

# esec

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO

---



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE COIMBRA

Departamento de Comunicação e Ciências Empresariais da Escola Superior de  
Educação de Coimbra

Mestrado em Comunicação Organizacional – Cidadania, Confiança e  
Responsabilidade Social

Satisfação com a vida, autoestima e solidão no idoso.

Um estudo em Vila Nova de Santo André (Ser e EnvelheSer)

Nome completo: Mónica Alexandra José Fragoso

Coimbra, 2020



**esec**

ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO



INSTITUTO POLITÉCNICO  
DE COIMBRA

Mónica Alexandra José Fragoso

**Satisfação com a vida, autoestima e solidão no idoso.**

**Um estudo em Vila Nova de Santo André (Ser e EnvelheSer)**

Dissertação de Mestrado em Comunicação Organizacional – Cidadania, Confiança e Responsabilidade Social, apresentada ao Departamento de Comunicação e Ciências Empresariais da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção de grau de Mestre

Constituição do júri

Presidente: Prof. Doutora Carla Patrão

Arguente: Prof. Doutora Silvia Parreiral

Orientador: Prof. Doutor José Pedro Silva

Trabalho realizado sob a orientação do Professor Doutor José Pedro Silva e a co-orientação da Professora Doutora Sofia Silva

Outubro 2020



## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor José Pedro Silva, pela sua orientação, disponibilidade, dedicação, partilha do seu saber, voto de confiança, mesmo passado todo este tempo, e por acreditar na viabilidade deste estudo / projeto. Uma pessoa singular que levarei como referência, a par de uma gratidão imensa e um enorme privilégio.

À Professora Doutora Sofia Silva, por ter aceite o desafio de ser minha co-orientadora, cuja participação teve um papel de bastante relevância na realização deste projeto.

Aos meus pais e irmão, que apesar do seu silêncio e da não cobrança, sempre apoiaram e acreditaram em mim e neste sonho...

Ao marido e filha, pelos momentos em que estive ausente (mesmo quando presente).

Às minhas Amigas (Ana Martins, Brigitte Pinto, Lidía Campos, Natália Ferraz , Sandra Gonçalves) pelo estímulo constante, pelo apoio incondicional, pela interajuda, pelas duras críticas, quando foram necessárias, enfim..., por tudo!

À Diretora do Centro de Dia “O moinho”, Dra M<sup>a</sup> Julieta Rocha, e ao Sr. Padre Abílio, pelo interesse e colaboração para a recolha da amostra...

Aos idosos, todos sem exceção, pela disponibilidade no preenchimento dos vários instrumentos de estudo e, sobretudo, pela sua partilha de vida, pela confiança demonstrada em abrir sua intimidade e assim poder enriquecer esta dissertação...

## **Dedicatória**

À minha avó Mariana,  
mais do que inspiração, um exemplo de vida.

### **Satisfação com a vida, Autoestima e Solidão no idoso: Um estudo em Vila Nova de Santo André (Ser e EnvelheSer)**

Resumo: O crescente envelhecimento da população veio, nas últimas décadas, fazer emergir a necessidade de investigações científicas que permitam contribuir para o aumento da qualidade de vida do idoso.

Neste estudo analisamos a percepção de satisfação com a vida, a autoestima e a solidão em idosos institucionalizados e não institucionalizados. Para a recolha de dados foram aplicados questionário sociodemográfico, as escalas de satisfação com a vida (SWLS), da autoestima (RSES) e da solidão (UCLA). Participaram no estudo 92 idosos (institucionalizados e não institucionalizados), residentes em Vila Nova de Santo André, com uma média de idades situada em 75.78 anos (DP=7,10).

Uma apreciação global dos resultados obtidos com as três escalas revelou que, a um decréscimo do sentimento de solidão tende a associar-se um aumento da autoestima e um aumento da satisfação do idoso com a vida. Verificámos igualmente que o incremento da satisfação do idoso com a vida se faz acompanhar por um aumento na sua autoestima. Quando comparados os grupos dos idosos institucionalizados com os não institucionalizados, verificámos que os primeiros tendem a sentir mais solidão. Por sua vez, os idosos não institucionalizados tendem a possuir níveis de autoestima e satisfação com a vida mais elevados.

Os resultados do estudo apontam para a importância de uma intervenção junto dos idosos institucionalizados de forma a aumentar a sua satisfação com a vida, a sua autoestima e a minimizar o seu sentimento de solidão.

**Palavras-chave:** Autoestima, Solidão, Satisfação com a vida, Idoso Institucionalizado e não institucionalizado

## **Satisfaction with life, Self-esteem, Loneliness in the elderly. A study in Vila Nova de Santo André (Being and Aging)**

**Abstract:** In the last decades, the growing ageing of the population has emerged the need to carry out scientific research which contributes to increase the quality of life of the elderly.

In this study, we analyze the relationship between satisfaction with life, self-esteem and loneliness in institutionalized and non-institutionalized elderly people. Besides a questionnaire with sociodemographic questions, scales measuring satisfaction with life (SWLS), Rosenberg self-esteem (RSES) and loneliness (UCLA) were applied. The sample represents 92 elderly people (institutionalized and non-institutionalized) living in Vila Nova de Santo André, with an average age of 75.78 years.

An overall examination of the three scales showed that the decrease of the feeling of loneliness can be related to an increase of self-esteem and to an increase of satisfaction with life in the elderly person. We also examined that the increasing of satisfaction with life in the elderly is accompanied by an increase in his/her self-esteem. When comparing both groups - institutionalized elderly and non-institutionalized elderly – we examined that the first ones experience a higher sense of loneliness. On the other hand, non-institutionalized elderly tend to have a higher self-esteem and a higher satisfaction with life.

The results of the study show the need of promoting intervention in elderly people in order to increase their satisfaction with life, their self-esteem and to reduce the impact of the feeling of loneliness.

**Key words:** self-esteem, loneliness, satisfaction with life, institutionalized elderly and non-institutionalized elderly.

