um estudo realizado pelos autores, acima citados, com o objetivo de entender a solidão no idoso, a sua relação com a depressão e os processos envolvidos com a velhice, sejam eles, sociais, culturais ou de saúde, além de trazer à luz a importância do convívio social para minimizar os danos advindos de uma depressão ou da solidão. Mas uma vez, se faz importante salientar que, um convívio social só é mantido através de comunicação, em maioria, verbal. Para corroborar o dito, Wei, Russell; Zakalik (2005), em seu estudo longitudinal: “concluíram que 55% da variância na solidão foi explicada pela ansiedade de inserção, auto-eficácia social e auto-revelação, enquanto 42% da variância na depressão subsequente foram explicadas pelo nível inicial de solidão e depressão.” (Wei; Russell & Zakalik, 2005 citado por Macedo & Pocinho, 2017).

Para Pocinho (2007), a Solidão e a Depressão apresentam características bem sinonímias, mas a primeira ainda não está bem esclarecida, quando se trata de traçar um diagnóstico médico; não sendo considerada como uma prerrogativa para desencadear

doença, porém é sabido que a solidão se apresenta por um conjunto de fatores, causando disfunções e tendo forte relação com a Depressão.

“Nem todas as pessoas sós estão ou são deprimidas, mas ambas as condições partilham significativa variância nos muitos estudos que as conjugaram. Algumas pessoas experimentaram sistemas de solidão temporária, outras um tipo mais permanente, sendo que aqueles que sofreram formas crônicas de solidão estavam mais deprimidos que aqueles que atravessavam um tipo de solidão reactiva ou situacional. Porque a solidão e a depressão partilham algumas características, o diagnóstico diferencial é um desafio.” (Pocinho, 2007, p.93)

A citação supracitada, nos deixa claro que, há uma forte relação entre solidão e depressão, mas não se sabe qual delas se apresenta primeiro, contudo as características relacionadas à ambas são bem parecidas. O que se sabe é que, quanto mais tempo um indivíduo se depara com a solidão, mais ele está propenso a ter quadros deprimidos. O diagnóstico diferencial é muito importante em situação onde se enquadram a solidão e/ou a depressão.

Booth (2000) realizou um estudo, onde destacou que existem quatro fases para traçar um diagnóstico assertivo para solidão ou depressão. Primeiro, ele refere que, o médico precisa identificar com clareza, o maior motivo que está causando insatisfação no indivíduo (se se deve às relações interpessoais; mais provável que seja solidão). Segundo ponto: o tempo que esse mal-estar iniciou (sendo identificado um longo período – pode sugerir depressão). Terceiro ponto: deve existir um entendimento entre o tipo e o grau de culpa sentido por esse indivíduo (o grau de culpa elevado tende a ser mais visível na depressão). Último ponto: se os sintomas, apresentados pelo indivíduo estiver proporcionando o bloqueio de aspectos fundamentais para a sua qualidade de vida, levando a uma deterioração pessoal, este quadro se relaciona mais com a depressão. (Booth, 2000 citado por Pocinho, 2007). É notório que, existe uma forte relação entre solidão e depressão e que, se faz importante um olhar humanizado e experiente, para identificar, de forma correta, o que aquele indivíduo vem enfrentando, para que as condutas assistenciais consigam abrandar as consequências geradas por ambos os quadros.

Diante ao exposto, com a importância que o assunto exige, se faz importante saber que, a relação entre solidão e depressão é real; além disso, a falta de promoção de vínculos e de comunicação gera nos indivíduos que enfrentam essas enfermidades um aspecto de vazio, de falta de confiança em si e no mundo ao seu redor. Quem enfrenta um quadro de solidão, já foi demonstrada, cria ao redor uma capsula protetora contra o resto do mundo. O vínculo e a comunicação se tornam mais difícil e, muitas vezes, quebrado. Na depressão, igualmente. No entanto, o capítulo seguinte, além do que já foi exposto, demonstra que as

relações interpessoais, o contacto e a comunicação, a fala, e a exposição dos medos e angústias enfrentadas, principalmente por um indivíduo idoso, devem ser levadas em consideração, sendo promovidas ações que enalteçam essa comunicação e os mantenham.

1.3.3 Solidão e Comunicação Verbal

Na Psicologia Social, isolamento é caracterizado pela “privação” de contatos sociais. Na Psicanálise, o desejo de isolar-se está presente e consciente. Ambos possuem um ponto em comum: a repressão (Freud, 1999). “O isolamento é sintoma comum na neurose obsessivo-compulsiva, mas é raro encontrar essa tendência nas pessoas normais.” (Freud, 1999 citado por Lopes; Lopes & Camara, 2010, p.378). Ou seja, pelo pensamento de Freud (1999), pessoas que se isolam, supostamente estão a vivenciar alguma experiência negativa, para assumir tal postura.

Em seu estudo sobre envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa, Bezerra; Nunes & Moura (2021) faz uma análise alinhando velhice e isolamento, chegando a afirmarem que: “Entre os fatores que tem se destacado como um potencial problema de saúde pública encontra-se o isolamento social.” Essa falta de convívio e de comunicação, com outras pessoas, e até mesmo, com o grupo familiar, pode acarretar mudanças na qualidade de vida do idoso. (Bezerra; Nunes & Moura, 2021).

Os mesmos autores acima citados, Bezerra; Nunes; Moura (2021) aponta, como sendo circunstâncias propiciadoras do desenvolvimento de quadros de isolamento e depressão entre idosos, além dos fatores relacionados com a saúde e fatores estruturais, como a política, outros que contribuem para esses quadros acima descritos:

“Fatores sociodemográficos e baseados em iniquidades sociais: ser mulher, solteiro ou viúvo, vivenciou perda de pessoas ou entes próximos, desempregado ou economicamente dependente, com baixa escolaridade, baixa competência em saúde, baixo poder de decisão, baixa renda familiar, sem filhos, menor tamanho de arranjo familiar, com pouca ou ausente vinculação religiosa, morar em área rural e questões geográficas, baixa mobilidade e acesso a transportes, sem acesso a um sistema de previdência social, morar em locais de cuidado residenciais ou instituições de longa permanência, estar hospitalizado;” (Bezerra; Nunes & Moura, 2021, p. 4).

Entende-se que as perdas socioeconômicas e sociais vivenciadas pelos idosos e avolumadas nessa fase da idade dos indivíduos contribuem para compreensão do fenômeno da solidão e do intenso processo de isolamento social vivenciado por muitos idosos. Assim sendo, essas características devem ser minimizadas e os vínculos preservados. Esses vínculos só poderão ser preservados, principalmente, através da comunicação verbal dispensada entre os envolvidos. As condições negativas que não possam ser eliminadas devem ser minimizadas através do apoio social e de organismos governamentais. Escutar as queixas e manter uma comunicação com esse idoso é parte

fundamental do processo para reduzir o risco para as vivências solitárias e entender, de fato quais as reais necessidades desse indivíduo idoso.

1.4 COMUNICAÇÃO VERBAL DA ENFERMAGEM: PROMOÇÃO DE BEM-ESTAR AO IDOSO INSTITUCIONALIZADO

Basicamente, uma equipe de Enfermagem, ao prestar cuidados aos idosos, nas condições descritas como solidão, associadas ou não à sintomas depressivos, busca-se iniciar a prestação destes com a manutenção de um bom diálogo com seu utente, de forma particular e humana. Sem a inclusão de uma comunicação verbal eficaz, nos processos de cuidados, a assistência pode ficar comprometida, pois pequenos detalhes, que são percebidos, quando se fala e demonstra suas necessidades, podem ficar perdidos ou camuflados.

“Comunicação em saúde remete para o estudo e utilização de estratégias de comunicação, para informar e influenciar as decisões das pessoas e das comunidades com base em conhecimentos, atitudes e práticas no sentido de promoverem a sua saúde (Ramos, 2012; Thomas, 2006 e Teixeira 2004) e ainda a melhoria da comunicação, do acolhimento e da humanização dos cuidados de saúde”. (Ramos, 2007 citado por Coelho, 2015, p. 53).

Já se conhece sobre o perfil do idoso em sintomatologia depressiva: aquele que tem um humor débil, autoestima baixa, melancolia, perda do interesse por coisas que antes, lhe era importante, alguns apresentando pensamentos suicidas, mudanças no sono, apetite, libidos, entre outros sintomas. Conhece-se também o perfil de um idoso em solidão que, basicamente, busca o isolamento, perdendo todo ou parte dos seus vínculos, outrora construídos. O enfermeiro pode e deve conhecer intimamente os gostos e desejos desses indivíduos antes do acometimento desses quadros e tentar manter ou criar uma relação amistosa e que gere confiança por parte do idoso, para que este possa comunicar as suas dores, necessidades e vontades.

“Para que haja um bom relacionamento enfermeira-paciente, o enfermeiro deve aceitar o paciente, chamando-o pelo nome, compreendendo seus direitos, não se afastando por causa de seu diagnóstico. Deve ainda, estimular o paciente a expressar seus sentimentos, entendendo também o significado de seus atos. O enfermeiro deve ter uma atitude não crítica, ou seja, os comportamentos do paciente não devem ser julgados, condenados e nem aceitos totalmente; deve ter firmeza no modo de agir, sendo sempre firme e coerente para que o paciente possa se sentir seguro, e toda a equipe deve ter a mesma postura.” (Martins, 1999, p.2)

No estudo desenvolvido por Coelho (2015), a mesma refere à importância da comunicação traçada, de forma adequada, pelo profissional de Enfermagem para alcançar

resultados terapêuticos positivos. O seu estudo permitiu concluir que, existem muitas formas de se comunicar com o utente, entre elas a escuta e o falar, aconselhar, entre outras.

Lazure (1994), ao discorrer sobre como o enfermeiro deve pautar suas ações de comunicação com o seu cliente, ressalta que, o enfermeiro para que possa agir adequadamente, deve, antes de mais, "Saber e acreditar que o cliente independentemente do seu problema de saúde, é o único detentor de recursos básicos para o resolver." (Lazure, 1994, citado por Alves, 2003, p.53). Isso quer dizer que, a comunicação pode e deve ser estabelecida no processo de cuidados, contudo a autonomia e a vontade do cliente deve ser sempre preservada, para se obter relações de ajuda eficazes. Para reforçar ainda mais essa forte relação entre os cuidados de Enfermagem e a comunicação empregada entre o profissional e o idoso, tem-se: "Para os enfermeiros, é importante a aquisição de conhecimentos científicos e técnicos sobre a problemática da comunicação, a fim de exercer digna e proficientemente a tarefa de ajuda ao idoso com competência e dedicação." (Alves, 2003, p.68). Se ocorrer uma falha comunicacional, efetivamente, o cuidado e a prestação da assistência, de forma eficaz estarão comprometidos.

A assistência de Enfermagem deve estimular a fala, a comunicação, para que se possa entender o que almeja esse idoso, o que o aflige e quais medidas sistematizadas podem ser empregadas no cuidado; lembrando sempre que essa avaliação comunicacional deve ser individualizada, pois cada ser tem suas particularidades. A expressão dos sentimentos se dá basicamente, e na maioria das vezes, através de uma boa e sincera conversa. Esta, podendo ser empregada com outros recursos como o toque, o olhar e a demonstração de interesse em resolver o problema do outro será valioso para o processo do cuidado. Para reforçar esse entendimento, Alves (2003) alerta para uma questão:

"Para que a comunicação seja eficaz é necessário saber ouvir, isto é, estar atento enquanto o idoso fala, mostrar disposição em partilhar a conversa. Por vezes o silêncio é necessário, pois transmite uma vontade de ouvir, uma aceitação sem transmitir dúvidas ou discordâncias, mas permanecendo atento às expressões faciais." (Alves, 2003, p.70).

A simplicidade fulgente do pensamento de Alves (2003) deixa claro que, a comunicação, através da fala se faz muito importante para o cuidado. Contudo, o enfermeiro precisa ir além desse limite. É preciso criar uma comunicação dotada de empatia, de disponibilidade em acolher e, acima de tudo, saber falar, mas também saber ouvir.

Nesse contexto, o enfermeiro pode: estimular que o utente diga o que sente, criando técnicas de interação enfermeiro-paciente, falar, mas também saber ouvir, permitir ao paciente a escolha sobre o que quer falar e como quer dizer, ficar ao seu lado, quando este

passa por crise, apoiando-o e também ressaltando suas características e ações positivas, seus valores. (Martins, 1999). Nessa perspectiva, Teixeira (1981, citado por Martins, 1999, p.422), diz que: “durante a fase depressiva, a assistência de enfermagem consiste em assumir responsabilidades pela segurança do paciente, dado o risco de suicídio e para isto, o enfermeiro deve estimulá-lo a falar, para que possa verbalizar seus sentimentos e ideias.” Essa citação veio para corroborar sobre a importância que se tem diante de uma boa relação profissional-paciente para proporcionar o suporte emocional que, principalmente o ser idoso necessita, quando toca a questão de problemas como a solidão e a sintomatologia depressiva. Esse suporte emocional é dado, principalmente, com a comunicação verbal, esta a principal forma de enaltecer e fortalecer os vínculos entre as pessoas.

Trabalhar a escuta, o silêncio, a não imposição de limitações, o fortalecimento para desenvolver a auto-vigilância e auto-cuidado também faz parte de ações que mantêm uma comunicação favorável e que geram resultados positivos à terapêutica. O paciente depressivo necessita estar em constante observação e ser estimulado e a reagir frente às dificuldades. Além dos fatores psicológicos e comunicacionais, a enfermagem e toda a equipe multidisciplinar tem fundamental importância no que diz respeito à manutenção de uma boa dieta, balanço hídrico, estimulação com a higiene e cuidado pessoal. (Martins, 1999). Percebem-se as diversas atribuições desenvolvidas pelo profissional de Enfermagem, categoria que muito contribui para desenvolver um atendimento humanizado e integral ao utente idoso. Todas estas, é necessário comunicar, seja para passar informações, aconselhar, educar, contribuir com o processo de construção da assistência e até estimular o próprio paciente a demonstrar suas reais necessidades, gerando relação de confiabilidade. É notório que a comunicação sempre será utilizada para alcançar os objetivos traçados, seja pelo profissional ou pelo paciente.

A aplicação da SAE (Sistematização da Assistência de Enfermagem) também é um grande alicerce para construir uma assistência livre de danos, com diagnósticos de enfermagem e assistências eficazes. Acima de tudo, a humanização do cuidado. O Saber, ver, ouvir e falar promoverá um bem-estar e qualidade de vida ao paciente. (Ferreira, 2014 citado por Borba e cols, 2019).

