



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Departamento de Educação, Desporto e Intervenção Social

Mestrado em Gerontologia Social

Gabriel José Moutinho Gonçalves, 2022



Gabriel José Moutinho Gonçalves

Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não
institucional

Mestrado em Gerontologia Social
Departamento de Educação Desporto e Intervenção Social

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Filipa Daniela Correia
Marques

Presidente do Júri — Professora Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva
Arguente — Professora Doutora Silvia Maria Rodrigues da Cruz Parreiral
Orientadora — Professora Doutora Filipa Daniela Correia Marques

Outubro de 2022

Agradecimentos

A consumação desta dissertação vincula o fim de uma das mais importantes etapas da minha vida e, como tal, gostaria de prestar o meu agradecimento a todos aqueles que contribuíram de forma direta ou indireta para tornar possível a realização da mesma:

à Professora Doutora Filipa Daniela Marques manifesto o meu mais profundo agradecimento e respeito pelo seu aconselhamento, disponibilidade e preocupação;

ao Diretor Técnico da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas de Nossa Senhora da Veiga, por ter aceitado e permitido que os utentes da Instituição participassem neste estudo e por toda a ajuda e disponibilidade prestada durante a recolha dos dados, o meu agradecimento;

a todos os participantes do estudo um agradecimento especial por terem aceitado participar no mesmo e pela partilha das histórias de vida e conhecimentos transmitidos.

Resumo

Título: Solidão na pessoa idosa: percepções e vivências nos contextos institucional e não institucional.

Introdução: o aumento da esperança média de vida e as novas dinâmicas laborais, familiares e sociais tendem a fomentar a institucionalização dos idosos. Alguns estudos indicam maior prevalência de solidão e depressão em idosos institucionalizados comparativamente com não institucionalizados (e.g. Brito, 2015; Kaur & Bajwa, 2017).

Objetivo: compreender a percepção e vivência da solidão da pessoa idosa nos contextos institucional e não institucional.

Métodos e materiais: estudo qualitativo, observacional, analítico e transversal. Foi utilizado Questionário Sociodemográfico, Entrevista semiestruturada e Escalas standardizadas e validadas para a população portuguesa (DGS-15, UCLA-16 e Índice de Barthel). A amostra é constituída por 30 idosos de Vila Nova de Foz Côa - 15 institucionalizados, residentes na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas de Nossa Senhora da Veiga, e 15 não institucionalizados.

Resultados: no contexto institucional oito (53,3%) participantes apresentaram solidão, 14 (93,3%) sintomatologia depressiva, três (20,0%) revelaram ter dependência ligeira. No contexto não institucional, dois (13,3%) apresentaram solidão, 10 (66,7%) sintomatologia depressiva e um (6,7%) revelou ter dependência ligeira. Verificou-se maior autopercepção de solidão pelos idosos institucionalizados do que pelos não institucionalizados ($n = 9$, 60,0% versus $n = 3$, 20,0%).

Conclusões: os idosos que estão institucionalizados apresentam mais solidão do que os que não estão institucionalizados; a percepção de solidão é maior pelos idosos que estão institucionalizados do que pelos idosos que não estão institucionalizados; e os idosos que estão institucionalizados apresentam mais sintomatologia depressiva do que os que não estão institucionalizados.

Palavras-chave: depressão, idoso, institucional, não institucional, institucionalização, solidão.

Abstract

Title: Loneliness in the elderly: perceptions and experiences in institutional and non-institutional contexts.

Introduction: the average life expectancy increases, and the new work, family and social dynamics tend to foster the institutionalization of the elderlies. Some studies indicate a higher prevalence of loneliness and depression in institutionalized elderlies compared to non-institutionalized (e.g. Brito, 2015; Kaur & Bajwa, 2017).

Objective: understand the perception and experience of the loneliness in elderly in institutional and non-institutional contexts.

Methods and materials: qualitative, observational, analytical and cross-sectional study. Sociodemographic Questionnaire, Semi-structured Interview and standardized and validated scales for the Portuguese population (DGS-15, UCLA-16 and Barthel Index) were used. The sample consists of 30 elderlies from Vila Nova de Foz Côa - 15 institutionalized, residents in the Residential Structure for Elderly People of Nossa Senhora da Veiga, and 15 non-institutionalized.

Results: in the institutional context eight (53,3%) participants presented loneliness, 14 (93.3%) depressive symptomatology and three (20.0%) revealed to have mild dependence. In the non-institutional context, two (13.3%) presented loneliness, 10 (66,7%) depressive symptomatology and one (6.7%) revealed to have mild dependence. There was a greater self-perception of loneliness by the institutionalised elderlies than by the non-institutionalised ones ($n = 9$, 60.0% versus $n = 3$, 20.0%).

Conclusion: institutionalised elderlies show more loneliness than those who are not institutionalised; the perception of loneliness is greater by the elderlies who are institutionalised than by the elderlies who are not institutionalised; and the elderly who are institutionalised have more depressive symptoms than those who are not.

Keywords: depression, elderly, institutional, non-institutional, institutionalization, loneliness, solitude.

Dedico este trabalho aos meus pais pelo apoio emocional, pela constante presença e por tudo o que fazem por mim, encorajando-me em todos os momentos.

Nenhuma das minhas conquistas seria possível sem vocês!

“Valeu a pena? Tudo vale a pena
Se a alma não é pequena.
Quem quer passar além do Bojador
Tem quem passar além da dor.” (Pessoa, 1934, p. 64)

Índice

INTRODUÇÃO	1
1. Enquadramento do tema.....	2
2. Solidão: conceito, visão geral e teorias	3
3. Envelhecimento e solidão.....	6
4. Luto e viuvez: experiências marcadamente associadas ao avançar da idade e relação com a solidão.....	7
5. Institucionalização da pessoa idosa e solidão	8
6. Solidão e depressão na pessoa idosa: que relação?.....	12
7. Intervenção no âmbito da Gerontologia Social	14
8. Objetivo principal.....	15
9. Questões de investigação	15
MÉTODOS E MATERIAIS	16
1. Desenho do estudo	17
2. Objetivos do estudo	18
3. Questões de investigação	18
4. Contexto e amostra	18
5. Princípios éticos e deontológicos.....	19
6. Instrumentos.....	20
6.1. Questionário Sociodemográfico	20
6.2. Entrevista semiestruturada.....	20
6.3. Escala de Solidão UCLA	21
6.4. Escala de Depressão Geriátrica.....	22
6.5. Índice de Barthel	23

7.	Procedimentos	24
8.	Análise de dados	27
RESULTADOS		28
1.	Caracterização da amostra (Tabela 4).....	29
2.	Avaliação objetiva dos participantes através da utilização das escalas (Tabela 4) 35	
3.	Apresentação e análise dos resultados.....	35
3.1.	Perceção da solidão.....	35
3.2.	Vivências.....	41
3.3.	Integração/interação social.....	43
3.4.	Institucionalização	50
3.5.	Solidão e depressão nos contextos institucional e não institucional.....	52
DISCUSSÃO		77
1.	Considerações sobre a pertinência científica	78
2.	Considerações sobre a metodologia da investigação	79
3.	Discussão dos resultados obtidos	80
3.1.	Avaliação objetiva e perceção da solidão	80
3.2.	Vivências.....	85
3.3.	Institucionalização.....	86
3.4.	Integração/interação social.....	87
3.5.	Solidão e depressão nos contextos institucional e não institucional.....	87
4.	Sugestões para aplicação prática dos resultados obtidos	88
5.	Limitações e perspetivas futuras	89
CONCLUSÃO		91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		94
ANEXOS		109

Anexo I - Parecer da Comissão de Ética do Politécnico de Coimbra.....	110
Anexo II - Índice de Barthel.....	114
Anexo III - Escala GDS-15	115
Anexo IV - Escala de Solidão UCLA-16.....	116
APÊNDICES	117
Apêndice I - Pedido de colaboração/participação	118
Apêndice II - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido.....	119
Apêndice III - Questionário Sociodemográfico	122

Índice de Ilustrações

Tabela 1: <i>Exemplos de estudos que avaliaram a solidão na pessoa idosa nos contextos institucional e não institucional.....</i>	9
Tabela 2: <i>Interpretação da pontuação obtida na Escala GDS-15 (Apóstolo et al., 2018).....</i>	23
Tabela 3: <i>Interpretação da pontuação obtida no Índice de Barthel (Segundo Sinoff & Ore, 1997).....</i>	24
Tabela 4: <i>Caracterização da amostra.....</i>	30
Tabela 5: <i>Distribuição dos participantes segundo os domínios, categorias e subcategorias emergentes com base na análise dos dados.....</i>	54
Tabela 6: <i>Resultados segundo os domínios, categorias e subcategorias emergente.....</i>	64

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

AVD's - Atividades da Vida Diária;

AIVD's - Atividades Instrumentais da Vida Diária;

Eurostat - Gabinete de Estatísticas da União Europeia;

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas;

GDS - Escala de Depressão Geriátrica;

RPC - República Popular da China;

UCLA - *University of California, Los Angeles*.

INTRODUÇÃO

1. Enquadramento do tema

O ser humano é, por natureza, um ser social, o que torna essencial a existência de relações sociais de qualidade para o seu bem-estar, independentemente da idade (National Academies of Sciences, Engineering & Medicine, 2020; World Health Organization, 2015). Na velhice a natureza social do indivíduo mantém-se, mas as oportunidades existentes para os idosos podem ser desiguais quanto à oferta de atividades/programas que envolvam os idosos e que promovam a sua interação e manutenção nas diferentes redes sociais (Afonso, 2015).

A velhice, tal como todas as outras etapas da vida, acarreta ganhos (e.g. aceitação do natural declínio, gerotranscendência, maturidade, sabedoria, etc.) e perdas (e.g. associadas ao declínio físico, reformulação de papéis sociais que implicam perda de estatuto social, etc.). Nesta fase da vida, estas perdas, como por exemplo a morte e perda de contacto com pessoas significativas ao longo do tempo, aumentam o risco de solidão (Paque et al., 2018). Adicionalmente, no contexto da pandemia da COVID-19¹, a que se somam todas as alterações sociais que têm ocorrido ao longo dos anos (e.g. uma maior institucionalização dos idosos), a vulnerabilidade da pessoa idosa tornou-se particularmente evidente (Bernardo, 2019; Lopes, 2012).

As relações sociais, as suas estruturas, funções e significados compreendem alguns dos principais assuntos do âmbito da Gerontologia Social. Assim, avaliar e compreender a perceção de solidão pela pessoa idosa nos contextos institucional e não institucional, assim como as suas vivências, é de elevada importância para compreender a experiência deste estado/perceção/sentimento na primeira pessoa: a pessoa idosa. Desta forma poder-se-á apurar a forma como é vivida e contribuir com evidência científica para que se fomentem e sustentem abordagens práticas para melhorar as condições de envelhecimento da pessoa idosa.

¹ Em dezembro de 2019 foram relatadas as primeiras evidências de uma crise sanitária na República Popular da China (RPC) causada por uma patologia desconhecida, tendo sido identificado, pouco tempo depois, o coronavírus SARS-CoV-2 como o agente causal da nova patologia identificada. A doença causada por este vírus, definida como COVID-19, foi oficialmente declarada como uma pandemia pela Organização Mundial de Saúde a 11 de março de 2020, conferindo estatuto de crise sanitária global. Esta pandemia implicou a implementação de várias medidas de saúde pública a nível mundial, entre as quais medidas restritivas dos contactos sociais (Vindegard & Benros, 2020).

2. Solidão: conceito, visão geral e teorias

A definição do conceito solidão não é consensual e universal na literatura (Jylhä & Saarenheimo, 2010; Mansfield et al., 2021). Para Jylhä & Saarenheimo (2010) e Mansfield et al. (2021) a inexistência de consenso na literatura pode ser atribuída ao facto de serem apresentadas diferentes definições, que são influenciadas por exemplo: pela abordagem unidimensional (e.g. solidão social ou solidão emocional) ou multidimensional (que reflete a influência da interação de vários fatores - pessoais, interpessoais, demográficos e sociais) adotada pelos vários autores que estudaram esta temática; pelo facto de em alguns estudos serem utilizados termos inter-relacionadas e sobreponíveis para designar a mesma realidade (e.g. *aloneness* ou *solitude*); pelo grupo populacional estudado (e.g. o estudo da solidão com participantes jovens pode apresentar resultados diferentes daqueles obtidos em estudos com participantes idosos); ou pelo contexto social estudado (Jylhä & Saarenheimo, 2010; Mansfield et al., 2021).

Alguns autores definem a solidão como: a percepção de isolamento social ou sentimento subjetivo de ser solitário (National Academies of Sciences, Engineering & Medicine, 2020). Outros (e.g. Cohen-Mansfield et al., 2016), como uma experiência desagradável ou sentimentos associados a uma deficiência nos relacionamentos íntimos; ou como uma discrepância percebida entre as relações sociais desejadas e as reais (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010). Portanto, uma característica comum que surge nestas definições, e que foi descrita por Peplau & Perlman (1982) como uma característica comum em todas as definições, é que descrevem a solidão como algo decorrente de uma alteração da existência de corretas relações sociais, referindo-se a sentimentos negativos ou desagradáveis, decorrentes de deficiências - qualitativas ou quantitativas - nas relações sociais. Ainda assim, alguns estudos indicam que é possível apresentar sentimento de solidão mesmo que na presença de outras pessoas e que estar sozinho não leva necessariamente à solidão, nem é necessariamente uma experiência negativa (e.g. Gierveld, 1998; Townsend, 1968; Victor et al., 2008). Na perspetiva de Freitas (2011), existe a possibilidade de apresentar sentimento de solidão não só quando se está sozinho, mas também quando se está acompanhado com pessoas que não se deseja ou ambiciona estar.

Para uma correta definição do conceito solidão também importa ter em conta as diferenças entre isolamento social e solidão - conceitos amplamente utilizados de forma indiscriminada (Jylhä & Saarenheimo, 2010). Sendo certo que o isolamento social pode induzir a solidão (Almeida, 2016), importa sublinhar que isolamento social, solidão e viver sozinho são conceitos distintos, apesar de encontrarem-se inter-relacionados (Faísca et al., 2019). Para Aylaz et al. (2012) enquanto que o isolamento social é objetivo, pois mede o número de contactos sociais, a solidão é subjetiva, expressando a insatisfação da pessoa com os contactos sociais.

Conceptualmente, alguns estudos fazem referência a diferentes tipos de solidão:

i) solidão emocional - relacionada com a ausência de relação(ões) pessoal(ais) ou íntima (Mansfield et al., 2021);

ii) solidão existencial - relacionada com a separação entre o indivíduo e o mundo em geral, não simplesmente como ausência de relacionamentos significativos e experiência emocional negativa (e.g. morte ou divórcio) (Mansfield et al., 2021; Vedder et al., 2022);

iii) solidão social - relacionada com a falta de pertença ou ausência de acesso a uma rede social satisfatória. Ou seja, descreve um sentimento de desconexão em vários domínios da vida (e.g. impotência, vergonha, etc.) (Gierveld & Havens, 2004; Mansfield et al., 2021).

A experienciação da solidão pode ser momentânea ou prolongada, ocorrer com frequência ou raramente e variar em intensidade. A solidão é caracterizada como uma experiência homogénea, estática ou linear que é quantitativamente acessível (ou seja, pode ser medida - e.g. Escala de Solidão da *University of California Los Angeles* (UCLA)) e é entendida como um problema sobre o qual algo pode e deve ser feito para preveni-la ou eliminá-la (Mansfield et al., 2021).

A avaliação da solidão na pessoa idosa pode ser feita com o recurso a diferentes escalas validadas e padronizadas (sendo que aquelas que têm maior abrangência nas suas questões também apresentam maior subjetividade), tais como: a Escala de Solidão de Gierveld de 11 itens e a Escala de Solidão UCLA (Gierveld & Kamphuls, 1985; National Academies of Sciences, Engineering & Medicine, 2020; Russell et al., 1978). Para a avaliação no contexto nacional destaca-se a Escala UCLA-16 com versão traduzida e validade para a população portuguesa (Pocinho et al., 2010).

Yang e Victor (2011) obtiveram resultados que indicaram uma prevalência de 14,9% de solidão na população portuguesa com idade igual ou superior a 60 anos (tendo por base o *European Social Survey*); em contraponto com o Reino da Dinamarca que apresentou 3,2% (a menor prevalência na Europa). Apesar da pertinência da existência de dados relativos à prevalência da solidão na população em idade geriátrica, verifica-se que os estudos mais recentes foram realizados com amostras constituídas por participantes mais jovem (Surkalim et al., 2022).

Em Portugal denota-se que a pessoa idosa que reside em meio rural apresenta menor incidência de solidão face a idosos residentes em meio urbano (Teixeira, 2010). O mesmo autor atenta que envelhecer em meio urbano pode significar correr o risco de acabar a vida cada vez mais só, desconsiderado e sem qualquer visibilidade social (Teixeira, 2010). No caso de idosos que residem em cidades de grandes dimensões, as redes sociais de apoio são frágeis e o suporte social é insuficiente (Paúl & Fonseca, 2005). Adicionalmente, os idosos que residem em meios urbanos podem depararem-se envolvidos no anonimato, com uma reduzida intimidade entre as pessoas, o que pode resultar numa diminuição da qualidade de vida (Melo & Neto, 2003).

São vários os fatores de risco para a solidão, nomeadamente: fatores de saúde física (e.g. síndrome de fragilidade); fatores psicológicos, psiquiátricos e cognitivos (e.g. depressão e demência); fatores sociais e culturais (e.g. apoio familiar e/ou social); e fatores de contexto social (e.g. transportes e local de residência) (Jylhä & Saarenheimo, 2010; Mansfield et al., 2021; Prieto-Flores et al., 2011). Assim, é possível classificar estes fatores como intrínsecos (e.g. demência) ou extrínsecos (e.g. apoio social) (Rodrigues, 2018). Como possíveis consequências da solidão destacam-se: taxas mais elevadas de mortalidade, diminuição da capacidade cognitiva e baixa autoperceção de bem-estar, de qualidade de vida e depressão (Almeida & Quintão, 2012; Coyle & Dugan, 2012; Jylhä & Saarenheimo, 2010; Mansfield et al., 2021; National Academies of Sciences, Engineering & Medicine, 2020; Richard et al., 2017).

3. Envelhecimento e solidão

Dados referentes à União Europeia e a Portugal demonstram um progressivo envelhecimento da população ao longo dos anos a esta parte, e preveem a manutenção desta tendência no futuro (Eurostat, 2020). O Gabinete de Estatísticas da União Europeia (Eurostat) postula que até 2050 verificar-se-á um significativo aumento da população com idade igual ou superior a 65 anos - aumentando de 90.5 milhões em 2019 para 129.8 milhões em 2050 - (Eurostat, 2020). Inclusive, este organismo refere que de 2019 a 2050 a população europeia com 85 ou mais anos sofrerá um aumento de 113,9% (Eurostat, 2020). Outro dado que demonstra esta alteração demográfica, mas a nível nacional, é o Índice de Envelhecimento (número de pessoas com 65 ou mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos; um valor superior a 100 significa que há mais idosos do que jovens), que em Portugal subiu de 27,5% em 1961 para 161,3% em 2019 (PORDATA, 2020). Esta alteração demográfica sustenta a necessidade de maior reflexão e ação na promoção do envelhecimento ativo, digno e saudável.

Quadagno (2017) confronta a realidade social de alguns países desenvolvidos (e.g. Estados Unidos da América) com a de alguns países em desenvolvimento (e.g. RPC) para demonstrar que apesar dos desenvolvimentos sociais nos países desenvolvidos, nem sempre estes são positivos e refletem uma maior preocupação com a pessoa idosa em termos comparativos com aqueles países. Possivelmente devido à inexistência de uma rede formal de segurança social em alguns países em desenvolvimento, o envelhecimento e a pessoa idosa são encarados como uma responsabilidade da família (no caso da RPC, seguindo muito a filosofia de Confúcio) (Quadagno, 2017). Ou seja, o envelhecimento e o idoso são encarados de forma positiva através do enaltecimento/valorização/respeito deste processo e desta etapa da vida (Quadagno, 2017).

Não obstante de ser um processo natural, o processo de envelhecimento pode implicar: deterioração física, desalento, frustração, infelicidade, autoperceção de perda de importância, isolamento social e solidão (Rosa, 2012); o que torna essencial uma rede de apoio informal e/ou formal.

Nos países do Norte da Europa existe uma menor prevalência de solidão e não se denota um aumento tão acentuado da mesma com o envelhecimento (Rodrigues, 2018). Isto poderá relacionar-se, entre outras, a questões culturais e políticas referiu Rodrigues

(2018). Já nos países do Leste europeu verifica-se maior prevalência de solidão (Rodrigues, 2018). Por outro lado, Menec et al. (2019), com base numa amostra da população canadiana, obtiveram resultados em que 10,36% dos idosos com idades entre os 65 e os 74 anos e 13,10% dos idosos com idades entre os 75 e os 85 anos apresentavam sintoma de solidão. Os mesmos autores obtiveram resultados que apontam para que a solidão é maior em pessoas que vivem sozinhas (23,07%) do que em pessoas que vivem acompanhadas (7,55%); e maior em meio urbano do que em meio rural.

4. Luto e viuvez: experiências marcadamente associadas ao avançar da idade e relação com a solidão

Durante a velhice, perdas, como por exemplo a morte e perda de contacto com pessoas significativas ao longo do tempo, aumentam o risco de solidão (Paque et al., 2018). O falecimento de um ente querido, principalmente quando se trata de um cônjuge (numa família em que os filhos já não habitam na mesma habitação) pode levar ao surgimento de sentimento de solidão (Beal, 2006). A solidão é caracterizada como uma das maiores causas do sofrimento humano, pois tem em si articulados sentimentos de ausência de uma vinculação íntima, sentimentos de vazio e sentimentos de abandono (Beal, 2006). A experiência de solidão pode dever-se, entre outros fatores, à dor emocional pela perda de alguém que se ama e/ou a um sentimento de exclusão ou marginalidade de laços sociais (Freitas, 2011; Teodósio, 2013).

Porém, existe uma diferença entre solidão e luto. O luto é essencialmente uma época que corresponde ao período precedente à perda de um ente querido. Devido à dor que a pessoa sente pode desenvolver momentos de solidão e/ou isolamento social (Teodósio, 2013). O processo de luto perante o falecimento de um ente querido é normalmente seguido por um ajustamento normal à perda, podendo ocorrer sem incidentes ou, ao invés, tornar-se num processo prolongado, complicado e extremamente doloroso (Gilewski et al., 1991). Visto que para a grande maioria dos adultos a relação conjugal é considerada a principal fonte de suporte emocional, o falecimento do cônjuge pode propiciar não só momentos de solidão, como também o isolamento social em

consequência da alteração de rotinas visto que o(a) viúvo(a) passa a funcionar como um elemento singular (Teodósio, 2013).

Na literatura é possível constatar que termos como o luto - *bereavement* ou *mourning* - e viuvez - *widowhood* - não são substituíveis (Teodósio, 2013). Ao contrário do processo de luto, a viuvez é um estado contínuo e de longo prazo que relaciona mudanças na condição emocional, social, económica e de estilo de vida (Kaprio et al., 1987; Teodósio, 2013). Embora com um fio condutor comum, estes dois conceitos desencadeiam desafios separados, alterações e dificuldades bio-psico-sociais em que, na viuvez, tornam-se uma resposta normal ao evento da perda até que o cônjuge se consiga ajustar à nova realidade (Onrust & Cuijpers, 2006). Para que o equilíbrio seja recuperado, alguns teóricos como é o caso de Bowlby propuseram que o(a) viúvo(a) passa pelas fases de choque, protesto, desespero e recuperação (Keong, 2010). De acordo com o mesmo autor, apesar da aceitação do estado de viuvez, na maioria das vezes os viúvos sentem um laço com a pessoa perdida que pode ter a duração de décadas, sendo que todas as memórias podem transformar-se em conforto em alguns momentos e em ansiedade noutros (Keong, 2010; Teodósio, 2013).

5. Institucionalização da pessoa idosa e solidão

O aumento da esperança média de vida e as novas dinâmicas laborais, familiares e sociais tendem a fomentar a institucionalização dos idosos (Bernardo, 2019; Lopes, 2012) e a expandir, também, a necessidade de se desenvolverem meios para melhor responder às necessidades deste grupo populacional em progressivo aumento.

Alguns estudos sustentam que os idosos institucionalizados podem apresentar maiores índices de isolamento social e solidão (e.g. Barroso & Tapadinhas, 2006; Brito, 2015; Kaur & Bajwa, 2017; Prieto-Flores et al., 2011; Trybusińska & Saracen, 2019; Quintero-Echeverri et al., 2018 - Tabela 1). Outros estudos, sem resultados estatisticamente significativos, defendem uma posição contrária: menos sentimentos de solidão e uma maior satisfação com a vida (e.g. Alves, 2013; Lopes, 2012).

L.M.T. Pereira (2017) identifica e alerta para as alterações e/ou perda de identidade que a institucionalização pode desencadear e por sinal favorecer (entre outros

aspectos): i) a sintomatologia depressiva (devido às dificuldades inerentes à institucionalização - ambiente partilhado e ruidoso, e ao confronto diário com a debilidade); ii) o condicionamento da preservação da vontade e da liberdade na tomada de decisões consequentes das normas e regras institucionais.

A National Academies of Sciences, Engineering & Medicine (2020) entende a solidão como indicador de baixa conexão social - que difere entre indivíduos e entre os diferentes contextos sociais; o que significa uma possível diferença na perceção/sentimento da solidão entre a pessoa idosa no contexto institucional e no contexto não institucional.

Assim, com o aumento da institucionalização e com a assunção de que os idosos institucionalizados podem apresentar maiores índices de isolamento social e solidão, torna-se essencial o estudo desta temática e o desenvolvimento de evidência científica que sustente práticas no âmbito da Gerontologia Social que fomentem agradáveis e felizes vivências no contexto institucional.

Tabela 1

Exemplos de estudos que avaliaram a solidão na pessoa idosa nos contextos institucional e não institucional

Estudo	Tipo de estudo	Número de participantes	Resultados (solidão nos grupos de: idosos institucionalizados versus não institucionalizados)	Significância estatística
Barroso & Tapadinhas (2006)	Observacional, analítico e transversal	$n = 80$ ($n = 40$ institucionalizados e $n = 40$ não institucionalizados)	Os idosos institucionalizados apresentaram mais sentimentos de solidão do que os idosos não institucionalizados.	$p < 0,005$

Estudo	Tipo de estudo	Número de participantes	Resultados (solidão nos grupos de: idosos institucionalizados versus não institucionalizados)	Significância estatística
Brito (2015)	Observacional, analítico e transversal	$n = 60$ ($n = 30$ institucionalizados e $n = 30$ não institucionalizados)	Média dos resultados na Escala UCLA-16 em idosos institucionalizados: 38,30. Média dos resultados na Escala UCLA-16 em idosos não institucionalizados: 32,77.	$p < 0,078$

Estudo	Tipo de estudo	Número de participantes	Resultados (solidão nos grupos de: idosos institucionalizados versus não institucionalizados)	Significância estatística
Kaur & Bajwa (2017)	Observacional, analítico e transversal	$n = 100$ ($n = 50$ institucionalizados e $n = 50$ não institucionalizados)	Média dos resultados na Escala UCLA-20 em idosos institucionalizados: 32,90. Média dos resultados na Escala UCLA-20 em idosos não institucionalizados: 26,90. Dos idosos institucionalizados: 6,0% apresentaram solidão severa, 92,0% apresentaram solidão moderada e 2,0% apresentaram solidão reduzida. Dos idosos não institucionalizados: 6,0% apresentaram solidão severa, 74,0% apresentaram solidão moderada e 2,0% apresentaram solidão reduzida.	$p < 0,005$

Estudo	Tipo de estudo	Número de participantes	Resultados (solidão nos grupos de: idosos institucionalizados versus não institucionalizados)	Significância estatística
Prieto-Flores et al. (2011)	[Inconclusivo]	$n = 468$ ($n = 234$ institucionalizados e $n = 234$ não institucionalizados)	Dos idosos institucionalizados: 71,6% apresentaram solidão. Dos idosos não institucionalizados: 50,4% apresentaram solidão.	$p < 0,005$
Quintero-Echeverri et al. (2018)	Observacional, analítico e transversal	$n = 1248$ ($n = 379$ institucionalizados e $n = 869$ não institucionalizados)	Dos idosos institucionalizados: 85,2% apresentaram solidão. Dos idosos não institucionalizados: 67,6% apresentaram solidão.	$p < 0,005$

6. Solidão e depressão na pessoa idosa: que relação?

Existem evidências da relação preditiva entre a solidão e os sintomas depressivos na velhice (Aylaz et al., 2012; Cacioppo et al., 2006). Os idosos que apresentam elevada perceção de solidão têm maior suscetibilidade de apresentar sintomas depressivos (Perissinotto et al., 2012).