## Sumário

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	7
CAPÍTULO 1 - A SATISFAÇÃO COM A VIDA NO IDOSO .....	15
CAPÍTULO 2 - O CONCEITO DE AUTOESTIMA E A AUTOESTIMA NO IDOSO.....	21
CAPÍTULO 3 - “ESTAR SOZINHO OU SENTIR-SE SOZINHO...” O QUE É A SOLIDÃO NO IDOSO?.....	27
PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO .....	35
CAPÍTULO 4 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	37
4.1 Contexto do estudo .....	39
4.2 Objetivos e Hipóteses .....	39
4.3 Caracterização da amostra .....	40
4.4 Procedimentos e instrumentos de recolha de dados.....	43
CAPÍTULO 5 – RESULTADOS .....	49
5.1 Análises psicométricas dos instrumentos .....	51
5.2 Escala Satisfação com a Vida (SWLS - Diener <i>et al.</i> , 1985 versão portuguesa de Simões, 1992).....	51
5.3 Escala Autoestima (RSES - Rosenberg, 1965 adaptado por Santos & Maia, 1999).....	53
5.4 Escala da solidão (UCLA - Daniel Russel, 1978 traduzida e adaptada por Pocinho & Farate, 2005).....	54
5.5 Análise das diferenças entre os valores das médias em função de diferentes critérios ( <i>t-student</i> ).....	56
5.6 Análise de correlação linear simples .....	59
5.7 Análise da variância das respostas dadas às escalas em função do critério estado de saúde do idoso (ANOVA).....	62
DISCUSSÃO .....	63

CONCLUSÃO .....	69
ANEXOS.....	93
Anexo 1 – Questionário .....	95
Anexo 2 – Escala de Satisfação com a Vida – S.W.L.S.....	99
Anexo 3 – Escala Autoestima - R.S.E.S.....	101
Anexo 4 – Escala da Solidão – U.C.L.A. ....	103

## **Abreviaturas**

ACP – Análise Componentes Principais

ANOVA - Análise de Variância Univariada

INE- Instituto Nacional de Estatística

RSES – *Rosenberg Self – Esteem Scale* – Escala Autoestima

SWLS – *Satisfaction With LifeScale* – Escala de satisfação com a vida

UCLA – *Loneliness Scale* – Escala da solidão

PORDATA - Pordata- Base de Dados Portugal Contemporâneo

## Quadros

Quadro 1. Percentagens e distribuição de frequências em relação a “Vive sozinho?”	41
Quadro 2. Percentagens e distribuição de frequências em relação a “Com quem?” vive o idoso .....	41
Quadro 3. Percentagens e distribuição de frequências em relação à questão “Com quem pode contar quando precisa?” .....	42
Quadro 4. Percentagens e distribuição de frequências em relação à questão “Em que atividades participa?” .....	42
Quadro 5. Percentagens e distribuição de frequências em relação à questão “Como avalia o seu estado de saúde?” .....	43
Quadro 6. Especificação de cada uma das fases do protocolo de recolha de dados ..	44
Quadro 7. Análise em componentes principais da SWLS (n=92).....	52
Quadro 8. Análise em componentes principais da RSES (n=92).....	53
Quadro 9. Análise em componentes principais da UCLA (n=92) .....	55
Quadro 10. Valores das médias, desvios padrão e testes de diferenças ( <i>t student</i> ) em função do sexo.....	56
Quadro 11. Valores das médias, desvios padrão e testes de diferenças ( <i>t student</i> ) em função da institucionalização do idoso.....	57
Quadro 12. Valores das médias, desvios padrão e testes de diferenças ( <i>t student</i> ) em função do idoso ter bisnetos .....	58
Quadro 13. Valores das médias, desvios padrão e testes de diferenças ( <i>t student</i> ) em função do idoso viver sozinho.....	58
Quadro 14. Valores das correlações ( <i>Pearson</i> ) entre os totais das escalas e as medidas de variáveis .....	61
Quadro 15. Teste ANOVA para comparação dos valores da média e do desvio- padrão dos totais das três escalas em função da avaliação do idoso sobre o seu estado de saúde. ....	62

**Figuras**

Figura 1. Caracterização do protocolo de recolha de dados..... 44

Figura 2. Áreas do conhecimento envolvidas na criação do RisoFitness (Fonte: Fragoso & Ferraz, 2017) ..... 76



## **INTRODUÇÃO**



## Introdução

"Nada é permanente, excepto a mudança."

(Cortella, 2018)

Professor Universitário e filósofo

Foi sobretudo a partir da segunda metade do século XX que o envelhecimento demográfico começou a tomar outro tipo de proporções e evidências em Portugal. A evolução demográfica caracterizou-se por um aumento gradual, absoluto e relativo da população idosa, ou seja, registou-se um acréscimo de indivíduos com 65 ou mais anos de idade, no total da população portuguesa (Rosa, 2012).

Segundo os dados lançados pela PORDATA (Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo, 2020), Portugal apresentava, em 2019, um índice de envelhecimento de 161,3. Sabe-se ainda que, e segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (2019), “ O envelhecimento demográfico em Portugal continua a acentuar-se: quando comparada com 2017, a população com menos de 15 anos diminuiu para 1 407 566 (menos 16.330 pessoas) e a população com idade igual ou superior a 65 anos aumentou para 2 244 225 pessoas (mais 30 951), representando, respetivamente, 13,7% e 21,8% da população total. A população mais idosa (idade igual ou superior a 85 anos) aumentou para 310 274 pessoas (mais 12 736).

Em 2018, uma em cada duas pessoas residentes em Portugal tinha acima de 45,2 anos, o que representa um acréscimo de 4,4 anos em relação a 2008.” (p. 1)

Segundo o programa de Ação do *Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações*, (2012), “À maior esperança de vida acresce o “envelhecimento dos envelhecidos”, com o aumento de pessoas com 80 e mais anos. Se o envelhecimento é uma tendência demográfica generalizada em Portugal, as velhices, isto é, as formas de viver a longevidade, são múltiplas e exigem políticas e outras iniciativas diferenciadas, à medida, e atentas às necessidades e às capacidades de satisfação pessoal, autonomia e participação.” (p. 4)

O facto de se verificar uma diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade ao longo de várias décadas acabou por traçar perfis demográficos da população que deixaram de evidenciar níveis elevados quer de fecundidade quer mortalidade com aumento simultâneo e generalizado da esperança média de vida das populações. Portugal pertence ao grupo de países com menor nível de fecundidade da Europa, o que põe a espécie humana e a sociedade em risco, “... ,havendo já quem a caracterize como a sociedade 4-2-1” (quatro avós, dois pais e um filho), em substituição da sociedade passada, apelidada de “1-2-4” (Rosa, 2012, p.32).

Sabemos que os últimos anos de vida, normalmente designados por “terceira idade”, uma das etapas da vida que se inicia aos 65 anos, são muitas vezes, acompanhados de situações de fragilidade e de incapacidade que frequentemente, estão relacionadas com situações suscetíveis de prevenção. Um outro aspeto a ter em conta no envelhecimento demográfico no nosso país é o aumento, em grande escala, do grupo dos “muito idosos”, habitualmente conhecida como “quarta idade” - octogenários, indivíduos com 80 e mais anos (Rosa, 2012).