O entendimento sobre a SAE alinhado ao paciente idoso depressivo segue as seguintes etapas: a primeira é investigativa (anamnese e exame físico), determinando seu estado de saúde; através dessa coleta de dados, o enfermeiro parte para a segunda etapa que é traçar seu Diagnóstico de Enfermagem que servirá para a implementação das suas ações assistenciais; na terceira etapa e não menos importante, o planejamento dos resultados ou possíveis e futuros prognósticos. Na quarta etapa, são as ações de enfermagem, a prática da assistência e, por fim, a quinta etapa, advém com a avaliação da assistência prestada. Se há uma necessidade de mudança, se as ações estão sendo bem geridas ou, a depender

da evolução do paciente, necessitarão de mudanças. (Macedo e cols., 2015 citado por Borba, e cols., 2019).

Trazendo esta análise para as Práticas de Enfermagem, desenvolvidas por esses profissionais, em Portugal, no que tange à comunicação, a CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem): versão 1.0 (2006, citado por Coelho, 2015) refere que a Comunicação é, de fato, um foco de atenção em Enfermagem, deve ser usada como recurso, para diversas assistências desenvolvidas pelo Enfermeiro e 20% das ações classificadas são promovidas através da comunicação.

Percebe-se então, a vasta responsabilidade e trabalho desenvolvidos pelo profissional enfermeiro, que não deve esquecer-se jamais que, toda essa assistência deve ser prestada o mais precocemente possível, promovendo o bem-estar do seu cliente, identificando precocemente, seus desejos prezando por um acompanhamento mais conexo possível, holístico, sem esquecer que, os cuidados são prestados em caráter individualizado, humanístico e centrado no ouvir, falar e perceber as reais necessidades dos seus clientes.

No estudo de Doutorado de Coelho (2015), demonstra-se que 54,7% dos profissionais de Enfermagem, acreditam que a comunicação, de forma geral é terapêutica. Para 99,5% dos Enfermeiros, a comunicação, para ser terapêutica, primeiramente, deve atender à Individualidade da Pessoa e, logo depois (97,6%) identificar as reais necessidades de saúde da pessoa. Reforçando as informações, no estudo citado, a autora identificou que 90% dos Enfermeiros participantes, utilizavam-se de questões abertas e diretas para desenvolver a sua comunicação com o cliente. Dentre as intervenções mais identificadas, pelos profissionais inquiridos, que merecem o contributo de uma comunicação adequada estão: “promover a expressão de emoções/sentimentos e promover escuta ativa; ensinar; escutar, escuta ativa; apoiar e apoiar emocionalmente e /ou no luto e no processo de tomada de decisão.” (Coelho, 2015).

O idoso que vivencia, muitas vezes, um processo de solidão e/ou sintomas depressivos que, por exemplo, algumas vezes não conseguem transparecer suas emoções e anseios, acaba por se isolar do mundo ao seu redor. Daí a importância do fortalecimento das comunicações verbais para obter-se um conforto emocional a este utente, minimizar o isolamento, que muitos buscam e que, conseqüentemente, promove sentimentos de solidão e do aparecimento de sintomas depressivos. Isso foi bastante perceptível quando, ao se indagar os participantes do presente estudo, a maioria massiva confirma a importância da comunicação verbal, para promover o bem-estar individual. O resultado dessa pequena, mas importante análise está descrita no capítulo que trata sobre o método Pergunta Única.

2 METODOLOGIA

O desenvolvimento do trabalho em questão, inicialmente, se deu através de uma pesquisa bibliográfica (documental), de fundo exploratório e por fontes secundárias, obtendo-se as informações pertinentes, com a análise de artigos científicos, livros de autores referenciados com os conteúdos a serem explorados, sites de Organizações Mundiais de Saúde, base de dados que constam artigos científicos já publicados (scielo), projetos de lei, relacionados ao tema proposto, etc. (Lakatos & Marconi, 2003).

A pesquisa bibliográfica desencadeou também, uma análise crítica ao final do trabalho a desenvolver, corroborando com os resultados dos dados coletados e analisados. “Desta forma, a pesquisa bibliográfica não é mera repetição do que já foi dito ou escrito sobre certo assunto, mas propicia o exame de um tema, com novo enfoque ou abordagem, chegando a conclusões inovadoras.” (Lakatos & Marconi, 2003).

Além da pesquisa bibliográfica, foi realizado coleta de dados. Para preservar a identidade dos participantes, os dados foram tabelados, seguindo uma sequência numérica. Todos os respondentes tiveram acesso ao documento que esclarecia o propósito do Trabalho de Investigação e a aplicação dos já citados questionários. Foi disponibilizado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, antes mesmo da coleta dos dados. Os participantes estavam elegíveis à aplicação dos questionários, pois possuíam entendimento mínimo para poder responder as questões ali apresentadas, além de se apresentarem extremamente conscientes, lúcidos e orientados. Cada passo definido para o presente trabalho, serão abaixo explicados, mais detalhadamente.

2.1 QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO

Para o trabalho em questão, conforme os objetivos traçados e as pesquisas em torno do tema estabelecido, muitos foram os momentos de questionamentos. No entanto, os principais problemas identificados, geradores de mais pesquisas e escolha dos métodos de coletas de dados empregados, só fez sentido para se obter respostas quanto às indagações que se seguiam, na construção do presente. Para o trabalho em questão a problemática central surgida, se relaciona com a Solidão percebida pelos Idosos e sua forte relação com os Sintomas Depressivos.

De acordo com Fortin (2003, citado por Lopes, 2015), a questão de investigação é o fio orientador de todo o estudo e também a teia motivacional, onde o esforço e o tempo empregados no estudo geram os resultados esperados. Apesar de existirem muitas razões para a realização de um determinado estudo, é a questão de investigação que opera como sendo o motor impulsionador levando o estudo para um nível de reconhecimento, por parte da comunidade científica, como sendo um bom e verossímil estudo (Lopes, 2015). Destarte, as perguntas de partida são:

- ***Qual a prevalência de sintomatologia depressiva e de sentimentos de solidão no idoso institucionalizado?***
- ***Existe associação entre a Sintomatologia Depressiva e a Solidão no Idoso Institucionalizado?***
- **Qual a percepção de bem-estar do Idoso Institucionalizado em relação à comunicação Verbal do Enfermeiro?**

2.2 OBJETIVOS DO ESTUDO

Já conhecendo às Questões de Investigação, que merecem respostas, através da coleta de dados, análise e confronto com outros estudos surgiram também os objetivos que se quer alcançar com o presente estudo. Quais sejam: Como Objetivo Geral tem-se: Refletir acerca da Institucionalização da pessoa idosa, no âmbito da Saúde Mental. Como Objetivos Específicos, baseiam-se em:

- 1) Contextualizar a problemática da institucionalização da pessoa idosa e a sua relação com a sintomatologia depressiva;
- 2) Conhecer a literatura científica existente acerca da importância da comunicação verbal para o idoso institucionalizado com sintomatologia depressiva e solidão;
- 3) Avaliar a associação entre a Solidão e os Sintomas Depressivos no Idoso Institucionalizado;
- 4) Aferir a percepção de bem-estar do idoso institucionalizado acerca da comunicação verbal prestada pelo Enfermeiro.

Os objetivos precisam estar elencados com toda a construção do trabalho; através deles, conseguiremos também responder os questionamentos feitos, anteriormente.

Para Prodanov & Freitas (2013, p. 124), os objetivos devem se basear na seguinte questão: Para quê deve-se construir esse trabalho? Muito ligado ao tema, o Objetivo geral deve ser traçado de forma mais abrangente. Já os objetivos específicos, como o próprio nome sugere, tratam de questões mais particulares, detalhadas, mas também contribui para se alcançar o objetivo geral.

2.3 HIPÓTESES DE INVESTIGAÇÃO

A formulação de hipóteses é um processo essencial na elaboração de um trabalho de investigação, uma vez que todos os resultados obtidos irão depender diretamente, da forma como estas foram elaboradas.

As hipóteses são suposições que são vistas como sendo respostas possíveis e provisórias para o problema de pesquisa. As hipóteses são provisórias porque podem ser confirmadas ou refutadas com o desenvolvimento da pesquisa. Para Lakatos & Marconi (2003) as hipóteses são enunciados formais das relações previstas entre duas ou mais variáveis. É uma previsão baseada na teoria ou numa proposição. A hipótese combina o problema com objetivo numa explicação ou previsão clara dos resultados esperados num estudo. As hipóteses são a base da expansão dos conhecimentos quando se trata de refutar uma teoria ou de a apoiar. A hipótese inclui as variáveis em estudo, a população-alvo e o tipo de investigação a realizar (Lakatos & Marconi, 2003). Para Pereira (2013) as hipóteses podem ser formuladas antes da coleta de dados, quando se há uma questão de partida a responder, funcionando como um guião para o desenvolvimento do trabalho, para a coleta de dados, avaliação e entendimento do mesmo.

Tendo em conta o referencial teórico e também as questões de partida, as hipóteses traçadas para este trabalho foram as seguintes:

- **H1:** A relação da sintomatologia depressiva e de sentimentos de solidão no idoso institucionalizado é elevada.
- **H2:** Idosos com maiores níveis de solidão apresentam uma maior prevalência de sintomas depressivos.
- **H3:** O idoso institucionalizado sente bem-estar quando o enfermeiro comunica de forma verbal com ele.

2.4 DESENHO DO ESTUDO

O presente estudo comportou duas fases: na primeira fase foi realizada uma pesquisa bibliográfica (documental), obtendo-se as informações pertinentes, com a análise de artigos científicos, livros de autores referenciados com os conteúdos a serem explorados, sites da Organização Mundial de Saúde, projetos de lei relacionados ao tema, traçando-se as variáveis, objeto do estudo (Lakatos; Marconi, 2003, 259-263). Na segunda fase foi realizado um estudo transversal quantitativo.

Por conta da aplicação dos questionários, o método conhecido como Estatístico: este visa simplificar e representar as informações coletadas de maneira a trazer as respostas que se deseja conhecer, em números percentuais (quantitativo). Parte da informação e da coleta de dados serão quantificadas. Para além dessa racionalidade, a estatística também é usada para análise dos dados encontrados. (Lakatos & Marconi, 2003).

2.5 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo refere-se aos idosos institucionalizados. A amostra foi composta por um conjunto de utentes que residem numa ERPI de um concelho rural – Estrutura Residencial para pessoas idosas. Estavam elegíveis para responder aos questionários citados, em uma população de 87 internos, 22 idosos. Os critérios de inclusão da amostra foram os seguintes: indivíduos idosos, acima dos 60 anos, ambos os sexos, comunicantes, responsivos e que possuam um grau de instrução mínima compatível para responder questões simples do cotidiano pessoal, inclusas nos questionários apresentados.

Como critérios de inclusão da amostra populacional: foram coletadas informações, de indivíduos comunicantes, responsivos e que possuíam um grau de instrução compatível para responder questões simples do cotidiano, presentes nos questionários. Ou seja, se falar em qualidade da amostra, teremos o tipo não probabilístico, aquele que ocorre definindo os elementos da amostra. A amostra foi definida de forma tradicional (Bayesiana), pois a mesma foi definida antes mesmo da coleta dos dados. O método de amostragem utilizado foi o de conveniência. (Escola Superior de Tecnologia e gestão de Viseu [ESTGV], 2007, p. 6).

2.6. RECURSOS MATERIAIS

Os recursos materiais que foram empregados constam: sala própria para conversas de forma privativa, presença do participante (utente) e entrevistador (Mestranda). Aplicação de luz azul para proporcionar um ambiente mais confortável e tranquilizante, mesa e cadeiras, além de um sofá, que foi utilizado por alguns participantes, alegadamente, por se sentirem mais confortáveis ali; além dos questionários impressos, caneta, telemóvel e computador para trabalhar posteriormente, com as informações. Todos esses dados foram coletados mediante a assinatura prévia por parte do utente do consentimento informado, livre e esclarecido, autorizando a participação no estudo; tendo sido explicado cada passo do processo.

2.7 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A opção pelos seguintes instrumentos incidiu, fundamentalmente, para responder aos objetivos do presente estudo e confirmar as hipóteses sugeridas. Pensou sobre o uso dos documentos, em decorrência da sua fácil aplicabilidade e compreensão. Usou-se, então:

- Escala de Depressão Geriátrica (versão Portuguesa, autorizada pela Dr^a Margarida Pocinho)
- Escala de Solidão da UCLA (também na versão Portuguesa, autorizada pela Dr^a Pocinho, M.).
- Método de Pergunta Única
- Questionário Sociodemográfico.

A partir daqui, explicar-se-á, resumidamente, sobre cada instrumento de coleta de dados utilizado no presente trabalho. Todos, também foram dispostos em anexo ao trabalho.

2.7.1 Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico teve como objetivo principal coletar informações acerca dos participantes; questões diretamente relacionadas com a idade, nível social e acadêmico, onde viviam, com quem viviam e se possuíam visitas frequentes e de quem. Coletaram-se dados como gênero (sexo) e estado civil, além de precisar que os participantes, efetivamente, formavam o perfil amostral, anteriormente definido para o estudo (idosos, acima de 60 anos, com educação básica mínima, para responder tais questionários). Isso trouxe um apanhado de informações importantes para caracterizar os participantes do estudo. Este questionário fica disponível, em anexo ao trabalho.

2.7.2 Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

Para o presente trabalho recorreu-se à Escala de Depressão Geriátrica (EDG) para a avaliação do humor depressivo, tendo esta sido construída por Yesavage e cols. (1986). A escala foi adaptada e traduzida para a população Portuguesa por Pocinho, Dias e Farate (2010).

Esta é uma escala construída para avaliar a sintomatologia depressiva na população idosa, caracterizando-se por ser também uma escala autoavaliativa. É um instrumento de rápida e fácil aplicação. Também foi criada de forma a facilitar a compreensão e aplicabilidade (Veríssimo, 2006, citado por Teixeira, 2010).

É composta por 28 questões, onde o idoso responde com 'sim' ou 'não', de acordo como se sentiu relativamente àquela semana, da aplicação do questionário. Se o indivíduo responder 'Sim' nos itens 2 a 4, 6, 8, 10 a 14, 16 a 18, 20, 22 a 26 e 28, atribui-se um ponto a cada um destes itens, caso contrário, ou seja, se o sujeito responder "Não" a alguma destas mesmas questões, a pontuação a atribuir será de zero. Cota-se igualmente com um ponto por item se o sujeito responder 'Não' nas questões 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30, e com zero, se a sua resposta for 'Sim' (Barreto e cols., 2003; GEECD, 2003, citado por Teixeira, 2010). No final, a pontuação total é dada pela soma aritmética dos pontos atribuídos a cada um dos itens, constando em cada pergunta, a pontuação atribuída a mesma.