A depressão não é algo normativo e expectável no processo de envelhecimento - como a sociedade e as pessoas idosas de forma geral preveem; trata-se de uma patologia que deve ser considerada como tal (Drago & Martins, 2016). Ge et al. (2017), defendem que a solidão tem sido indicada como fator catalisador/potenciador da depressão. Vários autores (e.g. Beutel et al., 2017; Cacioppo et al., 2006) consideram que a depressão e a solidão estão interligadas e influenciam-se mutuamente, apesar das manifestações

distintas. Assim, além de analisar a solidão e a depressão *per se*, é necessário perceber a ambiguidade desta relação: tanto a solidão e a falta de relações sociais na pessoa idosa podem ser as causas de depressão, como a depressão pode ser a causa da solidão. Esta simbiose é defendida na literatura como um importante problema de saúde pública e como mais comum em idosos institucionalizados do que em idosos não institucionalizados (Lourenço, 2018).

Em Portugal foram realizados alguns estudos para avaliação desta temática. Salientam-se os resultados obtidos através de uma amostra de idosos institucionalizados no concelho de Bragança por Vaz (2009): elevada taxa de prevalência de depressão (46,7%); acentuada prevalência no género feminino (50,9%); taxa de depressão tendencialmente mais elevada em idosos com reduzido nível cognitivo, menor adaptação à vida institucional, menor participação em atividades de lazer, índices elevados de solidão e maior dependência nas Atividades da Vida Diária (AVD's). Todavia, não foi corroborada uma relação entre a depressão e as doenças crónicas (Vaz, 2009). Já no estudo de Bernardino (2013), os dados indicam que numa amostra de 50 idosos institucionalizados e 50 idosos não institucionalizados: 62,0% dos idosos institucionalizados apresentam depressão em contraponto com 17,0% dos idosos não institucionalizados; e 76,0% dos idosos institucionalizados e não institucionalizados referem sentir solidão. Também Barroso e Tapadinhas (2006) apontam que os idosos solteiros e divorciados evidenciam índices de solidão mais elevados quando comparados com idosos casados.

No que concerne à perceção relativamente à preocupação e receção de visitas por parte de familiares e amigos, os idosos que apontam mais contactos, apresentam níveis mais reduzidos de sintomatologia depressiva. Estes resultados revelam a importância das ligações e conceções sociais para a saúde e bem-estar das pessoas idosas.

Frade et al. (2015) estudaram a temática da depressão na pessoa idosa nos contextos institucional e não institucional e obtiveram resultados que indicam que a prevalência de sintomas de depressão foi mais elevada em idosos solteiros e viúvos em confronto com os idosos casados. Segundo estes autores, a probabilidade de apresentar sintomas de depressão foi 74,1% mais reduzida em idosos não institucionalizados comparativamente com os idosos institucionalizados. Os mesmos autores concluíram que o facto de os idosos residirem sozinhos, serem viúvos e estarem institucionalizados parecia contribuir de forma evidente para a presença de sintomas depressivos.

7. Intervenção no âmbito da Gerontologia Social

Relativamente à ação/intervenção no âmbito da Gerontologia Social, alguns autores referem que podem ser utilizadas dois tipos de abordagens: a abordagem em grupo (a referida como a mais eficaz) e a abordagem um para um - para idosos com dificuldades em estabelecerem contacto interpessoal - (National Academies of Sciences, Engineering & Medicine, 2020). Savikko et al., (2010) concluíram que, por meio de dinâmicas de grupo no âmbito da reabilitação psicossocial, através da partilha de experiências com outros idosos, inspiraram discussões, criaram um sentimento de união e levaram ao empoderamento dos participantes e ao aumento da autoestima. A intervenção fomentou a participação social dos participantes e os seus sentimentos de solidão foram atenuados durante a intervenção. Estas abordagens devem, em última instância, fomentar a reconecção e/ou manter as relações já existentes, fomentar novas relações e ajudar os idosos a mudarem o seu pensamento relativamente às conexões sociais (National Academies of Sciences, Engineering & Medicine, 2020). As atividades recreativas podem permitir menores sinais de depressão e menor autoperceção de solidão (Hooyman & Kiyak, 2018). Por exemplo, idosos com idades compreendidas entre os 65 e os 103 anos que participaram num programa estruturado de artes ao longo de dois anos reportaram menos sinais de depressão e menor solidão (Hooyman & Kiyak, 2018). Masi et al. (2011) realizaram uma revisão sistemática com meta-análise, abarcando artigos com intervenções especialmente delineadas para diminuir a solidão, que revelou uma pequena, mas significativa, magnitude de efeito das intervenções estudadas para redução da solidão (Masi et al., 2011): o tipo de intervenção que parece mais efetivo na diminuição da solidão é aquele em que se abordam as cognições sociais mal-adaptativas. Segundo os mesmos autores, as intervenções que se destinam a aumentar oportunidades para interação social através de atividades em grupo não são muito eficazes. Isto pode acontecer porque juntar pessoas isoladas não tende a criar novas amizades, dado que os pensamentos e os comportamentos dos indivíduos que se sentem sozinhos não os tornam atraentes para estabelecer novas relações (Masi et al., 2011). De referir que a meta-análise não inclui intervenções realizadas em Portugal. Assim, é possível verificar as diferentes visões apresentadas na literatura (e.g. Savikko et al., 2010, versus Masi et al., 2011).

8. Objetivo principal

Compreender a percepção e vivência da solidão da pessoa idosa nos contextos institucional e não institucional.

9. Questões de investigação

I. Como é percebida e vivida a solidão em idosos institucionalizados e em idosos não institucionalizados?

II. Existem diferenças relativamente à percepção e à avaliação objetiva da solidão entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados?

MÉTODOS E MATERIAIS

1. Desenho do estudo

O presente estudo caracteriza-se como sendo qualitativo, observacional, analítico e transversal.

Num estudo qualitativo, o investigador insere-se num ambiente natural e interpreta os fenómenos, segundo os significados atribuídos pelos participantes (Pinto et al., 2018). Esta definição evidencia importantes características deste tipo de metodologia, destacando-se: o carácter de abordagem multimetodológica, que envolve a utilização de narrativas, histórias de vida, entrevistas, análises, entre outras fontes de dados (Pinto et al., 2018; Ribeiro, 2008); a utilização do contexto natural, entendido como o local onde os indivíduos vivem ou desenvolvem as suas atividades do dia a dia (em contraposição aos estudos que controlam este ambiente); e a valorização dos significados e sentidos que os participantes atribuem às coisas, entendidas aqui como o objeto de estudo (Bento, 2012; Pinto et al., 2018). A investigação qualitativa “(...) foca um modelo fenomenológico no qual a realidade é enraizada nas perceções dos sujeitos; o objetivo é compreender e encontrar significados através de narrativas verbais e de observações em vez de através de números.” (Bento, 2012, p. 41).

Relativamente ao carácter observacional do estudo, este prende-se com o facto de o investigador avaliar, mas não intervir na realidade em estudo (Bonita et al., 2010). Os estudos observacionais são subdivididos em analíticos ou descritivos. Se os estudos descritivos limitam-se a descrever a ocorrência de uma determinada realidade na população, já os estudos analíticos abordam, com maior profundidade, as relações entre uma dada realidade e outras variáveis (e.g. a relação entre a solidão e a institucionalização da pessoa idosa).

O desenho do estudo contemplou a elaboração de uma lista de procedimentos, o desenho dos instrumentos (com avaliação da exposição, avaliação da consequência e avaliação de possíveis fatores de confusão - através da participação inicial de quatro idosos: dois institucionalizados e dois não institucionalizados; que incorporaram a amostra final) e a preparação para a recolha dos dados através do treino do observador.

2. Objetivos do estudo

O presente estudo tem como objetivo principal: compreender a percepção e vivência da solidão da pessoa idosa nos contextos institucional e não institucional; do qual emergiram os seguintes objetivos secundários:

- I. caracterizar sociodemograficamente os participantes;
- II. avaliar o nível de solidão dos participantes através de instrumentos específicos standardizados e validados para a população portuguesa;
- III. estabelecer comparação dos resultados das pessoas idosas com sentimentos solidão nos diferentes contextos: institucional e não institucional;
- IV. avaliar, caracterizar e compreender a percepção de sentimentos depressivos em idosos institucionalizados e não institucionalizados.

3. Questões de investigação

Face à temática do presente estudo foram definidas as seguintes questões de investigação, tendo em conta os critérios FINER (Fandino, 2019) para uma correta questão de investigação:

- I. Como é percebida e vivida a solidão em idosos institucionalizados e em idosos não institucionalizados?;
- II. Existem diferenças relativamente à percepção e à avaliação objetiva de solidão entre idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados?.

4. Contexto e amostra

Para o cumprimento dos objetivos do estudo foi obtida uma amostra com base na técnica de amostragem não probabilística por conveniência, uma vez que este tipo de seleção de amostra pode ser utilizada em grupos de indivíduos que se encontrem disponíveis ou em grupos de voluntários que apresentem características que se pareçam ao estudo que se pretende desenvolver, cumprindo os critérios de inclusão estabelecidos

para este estudo (Pocinho, 2012). A amostra deste estudo é constituída por pessoas idosas de ambos os géneros com idade igual ou superior a 65 anos, institucionalizadas ($n = 15$) e não institucionalizadas ($n = 15$), residentes na cidade de Vila Nova de Foz Côa, constituído um total de 30 participantes.

Na perspetiva de Gupta (2018) os critérios de inclusão estabelecem características que um potencial participante deve possuir para poder integrar o estudo. O principal objetivo de estabelecer os critérios de inclusão é definir a população do estudo e garantir a uniformidade dos sujeitos recrutados (Gupta, 2018). Assim, foram definidos os seguintes critérios de inclusão:

- I. indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos;
- II. ser residente na cidade de Vila Nova de Foz Côa;
- III. idosos institucionalizados;
- IV. idosos não institucionalizados;
- V. idosos com capacidade de compreensão e verbalização de todos os conteúdos relevantes para o estudo.

Como critérios de exclusão definiram-se:

- I. idosos com incapacidade para participação no estudo por terem diagnóstico de patologia que inviabiliza a participação ou que poderiam induzir viés de seleção (e.g. demência e transtornos de personalidade);
- II. idosos com dificuldades de compreensão e verbalização de todos os conteúdos relevantes para o estudo.

5. Princípios éticos e deontológicos

Para o cumprimento dos preceitos do Código de Ética e de Conduta do Instituto Politécnico de Coimbra, da Declaração de Helsínquia, da Convenção de Oviedo e do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção de dados; foi formulado um Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Apêndice II). Este documento elucidou cada participante relativamente ao tema do estudo e aos objetivos do mesmo. O mesmo documento visou, também,

informar os participantes que a sua participação na investigação seria voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza, e que em qualquer momento poderia reconsiderar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por esse facto.

6. Instrumentos

Para a recolha de dados foram utilizados os seguintes instrumentos:

- I. Questionário Sociodemográfico;
- II. Entrevista semiestruturada (sobre a percepção e vivência da solidão);
- III. Escala de Solidão UCLA-16;
- IV. Escala de Depressão Geriátrica (*Geriatric Depression Scale* (GDS) - 15);
- V. Índice de Barthel.

6.1. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico foi elaborado para este estudo com base na literatura e evidência científica atual, visa obter conhecimento sobre informações gerais dos participantes, como por exemplo: a idade, género, número de filhos, local/meio de residência, habilitações literárias, profissão que exerceu, religião que professa, estado de saúde, patologias, situação socioeconómica, autopercepção da qualidade da relação familiar, entre outros dados relevantes para a investigação.

6.2. Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada foi elaborada para este estudo com base em quatro exemplos de entrevistas de outros trabalhos de investigação: Alves (2013), Fernandes (2007), Lopes (2012) e L. M. T. Pereira (2017). A entrevista foi adaptada aos contextos institucional e não institucional, por exemplo: quando aplicada a idosos que vivem em

contexto institucional, foram colocadas um conjunto de questões dirigidas apenas a este grupo (domínio número cinco da entrevista), permitindo a obtenção de dados específicos no contexto institucional. No entanto, para ambos os contextos algumas questões foram adaptadas/contextualizadas no decorrer da entrevista (e.g. aquando da realização da entrevista junto dos participantes, no caso de alguma questão não ser corretamente compreendida devido ao desconhecimento de algum termo, a questão foi explicada através da utilização de termos mais simples, podendo deste modo facilitar a correta compreensão do participante, não comprometendo a resposta do mesmo).

Foi utilizado o tipo de entrevista semiestruturada por este assegurar liberdade ao entrevistador de explorar o tema sem fugir ao argumento principal; além disso permite o surgimento de um discurso mais autêntico e livre por parte do entrevistado (Baptista & Sousa, 2011; L. M. T. Pereira, 2017). A entrevista foi estruturada em seis domínios: i) trajetória de vida e velhice; ii) quotidiano, rotina e participação social; iii) relações interpessoais e participação social; iv) perceção da solidão; v) vivência institucional (apenas para as pessoas idosas que vivem no contexto institucional); vi) valores e filosofia de vida (Apêndice III).

6.3. Escala de Solidão UCLA

A Escala de Solidão UCLA (tradução Portuguesa de Neto, 1989) é uma escala de heteroadministração, constituída por 20 itens na sua versão original (UCLA-20), todos elaborados no sentido constructo da solidão. Esta escala foi desenvolvida para avaliar a solidão ou isolamento social (Pocinho et al., 2010). Os itens da versão original foram formulados através de frases utilizadas por indivíduos solitários para descrever o sentimento de solidão (Russell et al., 1978). Todas as questões encontravam-se apresentadas no sentido negativo ou dirigidas à solidão, às quais os indivíduos indicavam com que frequência tinham sentimento de solidão, numa escala de medida, com quatro opções de resposta, que variava entre nunca (um) e o frequentemente (quatro) - escala Likert de quatro pontos - com uma variação global possível de 20 a 80 pontos.

Desde a versão original, e da primeira versão validada para a população portuguesa, a escala tem sido revista e revalidada (Pocinho et al., 2010; Russell, 1996). A

versão utilizada neste estudo exclui as questões números três, seis, 14 e 20, ficando assim a Escala UCLA constituída por 16 itens (UCLA-16). Deste modo, a Escala UCLA-16 passa a ter uma variação possível de 16 a 64 pontos, sendo que quanto maior for a pontuação maior será o sentimento de solidão (Pocinho et al., 2010).

De acordo com Pocinho et al. (2010), em média, a população idosa portuguesa apresenta uma pontuação na UCLA-16 de 31 pontos e 75,0% da população observada apresenta valores iguais ou inferiores a 37. Assim, Pocinho et al. (2010) consideram como ponto de corte o valor de 32. Ou seja, este é o valor normativo da Escala de Solidão UCLA-16 para classificar a população idosa portuguesa. Assim, consideram que os idosos apresentam sentimento de solidão no caso de obtenção de valor maior que 32 na Escala UCLA-16.

6.4. Escala de Depressão Geriátrica

A Escala GDS, criada por Yesavage et al. (1982), permite avaliar sintomas depressivos em idosos, tendo em conta a especificidade deste grupo e contornando problemas fortemente indicativos de depressão (e.g. distúrbios do sono), mas que não se aplicam necessariamente a esta faixa etária (Apóstolo et al., 2014). Na sua versão original, esta escala é constituída por 30 itens (GDS-30), em que as respostas espelham o modo como a pessoa idosa se sentiu durante a última semana (Apóstolo et al., 2014). De modo a simplificar a resposta, os autores escolheram uma escala de índole dicotómica, sim ou não, para cada item. Esta escala foi traduzida e validada para a população portuguesa por Veríssimo (1988).

Tendo em conta a sua extensão, alguns autores indicam que a aplicação da GDS-30 pode induzir à fadiga das pessoas idosas. Assim, no presente estudo será utilizada uma versão curta da escala original, a DGS-15, composta por 15 itens e validada para português europeu e para a população portuguesa por Apóstolo et al. (2014). Esses itens, em conjunto, mostraram boa precisão diagnóstica, com sensibilidade, especificidade e confiabilidade adequadas atenuando a fadiga do entrevistado (Apóstolo et al., 2014). Apóstolo et al. (2018) definiram o valor 4.5 como ponto de corte (ver tabela 2).

Nesta escala atribui-se um ponto para a resposta sim e zero pontos para a resposta não (Apóstolo et al., 2014). Os itens um, cinco, sete, 11 e 13 têm cotação inversa (um ponto para a resposta não e zero pontos para a resposta sim) (Apóstolo et al., 2014). A cotação final corresponde ao somatório das respostas nos 15 itens (Apóstolo et al., 2014).

Quando a resposta do participante que se encontra a ser avaliado for similar à que se encontra entre parênteses (junto à questão), ao item é atribuído um ponto. Quando a resposta do participante for diferente à que se encontra entre parêntesis, ao item são atribuídos zero pontos. Conclui-se que o participante apresenta sintomatologia depressiva se o somatório dos 15 itens for maior ou igual que cinco (Apóstolo et al., 2018).

Tabela 2

Interpretação da pontuação obtida na Escala GDS-15 (Apóstolo et al., 2018)

Significado objetivo	Intervalo numérico
Sem depressão	0 - 4
Com depressão	5 - 15

6.5.Índice de Barthel

O Índice de Barthel é um instrumento que avalia a incapacidade ou dependência do indivíduo para a realização de 10 AVD's: comer, higiene pessoal, uso de sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, deambular, transferência da cadeira para a cama e subir e descer escadas (Mahoney & Barthel, 1965). Na versão original, a pontuação total da escala varia entre zero e 100 (com intervalos de cinco pontos). Cada atividade apresenta entre dois a quatro níveis de dependência (zero, cinco, 10 ou 15), em que zero corresponde à dependência total (Sequeira, 2007). A independência pode ser pontuada com cinco, 10 ou 15 pontos, de acordo com os níveis de dependência (Sequeira, 2007). A pontuação mínima de zero pontos corresponde a máxima dependência para todas as AVD's avaliadas e a pontuação máxima de 100 pontos equivale a independência total para as mesmas AVD's avaliadas. Segundo Sinoff e Ore (1997), os resultados obtidos podem ser categorizados da seguinte forma (com base em pontos coorte): independente

(80 a 100); minimamente dependente (60 a 79); parcialmente dependente (40 a 59); muito dependente (20 a 39); e totalmente dependente (menor do que 20) (ver tabela 3).

Desde a sua publicação (Mahoney & Barthel, 1965), o Índice de Barthel tem sido amplamente utilizado com o objetivo de “quantificar” e monitorizar a (in)dependência dos indivíduos para a realização das AVD’s (Montes & Reichenheim, 2005) (Sulter et al., 1999).

Araújo et al. (2007) procederam à validação deste Índice para a população portuguesa.

Tabela 3

Interpretação da pontuação obtida no Índice de Barthel (Segundo Sinoff & Ore, 1997)

Significado objetivo	Intervalo numérico
Totalmente depende	0 - 19
Muito dependente	20 - 39
Parcialmente depende	40 - 59
Minimamente dependente	60 - 79
Totalmente independente	80 - 100

7. Procedimentos

Inicialmente foi realizada revisão da literatura (nas bases de dados *online*: Biblioteca do Conhecimento Online, *Education Resources Information Center*, *PubMed*® e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal) com o propósito de explanação do tema e de formular uma Entrevista semiestruturada que integrasse as questões pertinentes para o cumprimento dos objetivos do estudo e que permitisse a obtenção de dados para resposta às questões formuladas.

Para a elaboração da Entrevista semiestruturada foram analisados os instrumentos utilizados noutras investigações sobre a temática em estudo, nomeadamente nos estudos de Alves (2013), Fernandes (2007), Lopes (2012) e L. M. T. Pereira (2017).

Após a aprovação do projeto pela Comissão de Ética do Instituto Politécnico de Coimbra, procedeu-se à realização de pedido de autorização para a realização do estudo na Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) de Nossa Senhora da Veiga (Vila Nova de Foz Côa). Neste sentido foi realizada uma reunião com a Direção Técnica e a Presidência da Instituição, para apresentação do pedido de colaboração e da ficha técnica do estudo; pedido esse formalizado através da assinatura de um documento (Apêndice I). Nessa reunião foi possível esclarecer os objetivos do estudo e selecionar, com base na técnica de amostragem não probabilística por conveniência, os participantes residentes na Instituição que cumprissem os critérios de inclusão previamente definidos. A amostra de idosos institucionalizados foi constituída por 15 participantes, 12 participantes do género feminino e três participantes do género masculino.

No que concerne à seleção dos idosos não institucionalizados que participaram no estudo: foram selecionados com base na técnica de amostragem não probabilística por conveniência com base na rede de contactos e conhecimentos do investigador, tendo sido deste modo selecionados participantes que cumprissem os critérios de inclusão. Com estes participantes foi agendado um primeiro encontro em hora e local definidos por cada participante - de forma a não ser comprometido a sua privacidade -, tendo sido, desta forma, comunicado a pertinência e os objetivos do estudo; e solicitado assim, colaboração para participação. A amostra de idosos não institucionalizados foi também constituída por 15 participantes, 12 participantes do género feminino e três participantes do género masculino.

Após a confirmação de colaboração de todos os participantes no estudo, foi administrado o Consentimento Informado, Livre e Esclarecido a cada participante (Apêndice II). Neste documento encontram-se expressos os objetivos do estudo, a sua natureza voluntária e a informação de que seria realizada gravação áudio da entrevista.

Inicialmente, o Questionário Sociodemográfico e a Entrevista semiestruturada foram administrados a uma amostra de quatro participantes (dois em contexto institucional e dois em contexto não institucional) de modo a testar a compreensão de todas as questões e eliminar possíveis fatores de confusão. Procedeu-se ao agendamento com os participantes em questão, em local e hora conveniente aos mesmos no que refere aos idosos não institucionalizados, e em dia e hora conveniente ao que concerne a idosos institucionalizados. Após a aplicação do questionário sociodemográfico e da entrevista

semiestruturada à amostra de quatro participantes, pode-se aferir uma correta e clara compreensão por parte dos participantes a todas as questões dos instrumentos referidos, não tendo sido necessário proceder a alteração de nenhuma das questões.

Numa primeira instância, foi aplicada a Escala de Solidão UCLA-16, visto que o foco basilar deste estudo é referente à avaliação da solidão na pessoa idosa. De seguida procedeu-se à aplicação da Escala GDS-15 e do Índice de Barthel. A aplicação dos instrumentos foi realizada na Instituição onde se realizou o estudo em horário conveniente para cada participante e para os colaboradores da Instituição. No caso dos participantes não institucionalizados essa aplicação ocorreu em local e hora definida pelos mesmos, não comprometendo/invadindo a sua privacidade. A aplicação de todos os instrumentos deste estudo foi realizada tendo em conta todas as medidas de proteção e segurança relativas à COVID-19 necessárias e vigentes à época.

Posteriormente, foi administrado de forma individual o Questionário Sociodemográfico e a Entrevista a todos os participantes, tendo esta sido gravada em formato áudio de modo a facilitar o processamento dos dados, lembrando sempre a cada participante que se iria proceder à gravação da entrevista e reforçando a ideia que todos os dados relatados ao longo da entrevista seriam protegidos e usados unicamente para proveito da investigação, ficando salvaguardada a identidade de cada participante. A confidencialidade foi garantida pelo uso de nomes fictícios e pela remoção de informações que permitissem a identificação de cada participante a partir das transcrições. Todas as gravações e transcrições de áudio foram guardadas num computador protegido, e têm a duração 30 a 120 minutos (média de 60 minutos). Sendo assim cumprindo o regulamento (EU) 2016/679 do Parlamento e do conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção de dados, assim como cumprimento da declaração de Helsínquia tendo em conta a sua sétima e última revisão em outubro de 2013.

Na perspetiva de Bardin (2011), entrevistas gravadas devem ser transcritas (na íntegra) e as gravações guardadas constituirá o corpus da pesquisa. No entanto, é necessário obedecer e seguir as regras de exaustividade (não se deve omitir nada); representatividade (a amostragem diz-se rigorosa se a amostra for uma parte representativa do universo inicial); homogeneidade (os dados devem referir-se ao mesmo tema, serem obtidos por técnicas iguais e colhidos por indivíduos semelhantes); pertinência (os documentos precisam adaptar-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa) e

exclusividade (um elemento não deve ser classificado em mais de uma categoria) (Bardin, 2011).

As entrevistas foram transcritas para documento em *Microsoft Word*® (versão 2016) e foi criada uma base de dados no *Microsoft Excel*® para registo de todos os dados obtidos na investigação, todos os dados obtidos foram sujeitos a análise de conteúdo realizada por dois juízes independentes (investigador autor e investigadora orientadora) formulando desse modo as principais conclusões com a discussão dos dados obtidos.

8. Análise de dados

Na perspetiva de Fortin (2009), o tratamento dos dados possibilita a obtenção de resultados que poderão ser interpretados e comentados pelo investigador.

Apesar da existência de várias técnicas de análise de dados, a selecionada para o presente estudo foi a técnica de análise de conteúdo, por esta ser considerada a forma mais adequada para transformar os dados obtidos, na Entrevista semiestruturada e nas escalas de avaliação, num conjunto de informação relevante e passível de interpretações fundamentadas (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo pode ser conceitualizada como “(...) um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens.” (Bardin, 2011, p. 44). Adicionalmente ao segmento de definição é necessário colocar em evidência a finalidade (implícita ou explícita) da análise de conteúdo (Bardin, 2011). “A intenção da análise de conteúdo é a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção (ou, eventualmente, de receção), inferência esta que recorre a indicadores (quantitativos ou não).” (Bardin, 2011, p. 44). Ou seja, através da técnica de análise de conteúdos pretende-se a obtenção da descrição dos conteúdos através de um processo inferencial (Amado et al., 2000).

RESULTADOS

1. Caracterização da amostra (Tabela 4)

A amostra deste estudo é constituída por 30 participantes: 15 (50,0%) institucionalizados (3 homens e 12 mulheres) e 15 (50,0%) não institucionalizados (3 homens e 12 mulheres).