A população com mais de 65 anos, residente em Portugal, segundo as últimas projeções do Instituto Nacional de Estatística (2017), “... poderá passar de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas, entre 2015 e 2080, ...”, prevendo-se que a esperança média de vida, a continuarem as tendências recentes, aumente para “...87,38 anos para homens e 92,10 anos para mulheres em 2080, um aumento de 10,02 anos para os homens e de 8,87 anos para as mulheres ...”. (p. 14)

Em 2018, em Portugal, a população idosa, na faixa etária dos 85 ou mais anos, era de 367.763 evidenciando uma tendência de aumento visto que no ano de 2008 era de 225.142 indivíduos (Pordata - Base de Dados Portugal Contemporâneo, 2020). Assim, no panorama de hoje, falar de uma «quinta idade», para designar os centenários, começa a fazer todo o sentido, porque o número destes idosos vai crescendo visivelmente.

O preconceito existente em relação à população idosa, ainda é muito visível e presente na sociedade em geral. E começa precisamente na primeira abordagem com o Ser, ou seja, desde muito cedo é passada uma mensagem depreciativa em relação

aos mais velhos. Basta que se analisem as histórias infantis (a bruxa má é sempre velha, a avozinha é sempre enganada ou a coitadinha, etc.), ou mesmo os filmes de animação da Disney. No entanto veja-se o filme “*up*” da Disney em que se vislumbra uma mudança positiva relativamente ao papel do idoso e à sua contribuição para a sociedade, evidenciando, o filme, a importância da intergeracionalidade.

Em Portugal, e segundo alguns dados do Eurobarómetro especial de 2009, no que diz respeito à discriminação pela idade pode-se observar que 53% dos portugueses inquiridos (N= 1020) considera que esta se encontra generalizada. Ainda assim, quando comparada esta situação com a de há 5 anos atrás, 57% dos inquiridos considera que a discriminação em relação à idade está menos generalizada (European Commission, 2009).

O envelhecimento é uma fase da vida inevitável e que acontece naturalmente a todos os seres humanos. Consequentemente, cabe à sociedade em geral a promoção de um envelhecimento saudável que, apesar da complexidade que o caracteriza, exige uma ação multidisciplinar concertada entre as áreas da saúde, da educação e da segurança social, sem esquecer os aspetos económicos, da justiça, do planeamento e do desenvolvimento urbanístico, da cultura e dos valores que cada sociedade defende.

Atualmente, os idosos são cada vez mais um grupo social que atrai a atenção das organizações, estruturas da sociedade, assim como da comunidade científica que cada vez se torna mais consciente da vantagem de melhorar o bem-estar, saúde e qualidade de vida deste grupo. Neste sentido, também nós nos propomos realizar um estudo cujo mote passe por uma forte e consciente reflexão de como se sente o idoso, a visão que tem dele mesmo, e o que o diferencia tendo em conta o contexto em que se insere.

Em suma, é nosso objetivo juntar a nossa voz à corrente para a não discriminação que tanto prejudica o outro e sobre a qual tanto se fala e se escreve. A Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia (2000)<sup>1</sup> proíbe toda e qualquer

---

<sup>1</sup> Artigo 21.º (Não discriminação) 1. É proibida a discriminação em razão, designadamente, do sexo, raça, cor ou origem étnica ou social, características genéticas, língua, religião ou convicções, opiniões políticas ou outras, pertença a uma minoria nacional, riqueza, nascimento, deficiência, idade ou orientação sexual.

discriminação incluindo por razão da idade (art.º 21.º, n.º 1). Este é um documento oficial que coloca o seu foco na discriminação. No entanto, sabemos que a discriminação com base na idade prevalece e é cada vez mais frequente. Torna-se cada vez mais premente a resolução dos problemas sociodemográficos de uma sociedade/população, que se encontra cada vez mais envelhecida, assim como a promoção de um envelhecimento positivo, de um envelhecimento (Pro)ativo, num envelhecimento em que o que importa é o Ser humano, daí o neologismo criado para este trabalho – EnvelheSer (enaltecer o Ser Humano mesmo que em idade avançada).

O propósito deste projeto de investigação surge precisamente ao nível da tomada de consciência do impacto deste crescente envelhecimento da nossa sociedade, cujo “peso” se encontra bem refletido no relatório de março de 2017 do Instituto Nacional de Estatística (INE) e no qual se pode ler que “Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos” (INE, 2017, p. 1). Esta preocupação vem colocar novos desafios e exigir medidas, por parte da comunidade, que vão ao encontro das necessidades e das potencialidades desta população idosa.

## **PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO**



## **Enquadramento teórico**

“Viver mais tempo implica envelhecer.

Maior longevidade não é um fatalismo ou uma ameaça.

É uma vitória da humanidade e uma oportunidade de potenciar o «património imaterial» que significa o contributo das pessoas mais velhas”

*(Ano Europeu Do Envelhecimento Ativo e Da Solidariedade Entre Gerações. PROGRAMA DE AÇÃO, 2012 | Portugal, 2012, p. 3)*

### **Envelhecimento: um fenómeno multifacetado**

O aumento da população idosa é um fenómeno mundial, sendo que nos países desenvolvidos ocorreu gradualmente e nos países em desenvolvimento de forma bastante acelerada nos últimos anos. A este fenómeno estão associados diversos fatores, como a queda da natalidade, o aumento da longevidade, o aumento da qualidade de vida, os avanços científicos e tecnológicos, entre outros.

“Portugal apresenta mutações demográficas de ampla escala e com importantes repercussões sociais, económicas e culturais. A evolução demográfica em Portugal no passado recente caracterizou-se por um gradual aumento do peso dos grupos etários seniores e uma redução do peso da população jovem. Esta dinâmica populacional aponta para uma transição demográfica sem precedentes na história. “ (Carneiro, 2012, p. 14)

Embora o envelhecimento da população seja um das maiores glórias da humanidade, é também um dos seus maiores desafios.

Face ao crescimento acelerado da população idosa, é imperativo que se ultrapasse a atual visão que se tem sobre a velhice, sobre o idoso, ou seja, não se pode olhar para a velhice como sinónimo de doença, de declínio, mas sim como a necessidade premente de se criarem mecanismos em nós e, também, estruturais, que valorizem e vejam de forma positiva o idoso e o processo de envelhecimento.