Com a pontuação final obtida, têm-se as seguintes interpretações: a) uma pontuação final compreendida entre 0 e 10 pontos indica ausência de depressão; b) pontuações entre 11 e 20 pontos correspondem a uma depressão ligeira; e c) pontuações entre 21 a 30 pontos equivalem a uma depressão grave (Barreto e cols., 2003, GEECD, 2003 citado por Teixeira, 2010).

A escolha deste instrumento teve como objetivo avaliar o nível de depressão na amostra de idosos estudada. Escolheu-se a EDG por ser um dos instrumentos mais utilizados para o rastreamento da depressão na população geriátrica, tendo sido desenvolvida especificamente para os idosos, e por ser uma escala prática e de fácil entendimento. Pretendia com ela, perceber se haviam casos de sintomas depressivos e/ou depressão nos idosos participantes, em uma comunidade específica, e o grau dessa depressão.

2.7.3 Escala de Solidão - UCLA

A Escala da Solidão (UCLA - Loneliness), para Idosos Portugueses é fácil, ligeira e de fácil aplicação, com altos níveis de validade e de fiabilidade no que concerne a avaliação da solidão de forma geral, associados a outros fatores pessoais, sociais e emocionais.

Neto (1989) adaptou esta escala à população portuguesa, justificando-se por ser uma das escalas mais utilizadas na investigação para a avaliação da solidão e dos sentimentos associados na fase idosa. Anteriormente, a escala de solidão (UCLA) relacionava-se a uma escala de heteroadministração, originalmente constituída por 16 itens, excluindo as perguntas: 3,6,14 e 20, segundo conclusão final da autora responsável pela adaptação e da versão Portuguesa, tendo como objetivo: caracterizar o sentimento de solidão vivenciado por idosos em instituição. Esta escala foi desenvolvida para avaliar os sentimentos subjetivos de solidão ou de isolamento social, tendo sido desenvolvida a partir de frases utilizadas por indivíduos, considerados solitários. (Russel, 1996 citado por Pocinho 2010). Inicialmente, todas as questões encontravam-se formuladas em sentido negativo, ou sentido da solidão, nos quais os respondentes indicavam a frequência com que experienciavam sentimentos de solidão, numa escala que variava desde 1 (nunca) e 4 (frequentemente).

Na UCLA também se avalia pontos ligados à Solidão como: o Isolamento Social e as Afinidades. Entretanto, para o trabalho em questão, esses pontos não foram tratados, individualmente, sendo avaliados os resultados, de forma geral.

Há que frisar, quanto ao índice de fidedignidade desta escala; pela avaliação Alpha de Cronbach, apresenta-se com níveis elevados, se aplicado com os 16 itens, resultando em um valor de 0,905. Outro fator preponderante, avaliado por Pocinho; Farate & Dias (2010) é o que corresponde às possíveis influências relacionadas com as características do entrevistador. Entretanto, estas características não influenciam no resultado final.

Na avaliação feita por Pocinho; Farate & Dias (2010), se fez uma correlação da variável dependente Solidão, com outras, como: relações familiares, idade, perdas recentes de entes queridos, etc. Confirmou-se que, quando há um equilíbrio entre as relações familiares, quando o idoso não vivencia perdas de entes queridos, tendencialmente, os valores obtidos como resultados para Solidão caem. Já se, os idosos sofrem perdas, ou participam de relações familiares maléficas, os valores avaliados da Solidão, sobem significativamente.

De forma geral, a UCLA, versão Portuguesa, foi composta por 16 itens, tem uma elevada consistência e fidedignidade, tendo, na população portuguesa, ponto de corte de 32, ou seja, idosos que respondem ao questionário, ao cálculo final dos pontos obtidos, apresentarem valores > 32, indica-se experiências com sentimentos negativos da Solidão. (Pocinho; Farate & Dias, 2010)

Esta escala considera a solidão como sendo um estado psicológico, ou seja, indivíduos diferentes podem experienciar sentimentos de solidão, em diversas circunstâncias das suas vidas, ao longo dos seus percursos, sendo, por isso, um fenômeno unitário que vai mudando de intensidade (Neto, 1989). De forma global, quanto maior a pontuação, maiores serão os sentimentos de Solidão. (Pocinho; Farate & Dias, 2010). A escala avalia duas dimensões: afinidade e isolamento social – estas, muito relacionadas com os quadros de Solidão apresentados pelos idosos, conforme demonstrado ao longo da pesquisa sobre o tema. (Pocinho; Farate & Dias, 2010)

A escala usada foi confeccionada da seguinte forma: os participantes responderam às questões simples, com as devidas respostas: “*Nunca*” - 1, “*Raramente*” - 2, “*Algumas vezes*” – 3 “*Frequentemente*”– 4. A pontuação final foi obtida através do somatório dos 16 itens, sendo que, quanto mais elevado for a pontuação final, maior é o nível de solidão A escala, assim como já foi dito, quanto mais baixa for à pontuação menor será a o sentimento de solidão vivenciado pelo idoso participante.

Durante anos, a solidão foi ignorada, apoiada na falsa perspectiva que esse sentimento fazia parte da vida das pessoas. No entanto, e com a evolução dos estudos da área, provou-se que a solidão, especialmente entre os idosos, constitui-se uma condição altamente debilitante, sendo que, quanto mais tempo os indivíduos sofrem com ela, mais vulneráveis ficam aos fatores de risco físicos e psicológicos advindos da sua presença (Pocinho, 2007). Tendo em conta a revisão feita e as consequências que a solidão tem para a população idosa, parece ser evidente que se deve fazer um diagnóstico independente da solidão, sendo de suma importância uma avaliação preliminar da solidão e sentimentos associados de forma a prevenir outros problemas decorrentes, como é o caso da depressão. Para o trabalho em questão, o exemplar utilizado está disponibilizado em anexo.

2.7.4 Método de Pergunta Única

No trabalho, ao nível da coleta de dados, foi realizado, para iniciar a aplicação dos questionários seguintes, criar um vínculo primário entre entrevistador e entrevistado, uma pergunta única, fio condutor para a coleta dos demais dados. A pergunta a seguir, pôde ser respondida com 5 opções: “Sente-se bem quando o enfermeiro fala consigo? ”, tendo as seguintes assertivas: 1 –muito mal, 2- mal, 3 - indiferente, 4- sinto-me bem e 5- sente-se muito bem. As respostas serão extremamente úteis para perceber, de forma clara, as opiniões e sensações de bem-estar que esses idosos sentem, ao criar uma comunicação verbal (fala) com o enfermeiro, que lhe presta cuidado, na Instituição. A partir das respostas e com os conteúdos bibliográficos analisados, fazendo uma associação entre estas informações, pode-se fundamentar e defender a importância de se desenvolver excelentes comunicações verbais, com o idoso institucionalizado, que podem sofrer com quadros de solidão e/ou depressão, ou ambos. O exemplar dessa pergunta também ficará anexo ao trabalho.

2.8 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para se proceder à análise dos resultados provenientes dos instrumentos anteriormente apresentados utilizaram-se métodos estatísticos, recorrendo à utilização dos programas SPSS e Excel. O principal objetivo da Estatística é fornecer técnicas e métodos para se trabalhar de forma racional com situações incertas. A estatística é considerada um conjunto de métodos e técnicas de pesquisa que envolve a planificação de experiências, de recolha e a organização de dados, a inferência, o processamento, a análise e a divulgação de informação. Para a interpretação dos dados quantitativos oriundos do questionário recorreu-se à estatística descritiva e a testes estatísticos, nomeadamente ao Coeficiente de Correlação de Pearson, significando que, entre duas variáveis distintas, existe correlação mútua entre elas. Duas variáveis X e Y, por exemplo, devem possuir uma covariância que mede o grau de relação entre as duas. (Guimarães, s.d)

2.9 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Para a realização deste estudo, e antes da coleta de dados, obteve-se autorização da Comissão de Ética da Intituição de Ensino e da instituição onde foram coletados os dados. Foi ainda solicitada autorização prévia, por parte dos autores dos questionários aplicados, tendo sido colocado em anexo a este documento, com as devidas autorizações, concedida por via eletrônica, entre as partes.

Para a realização do presente trabalho levou-se em consideração três procedimentos éticos: a confidencialidade dos dados, o anonimato dos participantes e o consentimento informado dos participantes. No que concerne à confidencialidade dos dados, a recolha foi realizada em ambiente privado, garantindo deste modo, a privacidade do utente e confidencialidade das informações que foram coletadas. Importa informar que, após a conclusão da dissertação de mestrado e defesa do presente trabalho acadêmico, os dados originais serão destruídos.

No que concerne ao anonimato dos participantes lhe foram atribuídos códigos numéricos, sendo estes conhecidos apenas pelo investigador, não contendo qualquer tipo de elemento identificador do idoso. Os dados serão analisados globalmente e nunca individualmente.

Por fim, foram coletados os consentimentos informados dos participantes, de acordo com o modelo vigente da CEIPP (Comissão de Ética e Pesquisa do Instituto Politécnico de Portalegre). O consentimento informado permitiu aos participantes, conhecer o propósito do estudo, a importância da participação do idoso, o eventual entendimento das questões ali discriminadas e a autorização para usá-las, para fins de estudo e elaboração do presente trabalho. Dito isto, descreve-se a seguir, a apresentação dos resultados, de forma tabelada, a posteriori, a discussão dos resultados alcançados, conjugando e comparando com os resultados de pesquisas alcançadas por outros autores, que trataram do mesmo tema, em momentos distintos.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1. APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

3.1.1 Características Sociodemográficas

Para o estudo foi aplicado um questionário para a caracterização sociodemográfica da amostra. O universo total de participantes/ respondentes foi de 22, sendo que esses dados foram coletados conforme documentos que estão no processo de admissão e entrevista dos residentes da Instituição onde se deu a coleta. Os resultados podem ser observados na tabela 1:

Tabela 1: Características Sociodemográficas

DADOS	Total (N = 22)
Sexo	
Feminino	14(63.6%)
Masculino	8 (36.4%)
Idade	
67–76	2 (9.1%)
77–86	8(36.4%)
≥87	12 (54.5%)
Estado Civil	
Solteiro	2 (9.1%)
Casado	3 (13.6%)
Viúvo	17(77.3%)
Divorciado	0 (0%)
Nível Escolar	
Analfabeto	2 (9.1%)
Sabe Ler e Escrever	5 (22.7%)
2º e 3º ciclo	3 (13.6%)
Superior	1 (4.5%)
4º Classe	11 (50%)
Profissão	
Ajudante de Lar/ centro dia	1 (4.5%)
Bióloga/restauradora	1 (4.5%)
Comerciante	2 (9.1%)
Costureira(o)	2 (9.1%)
Cozinheiro (a)	2 (9.1%)
Dona do Lar	1 (4.5%)
Empregada(o) de Balcão	1 (4.5%)
Empregada Domestica	1 (4.5%)
Guarda Florestal	1 (4.5%)

Pedreiro	1 (4.5%)
Porteiro	1 (4.5%)
Serralheiro	1 (4.5%)
Trabalhador Fabril	2 (9.1%)
Trabalhador Rural	4 (18.2%)
Trabalhador Ferroviário	1 (4.5%)
Nível Sócio- Económico	
Baixo	7 (31.8%)
Médio	14 (63.6%)
Alto	1 (4.5%)
Tem Visitas Familiares	22 (100%)
Periodicidade visitas	
Semanalmente	4 (18.2%)
Quinzenalmente	9 (40.9%)
Mensalmente	8 (36.4%)
Anualmente	1 (4.5%)
De quem recebe visitas?	
Filhos	18 (81.8%)
Irmãos	3 (13.6%)
Outros Familiares	20 (90.9%)
Amigos	4 (18.2%)

Como se observa, pela análise da tabela 1, a maioria dos respondentes foi do sexo feminino (63,6%), o que correspondeu a 14 respondentes. Dentre os inquiridos, 77,3% dos respondentes não tinham mais o companheiro(a) ao lado, o que corresponde a 17 respondentes. Apenas um respondente possuía nível superior; a maioria (50%) possuía quarta classe. A Média de idade encontrada entre os participantes foi de 84,8 (Desvio Padrão = 7,3 anos), isso, em 12 respondentes. No que concerne ao nível socioeconómico, a maior parte da amostra (63,3%) apresentou um nível socioeconómico médio, o que representou 14 respondentes, seguido de 31,8% com um nível socioeconómico baixo - 7 respondentes, e 4,5% com nível sócio económico alto - apenas 1 respondente. Por fim, todos os respondentes ainda recebem visitas; dentre os 22 participantes, a maioria recebem visitas dos filhos (81.8%), o que corresponde a 18 respondentes; e/ou outros familiares (90.9%), o que corresponde a 20 respondentes. De realçar que apenas 18.2% dos respondentes recebe visita de amigos, o que corresponde a 4 respondentes.

3.1.2 Resultados da EDG

A tabela 2 apresenta as pontuações referentes aos dados coletados quanto à Depressão Geriátrica. Nesta, encontram-se a frequência com que se dá o evento (Depressão) e a Percentagem da mesma. Os dados obtidos foram trabalhados na plataforma Excel.

Tabela 2: Resultados da EDG

	Depressão	
	Frequência	Percentagem (%)
Não	10	45,5
Sim	12	54,5
Total	22	100,0

Dentre os 22 idosos, 12 (54,4%) dos respondentes possuem sintomatologia depressiva; destes: 40,9% (9 participantes), se enquadram em um humor depressivo ligeiro (entre 11 a 20 pontos), enquanto que 13,6% dos respondentes (3) enquadram-se sintomas depressivos grave (entre 21 a 30 pontos), segundo a avaliação da EDG. Importante salientar que, dos 10 participantes, que não possuem Depressão, seis deles (60%) obtiveram resultados limítrofes para o aparecimento de Sintomas Depressivos ou seja, se aproximando ao limite de pontos entre um resultado negativo para Depressão, para um saldo relacionado com sintomas depressivos ligeiros.