Relativamente ao local de residência, todos os participantes ($n = 30$; 100,0%) residem na cidade de Vila Nova de Foz Côa; ou seja, em meio urbano (por definição, mas com características sociodemográficas compatíveis com as dos meio suburbano ou rural). 15 (50,0%) participantes residem na ERPI de Nossa Senhora da Veiga e daqueles que não estão institucionalizados 11 (73,3%) residem em habitação própria, três (20,0%) em habitação de familiares e um (6,7%) em habitação arrendada.

Os participantes têm idades compreendidas entre os 71 e os 101 anos de idade, com uma média de idades de 79,7 anos.

Relativamente ao estado civil, 19 (63,3%) participantes são viúvos, seis (20,0%) são casados, três (10,0%) são solteiros, um (3,3%) é divorciado e um (3,3%) vive em união de facto.

Relativamente à(s) fonte(s) de rendimento(s), verifica-se que todos ($n = 30$; 100,0%) os participantes, indicam ter como principal fonte de rendimento as pensões sociais.

No que concerne à atividade profissional exercida no passado pelos participantes, verifica-se grande dispersão de atividades, sendo as mais referidas: a agricultura ($n = 5$; 16,7%) e o trabalho doméstico ($n = 5$; 16,7%).

Relativamente às habilitações literárias dos participantes, verifica-se que quatro (13,3%) participantes não têm qualquer nível de escolaridade, 23 (76,7%) têm o primeiro ciclo do ensino básico e três (10,0%) o ensino universitário.

Quanto à religião, todos ($n = 30$; 100,0%) os participantes referem ser cristãos católicos apostólico romanos.

Tabela 4*Caracterização da amostra*

Participantes	Género	Idade	Estado civil	Agregado familiar	Número de filhos	Contexto de residência	Habitação	Habilitações literárias	Profissão	Rendimentos	Perceção sobre a saúde	Escala de Solidão UCLA-16	Escala DGS-15	Índice de Barthel
Adelaide	Feminino	85	Viúva	Sozinha	1	Rural	Própria	1.º ciclo do ensino básico	Doméstica	Pensão de velhice	Boa	26	6	100
Alberto	Masculino	82	Viúvo	Instituição	4	Rural	ERPI	1.º ciclo do ensino básico	Mecânico	Pensão de velhice	Má	36	9	100
Alice	Feminino	86	Viúva	Instituição	2	Rural	ERPI	1.º ciclo do ensino básico	Agricultora	Pensão de velhice	Regular	34	8	95
António	Masculino	95	Viúvo	Instituição	0	Rural	ERPI	1.º ciclo do ensino básico	Motorista de autocarros e camiões	Pensão de velhice	Regular	38	10	95
Assunção	Feminino	85	Viúva	Sozinha	1	Rural	Própria	1.º ciclo do ensino básico	Agricultora	Pensão de velhice	Regular	27	4	95
Carla	Feminino	82	Solteira	Instituição	0	Rural	ERPI	1.º ciclo do ensino básico	Merceeira	Pensão de velhice	Má	35	9	95

Participantes	Género	Idade	Estado civil	Agregado familiar	Número de filhos	Contexto de residência	Habitação	Habilitações literárias	Profissão	Rendimentos	Perceção sobre a saúde	Escala de Solidão UCLA-16	Escala DGS-15	Índice de Barthel
Carlos	Masculino	78	Casado	Instituição	4	Rural	ERPI	1.º ciclo do ensino básico	Carteiro	Pensão de velhice	Boa	30	5	100
Carolina	Feminino	84	Viúva	Instituição	3	Rural	ERPI	1.º ciclo do ensino básico	Taberneira	Pensão de velhice	Má	32	8	60
Catarina	Feminino	93	Viúva	Instituição	0	Rural	ERPI	Sem escolaridade	Agricultora	Pensão de velhice	Regular	38	8	75
Delfina	Feminino	72	Casada	Cônjuge	0	Rural	Própria	Ensino Universitário	Professora	Pensão de velhice	Boa	25	5	100
Eduarda	Feminino	71	Casada	Cônjuge	3	Rural	Casa de Familiares	1.º ciclo do ensino básico	Educadora de Infância	Pensão de velhice	Boa	28	4	100
Fernando	Masculino	80	Viúvo	Sozinho	2	Rural	Própria	1.º ciclo do ensino básico	Maquinista de comboios	Pensão de velhice	Regular	25	6	100
Filomena	Feminino	82	Viúva	Instituição	0	Rural	ERPI	1.º ciclo do ensino básico	Educadora	Pensão de velhice	Regular	24	4	100

Participantes	Género	Idade	Estado civil	Agregado familiar	Número de filhos	Contexto de residência	Habitação	Habilitações literárias	Profissão	Rendimentos	Perceção sobre a saúde	Escala de Solidão UCLA-16	Escala DGS-15	Índice de Barthel
Inês	Feminino	80	Casada	Cônjuge	0	Rural	Própria	1.º ciclo do ensino básico	Limpezas	Pensão de velhice	Boa	27	5	95
Irene	Feminino	83	Viúva	Instituição	1	Rural	ERPI	1.º ciclo do ensino básico	Trabalhava num lar	Pensão de velhice	Boa	35	7	100
José	Masculino	77	Casado	Cônjuge	3	Rural	Própria	1.º ciclo do ensino básico	Operário dos caminhos de ferro	Pensão de velhice	Regular	27	5	100
Laura	Feminino	88	Viúva	Instituição	3	Rural	ERPI	Sem escolaridade	Agricultora	Pensão de velhice	Regular	31	7	95
Leopoldina	Feminino	81	Viúva	Sozinha	2	Rural	Própria	Ensino Universitário	Enfermeira	Pensão de velhice	Regular	34	10	100
Lurdes	Feminino	76	Viúva	Sozinha	1	Rural	Arrendada	1.º ciclo do ensino básico	Doméstica	Pensão de velhice	Boa	33	7	100

Participantes	Género	Idade	Estado civil	Agregado familiar	Número de filhos	Contexto de residência	Habitação	Habilidades literárias	Profissão	Rendimentos	Perceção sobre a saúde	Escala de Solidão UCLA-16	Escala DGS-15	Índice de Barthel
Manuel	Masculino	78	Viúvo	Sozinho	1	Rural	Habitação de Familiares	Ensino Universitário	Professor	Pensão de velhice	Boa	32	6	100
Margarida	Feminino	79	Viúva	Instituição	2	Rural	ERPI	1.º ciclo do ensino básico	Operária fabril	Pensão de velhice	Regular	35	8	100
Maria	Feminino	83	Viúva	Sozinha	2	Rural	Própria	1.º ciclo do ensino básico	Doméstica	Pensão de velhice	Boa	26	4	100
Mariana	Feminino	79	Viúva	Instituição	0	Rural	ERPI	Ensino Universitário	Professora	Pensão de velhice	Boa	28	5	100
Marta	Feminino	78	Casada	Instituição	0	Rural	ERPI	1.º ciclo do ensino básico	Doméstica	Pensão de velhice	Regular	36	9	100
Matilde	Feminino	83	Viúva	Instituição	1	Rural	ERPI	1.º ciclo do ensino básico	Agricultora	Pensão de velhice	Má	26	5	100
Orquídea	Feminino	87	Viúva	Instituição	3	Rural	ERPI	1.º ciclo do ensino básico	Costureira	Pensão de invalidez	Má	30	6	70

Participantes	Género	Idade	Estado civil	Agregado familiar	Número de filhos	Contexto de residência	Habitação	Habilitações literárias	Profissão	Rendimentos	Perceção sobre a saúde	Escala de Solidão UCLA-16	Escala DGS-15	Índice de Barthel
Palmira	Feminino	80	Divorciada	Sozinha	2	Rural	Própria	Sem escolaridade	Operária fabril	Pensão de velhice	Boa	24	4	100
Rosa	Feminino	101	Viúva	Filhos	2	Rural	Própria	1.º ciclo do ensino básico	Costureira Doceira Parteira	Pensão de velhice	Regular	26	6	70
Sara	Feminino	79	Solteira	Irmã	0	Rural	Própria	1.º ciclo do ensino básico	Costureira	Pensão de velhice	Boa	27	4	95
Teresa	Feminino	75	Casada	Cônjuge	1	Rural	Própria	1.º ciclo do ensino básico	Lojista	Pensão de velhice	Boa	27	5	100

Nota: Os nomes utilizados no estudo são fictícios.

2. Avaliação objetiva dos participantes através da utilização das escalas (Tabela 4)

No contexto institucional os resultados apontam para que oito (53,3%) participantes (Alberto, Alice, António, Catarina, Carla, Irene, Margarida e Marta) apresentam solidão, 14 (93,3%) - Alice, Alberto, António, Carla, Carlos, Carolina, Catarina, Irene, Laura, Mariana, Margarida, Marta, Matilde e Orquídea - apresentam sintomatologia depressiva e três (20,0%) - Carolina, Catarina e Orquídea - revelam ter dependência ligeira (minimamente dependentes). Pelo contrário, no grupo de idosos não institucionalizados verifica-se que dois (13,3%) participantes (Leopoldina e Lurdes) evidenciam ter solidão, 10 (66,7%) - Adelaide, Delfina, Fernando, Inês, José, Leopoldina, Lurdes, Manuel, Rosa e Teresa - sintomatologia depressiva e um (6,7%) – Rosa – revê ter dependência ligeira (minimamente dependente).

Verifica-se que a média dos resultados obtidos na Escala UCLA-16 nos idosos institucionalizados foi de 32,5; e nos idosos não institucionalizados foi de 27,6 (ver tabela 4).

3. Apresentação e análise dos resultados

3.1. Perceção da solidão

Os resultados obtidos evidenciam uma maior perceção de solidão pelos idosos institucionalizados ($n = 9$, 60,0%) do que pelos idosos que não estão institucionalizados ($n = 3$, 20,0%) (ver tabelas 5 e 6).

No que concerne aos resultados obtidos no grupo dos idosos institucionalizados, por um lado, nove (60,0%) participantes (Alberto, Alice, António, Carla, Carolina, Catarina, Irene, Margarida e Marta) revelam sentir solidão (e.g. *“Desde que o meu marido morreu que fiquei sozinha e sinto alguma solidão.”* - Irene) (ver tabela 6). Por outro lado, observa-se que três (20,0%) participantes (Carlos, Filomena e Mariana) revelam não sentir solidão (e.g. *“Solidão nunca senti. Sinto algumas saudades do meu companheiro, mas estou sempre ao telefone com amigas e com a família. Tenho sempre a cabeça ocupada (...).”* - Filomena). Ainda no grupo de idosos institucionalizados, três participantes (20,0%) -

Laura, Matilde e Orquídea - revelam ter sentido solidão no passado, mas não sentirem atualmente. Estes participantes referem que esse sentimento deveu-se a dificuldade de adaptação/inserção no meio institucional ou ao isolamento social que percecionavam quando viviam nas suas casas (e.g. *“Isolava-me ao início que vim para aqui, (...). Depois compreendi e aceitei que tinha de ser assim e aceitei a ideia de viver aqui.”* - Orquídea; *“Desde que vim para o lar não sinto solidão porque me sinto acompanhada em todos os momentos.”* - Matilde; *“Quando estava em casa sentia solidão (...), mas desde que vim para o lar não sinto solidão, (...). Por isso é que quis vir.”* - Laura) (ver tabela 6).

Relativamente aos idosos que não estão institucionalizados, três (20,0%) - Leopoldina, Lurdes e Manuel - referem sentir solidão (e.g. *“Sim já senti e às vezes sinto. Como fiquei viúva cedo, passo partes dos dias sozinha e principalmente à noite sinto falta de alguém com quem falar para não me sentir tão sozinha.”* - Lurdes), 11 (73,3%) participantes (Adelaide, Assunção, Delfina, Eduarda, Inês, José, Maria, Palmira, Rosa, Sara e Teresa) referem nunca terem sentido solidão (e.g. *“Não sinto solidão nem creio que já tenha sentido.”* - José) e apenas um (6,7%) participante (Fernando) considera ter sentido solidão no passado, mas não sentir no presente (ver tabela 6).

Relativamente aos motivos pelo(s) qual(ais) os idosos (institucionalizados e não institucionalizados) referem sentir solidão (presentemente), estes podem ser sistematizados em quatro respostas chave (ver tabela 6).

i) o luto: relacionado com a perda do(a) cônjuge e/ou de filhos, descrevem a solidão como sendo um vazio que sentem como consequência dessa perda (e.g. *“Quando os meus filhos morreram senti muita solidão, mesmo estando acompanhada pelo meu marido. Isolei-me de tudo até conseguir fazer o meu luto. Depois que o meu marido morreu voltei a sentir esses sentimentos de solidão, mas de uma forma diferente porque agora sinto-me mais sozinha sem ter com quem falar às vezes.”* - Leopoldina, não institucionalizada);

ii) a disrupção do processo normal do luto devido às restrições impostas pelas medidas de saúde pública adotadas no âmbito da pandemia da COVID-19: relacionado com a alteração do processo de luto normal, uma vez que não houve possibilidade de uma última despedida (e.g. *“(...) não ter tido oportunidade de me despedir corretamente da minha mulher, visto que estava em isolamento em casa e não fui ao funeral.”* - Manuel,

não institucionalizado; “(...) não me ter conseguido despedir dela que nem ao funeral pude ir porque estava com COVID em casa.” - Alberto, institucionalizado);

iii) o isolamento social: relacionado com o facto dos participantes sentirem-se sozinhos, sem terem com quem comunicar por vezes (e.g. “Falta de ter com quem falar às vezes.” - Leopoldina, não institucionalizada; “Estar sozinha, precisar de companhia e não a ter.” - Matilde, institucionalizada);

iv) a distância entre os membros do agregado familiar: relacionada com a ausência de filhos (e.g. “(...) ausência do meu único filho, faz-me sentir algumas vezes sozinha.” - Lurdes, não institucionalizada).

Relativamente à avaliação de qual o momento do dia em que sentem solidão, importa ter em conta a distinção dos idosos que referem sentir atualmente (institucionalizados: $n = 9$; não institucionalizados: $n = 3$) ou terem sentido solidão no passado (institucionalizados: $n = 3$; não institucionalizados: $n = 1$). Por um lado, dos participantes institucionalizados que referem sentir solidão no presente, três (33,3%) - Alberto, Laura e Marta - referem não existir um momento do dia específico em que sentem solidão (e.g. “Não tem um momento certo, é quando penso mais sobre as coisas.” - Alberto). Por outro lado, seis (66,6%) participantes (Carla, Carolina, Irene, Margarida, Matilde e Orquídea) referem sentir mais solidão durante o silêncio da noite. Isto deve-se, segundo os participantes, ao facto de durante o dia este sentimento ser neutralizado por estarem mais acompanhados (pelos colaboradores e outros utentes) e ressurgir durante a noite quando se encontram mais sozinhos e sem ocupação (“Costumo sentir mais à noite que é quando penso mais nas coisas e me sinto mais sozinha.” - Alice; “De noite, quando acordo a meio da noite para ir à casa de banho e me vejo sozinho.” - António; e “Geralmente é mais à noite quando não consigo dormir e penso mais em tudo.” - Catarina). Ainda no caso dos idosos institucionalizados que referem ter sentido solidão no passado, mas já não sentirem atualmente verifica-se que um (33,3%) - Laura - não refere momento específico do dia para a ocorrência deste sentimento e dois (66,6%) - Matilde e Orquídea - referem que o mesmo ocorria durante a noite. Relativamente aos participantes não institucionalizados que referem sentir solidão no presente, dois (66,6%) - Leopoldina e Manuel - referem não haver um momento específico do dia em que sentem solidão, uma vez que referem que surge ao longo do dia e à medida que os pensamentos surgem (e.g. “Como agora estou sempre em casa vai sendo um pouco por todo o dia.” -

Leopoldina). Dois participantes não institucionalizados referiram sentir (Lurdes) ou ter sentido (Fernando) mais solidão durante a noite, quando estão mais tempo sozinhos e é possível o surgimento de pensamentos que se relacionem com o tema. Estes participantes referem que durante o dia o facto de estarem ocupados com diferentes tarefas e por vezes acompanhados com familiares e amigos, permite que não haja surgimento desses pensamentos (*"(...) costuma ser mais à noite quando passo mais tempo sozinha."* - Lurdes) (ver tabela 6).

Relativamente às emoções/pensamentos associados à percepção de solidão, os participantes que referem sentir solidão apenas referiram a existência de emoções/pensamentos negativos associados (e.g. *"Penso em tudo. Na forma como está a minha vida, no que mudou... Mas no suicídio nunca pensei, nem penso nessas coisas."* - Alberto; pensamento negativo associado ao momento de luto vivido aquando da entrevista) (ver tabela 6).

No que se refere aos mecanismos para alteração dessas emoções/sentimentos adotados pelos idosos institucionalizados, os resultados revelam vários mecanismos, tais como: institucionalização por opção (*"O que fiz foi ter-me inscrito no centro de dia para passar melhor os dias e mais acompanhada. Foi o melhor que fiz."* - Margarida; a institucionalização foi opção da própria participante. Antes do início da pandemia frequentava o centro de dia. No entanto, após o início da pandemia, e com o fecho do centro de dia, optou por integrar a ERPI.); resignação à realidade; tentativa de abstração da realidade negativa; e adoção de mecanismo(s) para manter mente ocupada. No grupo de idosos não institucionalizados, os resultados revelam que os idosos tentam: contrariar a solidão através de tentativa de abstração da realidade negativa; adoção de mecanismo(s) para manter mente ocupada - realizando tarefas de diferentes índoles, tais como costurar (*"(...) nunca senti solidão. Enquanto tiver trabalho nas mãos e tiver a cabeça ocupada não sei o que é solidão."* - Maria); e através da projeção mental de ente queridos (ver tabela 6).

Face ao desconforto associado ao sentimento de solidão, os participantes (institucionalizados e não institucionalizados) adotam diferentes estratégias para o contrariar:

i) evicção do problema: alguns participantes (Alice, Fernando, Irene, Laura, Leopoldina, Lurdes, Matilde e Orquídea) evitam pensar nos problemas que referem ter e

que por vezes lhes causam sentimentos de maior angústia e/ou de maior solidão (e.g. *“Tento apenas não pensar nas coisas, desviar os pensamentos para não ficar a matutar sobre as coisas. Acho que não posso fazer mais nada.”* - Lurdes, não institucionalizada; *“Lutar contra mim mesma e esses sentimentos. Rir mesmo não tendo muita vontade.”* - Orquídea, institucionalizada; *“Tentava mudar os pensamentos que tinha e pensar em coisas que me dessem mais alento.”* - Matilde, institucionalizada; *“Tentava não pensar nisso e fugir a esses pensamentos.”* - Laura, institucionalizada; *“Tento pensar em coisas boas e nos bons momentos que tive.”* - Alice, institucionalizada);

ii) apoio social institucional: três participantes (Laura, Margarida e Matilde) referem a institucionalização como uma estratégia para contrariar a solidão que sentiam em casa (e.g. *“Em casa estava sozinha de dia e de noite, levava-me a pensar muito em tudo e a sentir solidão.”* - Matilde, institucionalizada; *“Quando estava em casa sentia solidão. Estava sempre sozinha a pensar em todos os problemas, mas desde que vim para o lar não sinto solidão, tenho a cabeça bastante ocupada e muita companhia. Por isso é que quis vir para o lar.”* - Laura, institucionalizada);

iii) rede de apoio informal (amigos, vizinhos e/ou familiares) - e.g. *“Sinto algumas saudades do meu companheiro, mas estou sempre ao telefone com amigas e família, tenho sempre a cabeça ocupada (...), tudo isso não me permite sentir solidão.”* – Filomena, institucionalizada.

iv) conformismo e desânimo (interiorização de que nada há a fazer): os participantes expressam alguma impotência, referindo que nada há que possam fazer para mudar a situação em que se encontram, vivendo assim conformados/resignados com a situação (*“Nem acho que possa fazer nada, durante o dia vou falando e metendo-me ocupado, à noite não posso fazer nada.”* - António; *“Não, não posso mudar os pensamentos que tenho mesmo que tente.”* - Alberto; *“Não. Não posso mudar os pensamentos que tenho.”* - Marta) (ver tabela 6).

Relativamente à pandemia da COVID-19 como mecanismo de agravamento, desencadeamento ou ressurgimento do sentimento de solidão, no grupo dos idosos institucionalizados cinco (33,3%) participantes (Alice, Catarina, Carla, Carolina e Marta) consideram que a pandemia agravou os sentimentos de solidão. Estes participantes consideram que a pandemia, e o isolamento social que a mesma gerou, fez acentuar o sentimento de solidão que já percecionavam anteriormente (e.g. *“Para mim piorou muito*

porque deixei de poder sair daqui como fazia ao início. Ia até casa de algumas amigas, deixei de ter visitas de amigos, deixei de ir a casa da minha irmã, nem no Natal nem na Páscoa pude sair daqui para passar com a minha família.” - Carla). Dois (13,3%) participantes (António e Alberto) consideram que a pandemia desencadeou os sentimentos de solidão que sentem atualmente. Desde o início da pandemia, devido ao isolamento que a mesma obrigou, os participantes viram limitadas as visitas e rotinas que outrora costumavam ter, tendo isso provocado impacto nos mesmos. Também devido à perda de cônjuges (e.g. *“Sim bastante. Foi desde o início da pandemia que vim para o lar. Devido ao COVID perdi a minha mulher e desde o início da pandemia deixei de ver muitos amigos meus.”* - Alberto). Três (20,0%) participantes (Laura, Matilde e Orquídea) consideram que a pandemia provocou o ressurgimento de sentimentos de solidão. Estes participantes evidenciam que estes sentimentos surgiram em consequência do isolamento que a mesma obrigou, em virtude da quebra de rotinas diárias que outrora tinham - e.g. passeios fora da instituição, visitas diárias, entre outros - (e.g. *“Um bocadinho. Ter vindo para o lar ajudou-me nos sentimentos de solidão que tinha, mas desde que vim para aqui também nunca mais consegui estar com o meu filho e o meu neto.”* - Matilde; o testemunho dicotómico da participante deve ser contextualizado na medida em que a entrada na ERPI ocorreu imediatamente antes do início da pandemia, tendo a institucionalização fomentado a redução da perceção de solidão. No entanto, o ressurgimento desta perceção deveu-se em concreto à pandemia e ao isolamento familiar imposto). Pelo contrário, cinco (33,3%) participantes (Carlos, Filomena, Irene, Margarida e Mariana) referem que a pandemia não teve repercussão na perceção da solidão que sentem, tendo encarado toda a situação com tranquilidade e otimismo (e.g. *“Desde o início da pandemia tivemos de nos reinventar e mudar todas as nossas rotinas, deixei de estar com as minhas amigas lá de fora e com a minha família, mas não senti solidão devido a isso, apenas me sinto uns dias mais triste do que outros.”* - Mariana) (ver tabela 6).

No que concerne ao grupo de idosos não institucionalizados, dois (13,3%) participantes (Lurdes e Leopoldina) consideram que a pandemia e o isolamento social agravaram os sentimentos de solidão que sentem (e.g. *“Sim, com a pandemia que estamos a passar não saio de casa com receio do que possa apanhar, isolei-me mais que o costume.”* - Leopoldina). Um (6,7%) participante (Manuel), considera que pandemia provocou o desencadeamento de sentimentos de solidão, sentimentos esses

desenvolvidos após o falecimento da cônjuge devido ao vírus SARS-CoV-2 (e.g. *“Totalmente, foi devido ao vírus que a minha mulher faleceu e tudo que sinto surgiu desde essa altura.”* - Manuel). 12 (80,0%) participantes (Adelaide, Assunção, Delfina, Eduarda, Fernando, Inês, José, Maria, Palmira, Rosa, Sara e Teresa) consideram que a pandemia não provocou qualquer impacto nos sentimentos de solidão que sentem, tendo aceite todas as medidas obrigatórias com tranquilidade, adaptando-se e reinventando-se com facilidade face à nova realidade (e.g. *“Com o COVID deixei de ter tanto contacto com as minhas vizinhas e amigas, o meu filho também me visitava pouco porque tinha medo do contágio visto que sou doente de risco. Mas íamos falando por telefone e com as minhas vizinhas falávamos pela varanda. Apesar dessas mudanças não me fez sentir mais ou menos solidão.”* - Assunção) (ver tabela 6).

3.2. Vivências

Relativamente aos acontecimentos marcantes de vida, os participantes relataram acontecimentos positivos e negativos (ver tabela 6).

No grupo dos idosos institucionalizados, os participantes destacam como principais acontecimentos positivos: o casamento (e.g. *“(...) como acontecimento positivo recordo o meu casamento que me permitiu levar uma vida muito melhor.”* - Catarina) e o nascimento de filhos (e.g. *“Como acontecimento que me marcou pela positiva foi o nascimento dos meus três filhos e depois dos meus netos.”* - Margarida).

Relativamente ao grupo de idosos não institucionalizados, os participantes destacaram como principais acontecimentos positivos: o casamento (e.g. *“O que mais me marcou positivamente foi o meu casamento.”* - Inês), o nascimento de filhos e netos (e.g. *“(...) o acontecimento que mais me marcou pela positiva foi o nascimento do meu primeiro filho e mais tarde dos meus três netos.”* - Lurdes) e a formatura dos filhos e sobrinhos (e.g. *“O que mais me marcou positivamente foi o nascimento e a formatura do meu filho (...).”* - Assunção) (ver tabela 6).

No que diz respeito aos acontecimentos negativos, os idosos institucionalizados destacam como principais acontecimentos negativos: a viuvez (e.g. *“O acontecimento negativo que mais me marcou foi a morte dele [marido] nas circunstâncias que foi [COVID-*

19].” - Filomena), o falecimento de filhos (e.g. *“O acontecimento mais marcante de forma negativa foi a morte do meu filho.”* - Laura), problemas de saúde (e.g. *“(...) o que mais me marcou pela negativa foi ter partido a bacia e devido a isso ter ficado presa a esta cadeira de rodas e ter vindo para o lar.”* - Carolina). No que concerne a idosos não institucionalizados, destacam como principais acontecimentos de vida negativos: a viuvez (e.g. *“O que mais me marcou pela negativa foi a morte da minha mulher, tendo sido algo muito repentino não estando preparado psicologicamente para uma perda assim.”* - Manuel), o falecimento de filhos (e.g. *“A morte dos meus dois filhos foi o acontecimento que mais me marcou pela negativa (...)”* - Leopoldina), a impossibilidade de ter filhos (e.g. *“Na vida algo que me marcou pela negativa foi nunca poder ter filhos.”* - Delfina) e acidente de aviação (e.g. *“Como negativo um acidente de automóvel grave que tive que me deixou incapacitada a 80,0% do braço esquerdo.”* - Palmira) (ver tabela 6).

No que diz respeito à concordância entre o contexto de vida atual dos participantes e os desejos/idealizações que estes tinham/têm, verifica-se que os participantes institucionalizados apresentam opiniões mais negativas quando comparados com os não institucionalizados ($n = 14$ versus $n = 5$).