Todos nós, à nascença, tiramos um “bilhete”, cujo destino é o envelhecimento, passando por inúmeras “paragens” até chegar ao “fim”...

Todo o Ser faz parte deste processo, processo este que é inevitável e irreversível, “...complexo e heterogéneo, ímpar e singular, mas sobretudo universal, e que envolve inúmeras mudanças intrínsecas ao desenvolvimento humano natural. Esta complexidade (um fenómeno biopsicossocial) integra também uma dimensão social que estabelece uma correspondência direta entre a maneira como as pessoas envelhecem e a representação que uma determinada cultura institui sobre o Envelhecer (Teixeira, Marinho, Junior Cintra, & Martins, 2015, p. 505).

Netto (1996, *cit in* Rodrigues & Soares, 2006), considera que “O envelhecimento (processo), a velhice (fase da vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto cujos componentes estão intimamente relacionados. [...] o envelhecimento é conceituado como um processo dinâmico e progressivo, no qual há modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas ...” (p.2), o que acaba por ir ao encontro da definição da Direção Regional de saúde (2004), pois afirma que o “...envelhecimento humano pode ser definido como o processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que, iniciando-se mesmo antes do nascimento, se desenvolve ao longo da vida” (p. 3).

Para os autores Bowling e Dieppe (2005), o envelhecimento poderá ser entendido como um processo Biopsicossocial. Este processo que ocorre ao longo da vida, remete para teorias biomédicas, psicossociais, ou para combinações de ambas. No entanto os autores apontam para o fato de não existir consenso em torno da sua definição (p.1548).

De outra forma e de acordo com Schroots e Birren (1980, *cit in* Paúl, 2005, p.275) o envelhecimento tem três componentes: biológico – que resulta da vulnerabilidade crescente e de uma maior probabilidade de morrer, a que se chama senescência; social – relativo aos papéis sociais apropriados às expectativas da sociedade para este nível etário e psicológico – definido pela autorregulação do indivíduo no campo das forças, pelo tomar de decisões e opções, adaptando-se ao processo de senescência e envelhecimento.

Em suma, o conceito de Envelhecimento Biopsicossocial, assenta em 3 grandes dimensões - dimensões biológicas, psicológicas e sociais, mas uma coisa é clara, apesar das dimensões serem transversais a qualquer Ser, cada indivíduo é um indivíduo e o mesmo viverá e encarará a sua vida de forma individual, ainda que influenciado por toda a envolvente, o que resultará em variadíssimos comportamentos, reacções, perante si e a o meio envolvente, a sociedade.

### **Envelhecer ou “EnvelheSer”**

Correndo o risco de simplificar o que está longe de poder ser simples, como primeira abordagem, poderemos considerar que o termo “EnvelheSer” constitui-se como um conjunto de características e competências humanas algumas inatas e outras adquiridas que permitem ao “Ser” manifestar-se ao longo da vida e até ao fim da mesma. “EnvelheSer” pressupõe uma fluência consciente e dinâmica inerente ao nascimento do “Ser” e ao percurso de vida do indivíduo.

A idade psicológica é definida pela forma como cada indivíduo experiencia a sua vida e aceita naturalmente as perdas inerentes à idade (perdas biológicas, sociais e psicológicas) (Teixeira *et al.*, 2015, p.508)

Segundo Neri (2005), a idade psicológica consiste na “... maneira como cada indivíduo avalia em si mesmo a presença ou a ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos da idade, com base em mecanismos de comparação social mediados por normas etária.” (p.43).

Salis (2013) aponta para a ideia da importância de se assumir e aceitar o Ser. Ter coragem para ser autêntico, sob pena de se amontoarem indivíduos em sociedades de mortos vivos com um único modelo castrador imposto por essas mesmas sociedades.

## **O Homem e a sua Envelhescência**

“Somar vida aos anos”

(Martinez, 2015)

Começamos este subcapítulo com as palavras de Mário Prata (2020), “Sempre me disseram que a vida do homem se dividia em quatro partes: infância, adolescência, maturidade e velhice. Quase correto. Esqueceram de nos dizer que entre a maturidade e a velhice (entre os 45 e os 65), existe a ENVELHESCÊNCIA.”, ou seja, “A envelhescência nada mais é que uma preparação para entrar na velhice, assim com a adolescência é uma preparação para a maturidade.

Berlinck (1996) afirma que “A envelhescência é um momento muito específico, tal como a adolescência, que pode ser vivida de múltiplas maneiras.”. Uma coisa é certa, a envelhescência é um processo, e deste modo esta terá que ser aceite, reconhecida pelo próprio sujeito. O autor afirma mesmo que a envelhescência “...é puro reconhecimento desse estranho encontro que adquire um efeito de significante. A envelhescência é um significante como o ato falho, o sonho ou o dito espirituoso. Talvez seja até mais do que isso, pois supõe, necessariamente, um trabalho do eu, enquanto o sonho, o ato falho, o dito espirituoso podem se resumir num sintoma que se repete interminavelmente sem produzir, jamais, um efeito de subjetivação. A envelhescência é um ato de subjetivação!” (p.195).

Mas, também nos podemos deparar com o simples facto de o ser estar a envelhecer e não encarar, aceitar esse processo, ou seja, o individuo apenas assume a premissa que “Se envelhecer se manifesta no corpo, pode-se ficar velho sem passar pela envelhescência. Prova disso é que, frequentemente, esbarramos com velhos adolescentes, velhos jovens, jovens velhos e assim por diante. A envelhescência é um momento muito específico, tal como a adolescência, que pode ser vivida de múltiplas maneiras” (Berlinck, 1996, p. 195).

A envelhescência gera um processo de reinterpretação e valorização da vida de forma a permitir que o envelhescente lide melhor com os obstáculos inerentes ao

processo de envelhecimento. Assim, pode-se dizer que esse sujeito envelhescente se desenvolve sob uma lógica contrária à que se evidencia na dinâmica estigmatizadora do velho, de passividade e perdas, contribuindo, em longo prazo, para a quebra de paradigmas dessa natureza. Com isso, o envelhescente concorre para o desenvolvimento e manutenção de uma nova visão do idoso, na qual se reconhecem suas possibilidades de vida, valorizando-as (Teixeira *et al.*, 2015, p. 513).