3.1.3 Resultados da Escala UCLA

A escala a seguir teve a sua aplicação de forma integral como consta em anexo, no momento da coleta de dados. No entanto, para cumprir os requisitos relacionados com a escala revisada, adaptada pela Pocinho (2010) para a comunidade Portuguesa, os itens 3, 6, 14 e 20 foram excluídos da contabilização dos pontos. Excluindo-se os itens referidos, a variação de pontos que se pode alcançar é entre 16 e 64 pontos, de forma geral, quanto maior a pontuação, maior serão os Sentimentos de Solidão. Se se fosse utilizado os itens excluídos, a pontuação alcançaria níveis maiores. Assim sendo, seguem os resultados alcançados:

Tabela 3: Resultados da Escala de Solidão (UCLA)

	Solidão	
	Frequência	Percentagem
Não	4	18,2
Sim	18	81,8
Total	22	100,0

Dentre os 22 idosos, 18 (81,8%) dos respondentes possuíam sentimentos de Solidão. Quatro participantes (18,2%), não apresentaram quadros de Solidão. Dos 18 respondentes, que vivenciam sentimentos de Solidão, 13 deles (72,2%) apresentaram pontuações acima dos 40. Sabe-se que, quanto maior os níveis de pontuação, maior também serão os sentimentos negativos de Solidão vivenciados por esses idosos.

3.1.4 Média e Desvio Padrão – UCLA e EDG

Na tabela a seguir, está descrito a Média (M) encontrada da EDG e da UCLA, bem como o Desvio Padrão (DP) e os valores mínimos e máximos que foram encontrados, para cada um dos resultados dos Questionários aplicados. Os valores atribuídos foram calculados através do programa SPSS.

Tabela 4: Média e Desvio Padrão – EDG e de UCLA.

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
EDG	11,9	6,3	2	25
Escala de Solidão (UCLA)	43,2	12,0	24	60

Relativamente à EDG, a Média encontrada foi de 11,9 (DP=6,3) e em relação à Escala da Solidão (UCLA), a Média encontrada foi de 43,2 (DP = 12,0). O valor mínimo encontrado, como resultado, para a EDG foi de: dois (2). Já o valor máximo, encontrado com o somatório das respostas, foi de 25. Voltando essa mesma análise para a escala da Solidão, tem-se como valor mínimo encontrado: 24 e valor máximo: 60.

3.1.5 Resultados da Pergunta Única

3.1.5.1 Hipótese 3: O Idoso Institucionalizado sente bem-estar, quando o Enfermeiro comunica, de forma verbal com ele.

Para iniciar a aplicação dos Questionários e, conseqüente, coleta de dados, pensou-se em, primariamente, traçar uma conexão com os respondentes. A forma mais simples planejada passou por realizar, ao principio, uma Pergunta de Partida, que foi respondida de forma simples e rápida. Essa pergunta também proporcionou uma análise quanto à percepção que os Idosos, ali Institucionalizados tinham quanto à Comunicação do Enfermeiro para com eles, e se esta era positiva ou não. A Pergunta Única foi a seguinte: Sente-se bem quando o enfermeiro fala consigo? Os respondentes tinham como alternativas de respostas: 1 – Muito Mal, 2 - Mal, 3 - Indiferente, 4 -Bem, 5- Muito Bem. Os resultados estão identificados, na tabela abaixo.

Tabela 2: Resultados da Pergunta Única

Sente-se bem quando o Enfermeiro fala consigo?		
	Frequência	Porcentagem (%)
Mal	1	4,5
Indiferente	1	4,5
Sinto-me Bem	8	36,4
Muito Bem	12	54,6
TOTAL	22	100

A maioria dos participantes (54,6%) respondeu que se sente muito bem (alternativa 5) ao perceber que o enfermeiro fala com eles. Dentre os 22 respondentes, oito deles (36,4%), sentem-se bem, ao traçar essa comunicação com o Enfermeiro (alternativa 4).

3.1.6 Coeficiente de Correlação entre UCLA e EDG

A Correlação de Pearson é traçada a partir de duas variáveis, que são avaliadas, em simultâneo, para identificar o grau de relação entre ambas. As principais variáveis, no trabalho em questão são: a Sintomatologia Depressiva, avaliada pela Escala de Depressão Geriátrica e a Solidão, avaliada, consequentemente pela Escala UCLA, conforme já citado.

O Coeficiente de Correlação de Pearson lida com três vertentes: uma é identificar se a correlação é positiva e forte (valores aproximados a 1), outra é identificar se a mesma relação produz associação forte, porém negativa (valores aproximados a -1), ou se, finalmente, não existe correlação entre as variáveis em questão. Se o resultado for próximo a -1, diz-se que há uma correlação de forma negativa, ou seja, quando o valor de uma variável cresce, a outra diminui. Se obtiver valores próximos a +1, diz-se que a correlação é positiva, ou seja, quando o valor de uma cresce, a outra também irá crescer e, por fim, se encontrar valores próximos ao zero, a correlação é inexistente. Esclarecido a questão, seguem os resultados da correlação e a confirmação das hipóteses, anteriormente traçadas.

3.1.6.1 Hipótese 1: “A relação de sintomatologia depressiva e de sentimentos de solidão no idoso institucionalizado é elevada.” está sendo confirmada com a correlação realizada através do Coeficiente de Correlação de Pearson, pois em ambos os casos, mais da metade da amostra apresentou sentimentos depressivos e de solidão, concomitantemente.

3.1.6.2 Hipótese 2: Idosos com maiores níveis de Solidão apresentam maior Prevalência de Sintomas Depressivos. Através dos dados acima já descritos e com a relação positiva encontrada no presente estudo, consegue-se confirmar a referida hipótese.

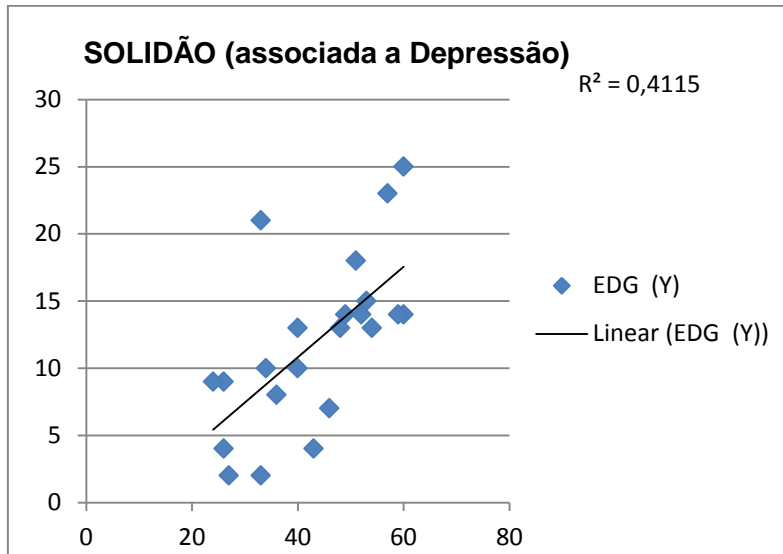
A tabela 6 demonstra os valores encontrados com a correlação feita. Traçando-se também o Gráfico de Dispersão (coeficiente de determinação R^2), que será colocado a seguir a tabela, pode se evidenciar, em percentagem de 41,1%, que ocorreu uma linearidade com relação as duas variáveis trabalhadas. Entretanto, o valor mais importante para o trabalho em questão é o Coeficiente de Correlação de Pearson, que chegou a valor estatístico de 0,641, conforme dado da tabela, mostrando assim, que existe uma correlação positiva entre estes dois construtos, ou seja, quando os valores da Solidão aumentam, também os valores da EDG irá crescer. Na prática, pode-se afirmar que, quanto mais os idosos avaliados, experienciam sentimentos de solidão existe também uma maior prevalência de que esses se deparem com sintomas depressivos.

Avaliando o valor encontrado para a correlação das duas variáveis específicas, na amostra que foi alvo de análise e coleta dos dados, entende-se claramente que, a hipótese desenvolvida para o trabalho em questão vai ao encontro do que o enunciado descreve. Nesse sentido, percebe-se uma correlação positiva, visto que o valor de 0,641 está próximo ao um (1), confirmando assim o que trata a hipótese acima.

Tabela 6: Correlação entre os valores da UCLA e da EDG

	Correlação de Pearson	p value
Escala de Solidão (UCLA) versus Escala de Depressão Geriátrica	0,641	< 0,001

Gráfico 1: Coeficiente de Dispersão



3.2 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Primeiramente, no que concerne ao perfil sociodemográfico da amostra, constatou-se que a maioria era do sexo feminino, chegando ao percentual de 63,6%, correspondente a 14 mulheres e 36,4%, que corresponde a 8 homens. Esse ponto se confirma com a análise dos dados coletados, onde se percebe claramente a predominância do sexo feminino; isso se deve basicamente, a dois fatores: a predominância de mulheres, na população Portuguesa e também, a expectativa de vida ser maior no gênero feminino. De acordo com o INE (2020): “O índice de envelhecimento em Portugal quase duplicará, passando de 159 para 300 idosos por cada 100 jovens, em 2080, em resultado do decréscimo da população jovem e do aumento da população idosa.” (INE, 2020, p.4-6). Trazendo para uma realidade ainda mais recente, o Censo Provisório do INE (2021), chegou a seguinte conclusão:

“Em 2021, a população masculina recenseada em Portugal é de 4 921 170 e a população feminina 5 423 632. A relação de masculinidade é de 90,7 homens por 100 mulheres, refletindo um maior desequilíbrio entre os volumes populacionais dos dois sexos, comparativamente com 2011, ano em que esta relação era de 91,5 homens por 100 mulheres.” (INE, 2021, p.5)

A zona do Alentejo possui, atualmente, um valor expressivo, no que corresponde à população idosa. (27%) Desde 2011, os índices de envelhecimento da população Alentejana demonstram-se sempre uma crescente. (INE, 2021)

Ao abordar o gênero e o estado civil, percebe-se que existem mais homens solteiros (46,8%), que mulheres (40,2%). Em se tratando da viuvez, a predominância é enorme entre a população feminina: 11,7%, em comparação com os homens, com apenas 3%. (INE, 2021)

É interessante perceber as características do grupo estudado. E o sexo é uma das características importantes para conhecer um pouco acerca dos participantes; entretanto não foi feita nenhuma relação entre o sexo e as duas variáveis principais do estudo, sendo que a relação gênero e outras variáveis não foram analisadas no trabalho em questão dado o tamanho pequeno da amostra não permitir generalizar os resultados.

Quanto à escolaridade, verificou-se neste estudo que, 50% dos idosos, metade da população avaliada, frequentaram até a 4.^a classe; e 9,1% dos idosos, o que corresponde a 2 respondentes são analfabetos.

As duas configurações, acima descritas (gênero e escolaridade) foram também tratadas no estudo desenvolvido por Rodrigues (2011), onde os resultados alcançados condizem com o presente trabalho: “caracterizam os 62 idosos que constituem a amostra deste

estudo. Do total da amostra 71% pertence ao sexo feminino e apenas 29% ao sexo masculino.” (Rodrigues, 2011 p. 22). Outro estudo de Pocinho (2007), para a sua Tese de Doutoramento, a população adscrita no estudo sobre o Idoso Alentejano, obteve-se os seguintes valores: os idosos em questão tinham idades iguais ou acima dos 64 anos, sendo a amostra, na zona do Alentejo, compreendida por 370 idosos; entretanto, outros idosos, de outras regiões de Portugal, também participaram das entrevistas, sendo predominantemente, do gênero feminino. (Pocinho, 2007).

Finalmente, os três pontos referidos acima (gênero, idade e escolaridade), apesar de não ser o ponto central do presente estudo, nos diz muito sobre a população que participa do mesmo, e se esta, está ou não, em conformidade com outros estudos que envolvam à população idosa. É certo que, estas variáveis podem ser objetos de estudo futuros. Então, para finalizar esse ponto da discussão dos resultados, segue a citação, com a informação também gerada pelo estudo traçado por Pocinho (2007), dentro do mesmo contexto, de analisar a população idosa, na região que se deu este estudo.

“O nosso grupo de controlo ficou maioritariamente constituído por mulheres, idosos com idades compreendidas entre os 64 e 74 anos, a maior parte deles são casados ou viúvos e têm escolaridade igual ou inferior ao actual 1.º ciclo do ensino básico, tal como acontece na síntese descritiva dos resultados dos Censos de 2001 (INE, 2004).” (Pocinho, 2007, p.260)

Os idosos participantes no presente estudo, segundo a coleta dos dados Sociodemográficos, vivem em situação de viuvez, majoritariamente. Dos 22 participantes, 77,3%, ou seja, exatamente 17 idosos, estão em situação de viuvez. Essa condição, vivenciada pelos idosos dessa instituição, poderá contribuir para o aparecimento dos Sintomas de Solidão, percebidos quando da análise dos dados percentuais coletados. A comparação das duas variáveis: Solidão e Viuvez, não foram potencialmente analisadas. Contudo, essa afirmativa foi tratada em estudos encontrados, onde se percebe que, com a viuvez, o idoso vivenciará sentimentos de solidão, que podem gerar, futuramente, sintomas depressivos. Com essa solidão, este começa a isolar-se do mundo ao seu redor.

No estudo realizado por Izal & Montorio (1999, citado por Fernandes, 2007) sobre Solidão e Viuvez, os autores defendem que: “nos idosos, a viuvez é frequentemente responsável pelo aparecimento de sintomatologia depressiva, e associada ao desenvolvimento de processos mórbidos graves.” (Fernandes, 2007, p.137). Nesse mesmo estudo de Fernandes (2007) outro autor também foi citado para corroborar a relação existente entre Solidão e Viuvez.

“Eliopoulos (2001), admite para a viuvez, como sendo “um evento que altera a vida familiar dos idosos. A perda do parceiro com quem compartilhou seu amor, experiência de vida, alegrias e tristezas pode ser intolerável. A adaptação a essa perda significativa é somada à necessidade de aprender uma nova tarefa: viver só”. (Fernandes, 2007, p.138)

Grandes estudiosos, no campo da Psicologia e Gerontologia, Rossell, Herrera & Rico (2004), afirmaram em seu livro sobre Psicogerontologia que: “a solidão é uma das queixas mais frequentes entre a população idosa. Isto resulta da saída dos filhos para o mercado de trabalho, com deslocação para uma cidade diferente, com a chegada da reforma e com a viuvez.” (Rossell; Herrera & Rico, 2004 citado por Fernandes, 2007, p. 42).