No grupo dos idosos institucionalizados uma (6,7%) participante (Mariana) considera que a vida atual encontra-se a ser vivida conforme idealizou e planeou ao longo da vida (e.g. *“Sim, vim para o lar porque quis para poder dar a minha parte da casa à minha sobrinha e nunca me incomodou a ideia de vir para um lar.”* - Mariana). Pelo contrário, 14 (93,3%) participantes (Alberto, Alice, António, Carla, Carlos, Carolina, Catarina, Filomena, Irene, Laura, Margarida, Marta, Matilde e Orquídea) consideram que a vida que têm atualmente não vai ao encontro daquela que idealizaram. Idealizaram conseguir ter uma velhice nas próprias casas, acompanhadas pelo(a) esposo(a) e perto dos filhos e netos. No entanto, essas idealizações que construiriam ao longo da vida desmoronaram-se com a entrada dos participantes na ERPI. (e.g. *“Não, eu e a minha mulher sempre desejamos viajar mais, mas a vida que levámos não permitiu.”* - António). No grupo dos idosos não institucionalizados 10 (66,7%) participantes (Assunção, Delfina, Eduarda, Fernando, Inês, Manuel, Maria, Palmira, Sara e Teresa) consideram que a vida está a ser vivida conforme idealizaram, tendo conseguido concretizar todos os desejos e metas delineadas até ao momento e referindo terem ainda bastantes desejos e sonhos para concretizar (e.g. *“Sim, está a ser vivida como sempre ambicionei (...)”* - Inês).

Contrariamente, cinco participantes (33,3%) - Adelaide, Leopoldina, Lurdes, José e Rosa - consideram que a vida atual não vai ao encontro das idealizações construídas até então, idealizações essas quebradas com a viuvez, falecimento de filhos e incapacidades físicas; que os impossibilitaram de ter uma vida como gostariam (e.g. *“Não, de forma alguma. Idealizei envelhecer com os meus filhos a cuidarem de mim como eu cuidei deles enquanto crianças e fiquei sem eles.”* - Leopoldina) (ver tabela 6).

3.3.Integração/interação social

No que concerne à integração/interação social, os resultados revelam que os participantes, institucionalizados e não institucionalizados, percebem que estão corretamente integrados na meio social envolvente e que conseguem manter interações sociais que consideram aceitáveis.

Como um mecanismo de promoção de correta integração social pode considerar-se a capacidade/facilidade de acesso a serviços essenciais. A maioria ($n = 13$; 86,7%) dos idosos institucionalizados consideram que os serviços de que necessitem estão ao seu dispor de forma acessível (e.g. *“Sim, quando vivia em minha casa era fácil aceder a todos os recursos que precisava (...). Aqui no lar ainda mais fácil é, consigo aceder muito facilmente aos poucos recursos que necessito (...).”* - Orquídea; *“Sim. Achava que era fácil aceder a todos os serviços que aqui na terra é tudo muito perto (...).”* - Margarida) (ver tabela 6).

Os idosos não institucionalizados, na sua totalidade ($n = 15$; 100,0%), consideram que os serviços a que necessitam de recorrer no seu quotidiano estão disponíveis de forma acessível. Principalmente devido ao facto de residirem num meio suburbano, existe uma maior facilidade de acederem a recursos que necessitam devido à proximidade a que se encontram (*“Sim, a meu ver é fácil de aceder a todos os recursos visto que é razoavelmente perto umas coisas das outras (...).”* - Adelaide). Dois participantes (13,3%) - Assunção e Manuel - evidenciam usufruir de apoio formal, no que se refere à distribuição das refeições por parte do Serviço de Apoio Domiciliário da Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Foz Côa (*“As refeições que tenho são fornecidas pelo lar, fora isso não tenho mais algum apoio (...).”* - Assunção). Os restantes participantes evidenciam dispor de

apoio de familiares e amigos no que diz respeito ao suporte dos seus compromissos diários, não usufruindo de algum tipo de apoio formal (*“Apoio formal nunca necessitei. Tenho amigos que me ajudam em tudo que preciso (...).”* - Adelaide; *“Tenho a minha nora que me apoia quando preciso e algumas amigas que estão sempre presentes, mas nos meus compromissos vou sempre sozinha.”* - Leopoldina) (ver tabela 6).

No que tange ao facto da institucionalização poder facilitar ou dificultar o acesso a serviços de que pretendem usufruir, no caso dos participantes institucionalizados, quatro participantes (26,7%) consideram que a institucionalização facilitou o acesso a esses serviços (e.g. *“Facilita, aqui dentro não tenho que deslocar para procurar algumas coisas que precise, (...), tenho a enfermaria mesmo aqui ao lado não preciso de me deslocar ao centro de saúde.”* - Orquídea; *“No meu caso facilitou, é mais fácil para mim aceder às coisas que preciso aqui do que quando vivia na aldeia onde vivia (...).”* - António). Em oposição 11 (73,3%) participantes (Alberto, Alice, Carla, Carlos, Filomena, Irene, Laura, Margarida, Mariana, Marta e Matilde) consideram que a institucionalização impossibilitou-os de aceder a serviços que costumavam aceder; principalmente durante o período de restrições relacionadas com a pandemia, uma vez que lhes foi vedada a saída da instituição (e.g. *“Dificulta, não desgosto de estar aqui porque tenho boas condições, a comida é boa, mas não consigo sair para dar as minhas voltas, ir ao café, ir comprar coisas que preciso.”* - Filomena; *“Estar aqui fechada não me permite sair para ir ao café como antes ia, não me permite ir dar as minhas caminhadas, ir à papelaria comprar os livros que quero para ler.”* - Irene). No caso dos idosos não institucionalizados, dois (13,3%) participantes (Rosa e Teresa) consideram que a institucionalização poderia facilitar o acesso a serviços que costumam aceder (e.g. *“Acho que facilita, uma vez que na instituição dispõem de tudo que a pessoa necessita.”* - Teresa). Pelo contrário 13 (86,7%) dos participantes não institucionalizados (Adelaide, Assunção, Delfina, Eduarda, Fernando, Inês, José, Leopoldina, Lurdes, Manuel, Maria, Palmira e Sara) acreditam que a institucionalização dificultaria o acesso a serviços que costumam aceder e os vedaria de rotinas diárias (e.g. *“Dificulta, estando fechada na instituição não posso aceder a serviços que queira aceder como ir ao café, ir às compras comprar o que quero e o que me apetece comer, nesse sentido ficamos sem liberdade”* - Palmira).

No que concerne ao meio de comunicação utilizado nas relações sociais, no grupo de idosos institucionalizados 10 (66,7%) participantes (Alberto, Alice, Carla, Carlos,

Carolina, Filomena, Mariana, Marta, Matilde e Orquídea) comunicam pessoalmente e por telemóvel/telefone (e.g. *“Relacionamo-nos por telefone e pessoalmente.”* - Carlos). Três (20,0%) participantes (Catarina, Laura e Margarida) estabelecem apenas contacto pessoal, apesar das limitações impostas devido à situação pandémica vivida à data da recolha dos dados. Estas participantes tentam comunicar pessoalmente nas visitas que lhes é permitido agendar e nas visitas regulares que os familiares fazem ao portão da instituição ao longo do dia (e.g. *“Pessoalmente nas visitas que fazem (...)”* - Laura). Um (6,7%) participante (António) apenas comunica por telemóvel/telefone. Devido à pandemia, a comunicação por este meio começou a ser mais frequente entre os idosos e os familiares e amigos. Apesar dos idosos terem preferência para comunicarem pessoalmente, a pandemia obrigou-os a readaptarem-se (e.g. *“(...) alguns amigos ligam-me, mas não gosto muito de falar ao telefone.”* - Orquídea). Apenas uma (6,7%) participante (Irene) utiliza a videochamada como meio de comunicação com o exterior da instituição, podendo, desse modo, comunicar com os filhos e os netos de um modo mais pessoal, acreditando que se mantém mais próxima deles dessa forma, na impossibilidade de poderem estar juntos fisicamente (*“O meu filho ensinou-me a fazer videochamadas com o meu telefone e assim consigo ver o meu bisneto que nasceu na semana passada.”* - Irene) (ver tabela 6).

No grupo dos idosos não institucionalizados, 10 participantes (Adelaide, Inês, José, Leopoldina, Lurdes, Manuel, Maria, Palmira, Sara e Teresa) relaciona-se pessoalmente e através de telemóvel/telefone (e.g. *“Com os vizinhos e amigos pessoalmente, e telefonamos em casos que seja algum assunto de mais urgência. Com o meu filho e netos, a viver em Lisboa, é só por telefone porque não podemos estar juntos com frequência.”* - Adelaide). Três (20,0%) participantes (Assunção, Delfina e Fernando) comunicam apenas pessoalmente no dia a dia, defendendo que esta prática favorece o contacto interpessoal (e.g. *“Pessoalmente, visto que estou com eles todos [amigos e familiares] com frequência.”* - Fernando). Um (6,7%) participante (Rosa) utiliza apenas o telefone como meio de comunicação, sendo este meio de comunicação utilizado geralmente com familiares que se encontrem no estrangeiro ou em caso de urgência. Uma (6,7%) participante faz uso de videochamada como meio de comunicação (*“Com os meus filhos é por chamada e videochamada.”* - Eduarda).

No que concerne à percepção da influência da institucionalização nas relações interpessoais, verifica-se que, de um modo geral, os participantes dividem-se quanto a esta percepção. Essa divisão é latente entre aqueles que afirmam que este processo influenciou negativamente as suas relações interpessoais ou que consideram que, caso integrassem uma instituição, isso aconteceria e aqueles que refutam que este processo tenha tido influência negativa ou que teria caso tivessem de viver numa ERPI (ver tabela 6).

No grupo de idosos institucionalizados, os dados indicam que nove (60,0%) participantes (António, Carolina, Irene, Laura, Margarida, Mariana, Marta, Matilde e Orquídea) caracterizam como positiva a influência da institucionalização nas relações interpessoais. Duas (13,3%) participantes (Carolina e Orquídea) referem que tinham uma ideia negativa antes de entrarem na ERPI, considerando que a institucionalização poderia prejudicar as relações que tinham ou até afastar os contactos próximos. No entanto, com a experiência que desenvolveram na ERPI consideram que a institucionalização não teve impacto negativo nas relações interpessoais (e.g. *“Antes de vir para aqui tinha ideia que poderia prejudicar as relações que tinha lá fora, mas mantenho contacto com as pessoas amigas que tinha lá fora (...)”* - Orquídea). Já outros participantes (António, Irene, Laura, Margarida, Mariana, Marta e Matilde) consideravam favorável a institucionalização para o desenvolvimento das relações sociais desde o momento prévio à sua entrada na ERPI; considerando mesmo que a institucionalização permitiu alargar o leque de relações sociais (*“Acho que influencia pela positiva. Pelo menos a mim ajudou-me a criar mais relações de amizade.”* - António). Pelo contrário seis (40,0%) participantes (Alberto, Alice, Carla, Carlos, Catarina e Filomena) classificam como negativa a influência da institucionalização nas relações interpessoais, considerando que a integração na ERPI influenciou negativamente as relações que tinham, uma vez que levou à perda parcial e/ou total de contactos. Estes idosos consideram a instituição como uma prisão devido à impossibilidade de poderem sair ou receber visitas. Embora mantenham algum contacto com familiares e amigos, qualificam a institucionalização da pessoa idosa como algo prejudicial para o desenvolvimento/manutenção das relações sociais (e.g. *“Acho que influencia um bocadinho. Com os meus sobrinhos deixei de ter tanta ligação desde que vim para aqui e alguns amigos que tinha na aldeia nunca mais falei, perdi o contacto que*

tinha.” - Catarina; “Sim, totalmente. Aqui não consigo ter contacto com muitos amigos que tinha lá fora, alguns deles nunca mais os vi.” - Alberto) (ver tabela 6).

No grupo dos idosos não institucionalizados, os resultados apontam para que dois (13,3%) participantes (Adelaide e Teresa) consideram que a institucionalização pode ter um papel positivo no desenvolvimento de relações sociais, acreditando que este processo não terá um impacto nefasto (e.g. *“Se tivesse de ir para o lar daqui da minha terra, muitos amigos meus já estão lá e os restantes iriam-me lá visitar com frequência.”* - Adelaide; *“Acho que não porque com as visitas que se podem fazer as relações próximas mantem-se igualmente.”* - Teresa). Pelo contrário 13 (86,7%) participantes (Assunção, Delfina, Eduarda, Fernando, Inês, José, Leopoldina, Lurdes, Manuel, Maria, Palmira, Rosa e Sara) consideram que a institucionalização pode ser negativa para o desenvolvimento de relações sociais, acreditando que este processo poderia prejudicar as relações sociais que possuem. Apesar de existir a possibilidade de visitas diárias, defendem a tese de que as relações que nutrem com amigos e com as pessoas com quem se relacionam diariamente, seriam perdidas com o tempo (e.g. *“De alguma forma sim, apesar de haver visitas, perdem-se muitas amizades com amigos e vizinhos. Amigas minhas que já se encontram no lar, tenho noção que a minha relação com elas mudou, apesar de as visitar, mas é diferente.”* - Palmira) (ver tabela 6).

No que concerne à opinião sobre a influência da institucionalização na velhice, os dados indicam que no grupo de idosos institucionalizados seis (40,0%) participantes (António, Irene, Laura, Margarida, Mariana e Orquídea) classificam como positiva a influência da institucionalização para a velhice. Estes participantes consideram que a institucionalização proporciona-lhes uma correta velhice, referindo que preferem residir na instituição onde lhes proporcionam uma boa velhice e satisfazem todas as necessidades que surjam, do que na própria habitação onde se sentiam sozinhos e sem apoio (e.g. *“Não, sempre se está melhor aqui no lar do que sozinho em casa. Aqui sempre tenho pessoas com quem falar.”* - António”; *“Eu vim para aqui porque quis. Quase tive que implorar aos meus filhos para vir. Em casa estava sempre a matutar nos problemas sozinha aqui tenho sempre companhia. Passo melhor a velhice aqui no lar do que em casa sozinha.”* - Laura). Pelo contrário, nove (60,0%) participantes (Alberto, Alice, Carla, Carlos, Carolina, Catarina, Filomena, Marta e Matilde) classificam como negativa a influência que a institucionalização desempenha na velhice. Estes participantes reconhecem a

importância que o apoio que a institucionalização pode proporcionar para um correto envelhecimento, mas referem que o facto de se sentirem presos na instituição, sem poderem sair e ter rotinas diárias, influencia a forma que vivem a velhice (e.g. *“Sim. Estamos aqui fechados sem poder sair, só podemos conviver com as pessoas que estão cá dentro e passado muito tempo cansa ver sempre as mesmas caras, não desejei isto para a minha velhice.”* - Alberto; *“Influencia bastante. Para quem não tem família ou nunca teve nada, o lar é muito bom para esses casos. Mas eu tive tudo e perdi tudo também.”* - Filomena).

Já no grupo de idosos não institucionalizados, os resultados indicam que quatro (26,7%) participantes (Eduarda, Fernando, Rosa e Teresa) encaram de forma positiva a influencia que a institucionalização pode ter na velhice, defendendo a ideia de que a institucionalização pode ser favorável para o desenvolvimento de um correto envelhecimento (e.g. *“Não, o lar daqui é um pouco parado, mas conheço lares que promovem um envelhecimento muito bom aos idosos, desde a atividades a condições. Esse tipo de lares ajuda bastante algumas pessoas no envelhecimento.”* - Eduarda). Pelo contrário, 11 (73,3%) participantes (Adelaide, Assunção, Delfina, Inês, José, Leopoldina, Lurdes, Manuel, Maria, Palmira e Sara) do grupo de idosos não institucionalizados reputam a institucionalização como negativa para uma correta velhice, rotulando a institucionalização como uma prisão que poderá impossibilitar a existência de rotinas diferenciadas e concetualizando a institucionalização como uma preparação para morte, onde apenas permanecem dia após dia com rotinas diárias repetidas, constantemente a pensar na vida e nos problemas que os inquietam (e.g. *“Sim... Sempre tive receio de ser obrigada, por alguma limitação, a ter que ir viver para uma instituição. Estar lá fechada sem podermos ter os nossos trabalhos diários de cozinhar, limpar, passear, viver em uma instituição limita muito a velhice que se têm.”* - Lurdes) (ver tabela 6).

No que toca à necessidade de apoio instrumental, este divide-se em Atividades de vida diária (AVD's) e em Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD's). No que se refere às AVD's, no grupo de idosos institucionalizados, verifica-se a inexistência de dados. No grupo de idosos não institucionalizados, os resultados apontam para que dois (13,3%) participantes (Assunção e Manuel) usufruem de apoio, por parte da Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Foz Côa, para obtenção das refeições diárias e na

higienização semanal dos domicílios (e.g. *“Só recebo as refeições por parte do lar, o meu filho exige que assim seja (...).”* - Assunção).

No que se refere às AIVD's, no grupo de idosos institucionalizados, os resultados indicam que quatro (26,7%) participantes (António, Carolina, Catarina e Orquídea) recebem apoio durante o banho. Esta necessidade deve-se ao facto destes participantes apresentarem significativas incapacidades e mobilidade reduzida (e.g. *“As funcionárias ajudam-me no banho porque tenho medo de cair, tirando isso não me ajudam em mais nada que não preciso ainda.”* - Catarina). No grupo de idosos não institucionalizados, verifica-se a inexistência de dados devido a não necessidade de apoio nas AIVD's.

No que se refere alteração de atividades diárias devido à pandemia, os resultados indicam que 15 (100,0%) participantes do grupo de idosos institucionalizados (Alberto, Alice, António, Carla, Carlos, Carolina, Catarina, Filomena, Irene, Laura, Margarida, Mariana, Marta Matilde e Orquídea) consideram que a pandemia obrigou à mudança e ajustamento de algumas atividades que faziam até então. Com o surgimento da pandemia, viram-se vedadas todas as visitas de familiares e amigos, os idosos deixaram de poder sair da instituição para ir ao café, comprar o jornal e ir ao parque da cidade, tendo todas estas coisas afetado de alguma forma o bem-estar dos participantes (e.g. *“Com a pandemia deixei de dar as minhas voltas ao fim do dia ao parque e as vezes ia a casa do meu filho e deixei de ter mais visitas desde a pandemia (...).”* - Laura). No grupo dos idosos não institucionalizados, os dados apontam que nove (60,0%) participantes (Assunção, Delfina, Eduarda, Fernando, Inês, Leopoldina, Lurdes, Manuel, Palmira) consideram que a pandemia provocou a mudança de algumas atividades, tais como: redução de contacto social com familiares e amigos (devido ao isolamento social obrigatório) e redução ou até mesmo extinção de convívio em café e jogos entre amigos (e.g. *“Sim, com a pandemia que estamos a passar não saio de casa com receio do que possa apanhar. Isolei-me mais que o costume, só agora mais recentemente vou tendo mais algum contacto com algumas vizinhas da minha rua.”* - Leopoldina). Pelo contrário, os resultados apontam que seis (40,0%) participantes (Adelaide, José, Manuel, Maria, Sara e Teresa) do grupo de idosos não institucionalizados defendem a ideia de que a pandemia não provocou significativas mudanças nas atividades de vida diária. Apesar de todas as mudanças impostas, que se prendiam com o isolamento obrigatório e a redução de contacto social, os participantes consideram não ter sentido grande impacto devido ao

facto de já estarem acostumados a saírem pouco de casa e a manterem pouco contacto social no seu dia a dia (e.g. *“Não considero, porque já estava acostumada a ficar vários dias sem sair de casa, então não me criou muita diferença. Ia mantendo contacto com os meus amigos por telefone e mantinha contacto com as vizinhas pela janela.”* - Maria) (ver Tabela 6).

3.4. Institucionalização

No que concerne à decisão de institucionalização, os resultados revelam que sete (46,7%) participantes (Alice, António, Carlos, Filomena, Laura, Mariana e Matilde) decidiram ingressar na ERPI por vontade própria, com o objetivo de estarem diariamente acompanhados e não se sentirem tão sozinhos como em casa. Além disto, através da institucionalização pretendiam obter novas e diferentes experiências, de forma que estas constituíssem uma escapatória a sentimentos de solidão que sentiam em casa e que permitissem abstrair de pensamentos constantes que os prejudicavam negativamente (e.g. *“Eu decidi vir para o lar, para poder ter companhia, viver esta experiência na fase final da minha vida. Vim para aqui porque quis, até vivo melhor a velhice aqui, com pessoas da minha idade, do que se estivesse em casa.”* - Mariana). Já para oito (53,3%) participantes (Alberto, Carla, Carolina, Catarina, Irene, Margarida, Marta e Orquídea) a decisão de ingressarem na ERPI partiu de terceiros, tendo essa decisão sido forçada por: problemas de saúde (e.g. *“Há cinco anos atrás parti uma perna e os meus sobrinhos trouxeram-me para o lar porque não podia ficar em casa sozinha. No início custou-me bastante, mas já aceito o facto de estar aqui.”* - Catarina); por decisão de familiares, que consideraram que era a melhor solução para o facto do participante viver sozinho, sem apoio (e.g. *“Para não estar sozinha em casa a minha filha inscreveu-me no centro de dia do lar para passar melhor o dia e ter pessoas com quem falar, mas quando surgiu a pandemia fiquei cá no lar a viver e mantenho-me cá até aos dias de hoje.”* - Margarida) (ver Tabela 6).

No que concerne à modificação das relações significativas desde que ingressou na instituição cinco (33,3%) participantes (Alberto, Alice, Carla, Catarina e Filomena) consideram que ocorreu alteração das relações significativas desde que frequenta a

instituição, tendo as relações significativas tornando mais ausentes e deficitárias (e.g. *“(…) deixei de ter tanta ligação com muitos amigos que tinha lá fora. Alguns deles nunca mais os vi e com os meus outros sobrinhos a relação ficou mais distante de não estar tantas vezes com eles.”* - Carla). Alguns participantes consideram que a mudanças nas relações significativas devem-se, em parte, à situação pandémica vivida aquando da recolha dos dados, que os impossibilitou de receber visitas e estabelecer relações com frequência (e.g. *“Mudaram porque não posso receber visitas, mas isso nem tem a ver com a instituição, mas sim com a pandemia. A pandemia fez afastar muita gente.”* - Filomena). Em oposição, 10 (66,7%) participantes (António, Carlos, Carolina, Irene, Laura, Margarida, Mariana, Marta, Matilde e Orquídea) consideram não ter ocorrido alteração das relações significativas desde que frequentam a instituição. Estes participantes referem que embora as relações desenvolvam-se de uma forma diferente de outrora, os significativos permanecem presentes para todas as eventuais situações que possam surgir (e.g. *“Não, as relações que achava significativas para mim mantiveram-se ao meu lado mesmo estando aqui dentro.”* - Orquídea).

No que diz respeito as atividades que realizam na instituição, os resultados apontam-nos para cinco respostas chave:

i) Sentado na sala de convívio: sendo este o local predominante onde se encontram todos os idosos (não acamados) da instituição. Neste local vêm televisão, desenvolvem as atividades sugeridas ao longo do dia e assistem à recitação do terço, que se desenvolve todos os dias durante a manhã (e.g. *“(..) passo o dia na sala de convívio que tenho o meu lugar certo no sofá (...).”* - Laura).

ii) Vaguear pela instituição: os participantes vagueiam pela instituição e pelas diferentes salas de convívio de modo a poderem se movimentar e comunicar com os colaboradores da ERPI (e.g. *“(…) o resto do dia vou andando pelas salas e falo com os colegas com que me dou melhor. Com o meu andarilho consigo ir para todo lado.”* - Catarina).

iii) Participar nas atividades sugeridas: ao longo do dia vão sendo desenvolvidas diferentes atividades sugeridas. As atividades são apresentadas e explicadas aos idosos, participando nas mesmas apenas os idosos que demonstrem interesse (e.g. *“(…) depois do lanche até há hora de jantar faço algumas atividades que estejam a organizar na sala de convívio.”* - Margarida).

iv) Ir à missa: dois dias por semana, o padre da cidade desloca-se à instituição para recitar missa na capela (e.g. *“(…) nos dias que há missa vou à missa ao fim da tarde”* - Matilde).

v) Sentado no pátio e/ou no jardim: alguns dos participantes passam parte do dia sentados no jardim e/ou no pátio da entrada, considerando que é dos locais mais calmos e sossegados, sendo esse um refúgio da confusão que as vezes se instala nas salas de convívio, com o ruído da televisão e das atividades que se desenvolvem nas mesmas. Alguns dos participantes procuram ficar sentados no pátio da entrada na esperança de verem passar algum familiar ou conhecido (e.g. *“(…) depois de almoço costumo ficar no jardim ou no pátio da entrada.”* - Marta) (ver Tabela 6).

3.5.Solidão e depressão nos contextos institucional e não institucional

Os resultados sugerem que a existência de sintomatologia depressiva é mais prevalente em idosos institucionalizados: dos 15 participantes, 14 (93,3%) apresentam uma pontuação maior ou igual a cinco na GDS-15 (ver Tabela 4). O discurso destes participantes é pautado pela falta de perspetiva de futuro e resignação à realidade (*“Nenhuma, [perspetivas de futuro] viver como tenho vivido até ao último dia.”* - Orquídea; *“Nem quero pensar no futuro.”* - Filomena; *“Não tenho perspetivas de futuro.”* - Catarina; *“Na verdade tento não pensar no futuro. O futuro que tenho é ficar aqui no lar até ao fim dos meus dias.”* - Alberto; *“Não tenho perspetivas de futuro, ficar aqui no lar até que chegue a minha hora.”* - Carolina). No caso dos participantes António e Alberto, a recente experiência de viuvez e o processo de adaptação à ERPI poderá ser a causa do agravamento da sintomatologia.

Assim, a sintomatologia depressiva dos participantes institucionalizados parece estar associadas a:

i) COVID-19: *“(…) [devido à COVID-19] sentia-me uma pessoa perdida, não sabíamos os que deveríamos fazer e o que deveríamos pensar estando todos fechados sem poder sair e sem visitas. Chorava muitas vezes sozinha, mas negava.”* - Orquídea.

ii) Luto e viuvez: episódios de luto e/ou viuvez (causados pela COVID-19 ou não) que levou os participantes a sentirem-se sós (*“Sinto solidão. Ter ficado sem a minha*

mulher de um dia para o outro, não me ter conseguido despedir dela que nem ao funeral pude ir porque estava com COVID-19 em casa.” - Alberto; “Desde que o meu marido faleceu que fiquei sozinha, haviam dias mais tristes e dias mais felizes.” - Irene; “Sinto que fiquei sozinha já há algum tempo e desde aí que fiquei sem a minha companhia (...). Aqui no lar estou sempre acompanhada e tenho aqui muitos amigos, mas a solidão que às vezes se sente não desaparece só por termos companhia.” - Alice).

Sobre os idosos que não estão institucionalizados constata-se que dos 15 participantes, 10 (66,7%) apresentam sintomatologia depressiva. Todos estes participantes apresentam uma pontuação na escala GDS-15 que varia entre cinco e 10 pontos (ver Tabela 4). Os resultados sugerem que nestes casos os participantes revelam falta de perspetivas de futuro e perda de capacidade de planeamento de futuro (e.g. “Viver um dia de cada vez (...).” - Leopoldina).