Teremos que destacar os conceitos de “Envelhescência” e “Envelhecer”, pois têm sentidos diferentes. Segundo Berlinck (1996) “A envelhescência se distingue do envelhecer porque este é considerado, em nossa sociedade, como um estágio da vida que é desprezível. Os velhos são considerados uma espécie de praga que ataca as contas da previdência social, encarece o seguro saúde, pesa na vida dos mais jovens. Na envelhescência, ao contrário, o sujeito se vê na contingência de ter de pensar sua velhice, ou seja, distingui-la do preconceito e do estigma para que possa ser vivida com um mínimo de dignidade.” (p. 196)

O conceito de “envelhescência” é algo fundamental a ser interiorizado na nossa sociedade, melhor dizendo, pelos nossos velhos, pois o mesmo iria permitir uma melhor qualidade de vida para os mesmos, dado que “...a envelhescência produz no sujeito uma certa tolerância, que raramente é vista nos mais jovens. Nela descobre-se, à posteriori, que todas as idades do homem possuem suas próprias limitações e que elas devem ser toleradas em nome de uma economia corporal. Os deslizes de cada um adquirem uma certa “desimportância”. Além disso, certas atitudes rígidas cedem lugar a um pluralismo compreensivo, que evita grandes solicitações do próprio corpo, que não aguenta mais tensões prolongadas.”(Berlinck, 1996, p. 196)

Por outras palavras, “..., a envelhescência é a arte de viver a velhice e requer muito engenho e muito empenho, podendo ser, ao mesmo tempo, triste e divertida, animada e desanimada, ativa e sem atividade, podendo, enfim, ser como o resto da vida. “, ou seja, no fundo, o que se propõe é “...é que a envelhescência é uma recriação do eu diante das exigências pulsionais e as novas exigências do corpo que se aproxima da morte.” (Berlinck, 1996, p. 197). Numa visão psicanalítica, podemos realçar a envelhescência como o desencontro entre o inconsciente atemporal (mente que não

envelhece) e as transformações do corpo, no âmbito da temporalidade, consistindo no desafio de se lidar com naturalidade com fenómenos inerentes ao processo de envelhecimento. A mente não acompanha o processo de envelhecimento corporal, mas é capaz de criar estratégias para lidar com as mudanças físicas e sociais (Teixeira *et al.*, 2015, p. 510).

Em suma, a envelhescência consiste em envelhecer preservando-se a dignidade e a autonomia, processo que exige do sujeito flexibilidade para lidar com as inevitáveis mudanças geradas pelo próprio envelhecimento.

Para Prumes (2007) o Ser envelhescente é uma arte. É a arte de conseguir envelhecer com empenho apesar de poder provocar no Ser alguns sentimentos opostos. Estes indivíduos abraçam as suas experiências de vida transformando-as em “ferramentas” que os autonomizam, permitindo que se desenvolvam enquanto “...pessoas que se cuidam, derrubam mitos e não se intimidam diante de novos desafios” (p. 37).

Um estudo elaborado por Miriam Goldenberg, com base em entrevistas realizadas a 1.700 pessoas (mulheres e homens) e 15 grupos de discussão na cidade do Rio de Janeiro, acerca do processo de envelhecimento, conclui que “o caminho certo para uma boa envelhescência é o facto de homens e mulheres já maduros saberem encontrar um significado.” (Barros, 2015, pp.163-164).

Mirian Goldenberg (1995), defende a importância da escuta dos velhos e das velhas de hoje e de amanhã, bem como do necessário romper do silêncio destes homens e mulheres que, não poucas vezes, têm em sua velhice momentos de tristeza, doença, dor e solidão.

## CAPÍTULO 1 - A SATISFAÇÃO COM A VIDA NO IDOSO



## **A satisfação com a vida do idoso**

"...a vida é muito curta, para ser pequena..."

(Cortella, 2019)

Professor Universitário e filósofo

Muitos são os estudos que abordam esta temática da satisfação com a vida, mas ainda assim não existe à data uma definição que possa ser comumente aceite, tanto assim é que os autores Joia e Ruiz (2007) referem que a satisfação com a vida é um fenómeno complexo e difícil de medir, pois é subjetivo.

Diener (1984) avança com uma das primeiras definições de satisfação com a vida, como sendo uma apreciação cognitiva da vida, através de um juízo subjetivo, de acordo com o padrão estabelecido pelo sujeito e não em critérios que o investigador considera importantes, sendo que, mais tarde, já em 2003, o mesmo autor em conjunto com outros, afirma que a satisfação com a vida é definida como uma avaliação subjetiva global sobre a satisfação e/ou felicidade com a vida pessoal que cada indivíduo faz sobre si (Diener *et al.*, 2003).

A satisfação com a vida é definida como a avaliação subjetiva global que os indivíduos elaboram sobre as suas vidas, no presente ou no passado, envolvendo os aspetos positivos da mesma, como a ausência de aspetos negativos (Diener *et al.*, 2003).

A satisfação com a vida é considerada uma dimensão subjetiva de qualidade de vida, a par da felicidade e do bem-estar (Joia *et al.*, 2013).

Apesar da forte relação entre os constructos de qualidade de vida, bem-estar e satisfação com a vida, torna-se imperativo ressaltar que são conceitos distintos.

O conceito de bem-estar subjectivo começou por ser estudado com numa perspetiva cognitiva e outra emocional. A primeira usualmente considerada como sendo a satisfação que o sujeito tem ou sente com a vida e a segunda perspetiva muito relacionada com os sentimentos de felicidade ou tristeza que o mesmo experiencia

(Argyle & Martin, 1991), o que leva a que os conceitos de bem-estar subjetivo e satisfação com a vida tendam a estar interligados.

A definição do conceito foi sendo ainda mais pormenorizado considerando-se a existência de quatro aspetos que permitem uma compreensão mais circunscrita do conceito. São eles, as experiências individuais, a avaliação que o sujeito faz da sua saúde física e mental e das suas relações sociais assim como da sua espiritualidade, os afetos positivos e negativos e por último a compreensão que o sujeito tem da satisfação com a sua vida. Assim a satisfação com a vida é definida como sendo uma das medidas do bem-estar subjetivo, que ilustra a avaliação que o sujeito faz relativamente a vários domínios da sua vida (Cardiga, 2016; Neri, 2001).

O fato de alguns idosos se sentirem funcionais e autónomos, através da realização de atividades variadas no seu dia-a-dia, contribui para uma avaliação positiva da satisfação global com a vida (Diogo, 2003).