É notório que, com a perda do companheiro (a), o idoso irá experienciar um quadro de vazio, como se nada pudesse preenchê-lo, naquele momento. Com o vazio, o idoso, tendencialmente, pode isolar-se do mundo ao seu redor, ou porque está vivendo o seu luto, ou porque não espera, das outras relações, o mesmo vínculo que mantinha com o seu esposo(a). Uma relação foi quebrada; é certo que, ocasionado por um fator, ao qual não podemos manejar, independe da vontade do indivíduo, mas que gera uma solidão profunda, que não tratada, ou não levada em consideração poderá propiciar enfermidades e comprometimentos psicológicos graves, como é o caso da Depressão. Apesar da Solidão, alinhada à Viuvez não ser motivo de avaliação para o estudo em questão, se fez interessante abordar a questão, pois, durante a pesquisa bibliográfica, muitos foram os momentos de leitura em torno da temática, sendo claro a preocupação dos autores no que diz respeito a perceber a Solidão associada com a perda do companheiro(a), como citado em momentos anteriores.

Finalmente, chega-se à parte, se não a mais importante do trabalho, a que foi o principal motivo da recolha de dados, análise e resultados, para poder responder aos questionamentos que apareceram em torno da relação entre Sintomatologia Depressiva e Solidão e se esta relação é perceptível, nesse estudo e em outros, correlatos.

Como já explicitado anteriormente, o resultado alcançado pela correlação de Pearson, entre as duas escalas, relativamente, a de UCLA e EDG foi de uma relação positiva, ou seja, quanto maior foi a Solidão experienciada pelo idoso institucionalizado, que respondeu ao questionário, maiores foram os quadros Sintomatológicos de Depressão que esse idoso vivenciava, tornando perceptível essa correlação, quando se avalia também as tabelas e valores encontrados em cada escala; valores estes, que merecem atenção dos profissionais que cuidam e são responsáveis pela manutenção de bem-estar dos idosos que estão Institucionalizados.

No estudo desenvolvido por Pocinho (2007), onde a mesma avaliou fatores como Suicídio, Depressão e Solidão no idoso Alentejano, fazendo um comparativo com a

realidade de outras regiões de Portugal, a conclusão alcançada por ela foi que: a fase idosa é aquela onde se vivenciam mais claramente, fatores como a ideação suicida, a depressão, que, na maioria das vezes, se associa com a solidão e o isolamento social. Essa assertiva condiz com os dados também coletados, nesse estudo atual, onde as duas variáveis (Solidão e Depressão) se correlacionam, de forma positiva, já explicado no decorrer do presente que, essa relação nada mais quer dizer que: quanto maior seja a percepção do idoso, no que tange à Solidão, maior também serão os Sintomas associados à Depressão, ou a própria Depressão, vivenciada por eles. “A solidão, um problema multidimensional, foi descrita nas suas duas principais dimensões: cognitiva e afectiva, bem como a sua relação com a depressão.” (Pocinho, 2007, p. 24). Ao analisar o estudo e compará-lo com o de outros autores, essa relação entre Solidão e Depressão, vem sendo tratada ao longo dos anos; prova disto é que, os resultados aqui alcançados, com a correlação das duas variáveis, podem ser também explicados, com a constatação encontrada por Neto (1989), onde, ao inciciar o seu estudo sobre Solidão, fazendo uma adaptação da Escala da UCLA, para a população Portuguesa, já naquele ano, identificou que havia correlação entre a Solidão e a Depressão, numa escala de $r=62$. “Foram igualmente encontradas relações significativas entre os scores de solidão com os de sentir-se abandonado, deprimido, vazio, sem esperança, isolado, autocontido e, não sentir-se sociável e satisfeito.” (Neto, 1989, p. 70). Analisando a afirmação do autor, pôde-se perceber que, as características antes sinalizadas, têm muita afinidade com a Solidão e Sintomas Depressivos, já tratados no decorrer do presente trabalho.

No que tange as análises dos resultados decorrentes da aplicação da Escala de Solidão - UCLA e da Escala EDG, o presente estudo, concluiu que há uma relação importante entre a Solidão e a Sintomatologia Depressiva, onde as características sócio-demográficas aqui contidas sinalizam pra um declínio das relações, quer seja pela perda do companheiro (a), ou sentir-se sozinho, o convívio reduzido com os filhos, netos e/ou parentes mais próximos, podendo ocasionar uma solidão, que não é palpável, porém sentida. Essa Solidão pode ser um gatilho importante para processos depressivos, em idosos institucionalizados. Nesse contexto, em um estudo traçado em Boston, Santiago do Chile e Fortaleza - Brasil, em três países distintos, com a participação de 72 adultos, Callou; Moreira (2006) tiveram como objetivo perceber a fenomenologia existente entre Solidão e Depressão. No estudo citado, concluíram que: existia um significado ambíguo da Solidão nas experiências de Depressão, quando da compreensão; se a primeira vertente era causa ou consequência da segunda. Contudo, os mesmos autores afirmaram que existe relação de uma com a outra, não sabendo apenas definir quem seria a etiologia ou a consequência da outra. Na citação dos autores, fica claro esta questão:

“[...] a solidão inerente ao ser e sem explicações situacionais concretas é vivida pelos entrevistados como sintoma, e não como causa da depressão. A solidão é relatada como algo inerente, como parte constitutiva, da depressão. Em algumas falas, a solidão é quase sinônimo de depressão, descrita com sentimentos de angústia, abandono, sofrimento.” (Callou & Moreira, 2006, p.78)

Trazendo a reflexão para o indivíduo idoso, objeto de estudo e análise, por parte desse trabalho, podemos entender que a relação entre Solidão e Depressão é real e que existe em diferentes culturas, regiões inclusive, essa afinidade entre uma e outra. A Solidão pode surgir, em decorrência de qualquer situação da vida de um indivíduo; mesmo ele estando cercado de pessoas, também pode se sentir sozinho. Essa solidão não avaliada com a devida importância poderá ocasionar outros sentimentos e ações negativas, que podem permear este ser de forma mais generalizada e levar ao aparecimento de Sintomas Depressivos, já referidos, em capítulo próprio, nesse trabalho. Quando se fala em solidão ser sinônimo da depressão, se nota a forte relação entre ambas. Seguindo a linha de raciocínio traçada acima, temos:

“Em 2005, STECK *et al.*, num estudo que pretendia avaliar se a depressão podia ser fatal em idosos que se sentiam sós, verificou que a prevalência da depressão era de 23%, estando associada ao estado civil, à institucionalização e à solidão percebida, sendo que quando estavam associadas a depressão (medida pelo GDS) e a solidão (medida pela UCLA) o risco de mortalidade era 2,1 vezes maior que quando estes aspectos se encontravam isolados.” (Steck, 2005 citado por Pocinho, 2007, p.85).

Para reforçar essa conexão entre a Solidão e a Sintomatologia Depressiva, pela visão e análise de outros autores, um estudo realizado por Nascimento (2020), onde se abordou a Depressão e a Qualidade de Vida, nos 12 participantes idosos neste programa Intergeracional, a autora citou Blazer (2003), para descrever a interação existente entre a Solidão e o isolamento, com a Sintomatologia Depressiva. Assim temos:

“ [...] o fraco suporte familiar e social poderá conduzir a situações de solidão e isolamento afetivo, sentimento de abandono e sensação de vazio, constituindo fatores determinantes para o aparecimento de sintomas depressivos (Blazer, 2003). A depressão pode conduzir à perda de interesse e iniciativa e ao isolamento como consequência.” (Blazer, 2003 citado por Nascimento, 2020, p.16)

A citação acima colocada, nada mais demonstra que, com as situações de solidão, vivenciadas por idosos, pode ser um fator que desencadeia a Sintomatologia Depressiva,

mostrando mais uma vez, que na comunidade idosa, a Solidão e a Depressão estão fortemente relacionadas, associação esta já também comprovada no presente estudo.

A Solidão e o isolamento social podem aumentar o risco para desencadear doenças e morte precoce assim como, merece especial atenção, os dados que confirmam o aumento da depressão ligada aos sentimentos de solidão e isolamento social (WHO, 2002).

O estudo de Ferreira & Lampert (2018), para identificação dos fatores associados à Sintomatologia Depressiva, com a participação de 112 indivíduos idosos, em sua maioria mulheres, constatou que: esses indivíduos com sintomas depressivos, o morar sozinho, ou seja, vivenciar a Solidão se promovia o aparecimento de Sintomas Depressivos. Estes dados foram disponibilizados pelos autores, ao longo do seu trabalho de investigação, constatando, mais uma vez, a relação de solidão no idoso com os sintomas depressivos.

“Da mesma forma, existe uma relação positiva entre a dimensão hospedeiro e o agente, o que quer dizer que níveis de Depressão e Solidão elevados representam um risco suicidário igualmente elevados. Isso quer dizer que, além de serem positivamente correlatas, as variáveis Depressão e Solidão podem ocasionar ideias suicidas, se estas não forem levadas em consideração, ao avaliar um indivíduo idoso.” (Pocinho, 2007, p.139)

No estudo de Teixeira (2010) para avaliar a Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos de uma área descrita, também, se fez presente a correlação de Pearson para compreensão dessa relação. A autora chegou à seguinte conclusão: a relação mantida entre as duas variáveis – Depressão e Solidão positiva e forte, alcançando valor $r_p = 0,768$. (Teixeira, 2010). Para consubstanciar essa ideia, temos:

“O presente estudo, incidiu sobre uma vertente avaliativa e uma vertente interventiva. Verificou-se na vertente avaliativa que a depressão, a solidão e a qualidade de vida são variáveis que se influenciam mutuamente, determinando o bem-estar da pessoa idosa. Constatou-se que as variáveis depressão e solidão estão directamente relacionadas, ou seja, quando o nível de depressão aumenta, também o nível de solidão pode aumentar.” (Teixeira, 2010, p.83)

Segundo Khorshid e colaboradores (2004) citado por Lopes (2015) refere que a Solidão pode ser o fio condutor para os problemas de saúde mental mais conhecido, mundialmente, principalmente os casos de depressão na fase idosa, comprometendo os níveis de bem-estar e auto-cuidado. A solidão foi, por muitas vezes, associada à ansiedade, à depressão e ao isolamento social. Assim como o exemplo acima, Lopes (2015) também citou um estudo desenvolvido, em 1981, por Berg; Mellstrom; Persson & Svanborg, desenvolvido na Suécia com a participação de 1007 idosos, com idade de 70 anos. O referido estudo também

reafirma que a solidão se fazia presente entre esses indivíduos partícipes, além disso, demonstrava relação com a Depressão.

No cruzamento das informações coletadas por Pocinho (2007), para desenvolver seu estudo sobre Depressão, Solidão e Suicídio, percebem-se na análise da autora que, muitas são as características e situações que levam às ideias suicidas, no idoso. Contudo, há que considerar a forte relação linear positiva existente entre a Solidão e a Depressão, que contribui para a ideação Suicida.

As autoras Macedo & Pocinho (2017) retratou o estudo desenvolvido por Cacioppo; Hughes, e cols. (2006) que concluiu sobre a relação positiva entre Solidão e Depressão. Nesse estudo desenvolvido, no ano de 2006, pelos autores, ambos perceberam que: indivíduos, particularmente idosos, que sofriam formas crônicas de Solidão, apresentaram níveis mais elevados de Depressão.

“Nem todas as pessoas sós estão ou são deprimidas. No entanto, a ocorrência em simultâneo de sintomas de solidão e sintomas depressivos é largamente observada, na investigação nesta área, e os itens que medem a solidão foram incluídos em algumas medições de sintomas depressivos, particularmente em idosos, nos diversos estudos que tratam de riscos e fatores de resiliência associados às condições solitária e depressiva.” (Cacioppo; Hughes e cols., 2006 citado por Macedo & Pocinho, 2017,p.58).

No estudo articulado por Cacioppo e cols. (2006), chegaram à conclusão mais possível, quando se trata de relação Solidão e Depressão: dois estudos associados demonstraram a Solidão como fator de risco para sintomas depressivo, entre a população idosa. O estudo um, apresentou valores elevados de sintomas depressivos, quanto maior fossem os sentimentos de Solidão. No segundo estudo, tendo uma duração de três anos, associou-se a Solidão e os Sintomas Depressivos, com fatores como estresse, características demográficas, apoio social, em indivíduos de meia idade (50 -67 anos). E também, se chegou ao resultado que era esperado: novamente, a Solidão tem forte relação com sintomas depressivos, propiciando um efeito que corrobora para a diminuição de bem-estar nos idosos. (Cacioppo e cols., 2006)

Finalmente, com todas as citações avaliadas e descritas no presente trabalho, pode-se confirmar o já descrito aqui e corroborado pelo resultado alcançado com a correlação de Pearson: a Solidão poderá desencadear processos depressivos no sujeito idoso, principalmente os que estão em situação de Institucionalizado e que, experimentam este sentimento de solidão, alinhado, muitas vezes, ao isolamento social, que também acompanha o processo de Institucionalização do indivíduo sênior.

Em relação à pergunta única fazendo uma junção entre o sentir-se bem e muito bem chegou-se a seguinte conclusão: os idosos participantes desse estudo, a comunicação que o Enfermeiro traça com aqueles utentes institucionalizados, poderá ocasionar satisfação e bem-estar aos mesmos. O resultado dessa pergunta também contribuiu para explicar e defender a seguinte Hipótese: O Idoso Institucionalizado sente bem-estar, quando o Enfermeiro comunica, de forma verbal com ele. A maioria percebe e afirma esse bem-estar trazido quando da Comunicação Traçada pelo profissional de Enfermagem. As ações de Enfermagem, atualmente tem o foco principal, na busca por uma assistência resolutiva, mas também que proporcione relações de confiança entre o profissional e seu cliente. Ao ter como maioria, a resposta que os respondentes se sentem MUITO BEM, a própria palavra, já conota algo grande, importante, substancial. Isso, nada mais quer dizer que, ao se comunicar com o utente, o Enfermeiro, proporciona uma satisfação percebida e aceita pelo utente.