Tabela 5

Distribuição dos participantes segundo os domínios, categorias e subcategorias emergentes com base na análise dos dados

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
Perceção da solidão	1. Presença ou ausência de sentimento de solidão.	1.1. Presença: (os participantes revelam sentir solidão no presente).	Leopoldina; Lurdes; Manuel.	Alberto; Alice; António; Carla; Carolina; Catarina; Irene; Margarina; Marta.
		1.2. Nunca sentiu: (os participantes revelam nunca ter sentido solidão).	Adelaide; Assunção; Delfina; Eduarda; Inês; José; Maria; Palmira; Rosa; Sara; Teresa.	Carlos; Filomena; Mariana.
		1.3. Já sentiu: (os participantes revelam ter sentido sentimentos de solidão no passado, mas não sentirem atualmente).	Fernando.	Laura; Matilde; Orquídea.
	2. Motivo porque sente/sentiu solidão.	2.1. Luto: (indicam como principal fator para a solidão que sentem, o processo de luto).	Fernando; Leopoldina; Lurdes; Manuel.	António; Alice; Catarina; Carolina; Irene; Margarida.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
		2.2. Disrupção do processo normal do luto devido à COVID-19: (Apontam como principal fator, a disrupção do processo normal de luto, por motivo de não terem conseguido despedir-se de ente(s) querido(s) devido à COVID-19).	Manuel.	Alberto.
		2.3. Isolamento social: (referencia ao isolamento social como principal fator de solidão).	Leopoldina.	Carla; Carolina; Catarina; Laura; Matilde.
		2.4. Distância entre elementos do agregado familiar: apontam como principal fator a ausência de elementos do agregado familiar).	Lurdes.	Marta.
		2.5. Inexistência de filhos: (referencia à inexistência de filhos como principal fator de solidão).	Sem dados.	Marta.
		2.6. Inadaptação a vida institucional: (a difícil adaptação que sentem/sentiram na adaptação à ERPI foi apontada como um relevante motivo de solidão).	Sem dados.	Carla; Orquídea.
	3. Momento do dia em que sente solidão.	3.1. Sem momento específico: (os participantes revelam não haver um momento particular do dia em que sentem solidão, por vezes pode surgir durante todo o dia ou então durante a noite).	Leopoldina; Manuel.	Alberto; Laura; Marta.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
	4. Emoções/pensamentos associados à solidão.	3.2. À noite: (consideram que é durante a noite que sentem mais solidão).	Fernando; Lurdes. (Fernando - sentiu solidão no passado, não sentindo presencialmente).	Alice; António; Carla; Carolina; Catarina; Irene; Margarida; Matilde; Orquídea.
		4.1. Emoções/pensamentos negativos: (descrição subjetiva e pessoal de sentimentos decorrentes da perceção de solidão).	Fernando; Lurdes.	Alberto; Carla; Irene; Margarida; Marta; Orquídea.
		4.2. Pensamentos negativos com base em acontecimentos passados: (Descrição subjetiva e pessoal de sentimentos exclusivamente negativos e associados puramente a acontecimentos negativos vividos no passado).	Leopoldina; Manuel.	Alice; António; Carolina; Catarina; Laura.
	5. Mecanismos para alteração desses sentimentos.	5.1. Tentativa de abstração da realidade negativa: (Tentativa consciente de abstração da realidade negativa, geradora de emoções e pensamentos negativos, através de mecanismos intrínsecos ou através da emersão em atividades que implicam concentração).	Fernando; Leopoldina; Lurdes.	Alice; Irene; Laura; Matilde; Orquídea.
		5.2. Arranjar forma de manter a cabeça ocupada: (Utilização consciente e autónoma de mecanismos que	Lurdes.	Alberto; António; Carolina.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
		proporcionam autossatisfação e que visam a concentração em atividades).		
		5.3. Projeção mental de ente queridos: (recorrem a memórias passadas dos entes queridos já falecidos).	Manuel.	Sem dados.
		5.4. Resignação à realidade: (aceitam os pensamentos e emoções que sentem, acreditando que nada podem fazer para os mudarem).	Sem dados.	Carla; Marta.
		5.5. Institucionalização por opção: (os participantes optaram pela institucionalização como forma de evitar isolamento social que podiam estar a sentir em casa).	Sem dados.	Margarida.
	6. COVID-19 como mecanismo de agravamento, desencadeamento ou ressurgimento do sentimento de solidão.	6.1. Sem impacto: (a pandemia da COVID-19 não teve qualquer impacto na percepção da solidão).	Adelaide; Assunção; Delfina; Eduarda; Fernando; Inês; José; Maria; Palmira; Rosa; Sara; Teresa.	Carlos; Filomena; Irene; Margarida; Mariana.
		6.2. Ressurgiu: (a pandemia da COVID-19 provocou o ressurgimento da percepção de solidão que haviam tido no passado).	Sem dados.	Laura; Matilde; Orquídea.
		6.3. Desencadeou: (a pandemia da COVID-19, provocou o desencadeamento da percepção da solidão).	Manuel.	Alberto; António.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
		6.4. Agravou: (consideram que a pandemia da COVID-19 e o isolamento social que a mesma gerou, fez agravar sentimentos de solidão já perçecionada anteriormente).	Leopoldina; Lurdes.	Alice; Carla; Carolina; Catarina; Marta.
Vivências	7. Acontecimentos marcantes de vida.	7.1. Acontecimentos positivos: (os participantes expuseram experiências que os marcaram de forma positiva relacionadas).	Assunção; Fernando; Inês; José; Leopoldina; Lurdes; Manuel; Maria; Rosa; Sara; Teresa.	Alberto; António; Carolina; Catarina; Laura; Margarida; Mariana; Marta; Matilde; Orquídea.
		7.2. Acontecimentos negativos: (Relataram acontecimentos de vida traumatizantes que os marcaram de forma negativa).	Adelaide; Delfina; Eduarda; Fernando; Leopoldina; Lurdes; Manuel; Maria; Palmira; Teresa.	Alberto; Alice; António; Carla; Catarina; Matilde; Orquídea.
	8. Contexto de vida atual em consonância com desejos/idealizações.	8.1. Em consonância: (os participantes consideram que estão a concretizar a maioria dos objetivos e metas de vida delineadas, reiteram que a vida se encontra a ser vivida como idealizaram, apresentando alguma satisfação).	Assunção; Delfina; Eduarda; Fernando; Inês; Manuel; Maria; Palmira; Sara; Teresa.	Mariana.
		8.2. Sem consonância: (os participantes consideram que o curso da sua vida não vai ao encontro dos planos que tinham idealizado).	Adelaide; José; Leopoldina; Lurdes; Rosa.	Alberto; Alice; António; Carla; Carlos; Carolina; Catarina; Filomena; Irene; Laura; Margarida; Marta; Matilde; Orquídea.
Integração/interação Social	9. Meio de contacto social.	9.1. Pessoalmente: (os participantes relacionam-se maioritariamente pessoalmente no seu dia a dia com as	Assunção; Delfina; Fernando.	Catarina; Laura; Margarida.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
		demais pessoas, sendo o meio de comunicação de preferência).		
		9.2. Telefone: (Os participantes usam o telefone como meio de contacto social).	Rosa.	António.
		9.3. Pessoalmente e telefone: (os participantes comunicam por telefone e pessoalmente maioritariamente).	Adelaide; Inês; José; Leopoldina; Lurdes; Manuel; Maria; Palmira; Sara; Teresa.	Alberto; Alice; Carla; Carlos; Carolina; Filomena; Mariana; Marta; Matilde; Orquídea.
		9.4. Videochamada: (os participantes utilizam a videochamada para poderem comunicar com familiares que se encontrem distantes).	Eduarda.	Irene.
	10. Perceção da influência da institucionalização nas relações interpessoais.	10.1. Positiva: (consideram que a institucionalização pode ser um meio de manutenção ou promoção do desenvolvimento das relações interpessoais).	Adelaide; Teresa.	António; Carolina; Irene; Laura; Margarida; Mariana; Marta; Matilde; Orquídea.
		10.2. Negativa: (vêm a institucionalização como um aspeto negativo no que toca ao desenvolvimento/manutenção das relações interpessoais).	Assunção; Delfina; Eduarda; Fernando; Inês; José; Leopoldina; Lurdes; Manuel; Maria; Palmira; Rosa; Sara.	Alberto; Alice; Carla; Carlos; Catarina; Filomena.
	11. Opinião sobre a influência da institucionalização sobre a velhice.	11.1. Positiva: (consideram que a institucionalização pode contribuir de forma positiva para um melhor período de velhice).	Eduarda; Fernando; Rosa; Teresa.	António; Irene; Laura; Margarida; Mariana; Orquídea.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
	12. Facilidade de acesso aos serviços necessários de vida diária.	11.2. Negativa: (qualificam a institucionalização como algo prejudicial a uma velhice feliz).	Adelaide; Assunção; Delfina; Inês; José; Leopoldina; Lurdes; Manuel; Maria; Palmira; Sara.	Alberto; Alice; Carla; Carlo; Carolina; Catarina; Filomena; Marta; Matilde.
		12.1. Fácil: (Classificam como acessível o acesso a serviços que pretendam/necessitem de usufruir no local em que residem).	Adelaide; Assunção; Delfina; Eduarda; Fernando; Inês; José; Leopoldina; Lurdes; Manuel; Maria; Palmira; Rosa; Sara; Teresa.	Orquídea; Matilde; Filomena; Laura; Margarida; Alberto; Irene; Marta; Mariana; Carla ; Carolina; Carlos; Alice.
		12.2. Difícil: Consideram difícil o acesso a serviços que pretendem/necessitem aceder no local em que residem).	Sem dados.	António; Catarina;
	13. Opinião relativamente ao impacto da institucionalização na facilidade de acesso a serviços que costumam aceder.	13.1. Facilita: (Consideram que a institucionalização da pessoa idosa facilita o acesso a serviços que costumam aceder diariamente).	Rosa; teresa.	António; Carolina; Catarina; Orquídea.
		13.2. Dificulta: (Consideram que a institucionalização da pessoa idosa dificulta o acesso a serviços que costumam aceder diariamente).	Adelaide; Assunção; Delfina; Eduarda; Fernando; Inês; José; Leopoldina; Manuel; Maria; Palmira; Sara; Teresa.	Alberto; Alice; Carla; Carlos; Filomena; Irene; Laura; Margarida; Mariana; Marta; Matilde.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
	14. Necessidade de apoio instrumental.	14.1. AVD(s): (apoios que recebem da Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Foz Côa - alimentação, higiene da habitação, etc.).	Assunção; Manuel.	Sem dados.
		14.2. AIVD(S): (apoio que recebem nas atividades instrumentais de vida diária).	Sem dados.	António; Carolina; Catarina; Orquídea.
	15. Alteração de atividades diárias devido à pandemia COVID-19.	15.1. Alteração de atividades: (Os participantes consideram que a pandemia da COVID-19 provocou algumas mudanças nas tarefas diárias).	Assunção; Delfina; Eduarda; Fernando; Inês; Leopoldina; Lurdes; Manuel; Palmira.	Alberto; Alice; António; Carla; Carlos; Carolina; Catarina; Filomena; Irene; Laura; Margarida; Mariana; Marta; Matilde; Orquídea.
		15.2. Não alteração de atividades. (os participantes consideram que a pandemia da COVID-19, e todas as mudanças que a mesma implicou, não provocou mudanças nas atividades de vida diária).	Adelaide; José; Manuel; Maria; Sara; Teresa.	Sem dados-
Institucionalização	16. Decisão de institucionalização.	16.1. Preferencial: (a decisão de institucionalização partiu do participante, considerando que a mesma permite um mais correto desenvolvimento do envelhecimento).	Sem dados.	Alice; António; Carlos; Filomena, Laura; Mariana; Matilde.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
	17. Consideração de que as relações significativas se alteraram desde que frequenta a instituição.	16.2. Passivo: (a decisão de institucionalização partiu por terceiros).	Sem dados.	Alberto; Carla; Carolina; Catarina; Irene; Margarida; Marta; Orquídea.
		17.1. Considera: (os participantes consideram que a ida para institucionalização tornou as suas relações significativas mais deficitárias).	Sem dados.	Alberto; Alice; Carla; Catarina; Filomena.
	18. Principais rotinas institucionais adotadas.	17.2. Não considera: (os participantes não consideram que a ida para a instituição tenha alterado o regular funcionamento das relações significativas).	Sem dados.	António; Carlos; Carolina; Irene; Laura; Margarida; Mariana; Marta; Matilde; Orquídea.
		18.1. Sentado na sala de convívio: (onde podem ver televisão, conversar e receber visitas de familiares).	Sem dados.	Alberto; Alice; Carla; Carlos; Carolina; Irene; Laura; Margarida; Marta; Orquídea.
		18.2. Vaguear pela instituição: (deambulação pelos corredores e as diferentes salas da instituição).	Sem dados.	Alice; António; Catarina; Margarida; Matilde.

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
		18.3. Participar nas atividades sugeridas: (participar nas atividades sugeridas e/ou promovidas pelos colaboradores da instituição).	Sem dados.	Carolina; Catarina; Irene; Margarida; Orquídea.
		18.4. Ir a missa: (três vezes por semana o padre da Cidade desloca-se à instituição para realização da missa na capela da Instituição).	Sem dados.	Laura; Matilde.
		18.5. Sentado no pátio e/ou no jardim: (os participantes optam por ficar sentado nos jardins e no pátio da Instituição, permitindo-lhes receber algumas visitas através do portão da Instituição).	Sem dados.	Alberto; Irene; Laura; Margarida; Marta; Orquídea.

Tabela 6

Resultados segundo os domínios, categorias e subcategorias emergente

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
Perceção da solidão	1. Presença ou ausência de sentimento de solidão.	1.1. Presença: (os participantes revelam sentir solidão no presente).	“Desde que a minha esposa faleceu no ano passado sinto solidão, sinto-me sozinho com um vazio muito grande”. (Manuel).	“Sim, as vezes sinto com a falta da minha mulher”. (António).
		1.2. Nunca sentiu: (os participantes revelam nunca ter sentido solidão).	“Não, nunca senti solidão”. (Maia).	“Não sinto nem sei o que é sentir solidão”. (Mariana).
		1.3. Já sentiu: (os participantes revelam ter sentido sentimentos de solidão no passado, mas não sentirem atualmente).	“Quando morreu a minha mulher foi uma altura complicada, isolei-me um bocado e toda a situação repentina levou-me a sentir solidão”. (Fernando).	“Sim. Em casa estava sozinha de dia e de noite, levava-me a pensar muito em tudo e a sentir solidão.” (Matilde).
	2. Motivo porque sente/sentiu solidão.	2.1. Luto: (indicam como principal fator para a solidão que sentem, o processo de luto).	“A falta de companhia do meu marido, falta de ter com quem falar as vezes”. (Leopoldina).	“A falta do meu marido, sentir-me sozinha”. (Catarina).
		2.2. Disrupção do processo normal do luto devido à COVID-19: (Apontam como principal fator, a disrupção do processo normal de luto, por motivo	“A ausência repentina da minha mulher, e não ter tido oportunidade de me despedir corretamente da minha mulher visto que estava em	“Sinto. Ter ficado sem a minha mulher de um dia para o outro, não me ter conseguido despedir dela que nem ao funeral pude ir porque

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
		de não terem conseguido despedir-se de ente(s) querido(s) devido à COVID-19).	isolamento em casa, não tendo ido ao funeral". (Manuel).	estava com covid-19 em casa". (Alberto).
		2.3. Isolamento social: (referencia ao isolamento social como principal fator de solidão).	"Falta de ter com quem falar as vezes". (Leopoldina).	"Estar sozinha em casa sem família". (Laura).
		2.4. Distância entre elementos do agregado familiar: apontam como principal fator a ausência de elementos do agregado familiar).	"(...) ausência do meu único filho, faz-me sentir algumas vezes sozinha". (Lurdes).	"Estar longe do meu marido, os sobrinhos dele quererem mantê-lo longe de mim". (Marta).
		2.5. Inexistência de filhos: (referencia à inexistência de filhos como principal fator de solidão).	Sem dados.	"Não ter filhos". (Marta).
		Inadaptação a vida institucional: (a difícil adaptação que sentem/sentiram na adaptação à ERPI foi apontada como um relevante motivo de solidão).	Sem dados.	"(...) no lar não me sentir a vontade para viver aqui". (Carla).
	3. Momento do dia em que sente solidão.	3.1. Sem momento específico: (os participantes revelam não haver um momento particular do dia em que sentem solidão, por vezes pode surgir durante todo o dia ou então durante a noite).	"Como agora estou sempre em casa vai sendo um pouco por todo o dia". (Leopoldina).	"Não tem um momento certo, é quando penso mais sobre as coisas". (Alberto).

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
	4. Emoções/pensamentos associados à solidão.	3.2. À noite: (consideram que é durante a noite que sentem mais solidão).	“Costuma ser mais à noite quando passo mais tempo sozinha”. (Lurdes).	“Costuma surgir mais à noite”. (Irene).
		5.1. Emoções/pensamentos negativos: (descrição subjetiva e pessoal de sentimentos decorrentes da percepção de solidão). 4.1.	“E só de tristeza, as vezes choro, as vezes sorrio quando me lembro de memórias boas, depende de como me sinto”. (Lurdes).	“Penso em tudo. Na forma como está a minha vida, no que mudou, mas no suicídio nunca pensei nem penso nessas coisas”. (Alberto).
		4.2. Pensamentos negativos com base em acontecimentos passados: (Discrção subjetiva e pessoal de sentimentos exclusivamente negativos e associados puramente a acontecimentos negativos vividos no passado).	“Só penso nos meus filhos, no meu marido, como as coisas poderiam ser diferentes se eles ainda cá estivessem ou não”. (Leopoldina).	“Penso no meu marido, no meu menino que morreu, no futuro e no bem-estar que quero que os meus filhos e netos tenham”. (Alice).
	5. Mecanismos para alteração desses sentimentos.	5.1. Tentativa de abstração da realidade negativa: (Tentativa consciente de abstração da realidade negativa, geradora de emoções e pensamentos negativos, através de mecanismos intrínsecos ou através da emersão em atividades que implicam concentração).	“Tentava não pesar muito nessas coisas que sabia que me traziam ainda mais tristeza”. (Fernando).	“Tento as vezes não pensar nas coisas”. (Irene).
		5.2. Arranjar forma de manter a cabeça ocupada: (Utilização consciente e autónoma de mecanismos	“(…) foco-me mais na televisão, ou em trabalhos de renda que costumo fazer”. (Lurdes).	“Tentava manter-me sempre ocupada para não ter tempo para pensar nas coisas. Estando ocupada

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
		que proporcionam autossatisfação e que visam a concentração em atividades).		ajudava-me a manter-me distraída". (Carolina).
		5.3. Projeção mental de ente queridos: (recorrem a memórias passadas dos entes queridos já falecidos).	"Penso na minha esposa, como ela era, em tudo que construímos". (Manuel).	Sem dados
		5.4. Resignação à realidade: (aceitam os pensamentos e emoções que sentem, acreditando que nada podem fazer para os mudarem).	Sem dados	"Não posso mudar os pensamentos que tenho". (Marta).
		5.5. Institucionalização por opção: (os participantes optaram pela institucionalização como forma de evitar isolamento social que podiam estar a sentir em casa).	Sem dados	"ter-me inscrito no centro de dia para passar melhor os dias e mais acompanhada". (Margarida).
	6. COVID-19 como mecanismo de agravamento, desencadeamento ou ressurgimento do sentimento de solidão.	6.1. Sem impacto: (a pandemia da COVID-19 não teve qualquer impacto na percepção da solidão).	"A meu ver não, com o COVID-19 ficamos todos isolados, mas isso não fez surgir mais ou menos sentimentos de solidão". (Adelaide).	"Não considero que a pandemia me tenha feito surgir algum sentimento de solidão porque não aconteceu". (Filomena).
		6.2. Ressurgiu: (a pandemia da COVID-19 provocou o ressurgimento da percepção de solidão que haviam tido no passado).	Sem dados	"Sentia-me uma pessoa perdida, não sabíamos os que deveríamos fazer e o que deveríamos pensar estando todos fechados sem poder sair e sem visitas. Chorava muitas

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
				vezes sozinha, mas negava”. (Orquídea).
		6.3. Desencadeou: (a pandemia da COVID-19, provocou o desencadeamento da perceção da solidão).	“Totalmente, foi devido ao vírus que a minha mulher faleceu e tudo que sinto surgiu desde essa altura”. (Manuel).	“Sim bastante. Foi desde o início da pandemia que vim para o lar. Devido ao Covid-19 perdi a minha mulher”. (Alberto).
		6.4. Agravou: (consideram que a pandemia da COVID-19 e o isolamento social que a mesma gerou, fez agravar sentimentos de solidão já percecionada anteriormente).	“Sim, com a pandemia que estamos a passar não saio de casa com receio do que possa apanhar, isolei-me mais que o costume”. (Leopoldina).	“Sim, agora com a pandemia deixei de ter visitas e fez me ter mais saudade e sentir mais falta de estar com os meus filhos (...)”. (Carolina).
Vivências	7. Acontecimentos marcantes de vida.	7.1. Acontecimentos positivos: (os participantes expuseram experiências que os marcaram de forma positiva relacionadas).	i) Casamento: “O que mais me marcou positivamente foi o meu casamento”. (Inês). ii) Nascimento dos filhos e netos: “Episódios marcantes pela positiva foi talvez o nascimento dos filhos e dos netos”. (José). iii) Formatura de filhos e sobrinhos: “O que mais me marcou e emocionou foi a formatura dos meus dois sobrinhos”. (Sara).	i) Casamento: “Como acontecimento positivo recordo o meu casamento”. (António). ii) Nascimento de filhos e netos: “Como aspetos positivos aponto o nascimento dos meus filhos”. (Orquídea).

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
		7.2. Acontecimentos negativos: (Relataram acontecimentos de vida traumatizantes que os marcaram de forma negativa).	i) Viuvez: “O que mais me marcou até ao dia de hoje foi a morte da minha mulher”. (Fernando). ii) Falecimento de filhos: “o que me marcou mais foi quando o meu filho morreu”. (Adelaide). iii) Falecimento de Pais: “O acontecimento que mais me marcou em toda a minha vida foi o falecimento da minha mãe”. (Lurdes). iv) Impossibilidade de ter filhos: “algo que me marcou pela negativa foi nunca poder ter tido filhos”. (Delfina). v) Acidente de aviação: “O que mais me marcou e traumatizou pela negativa foi o acidente que tive”. (Eduarda).	I) Viuvez:” Como acontecimento que me marcou pela negativa tenho a morte do meu marido”. (Margarida). II) Falecimento de filhos: “O acontecimento negativo que mais me marcou pela negativa foi a morte da minha filha à nascença”. (Catarina). III) Falecimento de Pais:” O acontecimento que mais me marcou de forma negativa foi a morte da minha mãe”. (Carla). IV) Acidentes de Saúde: “o que mais me marcou pela negativa foi ter partido a bacia, e devido a isso ter ficado presa a esta cadeira de rodas e ter vindo para o lar”. (Carolina).
	8. Contexto de vida atual em consonância com desejos/idealizações.	8.1. Em consonância: (os participantes consideram que estão a concretizar a maioria dos objetivos e metas de vida delineadas, reiteram que a vida se	“Sim, consegui concretizar todas as ambições e desejos que tinha”. (Palmira).	“Sim, vim para o lar porque quis para poder dar a minha parte da casa à minha sobrinha e nunca me

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
		encontra a ser vivida como idealizaram, apresentando alguma satisfação).		incomodou a ideia de vir para um lar". (Mariana).
		8.2. Sem consonância: (os participantes consideram que o curso da sua vida não vai ao encontro dos planos que tinham idealizado).	"Idealizei chegar a esta fase da vida acompanhada e falta-me o apoio familiar do marido e de um dos filhos". (Adelaide).	"Não, de modo algum. Nunca esperei acabar num lar sozinha afastada do meu marido". (Marta).
Integração/interação Social	9. Meio de contacto social.	9.1. Pessoalmente: (os participantes relacionam-se maioritariamente pessoalmente no seu dia a dia com as demais pessoas, sendo o meio de comunicação de preferência).	"Pessoalmente". (Delfina).	"Pessoalmente nas visitas que fazem". (Laura).
		9.2. Telefone: (Os participantes usam o telefone como meio de contacto social).	"Por telefone só". (Rosa).	"O contacto é sempre por telefone". (António).
		9.3. Pessoalmente e telefone: (os participantes comunicam por telefone e pessoalmente maioritariamente).	"Pessoalmente e por telefone com o meu enteado". (Inês).	"Por telefone, e nas visitas semanais que o meu filho e o meu neto me fazem". (Matilde).
		9.4. Videochamada: (os participantes utilizam a videochamada para poderem comunicar com familiares que se encontrem distantes).	"Com os meus filhos é por chamada e videochamada". (Eduarda).	"Por chamada e videochamada". (Irene).

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
	10. Perceção da influência da institucionalização nas relações interpessoais.	10.1. Positiva: (consideram que a institucionalização pode ser um meio de manutenção ou promoção do desenvolvimento das relações interpessoais).	“Não de modo nenhum, se tivesse de ir para o lar daqui da minha terra ia sem problema, muitos amigos meus já estão lá e os restantes iriam-me lá visitar com frequência”. (Adelaide).	“Acho que influencia pela positiva. Pelo menos a mim ajudou-me a criar mais relações de amizade” (António).
		10.2. Negativa: (vêm a institucionalização como um aspeto negativo no que toca ao desenvolvimento/manutenção das relações interpessoais).	“Viver em uma instituição influencia a forma como se vivem as relações porque se deixa de ter praticamente contacto com os amigos diários”. (Maria).	“Acho que influencia um bocadinho. Com os meus sobrinhos deixei de ter tanta lidação desde que vim para aqui”. (Catarina).
	11. Opinião sobre a influência da institucionalização sobre a velhice.	11.1. Positiva: (consideram que a institucionalização pode contribuir de forma positiva para um melhor período de velhice).	“Não. Nunca precisei de ir para nenhum lar, mas um dia que precisei vou sem problema algum”. (Fernando).	“Noa acho que viver aqui influencia a forma como se vive a velhice porque aqui temos uma boa velhice com tudo que nos proporcionam”. (Irene).
		11.2. Negativa: (qualificam a institucionalização como algo prejudicial a uma velhice feliz).	“Sim absolutamente, acho que uma pessoa fica muito condicionada a viver em uma instituição”. (Maria).	“Sim, aqui não temos uma velhice como deve de ser, não podemos sair, ser livres de irmos onde queremos, comprarmos o que queremos, ir ao café ler o jornal”. (Carlos).

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
	12. Facilidade de acesso aos serviços necessários de vida diária.	12.1. Fácil: (Classificam como acessível o acesso a serviços que pretendam/necessitem de usufruir no local em que residem).	“Creio que seja fácil aceder a todos os serviços que preciso”. (Leopoldina).	“Sim é bastante fácil”. (Carolina).
		12.2. Difícil: Consideram difícil o acesso a serviços que pretendem/necessitem aceder no local em que residem).	Sem dados	“Na aldeia onde vivia era um bocado complicado”. (António Pardal).
	13. Opinião relativamente ao impacto da institucionalização na facilidade de acesso a serviços que costumam aceder.	13.1. Facilita: (Consideram que a institucionalização da pessoa idosa facilita o acesso a serviços que costumam aceder diariamente).	“Facilita. Tenho colegas minhas de lamego que falamos por telefone que estão a viver num lar e dizem estar muito satisfeitas com os recursos que tem ao dispor e lhes oferecem”. (Rosa).	“No meu caso acho que facilitou. Aqui já não preciso de ir as compras, ter de ir ao hospital (...)”. (catarina).
		13.2. Dificulta: (Consideram que a institucionalização da pessoa idosa dificulta o acesso a serviços que costumam aceder diariamente).	“Acho que dificulta, apesar de dentro da instituição nos fornecerem o básico não poderia sair para ir ao café ler o jornal e beber o meu copo de vinho, não poderia ir à missa ao domingo”. (Manuel).	“Dificulta, aqui fechada não posso ir às compras, comprar o que quero, ir ao café”. (Matilde).