O conceito de bem-estar subjetivo deverá estar presente aquando da avaliação da qualidade do processo de envelhecimento e do próprio envelhecimento. É um conceito que tal como afirma Oliveira (2010) sofre a influência vários fatores e é caracterizado por ser uma dimensão positiva da área da saúde associada a um processo de envelhecimento saudável. Vários são os estudos (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Ranzjin & Luszcz, 2000; *cit. in* Costa, 2013; Diener, 1984; Diener *et al.*, 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005) que validam as duas componentes do conceito do bem-estar subjetivo, a componente cognitiva e a emocional, ou seja, o conceito de bem-estar subjetivo é caracterizado por uma componente de julgamento cognitivo na qual o indivíduo evidencia satisfação com a vida ou satisfação em domínios específicos (como a capacidade física e mental ou os relacionamentos sociais) e outra componente emocional, qualificada pelo equilíbrio entre aspetos positivos e aspetos negativos da vida do indivíduo (Albuquerque & Tróccoli, 2004; Diener *et al.*, 1999; Galinha & Pais-Ribeiro, 2005). A pessoa ao envelhecer, vai vivenciando uma diminuição da intensidade emocional oriunda das experiências vividas (Diener *et al.*, 1999). Apesar de existir um aumento na satisfação com a vida com o avanço da idade, a intensidade das experiências afetivas diminui no decorrer

desses anos, pois, os eventos de vida contribuem, significativamente, para a variância dos afetos positivos e negativos do bem-estar.

Com o aumento geral da sobrevivência da população, destaca-se a importância de garantir aos idosos não apenas maior longevidade, mas felicidade, qualidade de vida e satisfação pessoal. A satisfação com a vida é um desejo em qualquer sociedade e em qualquer momento do ciclo de vida, incluindo a velhice, sendo influenciado por diversas variáveis de cariz pessoal, social e psicológica (Neri, 2001). Ainda segundo este autor (1993, *cit. in* Lima *et al.*, 2010) quanto mais ativo o idoso, maior será a sua satisfação com a vida, logo apresentará melhor qualidade. De salientar que a satisfação com a vida e a qualidade de vida são conceitos que estão intimamente ligados e que se traduzem em indicadores positivos de envelhecimento.

Em algumas investigações (Kunzmann *et al.*, 2000; Smith, 2001; Smith *et al.*, 2002) foi verificado que a autoavaliação que os idosos fazem relativamente ao seu estado de saúde é um bom preditor da satisfação com a vida que os mesmos sentem.

A satisfação com a vida “É apontada como a chave para o envelhecimento bem-sucedido, trazendo implicações positivas para a qualidade de vida dos indivíduos (Martins, Santos & Andrade., 2015).

No estudo de Seixas (2013), que engloba uma amostra de 126 idosos dos quais 65 residem no domicílio e 61 são residentes em lares, os níveis de satisfação com a vida dos idosos são variáveis, uma vez que 41,6% apresenta uma elevada satisfação, 32,0% apresenta baixa satisfação e 26,4% referem uma satisfação moderada, sendo que estes valores são mais positivos nos elementos do grupo Dom (grupo que reside no domicílio) do que nos do grupo Inst (grupo que se encontra institucionalizado). Com a aplicação da escala SWLS, nesta amostra, mostrou que 41,6% dos questionados se encontram muito satisfeitos com a vida, seguidos de 32,0% pouco satisfeitos e 26,4% moderadamente satisfeitos. Na análise por grupo, verificou que a satisfação no grupo Dom é superior à do grupo Inst.

Num outro estudo, este estudo desenvolvido no México por López-Ortega, Torres-Castro e Rosas-Carrasco (2016), observou-se que a satisfação com a vida se encontra

relacionada, com significado estatístico ( $p < 0,001$ ), positivamente, embora de forma modesta, com o estado de depressão ( $R = 0,29$ ), com a situação financeira ( $R = 0,23$ ), com a perceção do estado de saúde ( $R = 0,19$ ) ou com o limite da dor ( $R = 0,15$ ). Foi verificada uma correlação estatisticamente significativa ( $p < 0,001$ ) com itens relacionados com o suporte social variando as correlações entre  $0,07 < R < 0,23$ .

**CAPÍTULO 2 - O CONCEITO DE AUTOESTIMA E A AUTOESTIMA NO  
IDOSO**



## **O conceito de autoestima e autoestima no idoso**

“...existimos, nos tornamos humanos e nos desenvolvemos  
- ganhando a necessária autoestima para nos cuidarmos e desejarmos sobreviver.”

Silva (2005, p. 148)

A autoestima é um conjunto de sentimentos e pensamentos que o indivíduo tem em relação a si mesmo ou em relação a determinadas características do seu *self*.

Por outras palavras e segundo Spirduso (1995), autoestima refere-se ao grau de positividade que as pessoas têm relativamente a si próprias, assim como o respeito e a apreciação que fazem de si.

Segundo Maçola, Vale e Carmona (2010), o conceito de autoestima pode ser visto como um juízo de valor que o indivíduo estabelece relativamente a si. Este juízo de valor começa a ser moldado na infância e assume uma grande importância na medida em que influencia a sua relação consigo e com os outros tanto na percepção dos acontecimentos como nas suas formas de comportamento. Poderemos acrescentar que uma elevada autoestima emerge de um sentimento de aceitação dentro do campo social e do reconhecimento positivo de pessoas que sejam consideradas como significativas para o indivíduo, podendo ser pais, professores e companheiros.

O conceito de autoestima constitui um dos conceitos mais estudados na área das ciências sociais mais propriamente da psicologia. Este construto, aceite como uma componente que avalia o autoconceito, tem sido integrado em diversas investigações (Blascovich & Tomaka, 1991; Chiu, 1988; Harter, 1983; Rosenberg, 1965). A autoestima poder-se-ia definir como a avaliação, positiva ou negativa, que os sujeitos fazem das suas características pessoais, sendo por isso mesmo um conceito subjectivo e multidimensional, compreendendo aspectos positivos e negativos da vida. O sociólogo Morris Rosenberg definiu o conceito de autoestima como sendo uma atitude positiva ou negativa relativamente ao *Self* (Rosenberg, 1965).

Entende-se que um sujeito com elevada autoestima tende a considerar-se como sendo uma pessoa de valor que se respeita a si próprio pelo que é sem que por isso se sinta superior aos outros. Por outro lado o indivíduo com baixa autoestima tende a desvalorizar-se e a sentir-se insatisfeito relativamente a si próprio (Santos & Maia, 2003, p. 254). Ou seja, e tal como se pode observar no estudo dos autores referenciados, a autoestima tende a correlacionar-se significativamente e positivamente ( $R=.53$ ;  $p<.001$ ) com a satisfação com a vida percebida pelo sujeito.