Considerações Finais

A escolha do tema e dos assuntos principais do trabalho foi algo que gerou uma reflexão e uma análise muito profunda, algumas vezes, até pessoal, sobre o que gostaria de demonstrar ao longo do processo de construção do mesmo. A depressão sempre foi e continua a ser, mesmo com menor grau, encarada como uma enfermidade que não se deve revelar diante de uma sociedade ainda repleta de tabus e preconceitos. O indivíduo que está a vivenciar um quadro depressivo se depara, primeiramente, com a percepção de solidão, de se enxergar como àquele que deve obter respostas, de forma solitária e estas, somente devem ser compartilhadas com os profissionais de saúde que o seguem. Vejo que, estes tabus e o medo de encarar a depressão como outra enfermidade qualquer, no sentido de entender que a busca por ajuda, tanto a nível profissional, quanto social, favorecem para o enfrentamento da doença com mais coragem e esperança, dificulta o processo de cuidados frente à doença e aos sintomas primários advindos dela, tomando assim a doença, proporções negativas em termos de saúde pública mundial. A Depressão é uma realidade vivenciada por milhões de indivíduos, em diversas partes do mundo; pode atingir pessoas com uma classe econômica baixa, alta, seja jovem ou velha, de qualquer etnia e religião, sempre estarão susceptíveis a vivenciar sintomas depressivos, pois a enfermidade é ocasionada por múltiplos fatores; o que se sabe é que fatores, tanto intrínsecos quanto extrínsecos podem ser condicionantes para o aparecimento de transtornos mentais depressivos. Além do enfrentamento da doença ser algo muito singular e de difícil manejo, dado os preconceitos ainda envoltos a esta moléstia, são ainda precárias as linhas de traçado diagnóstico, sendo de difícil aceitação e compreensão por parte do próprio paciente. Na atualidade, com os avanços tecnológicos na área da saúde e a melhoria dos fatores determinantes para saúde, a expectativa de vida das pessoas sinaliza níveis crescentes ao longo de décadas. Hoje, já se consegue viver mais do que há trinta anos. A camada sênior vem crescendo mundialmente, contudo, esse crescimento exponencial, não quer dizer que está acompanhado com a qualidade de vida necessária para esta fase da vida. Muitos são os idosos que vão perdendo sua autonomia, adquirindo determinadas doenças próprias da idade, que não mantêm hábitos de vida saudáveis e que levam uma vida com fatores estressores, ocasionando processos de dependência; a distância dos familiares e amigos constitui motivo para muitas indagações, a exemplo de: para que viver mais, sem ter o suporte familiar e as relações interpessoais mantidas, até então? Muitos decidem, para fugir ao isolamento, que pode ser percebido com os pontos acima, mas também com o enfrentamento da viuvez, buscar novas maneiras de criar vínculos interpessoais. Quando o idoso, já não mais consegue, quer seja por motivos físicos, cognitivos ou emocionais, se manter de maneira autônoma, em seu lar, é chegada a hora, em maior parte dos casos, a

vinculação do idoso com uma Instituição que acolhe o mesmo, com suas limitações: presentes e futuras. Não é uma regra que todo indivíduo idoso, que perca a sua autonomia parcial ou totalmente, seja colocado em uma Instituição de acolhimento ao idoso – ERPI; porém, esta tem sido uma solução encontrada pelos familiares para minimizar os sentimentos de Solidão vivenciados por estes idosos. Com estes anciãos a experimentar sentimentos de solidão, baixa autoestima, angústias, que os levam a pensar se vale à pena prosseguir a vida, além das dificuldades econômicas, processos demenciais, doenças em geral e a falta familiar, o idoso se depara com uma tristeza profunda, fazendo com que possa a vir desenvolver quadros depressivos. O fator da Institucionalização, que vejo negativa, quando se dá de forma compulsória e inconsciente, proporciona uma situação de desvinculação com seu domicílio e seu hábitat; muitas dúvidas sobre seu futuro devem o corroer a mente; o medo de conviver com novas pessoas, os novos hábitos e regras que devem ser seguidas, em um contexto de Institucionalização, etc. Este indivíduo, muitas vezes vai perdendo o interesse em seguir com a própria existência, e o que deveria ser uma velhice repleta de tranquilidade, afeição, novas conquistas e projetos, torna-se um pesadelo, pois, para muitos deles, o futuro está condicionado à morte e falta de apoio. A depressão no idoso, principalmente aquele institucionalizado, está atrelado a sentimentos como solidão, desesperança, falta de comunicação, isolamento e incompreensão por parte de quem os auxiliam e da própria família. A principal forma de abordagem a um institucionalizado depressivo perpassa pelos seguintes caminhos: o entendimento da doença, a avaliação precoce e o diagnóstico correto do seu problema. Uma abordagem em nível de escuta humanizada, respeitando seus limites e identificando o que o levou a adquirir os sintomas depressivos, se faz importante para desenvolver medidas de cuidados baseados em melhorar a qualidade de vida desse idoso. Os Sintomas Depressivos foram pontos muito importantes, abordados no presente estudo; muitas foram às análises feitas em torno do assunto. Com esta, chegou-se a uma conclusão, que estava latente, porém precisava ser confirmada e disponibilizada à luz do trabalho de investigação. O trabalho em questão também avaliou a Solidão desenvolvida por esses idosos, demonstrando que esta está associada aos Sintomas Depressivos. Não foi analisada de forma qualitativa, com as inúmeras respostas possíveis e plausíveis para uma relação de tamanha importância para entender até que ponto a Solidão influencia no aparecimento de Sintomas depressivos, mas nos proporciona um norte para futuros estudos, buscando identificar, através da entrevista e da fala dos indivíduos participantes, qual o grau de Solidão sentida por eles, e o que esse sentimento pode desencadear, no nível da depressão. A relação é real, é vivenciada por eles. No decorrer da aplicação dos questionários, foi percebido, quando da leitura das questões ali contidas em muitos idosos, se percebia, através da própria fala e dos gestos, principalmente o olhar, a insatisfação e a tristeza trazidos com a Solidão e sua percepção.

A partir da relação de comunicação verbal, ali pactuada, os anseios mais ocultos foram pouco a pouco, percebidos, participados verbalmente e, identificados quando do preenchimento das assertivas presentes nos questionários aplicados e na pergunta norteadora, que se relaciona fortemente com as questões de comunicação e a importância dela para o ser idoso. São esses desejos, que precisam ser levados a sério pela equipe de saúde. Demonstrar a ele que suas angústias e dificuldades frente à doença ou outras dificuldades, deve ser algo participado à equipe; a principal forma de demonstrar a satisfação ou insatisfação, por parte do indivíduo idoso, se faz através da comunicação verbal. Através da fala, o idoso exprime suas necessidades mais íntimas. É através da fala também, que ele consegue demonstrar a quem lhe circunda que, seu psicológico pode estar afetado por um ou por diversas etiologias. Quando um idoso não consegue deixar claro o que sente, o do que necessita lhe causará uma sensação de mal-estar, de incompreensão do seu próprio eu, levando-o ao isolamento, à incredibilidade nas relações interpessoais, o frustrando, deixando-o, cada vez mais com o sentimento de Solidão e de incompreensão. As respostas contidas no questionário UCLA tocam nesses aspectos: isolamento, sensação de que os demais já não o compreendem, dificuldade em fazer amizades, entre outros pontos. O que se quer refletir é sobre a imensa correlação destes fatores com a ausência ou a redução das comunicações verbais traçadas pelo idoso e por quem o rodeia. Os cuidados ao indivíduo sênior, além das questões fisiológicas e patológicas, que devem ser levadas em consideração para alcançar o equilíbrio orgânico; se faz importante pensar também no aspecto humano do cuidar; não existe um cuidado humanizado sem que haja uma inter-relação entre fala e escuta. A Enfermagem está preparada para manter uma assistência rica na conversação, no acolhimento, na escuta, com uma percepção holística do quadro, contudo não deixando de lado o sentido individualizado do cuidar, pois cada ser é particular. A SAE atrelada a um cuidado livre de negligência, imperícia e imprudência, induzem a uma criação de vínculos afetivos que corroboram para uma comunicação verbal repleta de confiança entre profissional e pacientes. A própria CIPE criou intervenções voltadas para a escuta e a comunicação verbal. Isso demonstra a importância que os Organismos em Saúde vêm demonstrando com respeito à promoção da comunicação verbal humanizada e eficaz, para avançar com os processos terapêuticos desenvolvidos para um determinado cliente. Além dos cuidados clínicos, importantes para a manutenção da qualidade de vida e saúde do utente idoso com transtornos depressivos, o enfermeiro, enquanto provedor de cuidados humanizados embasa suas ações na manutenção de comunicações verbais valorosas gerando empatia e confiança, transmitindo isso ao paciente, seus familiares e a própria equipe. A Solidão, também encarda pelo idoso institucionalizado, pode ser amenizada com a comunicação traçada entre o cliente e a equipe. O enfermeiro e a equipe de cuidados tem papel fundamental na promoção destes vínculos. A importância do falar da

Enfermagem foi percebida por estes idosos participantes, como algo positivo e importante; dados estes que podemos confirmar quando avaliamos à maioria das respostas obtidas na Pergunta Única; para o idoso é perceptível à importância da comunicação verbal entre ele e a Enfermagem. A comunicação verbal é um mecanismo tão valioso para alguém que, em fase idosa, encontrando-se institucionalizado, não espera nada mais que um motivo para expressar seus sentimentos através dor falar e poder ser ouvido. Esse é o maior benefício que podemos dispensar ao outro: o de se fazer perceber, de se fazer escutar e de poder falar.

Referências Bibliográficas

- Almeida, A.; Lopes, E.S.S.; Camilo, J.T.S.; Choi, V.M.P. (2016). *Manual APA: regras gerais de estilo e formatação de trabalhos acadêmicos*. Fundação Álvares Penteado [FECAP]: São Paulo: Biblioteca – Paulo Ernesto Tolle. Acedido a: 13 de fevereiro de 2022.
- Alves, António M. C. de Almeida (2003). *A Importância da Comunicação no Cuidar do Idoso*. INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR – UNIVERSIDADE DO PORTO: 162 p. Acedido a 3 de Dezembro de 2021 em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10508/7/5933_TM_01_P.pdf
- Arco, A., Costa, A., Pinto, B., Martins, M., Arriaga, M (2010). *Normas de Elaboração e Apresentação de Trabalhos Escritos*. INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE – ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO: Portalegre.
- Ávila, A. H., Guerra M. & Meneses M. P. R. (2007). Se o velho é o outro, quem sou eu? A construção da auto-imagem na velhice. *Pensamento Psicológico*, 3(8), 7-18. In: Ferreira e cols. (2010): Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. Acedido a 20 de Maio de 2020 em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/wgybQfQNZhjrK63Kfh9mFw/?format=pdf&lang=pt>
- Baracco, L.(1990): *Saber envelhecer*. Edições Paulistas.
- Bessa, M. E. P. (2007). *Idoso Institucionalizado e a compreensão do seu cotidiano*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária, não publicada. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Acedido a: 8 de Julho de 2021 em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/1974>
- Bezerra, P. A.; Nunes, J. W; Moura, L. B. de A. (2021). *Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa*. *Acta Paul Enferm.*: 34 e. Acedido a 18 de Novembro de 2021em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/yWmVrhzcDq8mfZCvLFfj8yg/abstract/?lang=pt>
- Booth, R. (2000). *Loneliness as a component of psychiatric disorders*. *Medscape General Medicine*. [On-line]. Acedido a 20 de Maio de 2020 em: http://www.medscape.com/viewarticle/430545_print
- Borba, A. de S; Rodrigues, G.M. de M; Lemos, L.R & Ramos, T.M. (2019). *Sistematização da assistência de enfermagem a pacientes com distúrbios depressivos (Systematization of nursing care for patients with depressive disorders)*. In: *Brazilian*

- Journal of health Review*. Curitiba, v.2, n.6, p. 5217-2227. Acedido a: 13 de Janeiro de 2021 em: <https://brazilianjournals.com/index.php/BJHR/article/view/4543/4233>
- Brasil (2019). *Depressão: Causas, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção*. In: Ministério da Saúde – Tribunal de justiça do Distrito Federal e dos Territórios. Acedido a 22 de Maio de 2020 em: <https://www.tjdft.jus.br/informacoes/programas-projetos-e-acoas/pro-vida/dicas-de-saude/pilulas-de-saude/depressao-causas-sintomas-tratamentos-diagnostico-e-prevencao>
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B., & Spiegel, D. (2006). *Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective*. *Journal of Research in Personality*, 40(6), 1054–1085. Acedido a 20 de Janeiro de 2020 em: <http://doi.org/10.1016/j.jrp.2005.11.007>
- Canavarro, M.C.; Pereira, M.; Moreira, H.; Paredes, T. (2010). *Qualidade de Vida: Aplicações do WHOQOL: Qualidade de vida e saúde: aplicações do WHOQOL*. Alicerces. 2010;III(3):243-68 Acedido a: 20 de Maio de 2020 em: <https://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/770>
- Carvalho, A. (2017). *Depressão e outras perturbações mentais comuns: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*. In: DGS – Diretoria Geral de Saúde. Acedido a 25 de Abril de 2020 em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>
- Casara, M. B. (2004). *Quem é o Idoso Institucionalizado?*. In: Portal do Envelhecimento. Vol. 7, n. 2: Artigos Originais, Rio de Janeiro. Acedido a 19 de Maio de 2020 em: <http://www.portaldoenvelhecimento.com/acervo/pforum/ilpis4.htm>
- Coelho, M.T.V. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização pelos Enfermeiros*. Tese de Doutoramento em Ciências da Enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido a 17 de Abril de 2020 em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/82004?mode=full>
- Diário da República [DRE], nº 58 (2012, p:1324-1329, Série I). Ministério da Solidariedade e Segurança Social. *Definição das Condições de Organização, funcionamento e instalação das Estruturas Residenciais para a Pessoa Idosa*. Acedido a 16 de Dezembro de 2021 em: <https://files.dre.pt/1s/2012/03/05800/0132401329.pdf>
- Dias, C.A.; Farate, C.; Pocinho, M. (2010). *Validação Psicométrica da Escala UCLA – Loneliness para Idosos Portugueses*: Interações, nº 18: 65-77.
- Dicionário Houaiss da língua portuguesa. (2003) Lisboa: Circulo de leitores.
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2017). *Depressão e outras Perturbações Mentais Comum: enquadramento global e nacional e referência de recurso em casos emergentes*.