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
	14. Necessidade de apoio instrumental.	14.1. AVD(s): (apoios que recebem da Santa Casa da Misericórdia de Vila Nova de Foz Côa - alimentação, higiene da habitação, etc.).	“Tenho apoio por parte do lar para fazerem a limpeza geral da casa uma vez por semana e todos os dias o lar traz-me o almoço e o jantar”. (Manuel).	Sem dados
		14.2. AIVD(S): (apoio que recebem nas atividades instrumentais de vida diária).	Sem dados	“(…) dão-me banho e a higiene pessoal”. (Orquídea).
	15. Alteração de atividades diárias devido à pandemia COVID-19.	Alteração de atividades: (Os participantes consideram que a pandemia da COVID-19 provocou algumas mudanças nas tarefas diárias).	“A pandemia fez-me mudar algumas coisas que fazia como ir ao lar ver alguns conhecidos, ir às compras com mais regularidade, não sair tanto de casa”. (Palmira).	“(…) deixei de poder sair daqui como fazia ao início, ia até casa de algumas amigas, deixei de ter visitas de amigos, deixei de ir à casa da minha irmã, nem no Natal nem na Páscoa pude sair daqui”. (Carla).
		15.1. Não alteração de atividades. (os participantes consideram que a pandemia da COVID-19, e todas as mudanças que a mesma implicou, não provocou mudanças nas atividades de vida diária).	“(…) já estava acostumada a ficar vários dias sem sair de casa então não me criou muita diferença, ia mantendo contacto com os meus amigos por telefone e mantinha contacto com as vizinhas”. (Maria).	Sem dados
Institucionalização	16. Decisão de institucionalização.	16.1. Preferencial: (a decisão de institucionalização partiu do participante,	Sem dados	“Como eu e a minha mulher já tínhamos uma idade avançada e na

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
		considerando que a mesma permite um mais correto desenvolvimento do envelhecimento).		nossa aldeia não tínhamos recursos nenhuns decidimos vir para o lar". (António).
		16.2. Passivo: (a decisão de institucionalização partiu por terceiros).	Sem dados	"Há cinco anos atrás parti uma perna e os meus sobrinhos trouxeram-me para o lar porque não podia ficar em casa sozinha". (Catarina).
	17. Consideração de que as relações significativas se alteraram desde que frequenta a instituição.	17.1. Considera: (os participantes consideram que a ida para institucionalização tornou as suas relações significativas mais deficitárias).	Sem dados	"Acho que algumas relações mudaram porque alguns amigos que tinha nunca mais os vi desde que vim para aqui". (Alice).
		17.2. Não considera: (os participantes não consideram que a ida para a instituição tenha alterado o regular funcionamento das relações significativas).	Sem dados	"Não sinto que tenham mudado, deixamos de ter tanto contacto, mas não mudaram". (Laura).

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
	Principais rotinas institucionais adotadas.	Sentado na sala de convívio: (onde podem ver televisão, conversar e receber visitas de familiares).	Sem dados	“fora isso passo o dia no jardim, ou na sala de convívio que tenho o meu lugar certo no sofá”. (Laura).
		Vaguear pela instituição: (deambulação pelos corredores e as diferentes salas da instituição).	Sem dados	“O resto do dia vou andando pelas salas e falo com os colegas com que me dou melhor. Com o meu andarilho consigo ir para todo lado”. (Catarina).
		17.3. Participar nas atividades sugeridas: (participar nas atividades sugeridas e/ou promovidas pelos colaboradores da instituição).	Sem dados	“faço algumas atividades que estejam a organizar na sala de convívio”. (Margarida).
		17.4. Ir a missa: (três vezes por semana o padre da Cidade desloca-se à instituição para realização da missa na capela da Instituição).	Sem dados	“Nos dias que há missa vou à missa ao fim da tarde”. (Matilde).

Domínios	Categorias	Subcategorias	Participantes	
			Não institucionalizados	Institucionalizados
		17.5. Sentado no pátio e/ou no jardim: (os participantes optam por ficar sentado nos jardins e no pátio da Instituição, permitindo-lhes receber algumas visitas através do portão da Instituição).	Sem dados	“costumo ficar no jardim ou no pátio da entrada que as vezes os meus sobrinhos passam para me visitar”. (Marta).

DISCUSSÃO

1. Considerações sobre a pertinência científica

A avaliação e compreensão da solidão na pessoa idosa inserida nos contextos institucional ou não institucional, assim como as suas vivências, permitiu avaliar e compreender a experiência deste estado/perceção/sentimento num conjunto de pessoas idosas inseridas nestes dois contextos; permitindo apurar a forma como é vivida e apresentar evidência científica que, em última análise, fomenta e sustenta abordagens práticas que permitam melhorar as condições de envelhecimento da pessoa idosa.

A amostra deste estudo foi constituída por 30 participantes: 15 (50,0%) institucionalizados (3 homens e 12 mulheres) e 15 (50,0%) não institucionalizados (3 homens e 12 mulheres).

Tendo em conta a revisão da literatura realizada, aferiu-se que são poucos os estudos que avaliaram e compararam a solidão na pessoa idosa nos contextos institucional e não institucional. Exemplos de estudos que refletiram esta temática em simultâneo nos dois contextos são os de: Barroso & Tapadinhas (2006), Brito (2015), Kaur & Bajwa (2017), Prieto-Flores et al. (2011) e Quintero-Echeverri et al. (2018). Neste seguimento, em virtude da existência de poucos estudos sobre a temática em questão e que relacionem estes dois contextos, os resultados sugerem interesse científico. Alguns estudos exploraram esta temática apenas no âmbito institucional ou não institucional - e.g. Rodrigues, et al. (2019) (institucional), Morais et al. (2021) (não institucional) e P.A.F. Pereira (2017) (não institucional) -, não comparando as duas realidades. A realização do presente estudo com dois grupos de participantes (institucionalizados e não institucionalizados) permitiu, não só avaliar e compreender a realidade de cada grupo de forma individual, como também compará-los entre si em diferentes domínios. A comparação entre dois grupos de participantes sujeitos a realidades semelhantes (e.g. meio de residência, contexto sociodemográfico e contexto sociocultural), mas com um fator distintivo (institucionalizados ou não institucionalizados) permite obter resultados quanto à temática em estudo e à influência do fator distintivo para a mesma.

2. Considerações sobre a metodologia da investigação

O presente estudo caracteriza-se como sendo qualitativo, observacional, analítico e transversal.

A opção pela realização de um estudo com metodologia qualitativa visou possibilitar a maximização de obtenção de informação, tendo em conta a especificidade da temática em estudo. Isto é, esta metodologia tem um carácter de abordagem multimetodológica, que permitiu a utilização de entrevista aberta para obtenção de histórias de vidas, narrativas, observações, entre outras fontes de dados (Pinto et al., 2018; Ribeiro, 2008). Assim, para além da utilização do Questionário Sociodemográfico, da Entrevista semiestruturada, da Escala DGS-15, da Escala de Solidão UCLA-16 e do Índice de Barthel para a obtenção de dados; foi também possível a obtenção de dados através das narrativas e das histórias de vida de cada participante, o que permitiu compreender e interpretar com maior profundidade a informação recolhida através dos referidos instrumentos. Tal facto, permitiu a obtenção de resultados mais abrangentes e claros em termos de conteúdo. Por exemplo, no caso da participante institucionalizada Margarida, este tipo de metodologia contribuiu para esse enriquecimento dos resultados, pois através do registo de toda a história narrada pela participante, para além da resposta às questões colocadas, foi possível compreender que quando a participante refere que *“O que fiz [para contrariar emoções/pensamentos negativos associados à percepção de solidão] foi ter-me inscrito no centro de dia para passar melhor os dias e mais acompanhada. Foi o melhor que fiz.”*, esta refere-se a um nexo de causalidade. Isto é, se não se tivesse inscrito no Centro de Dia possivelmente não estaria na ERPI.

De igual forma, tendo em conta o objetivo principal do estudo - compreender a percepção e vivência da solidão da pessoa idosa nos contextos institucional e não institucional - a utilização da metodologia qualitativa assume especial relevância. Isto é, Pinto et al. (2018) referem que neste tipo de estudos o investigador insere-se num ambiente natural ao participante (o ambiente doméstico ou da ERPI) e interpreta os fenómenos (neste caso a percepção e a vivência da solidão) segundo os significados atribuídos pelo mesmo (carácter inerente a percepções e vivências). Para além disto, segundo Bento (2012) a investigação qualitativa segue um modelo fenomenológico, no

qual a realidade esta enraizada nas percepções dos participantes, o que, no caso do presente estudo, assume especial interesse.

Assim, para além da avaliação da solidão através do relato de autoperceção da mesma, a utilização da Escala UCLA- 16 permitiu a quantificação. Apesar de existirem outros instrumentos que permitem a avaliação da solidão (Escala de Solidão de Gierveld de 11 itens (Gierveld & Kamphuls, 1985; National Academies of Sciences, Engineering & Medicine, 2020), apenas a Escala UCLA (16 ou 20) encontra-se traduzida e validada para português europeu e para a população portuguesa. Adicionalmente, reforça-se que a validade de utilização da escala UCLA-16 conta com um alfa de Cronbach de 0,905 (Pocinho et al., 2010).

A opção pela utilização da Escala GDS-15 e do Índice de Barthel visou a obtenção de dados para compreensão da solidão num sentido lato. Isto é, para compreensão da relação solidão-depressão, solidão-dependência, ou de outras inter-relações possíveis entre estes três temas.

Os dados obtidos e os resultados apresentados permitiram alcançar os objetivos definidos (primário e secundários) e responder às questões levantadas. Assim, pode-se afirmar que através dos métodos e dos materiais utilizados foi possível obter resultados que vão de encontro com o definido à priori, assegurando a validade interna do presente estudo.

3. Discussão dos resultados obtidos

3.1.Avaliação objetiva e percepção da solidão

Através da utilização da escala UCLA-16, por um lado verificou-se que no contexto institucional os resultados apontam para que oito (53,3%) participantes apresentam solidão, 14 (93,3%) apresentam sintomatologia depressiva e três (20,0%) revelam ter dependência ligeira. Por outro lado, no grupo de idosos não institucionalizados verifica-se que dois (13,3%) participantes evidenciam ter solidão, 10 (66,7%) apresentam sintomatologia depressiva e um (6,7%) revela ter dependência ligeira. Estes resultados, relativos à solidão, são comparáveis com os resultados e as conclusões apresentadas nos

estudos referidos na Tabela 1 (Barroso & Tapadinhas, 2006; Brito, 2015; Kaur & Bajwa, 2017; Prieto-Flores et al., 2011; Quintero-Echeverri et al., 2018). À semelhança dos resultados apresentados por Barroso & Tapadinhas (2006) verificou-se que os idosos institucionalizados apresentam mais sentimentos de solidão que os idosos não institucionalizados. Por outro lado, no presente estudo, verificou-se que a média de resultados na Escala UCLA-16 em idosos institucionalizados foi de 32,5% (abaixo dos resultados de Brito, 2015) e de 27,6% para os idosos não institucionalizados (igualmente abaixo dos resultados obtidos por este autor). Em termos comparativos, os resultados obtidos no presente estudo apresentam maior semelhança com os que foram obtidos por Kaur & Bajwa (2017). No entanto, destaca-se as possíveis significativas diferenças das características dos participantes (e.g. meio sociocultural em que estão inseridos).

Rodrigues et al. (2019) verificaram que a presença de solidão parece manifestar-se mais nos idosos com dependência severa, esta evidência não é passível de comparação no presente estudo tendo em conta a inexistência deste grau de dependência entre os participantes.

A comparação dos resultados obtidos através da escala UCLA-16 com os resultados obtidos através da autoperceção de solidão que cada participante refere, demonstram que os idosos institucionalizados e não institucionalizados indicam maior autoperceção de solidão do que a avaliação quantitativa obtida através da escala ($n = 9$ versus $n = 8$; $n = 3$ versus $n = 2$). Estas diferenças são aceitáveis tendo em conta os caracteres subjetivo da autoperceção e objetivo da escala UCLA-16.

Como referido anteriormente a definição do conceito solidão não é consensual/universal (Jylhä & Saarenheimo, 2010; Mansfield et al., 2021). Esta dificuldade em definir “solidão” vai para além do aspeto científico e foi latente nas respostas dos participantes. Nessas respostas foi perceptível que os participantes apresentam diferentes definições para este conceito, indo de encontro com as diferentes correntes de vários autores. Alguns participantes encaram a solidão como: isolamento social ou sentimento subjetivo de ser solitário (National Academies of Sciences, Engineering & Medicine, 2020) - e.g. *“Estar sozinha, precisar de companhia e não a ter.”*, Matilde, institucionalizada -; como uma experiência desagradável ou sentimentos associados a uma deficiência nos relacionamentos íntimos (Cohen-Mansfield et al., 2016) - e.g. *“Desde que o meu marido morreu que fiquei sozinha e sinto alguma solidão.”*, Irene, institucionalizada -; ou como

uma discrepância percebida entre as relações sociais desejadas e as reais (Shiovitz-Ezra & Ayalon, 2010) - e.g. *"Falta de ter com quem falar às vezes."*, Leopoldina, institucionalizada. À semelhança do descrito por Peplau e Perlman (1982), como uma característica comum em todas as respostas, verifica-se que a solidão é descrita como algo decorrente de uma alteração da existência de corretas relações sociais, referindo-se a sentimentos negativos ou desagradáveis, decorrentes de deficiências - qualitativas ou quantitativas - nas relações sociais. Ainda assim, alguns estudos (e.g. Gierveld, 1998; Townsend, 1968; Victor et al., 2008) indicam que é possível apresentar sentimentos de solidão mesmo que na presença de outras pessoas - como se verifica no caso do testemunho de Matilde, institucionalizada.

De entre todos os motivos pelo(s) qual(ais) os idosos (institucionalizados e não institucionalizados) referem sentir solidão (presentemente), o luto foi o motivo mais referido entre idosos que referem sentir solidão ($n = 10$; 66,7% - Alice, António, Carolina, Catarina, Fernando, Irene, Leopoldina, Lurdes, Manuel e Margarida). De referir que um (6,7%) - Fernando - destes 10 participantes que mencionaram o luto como principal causa da solidão, refere ter sentido solidão no passado devido à causa mencionada, não sentido solidão no presente. No entanto, destaca-se que vários participantes referiram mais do que um motivo para a existência desse sentimento (e.g. Marta, institucionalizada; e Manuel, não institucionalizado). Estes resultados demonstram que são várias as possíveis causas da solidão, mas que poderá ser importante dar especial atenção ao processo de luto.

Paque et al. (2018) sustenta que a morte e perda de contacto com pessoas significativas ao longo do tempo, aumenta o risco de solidão. Esta assunção corrobora os resultados obtidos. O falecimento de um ente querido, principalmente quando se trata de um cônjuge (numa família em que os filhos já não vivem na mesma casa) pode levar ao surgimento de sentimentos de solidão (Beal, 2006), como são os casos dos participantes Manuel e Lurdes - não institucionalizados. O processo de luto perante o falecimento de um ente querido é normalmente seguido por um ajustamento normal à perda, podendo ocorrer sem incidentes ou, ao invés, tornar-se num processo prolongado, complicado e extremamente doloroso (Gilewski et al., 1991). Exemplos desta visão são as participantes Filomena - institucionalizada - (que refere um processo de luto normal) e Leopoldina - não institucionalizada - (que refere um processo de luto prolongado e

doloroso). De acordo com Keong (2010) apesar da aceitação do estado de viuvez, a maioria das vezes os viúvos sentem um laço com a pessoa perdida que pode ter a duração de décadas, sendo que todas as memórias podem-se transformar em conforto em alguns momentos (como é o caso descrito pelo participante Manuel - não institucionalizado), e em ansiedade noutros (com é o caso dos participantes Alberto - institucionalizado - e Leopoldina - não institucionalizada).

A disrupção do processo normal do luto, devido às restrições impostas pelas medidas de saúde pública adotadas no âmbito da pandemia, constitui um motivo conjuntural, mas que foi um motivo marcante o suficiente ao ponto de provocar sentimentos de solidão nos participantes. Assim, restam outros dois motivos pelos quais os participantes referem sentir solidão: o isolamento social e a distância entre membros do agregado familiar. O isolamento social, como motivo de solidão, é comum a idosos institucionalizados e a idosos não institucionalizados. No caso dos idosos institucionalizados, estes resultados vão ao encontro do defendido por Gierveld (1998), Townsend (1968) e Victor et al. (2008), que afirmam que é possível apresentar sentimentos de solidão mesmo que na presença de outras pessoas. Este facto é particularmente relevante e deve ser alvo de intervenção. Avaliar a causa da perceção de solidão, mesmo na presença de outros utentes e dos colaboradores, permitirá individualizar o motivo de solidão do utente e permitira instituir uma ação prática com o objetivo de eliminar a solidão e promover a correta integração institucional e envelhecimento saudável. No que toca à assunção de que a distância entre o participante e os elementos do agregado familiar é o motivo de solidão, este resultado demonstra a necessidade de manutenção e promoção dos contactos entre os utentes e os familiares. Tendo em conta o desenvolvimento dos meios de comunicação, ressalva-se a necessidade de implementação de estratégias que acompanhem os desenvolvimentos tecnológicos, que promovam a comunicação entre utente e familiares e que sejam suficientemente inclusivas para não marginalizar idosos com menor capacidade ou maior dependência. Zamir et al. (2018) comprovaram que a utilização de vídeochamadas pode ajudar na reconecção dos idosos institucionalizados com os seus familiares e reduzir a solidão sentida. No entanto, estes autores são perentórios em afirmar que a falta de cooperação dos colaboradores das ERPI's constitui um factor relevante para o insucesso deste método.

É relevante ter em conta os resultados referentes ao momento do dia em que os idosos institucionalizados com solidão referem ter este sentimento, pois estes resultados demonstram maior referência à existência de sentimentos de solidão durante a noite. O período da noite poderá, de modo geral, ser o espaço temporal em que existe menor presença de colaboradores nas ERPI's. Associado a este facto, poder-se-ão associar outros fatores que podem contribuir para estes resultados, por exemplo: os idosos apresentam um período de sono mais reduzido (o que poderá implicar a existência de momentos acordados e possivelmente limitados aos seus quartos); alguns idosos apresentam incapacidade de mobilidade (o que limita movimentos noturnos); e os idosos podem não ter meios para distração (nomeadamente meios multimédia). Yu et al. (2018) sustentam que o isolamento social e a solidão podem provocar alteração do padrão de sono normal. Ou seja, pode-se assumir que estes dois fatores podem ter um efeito retroativo - o isolamento social e a solidão provocam alteração do padrão de sono normal e essa alteração contribui para períodos de aumento desses dois fatores.

As estratégias referidas pelo participantes para contrariar o sentimento de solidão são várias, destaca-se a existência de três estratégias que visam um efeito positivo (evicção do problema, apoio social institucional e/ou rede de apoio informal) e de uma estratégia (conformismo e desânimo) que em última análise não constitui qualquer tipo de estratégia porque é a atitude/sentimento que resulta de um processo de inexistência de capacidade e/ou vontade para contrariar o processo de solidão. Esta visão deve ser alvo de especial cuidado no contexto prático, uma vez que parte de um patamar em que nada é feito para mudar. Estratégias de intervenção individualizadas com a aferição do motivo central da falta de capacidade e/ou vontade para eliminar os sentimentos de solidão.

A pandemia da COVID-19 influenciou a perceção de solidão de alguns participantes. São do conhecimento geral as restrições que foram aplicadas nas ERPI's e os múltiplos surtos nestas estruturas, bem como as possíveis implicações psicológicas decorrentes destes factos. Os resultados indicam que em ambos os grupos a pandemia teve efeitos negativos, fez ressurgir, desencadeou ou agravou sentimentos de solidão. No grupo de idosos institucionalizados é claramente perceptível a influência negativa da pandemia, 10 (66,7%) dos participantes (Alberto, Alice, António, Carla, Carolina, Catarina, Laura, Marta, Matilde e Orquídea) referem este impacto. Por outro lado, apenas três

(20,0%) - Leopoldina, Lurdes e Manuel - idosos não institucionalizados referem que a pandemia teve impacto negativo. Alguns participantes consideram que a mudança nas relações significativas deveu-se em parte à situação pandémica (como é o caso de Filomena - institucionalizada). Novais et al. (2021) concluíram que, no caso dos idosos não institucionalizados em Portugal, durante o verão de 2020 apenas 23,0% dos entrevistados manteve os hábitos de passeio e 8,0% manteve as visitas a familiares no seu padrão habitual.

Por outro lado, importa ter em conta que a pandemia também implicou a alteração de hábitos de contacto e comunicacionais entre os idosos residentes e os significativos, tal facto fica latente na adoção de contacto regular através de telefone/telemóvel ou videochamada.

3.2. Vivências

A interpretação dos resultados referentes à satisfação com o decurso da vida, demonstra que os idosos institucionalizados têm uma opinião mais negativa que os idosos não institucionalizados. Os primeiros, quase na totalidade ($n = 14$; 93,3%) - todos à exceção de Mariana - têm a opinião de que a vida não se encontra a ser vivida da forma como idealizaram. Destes, oito (57,1%) participantes apresentam solidão (Alberto, Alice, António, Carla, Catarina, Irene, Margarida, Marta) e 11 (78.6%) - Alberto, António, Carla, Carolina, Catarina, Alice, Irene, Laura, Margarida, Marta e Orquídea - apresentam depressão. Por outro lado, cinco (33,3%) - Adelaide, José, Leopoldina, Lurdes e Rosa - idosos não institucionalizados consideram-se insatisfeitos com o decurso da vida. Destes, dois (40,0%) participantes (Leopoldina e Lurdes) apresentam solidão e quatro (80,0%) - Adelaide, Leopoldina, Lurdes e Rosa - apresentam depressão. Assim, é possível perceber que a insatisfação com a vida é mais latente nos idosos institucionalizados e que maioritariamente os idosos, em ambos os contextos, que estão insatisfeitos com a vida apresentam solidão e depressão.

Bradshaw e Riazzi (2012) sustentam que os idosos residentes nas ERPI apresentam preocupações sobre a falta de autonomia e a dificuldade em formar relacionamentos apropriados com os outros utentes, o que vai ao encontro com algumas das causas de

opiniões de que a vida não se encontra a ser vivida da forma como os participantes idealizaram. Assim, o fomento de experiências positivas nas ERPI devem ser promovidas e são importantes para a qualidade de vida dos residentes. Estes autores sustentam a necessidade de abordagens centradas no relacionamento para o cuidado e enfatiza a importância de entender a atitude do residente em relação à vida em lares de idosos (Bradshaw & Riaz, 2012).

3.3. Institucionalização

O aumento da esperança média de vida e as novas dinâmicas laborais, familiares e sociais tendem a fomentar a institucionalização dos idosos (Bernardo, 2019; Lopes, 2012) e a expandir, também, a necessidade de se desenvolverem meios para melhor responder às necessidades deste grupo populacional em progressivo aumento. Estas premissas vão ao encontro do facto de que no caso oito participantes (53,3%) - Alberto, Carla, Carolina, Catarina, Irene, Margarida, Marta e Orquídea - a decisão de institucionalização partiu de terceiros.

À semelhança de alguns estudos que sustentam que os idosos institucionalizados podem apresentar maior índice de isolamento social e solidão (e.g. Barroso & Tapadinhas, 2006; Brito, 2015; Kaur & Bajwa, 2017; Prieto-Flores et al., 2011; Trybusińska & Saracen, 2019; Quintero-Echeverri et al., 2018) os resultados obtidos vão de encontro com essa evidência. Importa ter em conta que 11 (73,3) dos participantes institucionalizados (Alberto, Alice, Carla, Carlos, Filomena, Irene, Laura, Margarida, Mariana, Marta e Matilde) considera que a institucionalização impossibilitou-os de aceder a serviços que costumavam aceder.

L. M. T. Pereira (2017) identifica e alerta para as alterações e/ou perda de identidade que a institucionalização pode desencadear e por sinal favorecer (entre outros aspetos): i) a sintomatologia depressiva (devido às dificuldades inerentes à institucionalização - ambiente partilhado e ruidoso e ao confronto diário com a debilidade) - o que se verifica no caso de 11 (73,3%) participantes institucionalizados (Alberto, Alice, Carla, Carlos, Filomena, Irene, Laura, Margarida, Mariana, Marta e

Matilde); ii) o condicionamento da preservação da vontade e da liberdade na tomada de decisões consequentes das normas e regras institucionais.

Nove (60,0%) dos participantes institucionalizados (António, Carolina, Irene, Laura, Margarida, Mariana, Marta, Matilde, Orquídea) caracterizam como positiva a influência da institucionalização nas relações interpessoais. Por outro lado, seis (40,0%) participantes (Alberto, Alice, Carla, Carlos, Catarina e Filomena) consideram que este processo teve influência negativa. Convém ter em consideração que esta opinião reflete o sentimento de que a ERPI é uma “prisão”, por não ser permitida a saída dos participantes.

3.4.Integração/interação social

Os participantes, institucionalizados e não institucionalizados, percebem que estão corretamente integrados na meio social envolvente e que conseguem manter interações sociais que consideram aceitáveis. Não obstante, 11 (73,3) participantes institucionalizados (Alberto, Alice, Carla, Carlos, Filomena, Irene, Laura, Margarida, Mariana, Marta e Matilde) consideram que a institucionalização impossibilitou-os de aceder a serviços que costumavam aceder; principalmente durante o período de restrições relacionadas com a pandemia, uma vez que lhes foi vedada a saída da instituição. Assim, tendo em conta o período de recolha de dados, neste âmbito os resultados podem estar condicionados ao contexto.

Com a pandemia é latente nas narrativas dos participantes a alteração dos métodos de comunicação. A realização de visitas com distância física e a adoção de chamadas telefónicas/videochamadas afigura-se como uma consequência direta da pandemia. No entanto, em alguns casos, o contacto através de chamadas telefónicas/videochamadas parece ter aumentado o contacto entre significativos.

3.5.Solidão e depressão nos contextos institucional e não institucional

Existem evidências da relação preditiva entre a solidão e os sintomas depressivos na velhice (Aylaz et al., 2012; Cacioppo et al., 2006). Os idosos que apresentam percepção de solidão têm maior suscetibilidade de apresentar sintomas depressivos (Perissinotto et al., 2012). Esta ideia é corroborada no presente estudo.

Os resultados do presente estudo referentes à taxa de depressão são superiores aos de Vaz (2009), uma vez que 93,3% dos idosos institucionalizados apresentam solidão enquanto que no estudo deste autor foram 46,7%. Por outro lado, obtiveram-se resultados iguais quando se verifica a existência de maior depressão em idosos com índices elevados de solidão ou maior dependência nas Atividades da Vida Diária (AVD's). Obtiveram-se resultados idêntica aos de Barroso e Tapadinhas (2006) e Frade et al. (2015) quando se verifica maior depressão em idosos solteiros e viúvos quando comparados com idosos casados. Esta aferição poderá ser validada pelos testemunhos dos participantes institucionalizados que parecem sustentar que, para além da pandemia (motivo conjuntural), a viuvez e o luto é o motivo principal para a solidão que revelam sentir.