Num outro estudo (Hunter, Linn, & Harris, 1982) realizado em Miami, na Florida, com uma amostra de 120 sujeitos com idade igual ou superior a 65 anos, utilizando a escala de autoestima de Rosenberg, foi verificado que a baixos níveis de autoestima correspondiam igualmente a baixos níveis de capacidade funcional, percepção do estado de saúde como mais fraco e maior percepção da dor (p.123). Outra das conclusões deste estudo revelou que idosos com baixos níveis de autoestima aumentam o risco de desenvolverem sintomatologia depressiva que podem eventualmente conduzir a pensamentos e comportamentos suicidas. Os autores apontam para a importância dos programas de intervenção em grupos de idosos que aumentem a sua autoestima no sentido de prevenir sintomas de depressão, ansiedade ou mesmo sintomatologia física (ex. dor).

A autoestima é um dos conceitos mais estudados na área da psicologia, ocupando um lugar de destaque em variadíssimos estudos (Harter, 1983; Rosenberg, Schooler, Schoenbach, & Rosenberg, 1995, *cit in* Santos & Maia, 2003, p.254) e áreas de investigação psicológica. A comunidade científica (Blascovich & Tomaka, 1991; Chiu, 1988; Harter, 1983; Rosenberg, 1965) tem considerado aceitar que a autoestima se constitui como a componente da avaliação do autoconceito. O autoconceito seria definido pelas diferentes percepções que os indivíduos têm acerca das suas características pessoais, enquanto a autoestima seria a avaliação mais ou menos positiva que os indivíduos fazem dessas suas características (Santos & Maia, 2003. p. 254).

Os indivíduos com uma atitude positiva tendem a valorizar-se e, por conseguinte, a serem respeitados pelos outros, contrariamente aos indivíduos que se desvalorizam

ou que revelam ter uma atitude mais negativa que tende a estar associada à auto desvalorização, à auto satisfação e à falta de respeito do indivíduo por si mesmo (Rodrigues, 2015). Este é um constructo que se baseia no auto aceitação, na Auto valorização, mas não como um sentimento de superioridade relativamente aos outros.

No que diz respeito ao idoso a consciência do seu corpo ou das suas modificações corporais pode ser um contributo para o aumento ou não da autoestima ao longo da vida. Entretanto e sabendo-se que o corpo envelhece e se transforma esta consciência assume um peso maior em idades adultas mais avançadas sobretudo quando o idoso se tenta adaptar a um corpo envelhecido.

Para o idoso autónomo atividades como conseguir tomar banho, vestir-se, levantar-se da cama ou comer sozinho contribuem para o bem-estar dos indivíduos e consequentemente, para aumentar a sua autoestima. O mesmo não acontece com idosos mais dependentes em que para estas atividades básicas necessitam de algum apoio e possuindo consciência de que isso é percebido pelos outros. Nestes grupos a autoestima tende a ser mais baixa (Rodrigues, 2015, p20).

Luís (2015), na investigação que desenvolveu, pretendeu comparar a autoestima e o sentimento de solidão entre idosos em contexto habitacional diferente (comunidade vs. instituição). Para tal contou com uma amostra constituída por 114 participantes idosos de ambos os sexos, residentes no concelho de Penela e Miranda do Corvo, dos quais 41 estão em lares, 33 em centros de dia e 40 na comunidade. Para a recolha de dados o investigador aplicou a escala em questão – RSES. Assim, deparou-se com diferenças estatisticamente significativas, ao nível da autoestima, nos grupos de idosos institucionalizados (Lares e Centros de dia) e não institucionalizados (Comunidade) ou seja com diferentes situações residenciais. Verificou que os idosos que vivem em comunidade apresentam uma média de autoestima superior quando comparados com os idosos que vivem na instituição. Ou seja, em números, média da perceção de autoestima é mais elevada nos idosos que se encontram nas suas próprias casas (31,97%) seguida pelos idosos que estão em lares (28,05%) e por fim os idosos que frequentam os centros de dia (28,03%). Assim, significa que os idosos que se encontram nas suas próprias casas são os que têm uma perceção de autoestima mais elevada. Observa-se ainda que há diferenças estatisticamente significativas na perceção da autoestima em função

da situação residencial, e que 18% da variância da autoestima pode ser explicada pela situação residencial. Estes resultados vão de encontro ao estudo de Shyam e Yadev (2006), que verificaram que os idosos não institucionalizados obtiveram valores mais elevados de autoestima comparativamente aos idosos institucionalizados.

CAPÍTULO 3 - “ESTAR SOZINHO OU SENTIR-SE SOZINHO...” O QUE É A  
SOLIDÃO NO IDOSO?



### **“Estar sozinho ou sentir-se sozinho...” O que é a solidão no idoso?**

“ Experience of loneliness (emotional loneliness) is different from social isolation.”

(Routasalo, Savikko, Tilvis, Strandberg, & Pitkälä, 2006, p.181)

A solidão é um conceito vago que se reveste de muitos significados. É, porém, um sentimento intrínseco ao ser humano, que se traduz na falta de companhia (que até pode ser voluntária, quando a pessoa decide estar sozinha ou involuntária, quando o indivíduo se encontra sozinho por circunstâncias diversas da vida.), mas ainda assim bastante complexo, subjectivo e com conotação negativa, pois se o ser humano é um ser sociável por natureza, não está feito para viver isolado. Contudo, existem pessoas que necessitam de estar sós mais vezes que outras, mas, “estar só ou isolado” é diferente de “estar na solidão”. A solidão é um sentimento muito do *Self*, muito pessoal e subjectivo, pois não existem sinais ou sintomas notáveis, daí que tentar compreender e/ou estudar este fenómeno, faz com que possam e existam inúmeras abordagens teóricas (várias causas e manifestações da solidão) e metodológicas, em que todas têm a sua razão e validade.

Para Gaspar (2012), a solidão atualmente, representa um dos problemas mais importante das nossas sociedades, apesar de acompanhar o homem ao longo da sua história, sendo nos idosos que atinge proporções mais gravosas.

Ainda que a solidão seja vista como um dos maiores problemas das pessoas de idade, esta relação não é directa, pois já são algumas as investigações que demonstram que não há uma relação directa entre solidão e pessoas idosas. Há, antes, variadíssimos factores, quer de cariz pessoal, quer social, entre outros, que contribuem para a solidão. Facilmente se compreende que todos os factos/fatores que possam diminuir a autoestima do idoso podem, simultaneamente, contribuir para o aumento a própria solidão, exemplos disso, perda de papéis na sociedade - reforma, problemas de saúde, isolamento social, distanciamento físico dos entes queridos, perda do par, etc.