Acedido a 25 de Abril de 2020 em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/dms2017-depressao-e-outras-perturbacoes-mentais-comuns-pdf.aspx>

ESTGV – Escola Superior de Tecnologia e gestão de Viseu (2007). *Amostragem: Desenho e Procedimentos*. 26 pp. Acedido a: 12 de Fevereiro de 2022 em: <http://www.estgv.ipv.pt/PaginasPessoais/malva/EstudosMercadol/aulasMinhas/capitulo%2011.pdf>

Fernandes, H.J. (2007). *Solidão em idosos do Meio Rural do Concelho de Bragança*. Mestrado em Psicologia do idoso: Universidade do Porto – Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação: Porto. Acedido a: 27 de Agosto de 2021 em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2668/1/Solidao%20em%20idosos%20do%20meio%20rural%20do%20concelho%20de%20Braganca.pdf>

Ferreira, O.G.L; Maciel, S. C.; Silva, A. O.; Sá, R. C. da N. & Moreira, M. A. S. P. (2010). *Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo*. *Psico-USF*, 15(3), 357-364. Acedido a 20 de Maio de 2020 em: <https://www.scielo.br/j/pusf/a/wgybQfQNZhirkG63Kfh9mFw/?format=pdf&lang=pt>

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

Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência. In: Lopes, N.F.L. (2015). *A Solidão nos Idosos: em função da rede de suporte social, no concelho de Vila do Bispo*. Dissertação de Mestrado para o curso de Gerontologia Social da Universidade do Algarve. Faro: 86 pp. Acedido a: 27 de Novembro de 2020 em: <http://hdl.handle.net/10400.1/7900>

Freud, S. *Neurose, psicose e velhice*. (1999). In: MESSY, J. *A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice*. Aleph: São Paulo, 1999. p. 11-13. In: Lopes, R., Lopes, M. T., & Câmara, V. (2010). *Entendendo a solidão do idoso*. *Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano*, v.6(3). Acedido a: 27 de Novembro de 2020 em: <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.362>

Gonçalves, A. M. C. e cols. (2018). *Prevalência de depressão e fatores associados em mulheres atendidas pela Estratégia de Saúde da Família*. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*: 67(2). Acedido a: 23 de Dezembro de 2021 em: <https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/TrQdtMNct5Dk3VSvjphXtH/?format=pdf&lang=pt>

Guimarães, P.R.B.C. (s.d.). *Análise de Correlação e Medidas de Associação*. Cap: 9, 15p. Acedido a: 13 de Janeiro de 2022 em: <https://docs.ufpr.br/~jomarc/correlacao.pdf>

- INE. Instituto Nacional de Estatística. (2020). *Indicadores estatísticos gerais*. [On-line].
Acedido a: 20 de Abril de 2021 em:
<http://www.ine.pt/prodserv/indicadores/quadros.asp?CodInd=65>
- INE: Instituto Nacional de Estatística. (2021). Censos 2021 –Divulgação dos Resultados Provisórios. Acedido a 27 de Fevereiro de 2022 em:
[file:///C:/Users/adm2/Desktop/16_Censos_Provis%C3%B3rios_Corrigido%20\(2\)%202021.pdf](file:///C:/Users/adm2/Desktop/16_Censos_Provis%C3%B3rios_Corrigido%20(2)%202021.pdf)
- Lafer, B.; Filho, H. P. V. (1999). *Genética e fisiopatologia dos transtornos depressivos*. Acedido a: 23 de Dezembro de 2020 em:
<https://www.scielo.br/j/rbp/a/7YBWGD6DjdkRJcyCPZz43dr/?format=pdf&lang=pt>
- Lakatos, E. M; Marconi, M.A. *Fundamentos de Metodologia Científica*. 5º edição.- São Paulo: Atlas, 2003. Acedido a: 15 de Abril de 2020 em:
http://docente.ifrn.edu.br/olivianeta/disciplinas/copy_of_historia-i/historia-ii/china-e-india/view
- Lakatos, E. M; Marconi, M.A. *Fundamentos de metodologia científica*. 8. ed. São Paulo: Atlas: 2017.
- Lampert, C. D. T. & Ferreira, V. R. T. (2018). *Fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos*. Avaliação Psicológica, 17(2), 205-212. Acedido a 20 de Fevereiro de 2021 em: <https://dx.doi.org/10.15689/ap.2018.1702.14022.06>
- LAZURE, H. (1994): *Viver a relação de ajuda: uma abordagem teórica e Prática de um critério de competência de enfermeira*. Lisboa Lusodidacta. In: Alves, António M. C. de Almeida (2003). *A Importância da Comunicação no Cuidar do Idoso*. INTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR – UNIVERSIDADE DO PORTO: 162 p. Acedido a 3 de Dezembro em: https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/10508/7/5933_TM_01_P.pdf
- Lopes, N.F.L. (2015). *A Solidão nos Idosos: em função da rede de suporte social, no concelho de Vila do Bispo*. Dissertação de Mestrado para o curso de Gerontologia Social da Universidade do Algarve. Faro: 86 pp. Acedido a: 27 de Novembro de 2020 em: <http://hdl.handle.net/10400.1/7900>
- Lopes, R., Lopes, M. T., & Câmara, V. (2010). *Entendendo a solidão do idoso*. Revista Brasileira De Ciências Do Envelhecimento Humano, v.6(3). Acedido a: 27 de Novembro de 2020 em: <https://doi.org/10.5335/rbceh.2012.362>

- Machado, G. M. (s.d). *História da Comunicação Humana*. In: Info Escola. Acedido a 27 de Abril de 2020. Disponível em: <https://www.infoescola.com/historia/historia-da-comunicacao-humana/>
- Magalhães, C. P. (2003). *Representação social da velhice em enfermeiros*. Universidade Fernando Pessoa, Porto. In: Lopes, N.F.L. *A Solidão nos Idosos: em função da rede de suporte social, no concelho de Vila do Bispo*. Dissertação de Mestrado para o curso de Gerontologia Social da Universidade do Algarve. Faro: (2015), 86 pp. Acedido a: 27 de Agosto de 2021 em: <http://hdl.handle.net/10400.1/7900>
- Martins, L.M.M. (1999). *Assistência de enfermagem a pacientes com desordem bipolar e sentimentos da estudante de enfermagem: estudo de caso / Nursing care to patient with bipolar disorder and the student nursing feelings: study of case*: Rev. Esc . Enf. USP, v. 33, n. 4, p. 421-427. In: Scielo. Acedido em 25 de Maio de 2020 em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/qnZG7JPSZt4w64kRDrRjZk/?format=pdf&lang=pt>
- Morales, A.F.Z. (2010). *Estudar a relação entre a solidão e o bem-estar subjetivo (BES) numa amostra de pessoas idosas*. Dissertação de mestrado em educação e formação de adultos e intervenção comunitária. Universidade de Coimbra. Acedido a: 25 de Maio de 2021 em: <http://hdl.handle.net/10316/18443>
- Moreira, V.; Callou, V. (2006). *Fenomenologia da solidão na depressão*. *Mental*, 4(7), 67-83. Acedido a 06 de Fevereiro de 2022 em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-44272006000200005
- Nascimento, M.J.S. (2020). *Redes Sociais, Sintomas Depressivos e Qualidade de Vida em Idosos: Resultados de um Programa Intergeracional*. Mestrado em Educação para Saúde. Escola Superior da Tecnologia da Saúde de Coimbra: Escola Superior de Educação – Instituto Politécnico de Coimbra.
- National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Depression: The Treatment and Management of Depression in Adults (Updated Edition)*. (2010). Leicester (UK): British Psychological Society. (NICE Clinical Guidelines, No. 90.) AC KNOW LEDGEMENTS. Acedido a 19 de Maio de 2020 em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK63748/pdf/Bookshelf_NBK63748.pdf
- National Geographic. *Envelhecer em Portugal: o estado do país*. In: National Geographic (2018). Acedido a 19 de Maio de 2020 em: <https://www.natgeo.pt/ciencia/2018/04/envelhecer-em-portugal-o-estado-do-pais>
- Neril, A.; Freire, S. (2000). *E por falar em boa velhice*. Papyrus: Campinas.

- Neto, F. (1989). *Avaliação da Solidão. Adaptação da Escala da Solidão em Versão Portuguesa*. *Psicologia Clínica*, 2: 65-79. Acedido a 14 de Setembro de 2021 em: https://www.iscet.pt/uploads/obSolidao/avaliacao_solidao_felix_neto.pdf
- Neto, F. (2001). *Psicología social* - Lisboa: Universidade Aberta – repositório aberto. In: Lopes, N.F.L. *A Solidão nos Idosos: em função da rede de suporte social, no concelho de Vila do Bispo*. Dissertação de Mestrado para o curso de Gerontologia Social da Universidade do Algarve. Faro: (2015), 86 pp. Acedido a: 27 de Agosto de 2021 em: <http://hdl.handle.net/10400.1/7900>
- OMS. In: National Geographic (2018). *Envelher em Portugal: O estado do País*. Acedido a: 22 de Janeiro de 2021 em: <https://www.natgeo.pt/ciencia/2018/04/envelhecer-em-portugal-o-estado-do-pais>
- Organização das Nações Unidas [ONU] – Brasil (2017). *OMS registra aumento de casos de depressão em todo o mundo; no Brasil são 11,5 milhões de pessoas*. Acedido em: 07 de Maio de 2020 em: <https://brasil.un.org/pt-br/75837-oms-registra-aumento-de-casos-de-depressao-em-todo-o-mundo-no-brasil-sao-115-milhoes-de>
- Organização Mundial de Saúde [WHO] (2015). *Resumo – Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde*. Suíça: Alto Comissariado da Saúde. Acedido a: 07 de Maio de 2020. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6.
- Organização Pan Americana da Saúde no Brasil – OPAS (2017). *Brochuras: Depressão: Vamos Conversar?* Acedido a: 27 de Abril de 2020 em: <file:///C:/Users/adm2/Downloads/One-pagersPOR.pdf>.
- Organização Pan Americana da Saúde no Brasil – OPAS (2018). *Folha Informativa – Depressão*. Acedido a 27 de Abril de 2020 em: <https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>
- Ottenheim, N.; Kromhout, D.; Mast, R.; Zitman, F; Geleijnse, J.; Giltay, E. (2011). *Dispositional optimism and loneliness in older men*. *Internacional Journal of Geriatric Psychiatry*, Vol. 27, p. 151-159.
- Pereira, M. G. (2013). *Artigos científicos: como redigir, publicar e avaliar*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 493 pp. Acedido a: 06 de Abril de 2020 em: http://www.adm.ufrpe.br/sites/ww4.deinfo.ufrpe.br/files/Artigos%20cienti%CC%81ficos_Redigir%2C%20Publicar%2C%20Avaliar.pdf

- Perles, J. B. *Comunicação: Conceitos, fundamentos e História (s.d.)*. In. *Biblioteca on-line de Ciências da Comunicação*. Acedido em: 06 de Abril de 2020 em: <http://www.bocc.ubi.pt/pag/perles-joao-comunicacao-conceitos-fundamentos-historia.pdf>.
- Pestana, G. D. M. *A Comunicação Verbal* (2006). In. *A Página da Educação*. Acedido em 06 de Abril de 2020 em: <https://www.apagina.pt/?aba=7&cat=156&doc=11595&mid=2>.
- Pocinho, M. T. S. (2007). *Factores socioculturais, depressão e suicídio no idoso alentejano*. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Acedido a 20 de Setembro de 2020 em: <http://repositorio.ismt.pt/jspui/handle/123456789/154>
- Pocinho, M.; Farate, C.; Dias, C. (2010). *Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses*. *Interações: Sociedade E As Novas Modernidades*, 10 (18). Acedido a: 12 de Agosto de 2021 em: [file:///C:/Users/adm2/Downloads/304-Texto%20do%20Artigo-926-1-10-20120729%20\(5\).pdf](file:///C:/Users/adm2/Downloads/304-Texto%20do%20Artigo-926-1-10-20120729%20(5).pdf)
- Pocinho, M.; Macedo, E. (2017). *Solidão: Um Construto Complexo (Interações: Sociedade e as Novas Modernidades)*, p. 53-66. Acedido a: 27 de Agosto de 2021 em: [file:///C:/Users/adm2/Downloads/399-Texto%20do%20Artigo-1224-1-10-20170804%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/adm2/Downloads/399-Texto%20do%20Artigo-1224-1-10-20170804%20(2).pdf)
- PORDATA. *Indicadores de Envelhecimento* (2018). In: *Pordata*. Acedido a 19 de Maio de 2020 em: <https://www.pordata.pt/DB/Portugal/Ambiente+de+Consulta/Tabela>.
- Porto, G. (s.d.). *Comunicação Verbal*. In. *Info Escola*. Acedido em 05 de Abril de 2020 em: <https://www.infoescola.com/comunicacao/comunicacao-verbal/>
- Prodanov, C. C. & Freitas, E. C. de. *Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013. Acedido a: 12 de Agosto de 2021 em: <file:///C:/Users/adm2/Desktop/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico%20usado%20Padanovi%202013.pdf>
- Puggina, A.C.G; Santos, M.R. dos; Vieira, N.F.C. (2019). *Prevalência do Diagnóstico de Enfermagem “Comunicação Verbal Prejudicada” nas unidades de um hospital privado*. *Enferm. Foco – Revista do Conselho Federal de Enfermagem*. Artigo: 8; 10 (3): pp. 46-51. Acedido a 12 de Janeiro de 2022 em: <file:///C:/Users/adm2/Downloads/2577-14058-1-PB.pdf>

- QuestionPro. *O que é um estudo transversal?* (2020). In: QuestionPro. Acedido a 08 de Agosto de 2021 em: <https://www.questionpro.com/blog/pt-br/estudo-transversal-2/>
- Ramos, N. (2007). *Comunicação e interculturalidade nos cuidados de saúde. Psychologica*, 45, p. 147-169. In: Coelho, M.T.V. (2015). *Comunicação Terapêutica em Enfermagem: Utilização pelos Enfermeiros*. Tese de Doutoramento em Ciências da Enfermagem. Universidade do Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Acedido a 17 de Abril de 2020 em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/82004?mode=full>
- Reverso. *Tradutor de Textos* [Inglês/Português]. Disponível em: <https://www.reverso.net/tradu%C3%A7%C3%A3o-texto>
- Rodrigues, S.I. (2011). *A Satisfação com a vida de Idosos Institucionalizados*. Dissertação para Obtenção de Grau de Mestre em Psicologia Clínica: Coimbra: 75 p. Acedido a: 25 de Janeiro de 2022 em: <https://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/128/1/Tese.pdf>
- Rossell, N. Y.; Herrera, R. R.; Rico, M. A. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide. In: Lopes, N.F.L. *A Solidão nos Idosos: em função da rede de suporte social, no concelho de Vila do Bispo*. Dissertação de Mestrado para o curso de Gerontologia Social da Universidade do Algarve. Faro: (2015).
- Santos, M. C. Q. dos e cols. *Fatores de risco associados à depressão em idosos: uma revisão integrativa* (2021), vol. 3: editora científica. 178-191 pp. Acedido em: 27 de Dezembro de 2020 em: <https://downloads.editoracientifica.org/articles/210404190.pdf>
- SBGGSP – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia do Estado de São Paulo. In: Bessa, M. E. P. (2007). *Idoso Institucionalizado e a compreensão do seu cotidiano*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem em Saúde Comunitária, não publicada. Universidade Federal do Ceará, Fortaleza. Acedido a: 8 de Julho de 2021 em: <https://repositorio.ufc.br/handle/riufc/1974>
- Sheikh J.I.; Yesavage J.A. (1986). *Geriatric Depression Scale; recent evidence and development of a shorter version. Clin. Gerontol.*: 5:165-172 pp. Acedido a: 20 de Maio de 2021 em: <https://www.msmanuals.com/medical-calculators/GeriatricDepression-pt.htm>
- Silva, C. M.J.S. (2012). *Espiritualidade e religiosidade das pessoas idosas: consequências para a saúde e bem-estar*. Tese de Doutoramento apresentada, Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, Lisboa. Acedido a 25 de Maio

de 2020 em: [file:///C:/Users/adm2/Downloads/Tese%20Doutoramente%20-%20C%C3%A9lia%20Jord%C3%A3o%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/adm2/Downloads/Tese%20Doutoramente%20-%20C%C3%A9lia%20Jord%C3%A3o%20(1).pdf)