4. Sugestões para aplicação prática dos resultados obtidos

Os resultados obtidos constituem um conjunto de informações válidas que permitem guiar a ação/intervenção no âmbito da Gerontologia Social no que se refere à promoção de métodos para a diminuição da solidão na pessoa idosa inserida no contexto institucional ou não institucional.

No contexto institucional os resultados apontam para que oito (53,3%) participantes apresentam solidão, 14 (93,3%) apresentam sintomatologia depressiva e três (20,0%) revelam ter dependência ligeira. (Pelo contrário, no grupo de idosos não institucionalizados verifica-se que dois (13,3%) participantes evidenciam ter solidão, 10 (66,7%) sintomatologia depressiva e um (6,7%) revelam ter dependência ligeira. É perceptível a disparidade de resultados existentes entre os dois contextos que, não indicam a necessidade de intervenção exclusiva no meio institucional, mas que, apesar disso, demonstram a necessidade de intervenção nos dois meios.

Tendo em conta que os participantes que percecionam solidão conseguem identificar o(s) motivo(s) deste sentimento, a atuação pode/deve ser dirigida, entre outras

coisas, ao apoio no processo de luto, a maior promoção de uma correta integração aquando da institucionalização, a aplicação de métodos que visem a eliminação do isolamento social e a promoção, sempre que desejável, dos contactos familiares.

Os resultados referentes ao momento do dia em que os idosos institucionalizados com solidão referem ter este sentimento demonstram maior referência à existência sentimentos de solidão durante a noite. Deste modo, é possível identificar um possível contexto que necessita de aplicação prática. O desenvolvimento de medidas para minimizar este sentimento poderá passar por conjugar medidas comprovadas que permitam a diminuição ou eliminação deste sentimento, mas que são ajustadas ao contexto noturno.

Uma vez que o afastamento de elementos do agregado familiar é apontado como uma das principais causas de solidão no contexto institucional, uma das principais medidas a serem tomadas pela ERPI, pode passar por contactar os familiares dos utentes de modo a desenvolverem-se mais contactos por videochamada. Podendo dessa forma manter-se um contacto mais próximo/visual com os familiares, minimizando-se o afastamento de elementos do agregado familiar.

Uma vez que se verifica pouca adesão dos participantes institucionalizados às atividades diárias desenvolvidas na ERPI (5 (33,3%) participantes – Carolina, Catarina, Irene, Margarida e Orquídea), uma das principais medidas a serem aperfeiçoadas, pode passar pelo desenvolvimento de um pequeno estudo interno, de modo a proceder-se ao levantamento de interesses e gostos dos utentes da ERPI (de referir que os participantes do estudo, referem nunca terem sido questionados sobre os gostos e interesses para desenvolvimento de atividades), podendo-se, deste modo, desenvolver atividades que captem mais interesse dos utentes, sendo essa uma importante medida no combate à solidão que os participantes mostram sentir.

5. Limitações e perspectivas futuras

Não obstante da tentativa de eliminar ou minimizar possíveis limitações ao presente estudo, e pautando a investigação pela fiabilidade e validade científica, através de análise crítica é possível identificar situações que podem constituir limitações ao

mesmo, tais como: apesar do processo de obtenção de amostra ter sido realizado através do método de amostragem não probabilística por conveniência, o número de participantes pode ser alvo de debate; e número de participantes do género masculino poderia ser mais igualitário ao número de participante do género feminino, permitindo maior homogeneidade no género dos participantes.

CONCLUSÃO

A solidão na pessoa idosa deve ser um tema de especial interesse no âmbito da Gerontologia Social. A velhice, como uma fase de vida geralmente caracterizada por maior isolamento social e outros fatores que podem provocar sentimentos de solidão, deve ser alvo de intervenção social contínua. Foi a perceção da importância desta problemática que motivou o desenvolvimento da presente investigação, numa necessidade de refletir acerca do modo de ação na relação com as pessoas idosas no sentido de proporcionar um envelhecimento bem-sucedido e bem-estar quer seja no seio familiar, da comunidade, ou mesmo até a nível das respostas sociais (institucionalização).

Tendo em conta o objetivo principal do estudo - *compreender a perceção e vivência da solidão da pessoa idosa nos contextos institucional e não institucional* -, os objetivos secundários e as questões colocadas na presente investigação, conclui-se que: os idosos institucionalizados apresentam mais solidão em comparação com os idosos não institucionalizados; a perceção de solidão é maior pelos idosos institucionalizados do que pelos idosos não institucionalizados; e os idosos institucionalizados apresentam mais sintomatologia depressiva do que os idosos não institucionalizados. Conclui-se também que os idosos institucionalizados apresentam maior índice de dependência comparativamente com os idosos não institucionalizados.

A conclusão de que os idosos institucionalizados apresentam mais solidão e depressão do que aqueles não institucionalizados vai de encontro com a evidência científica atual (e.g. Barroso & Tapadinhas, 2006; Quintero-Echeverri et al., 2018; Prieto-Flores et al., 2011; Kaur & Bajwa, 2017) e constitui mais uma conclusão que deve motivar o planeamento e intervenção que visem promover uma verdadeira alteração do paradigma. A promoção de correta integração institucional e a adoção de uma visão de *ambiente de casa* poderá ter impacto positivo. No entanto, em muitos casos para que isto aconteça, poderão ter de ocorrer mudanças significativas.

Como é do conhecimento geral, muitos são os bons exemplos de integração institucional, mas também muitos são os relatos do comprovam o contrário, tal e qual como aferido no presente estudo. Este facto demonstra a necessidade de centrar a abordagem em cada utente. Abordagens generalizadas podem não ter em conta fatores individuais, os quais tendem a ser os fatores específicos para a existência de solidão (e.g. não haver atividades na instituição que despertem o interesse do utente).

A promoção de uma velhice ativa e uma correta integração institucionalização deve ter por base uma visão holística da pessoa idosa. Desta forma, através de mecanismos de adequados poder-se-á proporcionar inclusão social e atender as necessidades da pessoa idosa.

Em modo de conclusão pode-se aferir que a trajetória que levou ao culminar da presente dissertação, foi bastante positiva e gratificante. Apesar de se poder considerar um tema difícil de trabalhar devido aos relatos com algum teor negativo que se pode obter, não deve ser um tema negligenciado, tendo em conta que a sua aplicação pode permitir a obtenção de conhecimentos e ensinamentos, assim como permitir criar mecanismos para lidar com situações semelhantes que surjam no futuro ou em projetos no âmbito da Gerontologia Social.

Considera-se que o desenvolvimento da presente investigação passou por algumas dificuldades e contrariedades, em especial devido à pandemia da COVID-19. Neste sentido, foi necessário a adoção de um cuidado redobrado em todos os contactos com os participantes do estudo, tendo em conta todas as medidas de proteção e salvaguardado a saúde e o bem-estar das pessoas idosas com que se interveio na investigação. Em especial com os idosos institucionalizados, tendo a investigação ocorrido em um período onde a entrada a instituições era vedada, tendo o investigador principal realizado testes diários à COVID-19 e reforçado a proteção para dessa forma poder intervir junto dos idosos institucionalizados e poder, desse modo, recolher os dados necessários à investigação.

Em forma de retrospeção, considera-se que apesar de todas as dificuldades confrontadas para conclusão do presente projeto, com todo esforço, dedicação e empenho, tanto da parte do investigador principal, como da parte direta e/ou indireta de todos os intervenientes no estudo, conseguiu-se alcançar resultados para a investigação que se propôs desenvolver.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Afonso, C. V. C. (2015). *A integração do idoso na sociedade - o papel das redes sociais* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/12722/1/Cláudia%20Vanessa%20Carreiro%20Afonso.pdf>

Almeida, A. R. J. (2016). *Projeto de empreendedorismo e inovação social "A Carinha"* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21263/1/Projeto.ACARINHA.pdf>

Almeida, L., & Quintão, S. (2012). Depressão e ideação suicida em idosos institucionalizados e não institucionalizados em Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 25(6), 350-358. <https://research.unl.pt/ws/portalfiles/porta/499872/1351-2001-1-PB.pdf>

Almeida, O. P., & Almeida, S. A. (1999). Short versions of the geriatric depression scale: a study of their validity for the diagnosis of a major depressive episode according to ICD-10 and DSM-IV. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 14(10), 858-865. [https://doi.org/10.1002/\(sici\)1099-1166\(199910\)14:10<858::aid-gps35>3.0.co;2-8](https://doi.org/10.1002/(sici)1099-1166(199910)14:10<858::aid-gps35>3.0.co;2-8)

Alves, C. A. F. (2013). *Rede social e solidão em idosos institucionalizados* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Bissaya Barreto]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. <http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29009/1/Rede%20Social%20e%20solidão%20em%20idosos%20institucionalizados.pdf>

Amado, J., Costa, A. P., & Crusoé, N. (2000). A técnica de análise de conteúdo. *Revista Referência*, 5, 53-63.

American Psychological Association. (2022). *Publication manual of the American Psychological Association* (7th. ed.). American Psychological Association.

Apóstolo, J. L. A., Loureiro, L. M. J., Reis, I. A. C., Silva, I. A. L. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 65-73. <https://doi.org/10.12707/RIV14033>

Apóstolo, J. L. A., Bobrowicz-Campos, E. M., dos Reis, I. A. C., Henriques, S. J., & Correia, C. A. V. (2018). Exploring the screening capacity of the European Portuguese version of the 15-item Geriatric Depression Scale. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(2), 99-107.

Araújo, F., Ribeiro, J. L. P., Oliveira, A., & Pinto, C. (2007). Validação do Índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25(2), 59-66. <https://run.unl.pt/bitstream/10362/95522/1/05.pdf>

Aylaz, R., Aktürk, Ü., Erci, B., Öztürk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 55(3), 548-554. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2012.03.006>

Baptista, C. S., & Sousa, M. J. (2011). Como fazer Investigação, Dissertações, Teses e Relatórios (1st. ed.). Pactor.

Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdos* (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trans.; 1st. ed.). Edições 70. (1977)

Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). Orfãos geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento - estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *PsicoLogia.com*, 1-13. <https://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>

- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues Ment Health Nurs*, 27(7), 795-813. <https://doi.org/10.1080/01612840600781196>
- Bento, A. (2012). Investigação quantitativa e qualitativa: Dicotomia ou complementaridade? *Revista JA (Associação Académica da Universidade da Madeira)*, 64(7), 40-43. <http://www3.uma.pt/bento/Repositorio/Investigacaoqualequan.pdf>
- Bernardino, A. R. P. (2013). *Depressão e Ansiedade em Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados - Valorizar o envelhecimento* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. Repositório Digital da Universidade da Beira Interior. <https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/2696/1/Tese%20final.pdf>
- Bernardo, I. S. S. M. (2019). *Determinantes da satisfação e lealdade dos utentes da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas de Outeiro* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/handle/10198/21043>
- Beutel, M. E., Klein, E. M., Brähler, E., Reiner, I., Jünger, C., Michal, M., Wiltink, J., Wild, P. S., Münzel, T., Lackner, K. J., & Tibubos, A. N. (2017). Loneliness in the general population: prevalence, determinants and relations to mental health. *BMC Psychiatry*, 17(1), 97-103. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1262-x>
- Bradshaw, S. A., Playford, E. D., & Riazi, A. (2012). Living well in care homes: a systematic review of qualitative studies. *Age and Ageing*, 41(4), 429-440. <https://doi.org/10.1093/ageing/afs069>
- Brito, S. (2015). *Solidão, esperança e estados emocionais negativos em idosos institucionalizados e não institucionalizados no Concelho de Seia* [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior Miguel Torga]. Repositório Aberto do Instituto Superior Miguel Torga.

<http://repositorio.ismt.pt/bitstream/123456789/554/1/Tese%20Final%2026%20de%20Novembro%20-%20tarde.pdf>

Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2010). *Epidemiologia Básica* (J. A. Cesar, Trans.; 2nd. ed.). Livraria Santos Editora Com. Imp. Ltda. (Basic Epidemiology)

Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21(1), 140-151. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.21.1.140>

Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557-576. <https://doi.org/10.1017/s1041610215001532>

Coyle, C. E., & Dugan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of Aging and Health*, 24(8), 1346-1363. <https://doi.org/10.1177/0898264312460275>

Drago, S., & Martins, R. (2016). A Depressão no Idoso. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 43(17), 79-94. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8180>

Eurostat. (2020). *Ageing Europe. Looking at the lives of older people in the EU*. Publications Office of the European Union. <https://doi.org/10.2785/628105>

Faísca, L. R., Afonso, R. M., Pereira, H., & Patto, M. A. V. (2019). Solidão e sintomatologia depressão na velhice. *Análise psicológica*, 37(2), 209-222. <https://doi.org/10.14417/ap.1549>

- Fandino, W. (2019). Formulating a good research question: Pearls and pitfalls. *Indian Journal Anaesthesia*, 63(8), 611-616. https://doi.org/10.4103/ija.IJA_198_19
- Fernandes, H. J. (2007). *Solidão em Idosos do meio rural do concelho de Bragança* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Científico da Universidade do Porto. <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/2668/1/Solidao%20em%20idosos%20do%20meio%20rural%20do%20concelho%20de%20Braganca.pdf>
- Fortin, M.-F. (2009). Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação (1st. ed.). Lusodidacta.
- Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Referência - Revista de Enfermagem*, 4(4), 41-49. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.12707/RIV14030>
- Freitas, P. C. B. (2011). *SOLIDÃO EM IDOSOS - Percepção em Função da Rede Social* [Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa. <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLIDÃO%20EM%20IDOSOS.pdf>
- Ge, L., Yap, C. W., Ong, R., & Heng, B. H. (2017). Social isolation, loneliness and their relationships with depressive symptoms: A population-based study. *PLoS One*, 12(8), 1-13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182145>
- Gierveld, J. J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8(1), 73-80. <https://doi.org/10.1017/S0959259898008090>
- Gierveld, J. J., & Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: introduction and overview. *The Canadian Journal on Aging/La Revue*

canadienne du vieillissement, 23(2), 109-113.
<https://doi.org/10.1353/cja.2004.0021>

Gierveld, J. J., & Kamphuls, F. (1985). The Development of a Rasch-Type Loneliness Scale. *Applied Psychological Measurement*, 9(3), 289-299.
<https://doi.org/10.1177/014662168500900307>

Gilewski, M. J., Farberow, N. L., Gallagher, D. E., & Thompson, L. W. (1991). Interaction of depression and bereavement on mental health in the elderly. *Psychol Aging*, 6(1), 67-75. <https://doi.org/10.1037//0882-7974.6.1.67>

Gupta, S. (2018). Methods and Materials in a Thesis. In S. C. Parija & V. Kate (Eds.), *Thesis Writing for Master's and Ph.D. Program* (1 ed., pp. 141-151). Springer Singapore.
<https://doi.org/10.1007/978-981-13-0890-1>

Hooyman, N. R., & Kiyak, H. A. (2018). *Social Gerontology: A Multidisciplinary Perspective* (10th. ed.). Pearson.

Jylhä, M., & Saarenheimo, M. (2010). Loneliness and Ageing: Comparative Perspectives. In D. Dannefer & C. Phillipson (Eds.), *The SAGE Handbook of Social Gerontology* (1 ed., pp. 317-328). SAGE Publications Ltd.
<https://doi.org/10.4135/9781446200933.n24>

Kaprio, J., Koskenvuo, M., & Rita, H. (1987). Mortality after bereavement: a prospective study of 95,647 widowed persons. *Am J Public Health*, 77(3), 283-287.
<https://doi.org/10.2105/ajph.77.3.283>

Kaur, J., & Bajwa, A. K. (2017). A Comparative Study to Assess The Prevalence of Depression And Loneliness Among Institutionalized And Non-Institutionalized Elderly In Selected Community in District Amaritsar And Tarntaran (Punjab). *IOSR Journal of Nursing and Health Science*, 6(6), 93-96. <https://doi.org/10.9790/1959-0606019396>

- Keong, A. M. P. A. (2010). *A auto-percepção do envelhecimento em idosas viúvas* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2793/1/ulfp037514_tm.pdf
- Lopes, D. M. S. (2012). *Solidão e Bem-estar Subjetivo na Terceira Idade: estudo comparativo de idosos institucionalizados e não institucionalizados* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/22479/1/Daniela.pdf>
- Lourenço, T. T. (2018). *Sentimentos de Solidão e Depressão em Idosos Institucionalizados* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Castelo Branco]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Castelo Branco. https://repositorio.ipcb.pt/bitstream/10400.11/6470/1/TESE%20FINAL_.pdf
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). FUNCTIONAL EVALUATION: THE BARTHEL INDEX. *Maryland State Medical Journal*, 14(2), 61-65. https://stopstroke.massgeneral.org/pdfs/barthel_reprint.pdf
- Mansfield, L., Victor, C., Meads, C., Daykin, N., Tomlinson, A., Lane, J., Gray, K., & Golding, A. (2021). A Conceptual Review of Loneliness in Adults: Qualitative Evidence Synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 1-19. <https://doi.org/10.3390/ijerph182111522>
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkey, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and Social Psychology Review*, 15(3), 219-266. <https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- Mason, M. (2010). Sample size and saturation in PhD studies using qualitative interviews. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 11(3), 1-19. <https://doi.org/https://doi.org/10.17169/fqs-11.3.1428>

- Melo, L., & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*, 7(1), 107-121.
http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/5256/1/2003_PEC_1.pdf#page=11
1
- Menec, V. H., Newall, N. E., Mackenzie, C. S., Shooshtari, S., & Nowicki, S. (2019). Examining individual and geographic factors associated with social isolation and loneliness using Canadian Longitudinal Study on Aging (CLSA) data. *PLoS One*, 14(2), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211143>
- Montes, P. J. C., & Reichenheim, M. (2005). Uma revisão sobre instrumentos de avaliação do estado funcional do idoso. *Cadernos de saúde pública*, 21(1), 7-19.
<https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000100002>
- Morais, F., Silva, H., Reis, I., Ramalho, J., do Céu Marques, M., & de Fátima Moreira, M. (2021). *Loneliness in the Quality of Non-institutionalized Elderly People* IWOG 2020: Gerontechnology III, Évora.
- National Academies of Sciences, Engineering, & Medicine. (2020). Social Isolation and Loneliness in Older Adults: Opportunities for the Health Care System. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>
- Neto, F. (1989). Avaliação da Solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
https://www.iscet.pt/uploads/obSolidao/avaliacao_solidao_felix_netto.pdf
- Novais, F., Cordeiro, C., Câmara Pestana, P., Côrte-Real, B., Reynolds Sousa, T., Delerue Matos, A., & Telles-Correia, D. (2021). [The Impact of COVID-19 in Older People in Portugal: Results from the Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE)]. *Acta Médica Portuguesa*, 34(11), 761-766. <https://doi.org/10.20344/amp.16209>
(O Impacto da COVID-19 na População Idosa em Portugal: Resultados do Survey of Health, Ageing and Retirement (SHARE).)

- Onrust, S. A., & Cuijpers, P. (2006). Mood and anxiety disorders in widowhood: a systematic review. *Aging Ment Health*, 10(4), 327-334. <https://doi.org/10.1080/13607860600638529>
- Paque, K., Bastiaens, H., Van Bogaert, P., & Dilles, T. (2018). Living in a nursing home: a phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1477-1484. <https://doi.org/10.1111/scs.12599>
- Paúl, C., & Fonseca, A. M. (2005). Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados (C. Paúl & A. M. Fonseca, Eds. 1st. ed.). Climepsi Editores.
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy (1st. ed.). Wiley-Interscience.
- Pereira, L. M. T. (2017). *“Aqui (não) é a minha casa!”: Institucionalização e Identidade* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Científico da Universidade de Coimbra. https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/81405/1/Identidade%20e%20Institucionalizacao%20_%20Dissertacao%20de%20Liliana%20Pereira.pdf?fbclid=IwAR1fMc2yNIF7slwRe8v1DfISZ2RgBFJGw-lefmCgTes1zw0BvhVVxcCTuSM
- Pereira, P. A. F. (2017). *Solidão em idosos no Concelho de Vila Pouca de Aguiar* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Bragança]. Biblioteca Digital do Instituto Politécnico de Bragança. https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/14269/1/Pereira_Paulo.pdf
- Perissinotto, C. M., Stijacic Cenzer, I., & Covinsky, K. E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine*, 172(14), 1078-1083. <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.1993>

Pessoa, F. (1934). Mar Português. In *Mensagem* (1st. ed.). Parceria António Maria Pereira.

Pinto, I. F., Campos, C. J. G., & Siqueira, C. (2018). Investigação qualitativa: perspetiva geral e importância para as ciências da nutrição. *Acta Portuguesa de Nutrição*, 14, 30-34. <https://doi.org/10.21011/apn.2018.1406>

Pocinho, M. (2012). Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico (1st. ed.). Lidel.

Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade e As Novas Modernidades*, 10(18), 65-77. <https://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/view/304>

PORDATA. (2020). *Indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/Portugal/Indicadores+de+envelhecimento-526>

Prieto-Flores, M. E., Forjaz, M. J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., & Martinez-Martin, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health*, 23(1), 177-194. <https://doi.org/10.1177/0898264310382658>

Quadagno, J. S. (2017). Aging and the life course: an introduction to social gerontology (J. Staton, Ed. 7th. ed.). McGraw-Hill Education.

Quintero-Echeverri, Á., Villamil-Gallego, M. M., Henao-Villa, E., & Cardona-Jiménez, J. L. (2018). Diferencias en el sentimiento de soledad entre adultos institucionalizados y no institucionalizados. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 36(2), 49-57. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v36n2a07>

Ribeiro, E. A. (2008). A perspectiva da entrevista na investigação qualitativa. *Evidência*, 4(5), 129-148.

http://www.educadores.diaadia.pr.gov.br/arquivos/File/maio2013/sociologia_artigos/tecnica_coleta_dados.pdf

Richard, A., Rohrmann, S., Vandeleur, C. L., Schmid, M., Barth, J., & Eichholzer, M. (2017). Loneliness is adversely associated with physical and mental health and lifestyle factors: results from a Swiss national survey. *PLoS One*, 12(7), 1-18. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181442>

Rodrigues, R. M. (2018). Solidão, um fator de risco. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(5), 334-338. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073>

Rodrigues, V., Costa, C., Carvalho, A., Vidal, M., Caiado, M., Antunes, C., Almeida, A., & Almeida, C. (2019). Solidão no Idoso Institucionalizado com Dependência Funcional. *Motricidade*, 15(4), 36-40. <https://doi.org/10.6063/motricidade.20137>

Rosa, M. J. V. (2012). *O envelhecimento da sociedade portuguesa* (1st. ed.). Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290-294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11

Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20-40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2

Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R., & Pitkälä, K. (2010). Psychosocial group rehabilitation for lonely older people: favourable processes and mediating factors of the intervention leading to alleviated loneliness. *International Journal of Older People Nursing*, 5(1), 16-24. <https://doi.org/10.1111/j.1748-3743.2009.00191.x>

Sequeira, C. A. C. (2007). Cuidar de idosos dependentes: diagnósticos e intervenções (1st. ed.). Quarteto.

Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health*, 5(1-2), 165–173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09

Shiovitz-Ezra, S., & Ayalon, L. (2010). Situational versus chronic loneliness as risk factors for all-cause mortality. *International Psychogeriatrics*, 22(3), 455-462. <https://doi.org/10.1017/s1041610209991426>

Sinoff, G., & Ore, L. (1997). The Barthel activities of daily living index: self-reporting versus actual performance in the old-old (> or = 75 years). *Journal of the American Geriatrics Society*, 45(7), 832-836. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1997.tb01510.x>

Sulter, G., Steen, C., & De Keyser, J. (1999). Use of the Barthel index and modified Rankin scale in acute stroke trials. *Stroke*, 30(8), 1538-1541. <https://doi.org/10.1161/01.str.30.8.1538>

Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *Bmj*, 376, 1-17. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>

Teixeira, L. (2010). *Depressão e qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção* [Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. Lisboa. https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2608/1/ulfp037460_tm_tese.pdf

Teodósio, A. I. (2013). *Luto na Terceira Idade após Viuvez* [Dissertação de Mestrado, Universidade da Beira Interior]. uBibliorum Repositório Digital da UBI.

https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/1648/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_20131016.pdf

Townsend, P. (1968). Isolation, desolation and loneliness. In E. Shanas, P. Townsend, D. Wedderburn, H. K. Friis, P. Milhoj, & J. Stehouwer (Eds.), *Old People in Three Industrial Societies* (1st. ed., pp. 258–287). Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315125480>

Trybusińska, D., & Saracen, A. (2019). Loneliness in the Context of Quality of Life of Nursing Home Residents. *Open medicine (Warsaw, Poland)*, 14, 354-361.
<https://doi.org/10.1515/med-2019-0035>

Vaz, S. F. A. (2009). *A Depressão no Idoso Institucionalizado, estudo em Idosos Residentes nos Lares do distrito de Bragança* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23338/2/29837.pdf>

Vedder, A., Boerner, K., Stokes, J. E., Schut, H. A. W., Boelen, P. A., & Stroebe, M. S. (2022). A systematic review of loneliness in bereavement: Current research and future directions. *Current Opinion in Psychology*, 43, 48-64.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.003>

Veríssimo, M. T. (1988). Avaliação diagnóstica dos síndromes demenciais: Escala de Depressão Geriátrica. *Porto: Universidade do Porto*.

Victor, C., Scambler, S., & Bond, J. (2008). The social world of older people: understanding loneliness and social isolation in later life (1st. ed.). McGraw-Hill Education (UK).

Vindegaard, N., & Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531-542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>

- World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*.
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- Yang, K., & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing and Society*, 31(8), 1368-1388. <https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
[https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)
- Yu, B., Steptoe, A., Niu, K., Ku, P. W., & Chen, L. J. (2018). Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults. *Quality of Life Research*, 27(3), 683-691. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1752-9>
- Zamir, S., Hennessy, C. H., Taylor, A. H., & Jones, R. B. (2018). Video-calls to reduce loneliness and social isolation within care environments for older people: an implementation study using collaborative action research. *BMC Geriatrics*, 18(1), 62. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0746-y>

ANEXOS

Anexo I - Parecer da Comissão de Ética do Politécnico de Coimbra



COMISSÃO DE ÉTICA
PARECER N.º 89 CEIPC/2021

PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DO POLITÉCNICO DE COIMBRA Nº 89_CEIPC/2021

Apreciação da proposta de projeto: “Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional”

A – RELATÓRIO

Este projeto está a ser desenvolvido por Gabriel José Moutinho Gonçalves, estudante do Curso de Mestrado em Gerontologia Social, da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra, sob orientação da Professora Doutora Filipa Daniela Correia Marques.