Sousa, L.; Figueiredo, D.; Cerqueira, M. *Envelhecer em Família: os cuidados familiares na velhice*. 1º ed. – Porto: Ambar, 2004, 171 p: il.; 21 cm. - (Idade do saber). - Bibliografia, 161-171. - ISBN 972-43-0861-8. Acedido a: 27 de novembro de 2020 em: <http://id.bnportugal.gov.pt/bib/bibnacional/1340516>

Teixeira, L.M.F. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Mestrado Integrado de Psicologia: Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia. Acedido a: 27 de Agosto de 2021 em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf

Vaz, S. F. A (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado: Estudo em idosos residentes nos lares do Distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso, publicada. Universidade do Porto (Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação). Acedido a 20 de Maio de 2020 em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23338/2/29837.pdf>

Veríssimo, M. T. (2006). *Avaliação Multidimensional do idoso*. Em, H.Firmino (Ed.), *Psicogeriatrics* (489-498). Coimbra: Psiquiatria Clínica. In: Teixeira, L.M.F. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de Vida em Idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção*. Mestrado Integrado de Psicologia: Universidade de Lisboa – Faculdade de Psicologia. Acedido a: 27 de Agosto de 2021 em: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf

Wei, M., Russell, D. W., & Zakalik, R. A. (2005). *Adult attachment, social self-efficacy, self-disclosure, loneliness, and subsequent depression for freshman college students: A longitudinal study*. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 602–614. Acedido a 27 de Agosto de 2021 em: <http://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.602>

WHO (2002) *Active Ageing – A Policy Framework. A Contribution of the World Health Organization to the second United Nations World Assembly on Aging*. Madrid, Spain, April, 2002. Acedido a: 11 de Janeiro de 2022 em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

World Health Organization (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization*. 1ª ed. Tradução: Suzana Gontijo. In: Organização Pan-

Americana da Saúde, 2005: Brasília, 60 p. Acedido a: 27 de Abril de 2020 em:
https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf

World Health Organization [OMS]. *Relatório Mundial de Saúde – Saúde Mental: nova concepção, nova esperança* (1^o edição). Lisboa: Climepsi Editores (Publicado em Abril de 2002). Acedido a: 07 de Maio de 2020 em:
https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf

ANEXOS

Anexo I:

ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA DE YESAVAGE

Traduzida e adaptada por Margarida Pocinho, Carlos Amaral Dias, Carlos Farate

PACIENTE: _____

DATA DA AVALIAÇÃO: _____

INVESTIGADOR: _____

	SIM	NÃO
1 - Está satisfeito com a sua vida actual?	0	1
2 - Abandonou muitas das suas actividades e interesses?	1	0
3 - Sente que a sua vida está vazia?	1	0
4 - Anda muitas vezes aborrecido?	1	0
5 - Encara o futuro com esperança?	0	1
6 - Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar?	1	0
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo?	0	1
8 - Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	1	0
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo?	0	1
10 - Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido?	1	0
11 - Fica muitas vezes inquieto e nervoso?	1	0
12 - Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	1	0
13 - Anda muitas vezes preocupado com o futuro?	1	0
14 - Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	1	0
15 - Actualmente sente-se muito contente por estar vivo?	0	1
16 - Sente-se muitas vezes desanimado e abatido?	1	0
17 - Sente que, nas condições actuais, é um pouco inútil?	1	0
18 - Preocupa-se muito com o passado?	1	0
19 - Sente-se cheio de interesse pela vida?	0	1
20 - Custa-lhe muito meter-se em novas actividades?	1	0
21 - Sente-se cheio de energia?	0	1
22 - Sente que para a sua situação não há qualquer esperança?	1	0
23 - Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor?	1	0
24 - Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância?	1	0
25 - Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar?	1	0
26 - Sente dificuldade em se concentrar?	1	0
27 - Sente-se bem ao despertar?	0	1
28 - Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)?	1	0

Anexo II:

ESCALA DE SOLIDÃO – UCLA – DANIEL RUSSELL

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

PACIENTE: _____

DATA DA AVALIAÇÃO: _____

INVESTIGADOR: _____

Itens excluídos (3,6,14,20)

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

Anexo III:

QUESTIONÁRIO SÓCIO-DEMOGRÁFICO

1	SEXO: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino	2	IDADE: _____
3	ESTADO CIVIL: <input type="checkbox"/> Solteiro (a) <input type="checkbox"/> Casado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) <input type="checkbox"/> Divorciado (a) com companheiro (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) <input type="checkbox"/> Viúvo (a) com companheiro (a) <input type="checkbox"/> União de facto/vive junto <input type="checkbox"/> Companheiro (a) <input type="checkbox"/> Separado (a) <input type="checkbox"/> Outra	4	ESCOLARIDADE: <input type="checkbox"/> Analfabeto (a) <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever <input type="checkbox"/> 1º ciclo/ instrução primária <input type="checkbox"/> 2º ciclo/9º ano/ Antigo 5º ano <input type="checkbox"/> 3º ciclo/ 10º ano ao 11º ano / 7º ano complementar <input type="checkbox"/> 12º ano <input type="checkbox"/> Curso Médio <input type="checkbox"/> Curso Superior <input type="checkbox"/> Outro
5	PROFISSÃO:	6	NÍVEL SÓCIO-ECONÓMICO: <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> Médio-alto <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Médio-baixo <input type="checkbox"/> Baixo
7	<input type="checkbox"/> Institucionalizado <input type="checkbox"/> Não Institucionalizado <input type="checkbox"/> Centro – Dia	8	TIPO DE HABITAÇÃO: <input type="checkbox"/> VIVENDA <input type="checkbox"/> APARTAMENTO <input type="checkbox"/> HS (Habitação Social)

COM QUEM VIVE ATUALMENTE: <input type="checkbox"/> Cônjuge <input type="checkbox"/> Companheiro (a) <input type="checkbox"/> Filho (a) <input type="checkbox"/> Irmão (a) <input type="checkbox"/> Sozinho (a) <input type="checkbox"/> Neto (a) <input type="checkbox"/> Com outras pessoas	10	TEM VISITAS FAMILIARES: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO
SE SIM, EM QUANTO TEMPO? <input type="checkbox"/> SEMANALMENTE <input type="checkbox"/> QUIZENALMENTE <input type="checkbox"/> MENSALMENTE <input type="checkbox"/> ANUAL	12	DE QUEM RECEBE VISITAS: <input type="checkbox"/> Filhos <input type="checkbox"/> Irmãos <input type="checkbox"/> Primos <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Outros familiares <input type="checkbox"/> Profissionais de Saúde

ANEXO IV:

MÉTODO DE PERGUNTA ÚNICA

MÉTODO DE PERGUNTA ÚNICA

PACIENTE: _____

DATA DA AVALIAÇÃO: _____

INVESTIGADOR: _____

Sente-se bem quando o enfermeiro fala consigo?

Deverá ser respondida em numeração de 1 a 5

Onde:

- 1- muito mal;
- 2 – mal,
- 3 - indiferente,
- 4- sinto--me bem,
- 5- sente-se muito bem.



ANEXO V:

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE E TERMO DE CONSENTIMENTO



ATUAÇÃO DA ENFERMAGEM NA RELAÇÃO INTERPESSOAL COM O IDOSO EM SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA: CONFORTO EMOCIONAL ATRAVÉS DA COMUNICAÇÃO VERBAL.

FOLHA DE INFORMAÇÃO AO PARTICIPANTE

Título do estudo: Atuação da enfermagem na relação interpessoal com o idoso em sintomatologia depressiva: conforto emocional através da comunicação verbal.

Introdução: Como responsável por esta investigação, venho convidá-la (o) a participar de um estudo sobre sintomatologia depressiva e a importância da comunicação verbal entre enfermeiro e utente para reduzir danos à saúde mental. Antes de decidir se quer ou não participar deste estudo é importante que compreenda porque está a ser efetuada esta investigação e o que ela irá abranger. Leia cuidadosamente a informação que se segue e não hesite em perguntar em caso de dúvidas, ou se necessitar de mais informação.

Objetivo do estudo: Analisar a importância da comunicação verbal para o idoso institucionalizado com sintomatologia depressiva, conhecendo sobre a associação existente entre a pessoa idosa institucionalizada e o enfermeiro, a comunicação verbal traçada por eles e a importância dela para minimizar os sintomas depressivos.

Porque fui escolhida (o) para participar neste estudo?

Este estudo irá envolver uma amostra representativa de pessoas idosas, de ambos os sexos e com um nível escolar suficiente para entender e compreender as questões que lhe serão apresentadas.

Participação: A sua participação no estudo é voluntária e como tal, pode decidir participar ou não nesta investigação. Se decidir participar será necessário responder a algumas questões, contudo pode desistir a qualquer altura, sem se sentir obrigado a dar qualquer justificação. A sua participação no estudo é anónima e não remunerada, sendo que dados recolhidos neste estudo, manter-se-ão sigilos dos participantes, serão guardados e processados em computador e transformados em números percentuais os dados aí coletados.

Resultados do estudo: Com os resultados deste estudo, será feita uma Dissertação e apresentação de Mestrado, que estará disponível mais tarde no Instituto Politécnico de Portalegre, sempre a manter o sigilo dos participantes.

Obrigado pelo tempo que despendeu a ler esta Informação e a ponderar a sua participação neste estudo. Se desejar participar, deve assinar e datar o Consentimento Informado.

CONSENTIMENTO INFORMADO

Título do estudo: Atuação da enfermagem na relação interpessoal com o idoso em sintomatologia depressiva: conforto emocional através da comunicação verbal.

Ao assinar este documento confirmo o seguinte: Compreendi a informação sobre o estudo acima referido, tendo-me sido disponibilizado tempo para refletir sobre a participação, assim como, colocar todas as minhas dúvidas. Compreendo que a minha participação é voluntária e que posso desistir a qualquer momento sem dar qualquer justificação. Consinto participar neste estudo e a divulgação dos dados como descrito na Folha de informação ao participante.

Nome da(o) participante:

Assinatura da(o) participante:

Data: (datada pela(o) utente):

Se a(o) participante estiver impedida(o) de assinar:

Assinatura do investigador:

Data: _____

Anexo VI:

**Pedido e Autorização, dada pela Autora, para utilização das escalas: UCLA e EDGE.
(por mecanismo eletrônico)**

Pedido de Autorização Autores

Ilma. Dr^a Margarida Pocinho
Escala de Depressão Geriátrica e Solidão (versão Portuguesa)

Ludmila Souza Oliveira de Jesus encontra-se a realizar o Projeto de Mestrado em Gerontologia pelo Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Educação e Ciências Sociais, que versa sobre: *Atuação da Enfermagem na relação interpessoal com o idoso com sintomatologia depressiva: conforto emocional através da comunicação verbal*. Esta investigação objetiva, de forma geral: Analisar a importância da Comunicação Verbal para o idoso institucionalizado com sintomatologia depressiva.

Neste sentido e por este meio, venho pedir autorização a Ilma. Sr.^a para o uso responsável da Escala de Depressão Geriátrica e conjuntamente, a Escala de Solidão.

Desde já, agradecida pela atenção disponibilizada.

Pede Deferimento.

Atenciosamente,

Ludmila Souza Oliveira de Jesus

----- Forwarded message -----

De: **Margarida Pocinho** <margarida_pocinho@estescoimbra.pt>

Date: quarta, 5/05/2021 à(s) 00:19

Subject: RE: pedido de autorização para uso de escalas

To: Lara Guedes de Pinho <lmgp@uevora.pt>

Cc: <ludso@bol.com.br>

Sim, pode usar

Bom trabalho

Anexo VII:

Parecer favorável do Comité de Ética do IPP para prosseguimento do estudo da Mestranda.

Instituto Politécnico de Portalegre

COMISSÃO DE ÉTICA

PARECER

Nº Pedido: 13 / Data: 28/05/2021
Ref: SC/2021/4602

A Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre, vem deste modo informar que na reunião de 26 de maio 2021 deliberou emitir *Parecer Positivo* à realização do Estudo de Investigação "Atuação da Enfermagem na relação interpessoal com o idoso com Sintomatologia Depressiva: Conforto emocional através da Comunicação Verbal", no âmbito do Curso de Mestrado de Gerontologia, do Instituto Politécnico de Portalegre, sob a responsabilidade da Investigadora Principal Ludmíla Souza Oliveira Jesus, com orientação da Srª Profª. Doutora Lara Manuela Guedes de Pinho.

A Presidente da Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Portalegre

Assinado por: ANA PAULA CALADO BAPTISTA
ENES DE OLIVEIRA
Num. de Identificação: 0071081388
Data: 2021.05.28 08:46:54+01:00

CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO

ANA Paula Calado Baptista Enes de Oliveira
28-05-2021

99/COM/É/2 Rev.2

Anexo VIII

Declaração de Aceitação e entrega de Dissertação – Orientador(a)



DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO ENTREGA DE DISSERTAÇÃO

Eu, Lara Manuela Guedes de Pinho, declaro para os devidos efeitos que a dissertação de mestrado, proposta pela estudante Ludmila Souza Oliveira de Jesus, do curso de Mestrado em Gerontologia – Ramo Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre – Escola Superior de Educação e Ciências Sociais, intitulada “Intervenção “SOLIDÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO” se encontra apta para submissão para provas públicas.

A Orientadora,

Assinado por: **Lara Manuela Guedes de Pinho**
Num. de Identificação: 12573452
Data: 2022.02.26 19:01:48+00'00'