A.1. DOCUMENTOS PARA APRECIÇÃO:

1. Mod. CEIPC_PARE (datado e assinado pelo investigador)
2. Mod. CEIPC_DCPDI (datado e assinado pelo investigador)
3. Mod. CEIPC_DCH (datado e assinado pelo investigador)
4. Mod. CEIPC_CILE (datado e assinado pelo investigador)
5. Mod. CEIPC_TR_O (datado e assinado pela orientadora)
6. Mod. CEIPC_CHLAVET (preenchido e assinado)
7. Cronograma (assinado pelo investigador)
8. Pedido de colaboração à instituição para realização do estudo
9. CV do investigador

A.2. RESUMO DO PROJETO

Não sendo consensual a atribuição de uma definição ao conceito de solidão, o proponente, com base na literatura, refere que *“a solidão pode ser definida como a percepção de isolamento social ou sentimento subjetivo de ser solitário (National Academies of Sciences, Engineering, & Medicine, 2020); como uma experiência desagradável ou sentimentos associados a uma deficiência nos relacionamentos íntimos (Cohen-Mansfield et al., 2016); ou como uma discrepância percebida entre as relações sociais desejadas e as reais (Shiovitz-Ezra & Leitsch, 2010).”* Nas várias definições é comum o fato da solidão decorrer de *“uma alteração da existência de corretas relações sociais, referindo-se a sentimentos negativos ou desagradáveis, decorrentes de deficiências - quantitativas ou qualitativas - nas relações sociais (Peplau & Perlman, 1982). Ainda assim, estudos indicam que é possível apresentar sentimentos de solidão mesmo que na presença de outras pessoas e que estar sozinho não implica necessariamente sentimentos de solidão (Gierfeld, 1998; Townsend, 1968; Victor et al., 2009).”*

O proponente também revela que, a solidão, *“enquanto indicador de baixa conexão social (National Academies of Sciences, Engineering, & Medicine, 2020), difere entre indivíduos e entre os diferentes contextos sociais, o que significa uma possível diferença no sentimento de solidão entre a pessoa idosa em contexto não institucional e em contexto institucional”.*



COMISSÃO DE ÉTICA
PARECER N.º 89 CEIPC/2021

Sustentado na literatura, o investigador, refere que os idosos institucionalizados, comparativamente aos não institucionalizados, apresentam maior índice de isolamento social e solidão (Bernardino, 2013; Brito, 2015; Heidari, Borujeni & Naseh, 2016; Kaur & Bajwa, 2017; Prieto-Flores, et al., 2011; QuinteroEcheverri, Villamil-Gallego, Henao-Villa, & Cardona-Jiménez, 2018; Vaz, 2010). Além disso, alega que *“a solidão tem sido destacada como sendo um dos principais fatores de risco para sintomatologias depressivas (e.g.: Cacioppo et al., 2010), tendo sido obtidas evidências da relação preditiva entre a solidão e os sintomas depressivos na velhice (Aylaz et al., 2012; Cacioppo et al., 2006). Esta problemática (relação solidão-depressão) é defendida pela literatura como um importante problema de saúde pública, que é mais comum em idosos institucionalizados do que em idosos não institucionalizados (Lourenço, 2018).*

Assim, com o aumento da institucionalização e com a assunção de que idosos institucionalizados podem apresentar maior índice de isolamento social e solidão, torna-se essencial o estudo desta temática e o desenvolvimento de evidência científica que sustente práticas no âmbito da Gerontologia Social que fomentem o superior interesse do idoso.

A.2.1. OBJETIVOS

Objetivo geral: Compreender a percepção e vivência da solidão da pessoa idosa em contexto institucional e em contexto não institucional.

Objetivos específicos:

1. Caracterizar as pessoas idosas não institucionalizadas e institucionalizadas relativamente à percepção da solidão;
2. Avaliar o nível de solidão através de instrumentos específicos estandardizados e validados para a população portuguesa;
3. Compreender a percepção e vivência da solidão em pessoas idosas não institucionalizadas e institucionalizadas;
4. Comparar as pessoas idosas com sentimentos de solidão nos diferentes contextos: não institucional e institucional;
5. Compreender a percepção de sentimentos depressivos em idosos com simultâneo sentimento de solidão ou ausência deste;
6. Compreender a percepção de sentimentos depressivos em idosos não institucionalizados e institucionalizados.

A.3. METODOLOGIA

Tipo de Estudo: Estudo exploratório de carácter qualitativo, com recurso à análise de conteúdo.

Locais onde Decorre a Investigação: Numa instituição residencial para idosos de Vila Nova de Foz Côa, e no meio comunitário, uma vez que o enfoque do estudo é perceber a percepção e vivência da solidão em idosos institucionalizados e idosos não institucionalizados.



COMISSÃO DE ÉTICA
PARECER N.º 89 CEIPC/2021

Participantes / Amostra: O estudo recairá sobre uma amostra de 30 idosos ($n = 30$) da cidade de Vila Nova de Foz Côa. E trata-se de uma amostra por conveniência.

CrITÉRIOS de Inclusão/ Exclusão: Serão incluídos os idosos: Com idade igual ou superior a 65 anos; Não institucionalizados e Idosos institucionalizados; Residentes na cidade de Vila Nova de Foz Côa; Com capacidade de verbalização e compreensão de todos os conteúdos importantes para a investigação em causa.

Serão excluídos os idosos: Com incapacidade para participação no estudo; Que estejam assinalados com patologias como demência; Que apresentem dificuldade em compreender e/ou verbalizar os conteúdos relevantes para a investigação.

Instrumento(s) de Colheita de Dados:

- a. Um questionário Sociodemográfico;
- b. Entrevista Semi-estruturada;
- c. Escala de Solidão UCLA (versão original de Russel, 1988 e tradução Portuguesa de Neto, 1989);
- d. Escala de Depressão Geriátrica - Geriatric Depression Scale (GDS) desenvolvida por Sheikh e Yesavage em 1986, validada para português por Almeida e Almeida em 1999 (Será utilizada a versão reduzida de 15 itens, em vez da versão alargada de 30 itens);
- e. Escala de Barthel, tratando-se de um instrumento que avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária: comer, higiene pessoal, uso do wc, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfínteres, caminhar, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965).

Procedimentos:

- 1º Contacto com o provedor da Estrutura Residencial para Idosos (Lar Nossa Senhora da Veiga) de Vila Nova de Foz Côa e recolha da autorização junto da Direção da instituição.
- 2º Identificação dos participantes que cumpram os critérios de inclusão enunciados para este estudo.
- 3º Atendendo aos critérios de inclusão, seleção da amostra de idosos não institucionalizados, com base na técnica de amostragem por conveniência partindo da rede de contactos e conhecimentos do investigador.
- 4º Agendamento com os participantes de hora e local a definir pelos mesmos, comunicando a pertinência e objetivos do estudo e solicitação da sua participação, não comprometendo/ invadindo a sua privacidade.
- 5º Recolha do consentimento informado, livre, esclarecido e voluntário a cada participante. Neste documento estão expressos os objetivos do estudo, a sua natureza voluntária, e a informação de gravação em formato áudio de alguns materiais importantes como por exemplo as entrevistas, os questionários sociodemográficos, e as escalas de avaliação (UCLA, GDS e Barthel).
- 6º Aplicação dos instrumentos de recolha de dados aos idosos institucionalizados em horário mais conveniente à pessoa idosa e à instituição onde reside, assim como em local e hora a definir pelos possíveis participantes não



COMISSÃO DE ÉTICA
PARECER N.º 89 CEIPC/2021

institucionalizados, não comprometendo/invadindo a sua privacidade. A aplicação de todos os instrumentos deste estudo será realizada tendo em conta todas as medidas de proteção e segurança relativas à COVID-19.

7º Transcrição das entrevistas para formato Microsoft Word® versão 2016 e criação de base de dados no Microsoft Excel® para registo de todos os dados obtidos na investigação. Todos os dados obtidos serão sujeitos a análise de conteúdo realizada por dois juizes independentes (investigador autor e investigadora orientadora) formulando, desse modo, as principais conclusões com a discussão dos dados obtidos.

B – IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES COM EVENTUAIS IMPLICAÇÕES ÉTICAS

B.1. Este estudo e os métodos utilizados são seguros, não revelando qualquer risco ou experiência dolorosa para os participantes envolvidos.

B.2. A calendarização do projeto apresenta-se devidamente planeada e o proponente garante que a recolha de dados apenas tem início após pronúncia da CEIPC.

B.3. O Consentimento Informado Livre e Esclarecido (CILE) apresenta-se escrito de forma clara e objetiva, garantindo os princípios da voluntariedade, da autonomia e do consentimento informado, livre e esclarecido.

B.4. A participação dos sujeitos é voluntária e não acarreta custos nem implica qualquer contrapartida financeira, ou de outra natureza. Podendo, os participantes, livremente e a qualquer momento recusarem ou interromperem a participação no estudo sem que, por isso, sejam penalizados de alguma forma.

B.5. O requerente assegura que todos os dados recolhidos se destinarão exclusivamente à realização deste estudo, não existindo quaisquer interesses financeiros a motivá-lo.

B.6. É garantida a proteção, anonimato e sigilo dos intervenientes por meio da codificação dos dados recolhidos.

B.7. Os dados recolhidos serão guardados numa base de dados protegida por palavra passe.

B.8. O requerente não solicitou pedido/ parecer a outra Comissão de Ética nem existem conflitos de interesse declarados.

B.9. Este estudo não é financiado por qualquer bolsa ou fundo de investigação.

C – CONCLUSÕES

Estando salvaguardados os pressupostos éticos relacionados com a investigação, de acordo com o disposto no n.º 2 do art.º 7º do Regulamento da Comissão de Ética do IPC, nada tenho a opor quanto ao desenvolvimento do referido projeto.

DECISÃO: DEFERIDO, por UNANIMIDADE, em reunião do dia 26 de maio de 2021

O/A Relator/a: Sílvia Maria Rodrigues da Cruz Parreira

Assinado por: **SÍLVIA MARIA RODRIGUES DA CRUZ PARREIRAL**
Num. de Identificação: B108579233
Data: 2021.05.26 18:21:06+01'00'



O/A Presidente da CEIPC:

Assinado por: **SÓNIA MARIA DE BRITO COSTA**
Num. de Identificação: B110336629
Data: 2021.06.02 10:51:37+01'00'



Anexo II - Índice de Barthel



Escola Superior de Educação
Politécnico de Coimbra

Mestrado em Gerontologia Social

Índice de Barthel

Número de identificação do participante: _____.

ATIVIDADE	PONTUAÇÃO
ALIMENTAÇÃO 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda para cortar, passar manteiga, etc, ou dieta modificada 10 = independente	
BANHO 0 = dependente 5 = independente (ou no chuveiro)	
ATIVIDADES ROTINEIRAS 0 = precisa de ajuda com a higiene pessoal 5 = independente rosto/cabelo/dentes/barbear	
VESTIR-SE 0 = dependente 5 = precisa de ajuda mas consegue fazer uma parte sozinho 10 = independente (incluindo botões, zippers, laços, etc.)	
INTESTINO 0 = incontinente (necessidade de enemas) 5 = acidente ocasional 10 = continente	
SISTEMA URINÁRIO 0 = incontinente, ou cateterizado e incapaz de manejo 5 = acidente ocasional 10 = continente	
USO DO TOILET 0 = dependente 5 = precisa de alguma ajuda parcial 10 = independente (pentear-se, limpar-se)	
TRANSFERÊNCIA (DA CAMA PARA A CADEIRA E VICE VERSA) 0 = incapacitado, sem equilíbrio para ficar sentado 5 = muita ajuda (uma ou duas pessoas, física), pode sentar 10 = pouca ajuda (verbal ou física) 15 = independente	
MOBILIDADE (EM SUPERFÍCIES PLANAS) 0 = imóvel ou < 50 metros 5 = cadeira de rodas independente, incluindo esquinas, > 50 metros 10 = caminha com a ajuda de uma pessoa (verbal ou física) > 50 metros 15 = independente (mas pode precisar de alguma ajuda; como exemplo, bengala) > 50 metros	
ESCADAS 0 = incapacitado 5 = precisa de ajuda (verbal, física, ou ser carregado) 10 = independente	

Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Gabriel José Moutinho Gonçalves

Anexo III - Escala GDS-15



Escola Superior de Educação
Politécnico de Coimbra
Mestrado em Gerontologia Social

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)

Número de identificação do participante: _____.

Perguntas			
*1 De uma forma geral, está satisfeito (a) com a sua vida?	(Não)	Sim ()	Não ()
2 Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	(sim)	Sim ()	Não ()
3 Sente que sua vida está vazia?	(Sim)	Sim ()	Não ()
4 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	(Sim)	Sim ()	Não ()
*5 Está bem-disposto a maior parte do tempo?	(Não)	Sim ()	Não ()
6 Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	(Sim)	Sim ()	Não ()
*7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	(Não)	Sim ()	Não ()
8 Sente-se desamparado(a)?	(Sim)	Sim ()	Não ()
9 Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?	(Sim)	Sim ()	Não ()
10 Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	(Não)	Sim ()	Não ()
*11 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	(Não)	Sim ()	Não ()
12 Sente-se inútil nas condições atuais?	(Sim)	Sim ()	Não ()
*13 Sente-se cheio de energia?	(Não)	Sim ()	Não ()
14 Sente que a sua situação é desesperada?	(Sim)	Sim ()	Não ()
15 Acha que a maioria das pessoas está melhor que o (a) Senhor (a)?	(Sim)	Sim ()	Não ()
Total:			

Solidão na pessoa idosa: percepções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Gabriel José Moutinho Gonçalves

Anexo IV - Escala de Solidão UCLA-16



Escola Superior de Educação
Politécnico de Coimbra

Mestrado em Gerontologia Social

Escala de Solidão UCLA-16

Número de identificação do participante: _____.

	Frequentemente	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

Solidão na pessoa idosa: percepções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Gabriel José Moutinho Gonçalves

APÊNDICES

Apêndice I - Pedido de colaboração/participação



Pedido de colaboração/participação

Exmos. (as.) Senhores (as),

Assunto: pedido de autorização para colaboração/participação em estudo científico no âmbito de dissertação de Mestrado em Gerontologia Social.

O meu nome é Gabriel José Moutinho Gonçalves, sou estudante do segundo ano do Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra (IPC). No âmbito do plano de estudos deste curso académico encontro-me, presentemente, a desenvolver a minha dissertação de Mestrado subordinada ao tema “Solidão na Pessoa Idosa: percepções e vivências nos contextos institucional e não institucional”. Sendo o objetivo principal compreender a percepção e vivência da solidão da pessoa idosa em contexto institucional e em contexto não institucional e estando sob orientação da professora doutora Filipa Marques (PhD).

Deste modo, com o objetivo de constituição da amostra do estudo e de obtenção de dados, venho por este meio solicitar a vossas excelências consentimento para a realização de entrevistas e aplicação de escalas de avaliação (Escala de Solidão - UCLA -, Escala de Depressão Geriátrica – GDS e Escala de Barthel) a alguns dos utentes da vossa estrutura residencial para idosos.

A participação, por parte de cada utente, nesta investigação é livre e voluntária e os dados obtidos serão guardados e tratados no rigoroso cumprimento dos preceitos do Código de Ética e de Conduta do IPC, da Declaração de Helsínquia e do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção de dados.

Todos os participantes assinarão um “Consentimento Informado Livre e esclarecido”, antes da entrevista e da aplicação das escalas de avaliação, para confirmar a sua concordância em participar neste estudo, sem prejuízo de a qualquer momento poderem retirar o seu consentimento.

Para concluir, enalteço a importância da colaboração/participação neste estudo para se puderem obter resultados atuais no âmbito desta temática, de forma a alcançar conclusões válidas que permitam a obtenção de evidência científica que sustente o desenvolvimento da Gerontologia Social.

Sem outro assunto de momento, aguardo resposta a este pedido e acrescento que estarei disponível para o esclarecimento de quaisquer eventuais dúvidas:

Desde já agradeço a consideração.

Com os melhores cumprimentos,

Gabriel José Moutinho Gonçalves, Vila Nova de Foz Côa, 16/03/2021
(gabrieljmg_1996@hotmail.com)

Autorização deferida, mediante (rasurar o indesejado).
[Assinatura], 16/03/2021

Apêndice II - Consentimento Informado, Livre e Esclarecido



COMISSÃO DE ÉTICA
 CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
 Mod. CEIPC_CILE

APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO PARA OBTENÇÃO DO CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar o documento de Consentimento informado livre e esclarecido.

Título do Estudo:

Solidão na Pessoa idosa: percepções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Este projeto está a ser desenvolvido pelo Mestrando Gabriel Gonçalves, orientado pela professora Doutora Filipa Marques do Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra.

O objetivo basilar deste estudo é compreender a percepção e vivência da solidão da pessoa idosa nos contextos institucional e não institucional.

O procedimento de recolha de dados será realizado em vários momentos em data e hora que seja conveniente aos participantes, de modo a conseguir proceder à aplicação dos questionários sociodemográficos, entrevistas e escalas de avaliação de solidão (UCLA), de depressão Geriátrica (GDS) e Índice de Barthel a todos os participantes do estudo. Todos os dados serão gravados em formato áudio, de modo a facilitar o processamento e análise de dados.

A confidencialidade e anonimato dos dados serão garantidos. A identificação far-se-á por um código, não existindo em nenhum material de referência a dados de identificação.

Após análise de toda a informação recolhida, os dados serão guardados numa base de dados protegida por palavra-passe. Os dados recolhidos são para uso exclusivo do presente estudo, não existindo quaisquer interesses financeiros a motivar o estudo.

A sua participação é voluntária, não existindo nenhuma contrapartida financeira ou de outra natureza. Em qualquer momento, poderá livremente recusar ou interromper a participação no estudo, sem qualquer tipo de penalização por este facto.

Este estudo não é financiado por qualquer bolsa ou fundo de investigação.



COMISSÃO DE ÉTICA
CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

Mod. CEIPC_CILE

Como principal autor deste Projeto, manifesto os nossos agradecimentos pela sua participação, bem como a minha disponibilidade para quaisquer esclarecimentos adicionais.

Investigador: Gabriel Gonçalves/Educador Social/Estudante da ESEC do IPC/917612613/
gabrieljmg_1996@hotmail.com

Assinatura do Investigador: _____

Data: ____/____/____



COMISSÃO DE ÉTICA
CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
 Mod. CEIPC_CILE

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

De acordo com a Lei 58/2019 de 28 de agosto, a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Título do Estudo:

Solidão na pessoa idosa: percepções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Na qualidade de participante no estudo acima referido, declaro que compreendi todos os objetivos da minha participação no mesmo, pelas informações verbais e escritas que me foram fornecidas pela equipa de investigação. Foi garantida a confidencialidade e anonimização dos dados, e a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas. Desta forma, aceito de livre vontade a participação neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fim da investigação, aceitando também a divulgação dos resultados obtidos no meio científico, garantindo o anonimato, assim como a gravação em formato áudio das entrevistas e dos restantes materiais necessários à investigação científica.

Nome Completo: _____

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

Se não for o próprio a assinar por idade /incapacidade

Nome: _____

BI/CC Nº: _____ Data ou Validade ____ / ____ / ____

Grau de parentesco ou tipo de representação: _____

Assinatura _____

Apêndice III - Questionário Sociodemográfico



Escola Superior de Educação
Politécnico de Coimbra

Mestrado em Gerontologia Social

Questionário Sociodemográfico e Entrevista

Número de identificação do participante:_____.

“Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional”, é um estudo desenvolvido no âmbito do Mestrado em Gerontologia Social da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra (IPC). Este estudo tem como objetivo principal compreender a perceção e vivência da solidão da pessoa idosa em contexto institucional e em contexto não institucional; e está a ser desenvolvido sob orientação da Professora Doutora Filipa Marques.

O presente estudo cumpre os preceitos do Código de Ética e de Conduta do IPC, da Declaração de Helsínquia, da Convenção de Oviedo e do Regulamento (UE) 2016/679 do Parlamento Europeu e do Conselho de 27 de abril de 2016 relativo à proteção de dados. Deste modo, os dados obtidos serão apenas utilizados para fins académico-científicos.

A sua participação é voluntária e respeita o seu Consentimento Informado, Livre e Esclarecido. Não obstante, sem prejuízo, pode a qualquer momento retirar o seu consentimento para obtenção e tratamento de dados por si cedidos.

A sua participação neste estudo reveste-se de extrema importância, uma vez que contribui para o desenvolvimento do conhecimento no âmbito da Gerontologia Social. Assim, pede-se que seja sincero(a) nas respostas por si dadas.

Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Gabriel José Moutinho Gonçalves



Escola Superior de Educação
Polytechnic of Coimbra
Mestrado em Gerontologia Social

Questionário sociodemográfico

Grupo I - Dados de Identificação

1. Género:

Feminino ☐

Masculino ☐

Outro ☐

2. Idade: _____.

3. Estado civil:

Casado(a) ☐

Divorciado(a) ☐

Separado(a) ☐

Solteiro(a) ☐

União de facto ☐

Viúvo(a) ☐

4. Número de filhos: _____.

5. Constituição do agregado familiar:

Sozinho(a) ☐

Cônjuge ☐

Cônjuge e filhos ☐

Filhos ☐

Outros familiares ou cuidadores ☐

Instituição ☐

Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Gabriel José Moutinho Gonçalves



Escola Superior de Educação
Politécnico de Coimbra

Mestrado em Gerontologia Social

6. Meio de residência:

Meio rural ☐

Meio urbano ☐

7. Habilitações literárias:

Sem escolaridade ☐

1.º ciclo (4.º ano) ☐

2.º ciclo (6.º ano) ☐

3.º ciclo (9.º ano) ☐

Ensino Secundário ☐

Curso Técnico-Profissional ☐

Ensino Universitário ☐

8. Profissão/trabalho que exerceu? _____.

9. Religião:

Adventista ☐

Ateu/ateia ☐

Católico(a) ☐

Judeu/judia ☐

Muçulmano(a) ☐

Ortodoxo(a) ☐

Protestante ☐

Outra ☐

Qual? _____.

Grupo II - Situação socioeconómica

10. Principal fonte de rendimento pessoal:

Pensão de invalidez ☐

Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Gabriel José Moutinho Gonçalves



Escola Superior de Educação
Politécnico de Coimbra

Mestrado em Gerontologia Social

Reforma - pensão social de velhice ☐

Pensão de sobrevivência ☐

Rendimentos próprios (propriedades, negócios, etc.) ☐

Outro ☐ Qual? _____

Sem rendimentos ☐

11. Situação habitacional:

Habitação própria ☐

Habitação arrendada ☐

Habitação de familiares ☐

Estrutura Residencial para Pessoas Idosas ☐

Grupo III - Saúde

12. Perceção sobre a sua saúde:

Muito má ☐

Má ☐

Regular ☐

Boa ☐

Muito boa ☐

13. Patologias:

Sim ☐

Não ☐

Se sim, qual ou quais? _____

Grupo IV - Estilo de vida

14. Autoperceção da qualidade da relação familiar:

Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Gabriel José Moutinho Gonçalves



Muito má ☐
Má ☐
Regular ☐
Boa ☐
Muito boa ☐

Escola Superior de Educação
Politécnico de Coimbra

Mestrado em Gerontologia Social

Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Gabriel José Moutinho Gonçalves

Entrevista

Procedimentos:

- ✓ Agradecer a disponibilidade para participação no estudo;
- ✓ Explicar quais os objetivos do estudo;
- ✓ Pedir autorização para a gravação de áudio;
- ✓ Garantir a confidencialidade e anonimato;
- ✓ Elucidar que não existem respostas certas nem respostas erradas;
- ✓ Pedir respostas livres, sinceras e sem receios.

1. Trajetória de vida e velhice

- 1.1. Fale-me um pouco sobre si e sobre a sua história/trajetória de vida;
- 1.2. Qual foi o acontecimento mais marcante da sua vida? (positivo ou negativo);
- 1.3. Fale-me sobre os seus hábitos e rotinas diárias, gostos, tarefas, etc.;
- 1.4. Atualmente há alguma(s) atividade(s) ou tarefa(s) que realizou no passado que gostasse de voltar a fazer? Se sim, qual(ais) e porquê?
- 1.5. Como se sente nesta fase da sua vida?
- 1.6. Esta fase da sua vida está a ser vivida de acordo com o que desejou e idealizou?
- 1.7. Mudaria algo na forma como está a ser vivida esta fase da sua vida? Se sim, o quê?
- 1.8. Atualmente, o que a faz ou o que gostaria de fazer para sentir-se (ainda mais realizado(a)) verdadeiramente feliz?
- 1.9. Considera que viver numa instituição pode influenciar de algum modo a forma como a pessoa vive a velhice? Como?
- 1.10. Quais são as suas perspetivas de futuro?

2. Quotidiano, rotina e participação social

Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Gabriel José Moutinho Gonçalves

- 2.1. No meio onde reside é fácil, para si, aceder a serviços de que pretende usufruir? Como se concretiza?;
- 2.2. Tem alguém que o(a) ajude/apoie nos seus compromissos? Se é apoio formal explicita;
- 2.3. Considera que a institucionalização da pessoa idosa facilita ou dificulta o acesso a serviços de que normalmente pretende usufruir? Porquê?.

3. Relações interpessoais e participação social

- 3.1. Fale-me das suas relações mais próximas;
- 3.2. Habitualmente como se relaciona com essas pessoas (por telefone, carta, internet, etc.)?;
- 3.3. Que lugar ou posição sente que ocupa junto da sua família ou dos seus ente queridos?;
- 3.4. Perante um conflito vivido: sente que tem alguém com quem pode contar? Se sim, quem? Se não, porquê e o que sente sobre isso?;
- 3.5. Relativamente ao apoio instrumental necessário (AVD e AIVD): conta atualmente com algum tipo de apoio?;
- 3.6. Ainda sobre o apoio instrumental: sente que tem alguém com quem pode contar mesmo perante uma situação de urgência ou emergência? Se sim, quem?;
- 3.7. Considera que viver numa instituição, pode influenciar de algum modo a forma como vive as suas relações?

4. Perceção da solidão

- 4.1. Sobre a solidão. Sente ou já sentiu solidão? (pedir que descreva em que momento, o que sente ou sentia);
- 4.2. Qual considera que seja o motivo pelo qual sente solidão? (o que a levou a sentir);
- 4.3. Sente-se só no mundo ou desamparado, sem saber a quem recorrer caso necessite?;
- 4.4. Em que momento(s) do dia e da sua vida este sentimento surge/surgiu? Porquê?;
- 4.5. Que pensamentos surgem associadas a esse sentimento?;

Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Gabriel José Moutinho Gonçalves

- 4.6. Que emoções surgem associadas a este sentimento?;
- 4.7. Tentou ou fez algo para mudar esse sentimento? Se sim, o quê?;
- 4.8. Gostaria de fazer alguma mudança na sua vida para mudar esse sentimento?
Se sim, o quê?;
- 4.9. Considera que a pandemia da COVID-19 agravou, desencadeou ou fez
ressurgir esses sentimentos de solidão? Se sim, porquê?

5. Vivência institucional (só para as pessoas idosas que vivem em contexto institucional)

- 5.1. Sente que as relações significativas mudaram desde que frequenta a
instituição?;
- 5.2. Qual o maior desafio de viver no contexto institucional?;
- 5.3. Fale-me sobre o melhor e o pior de viver no contexto institucional;
- 5.4. Há algo de que sente falta? De quê e porquê?;
- 5.5. Sente que, se precisar, tem alguém com quem contar no contexto
institucional?

6. Valores e filosofia de vida

- 6.1. De que forma vive os desafios, conquistas e vicissitudes ou contrariedades
da vida?;
- 6.2. O que faz para o ajudar a viver desafios com que se vai deparando ao longo
da vida?;
- 6.3. Há algo que gostaria de fazer que ainda não tenha sido feito? Se sim, o quê?;
- 6.4. De que forma encara o futuro?;

- 7. Gostaria de acrescentar algo que não tinha sido abordado nesta entrevista?

Grato pelo seu depoimento que contribuirá significativamente para a obtenção de conhecimento no âmbito da Gerontologia Social através do presente estudo.

Baseada em:

Alves (2013); Fernandes (2007); Lopes (2012); Pereira (2017).

Solidão na pessoa idosa: perceções e vivências nos contextos institucional e não institucional

Gabriel José Moutinho Gonçalves