No ano de 1959, a psiquiatria Frieda Fromm-Reichmann publicou um artigo científico intitulado ‘*Loneliness*’ que acabou por captar a atenção dos pesquisadores da época despoletando, nas duas décadas seguintes uma série de investigações (Fromm-Reichman, 1959; Peplau & Perlman, 1982; Slater, 1976; Weiss, 1973) em várias áreas no sentido de compreender este conceito, a tal ponto de vir a ser incorporado e tido em conta nas práticas clínicas. É muitas vezes incluído em diagnósticos com outras patologias, como é o caso dos diagnósticos de depressão, mas dificilmente se considera como um construto isolado. É um conceito com uma definição mais desafiante por ser um conceito transversal a várias áreas, como é exemplo a área das ciências sociais, das ciências médicas e das ciências humanas. Ou seja, a sociologia aponta a solidão como tendo as suas causas fora do indivíduo.

James Weiss (1957) distinguiu dois tipos de solidão, a solidão social e a emocional. Relativamente à primeira, o autor define-a como sendo causada por falta de suporte social, ou seja, uma rede de amigos e pessoas conhecidas a quem o indivíduo possa recorrer. Quanto à solidão emocional, o mesmo autor aponta a sua raiz numa insatisfação provocada pela falta de uma relação pessoal mais íntima (Pocinho, Farate, & Dias, 2010, p. 66 ).

Peplau e Perlman (1982) assinalam duas causas da solidão: a morte de alguém que se ama e a predisposição dos indivíduos para estarem sós. Estes autores acrescentam ainda a este discurso que a solidão é “...uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é deficiente nalgum aspecto importante, quer quantitativa quer qualitativamente” (p. 19).

Contudo, os autores Morales e Moya (1996, *cit in* Freitas, 2011, p.23) referem que a solidão se relaciona com: características da personalidade (introversão, timidez, ansiedade, tendência à depressão); autoestima (baixa); competências sociais (comportamento tímido na relação com os outros); características sociodemográficas (idade, estado civil).

Outros porém, como é o caso de Pinqart e Sorenson (2003, *cit in* Freitas, 2011, p.23) falam em quatro justificações para a solidão que são: o estado civil e laços sociais; as variáveis sócio-demográficas, (como o sexo, a idade e o estatuto

socioeconómico – “... constata-se, por exemplo, que as mulheres mais velhas relatam maiores níveis de solidão do que os homens, o que se deve à viuvez da maioria delas.”); a saúde e estado funcional (“...os problemas de saúde que impossibilitam as funções da vida diária conduzem à solidão; os efeitos da solidão acumulam-se ao longo da vida, levando mesmo a um envelhecimento físico.”) e, por último, os factores da personalidade (timidez, introversão – “...podem tornar o indivíduo mais vulnerável à solidão.”)

De outra forma e segundo Neto (2000), poderemos considerar a combinação de dois aspetos quando se fala de solidão, as características pessoais e os fatores situacionais. Nas primeiras falamos de autoestima, autoconceito, timidez, depressão e das habilidades sociais. Relativamente aos fatores situacionais o autor considera diminuição de contacto social, o estatuto social em disponibilidade, perda relacional, redes sociais inadequadas, situações novas, entraves indirectos ao contacto social, fracasso e factores temporais.

“Solidão procura solidão e, quanto mais uma pessoa se isola, à medida que o tempo vai passando, mais isolada quer estar. Quando as pessoas se apercebem que a solidão é a sua companhia, o rosto entristece, a alma desvanece, um forte pesar parece invadir o pensamento. O cenário torna-se deprimente. O futuro sem esperança” (Neto, 2004).

Machado Pais (2006, *cit in* Marrachinho, 2014), no seu livro “*Nos rastros da solidão.*”, retrata diferentes vivências sociais da solidão, sendo que muitas vão ao encontro da maioria dos autores estudados ao longo do nosso trabalho, mas é necessário salientar esta versão, esta visão, que a nosso ver faz sentido, mas quase nunca vista por este prisma, mas que exprime alguma “tranquilidade” ao e para o conceito de solidão, é o trazido pelo sociólogo Machado Pais ao afirma que a solidão é uma transformação de fenómenos concretos e conteúdos específicos, logo pode ser uma opção de vida, não se identificando com o abandono, vazio, neste caso nem sentida como algo negativo, poderá ser voluntária, sendo importante ao desenvolvimento emocional de cada um, deixando um exemplo bastante curioso e

que nos deve fazer pensar: “No caso de alguns sem abrigo a solidão poderá representar o ganho da liberdade por opção, ou pela vida vivida a sós.” (p. 53-54)

Num estudo realizado por Azaredo e Afonso (2016) apesar de não terem utilizado uma escala para avaliar os níveis de solidão nos idosos, fizeram-no através de “um pequeno questionário, devidamente testado, de perguntas de resposta mista”, em que o objetivo era:” Conhecer a opinião dos idosos em relação aos sentimentos de solidão”, e para tal “foram inquiridos 73 idosos de ambos os sexos, que vivem em lares ou no domicílio habitual, mas frequentam centros-dia / de convivência. A amostra foi por conveniência, aleatória, constituída por idosos que se encontravam em condições de responder e o desejaram fazer.”. Os resultados que obtiveram traduzem-se em que “79,4% referiram sentir algumas vezes ou raramente / nunca solidão. São os viúvos e os divorciados que em maior percentagem referiam sentir muitas vezes solidão. Para diminuição da solidão, sugeriram diversas formas de convívio e atividades em que predominasse a comunicação. A solidariedade intergeracional foi também citada.”, poderam deste modo concluir que “Embora a solidão esteja descrita como um problema crescente nos idosos, nas pessoas que inquirimos sua frequência não era elevada, talvez pelo fato de os idosos entrevistados manterem atividades sociais.” (p.313)

No estudo de Freitas (2001), no que diz respeito a “Resultados da solidão relativos a outras variáveis sócio-demográficas”, em que constam variáveis de interesse, para o nosso estudo, como é o caso de Solidão – “Costuma sentir-se só?” e “Residência” – Instituição ou casa (independentemente de ser: viver sozinho ou com familiares em casa própria ou em casa de familiares), para os dados observados existem diferenças com significância estatística ( $p < 0,05$ ) entre “casa própria, mas sozinho” ( $M=2,08$ ) e “instituição” ( $M=1,08$ ), “casa própria, com familiares” ( $M=0,84$ ) e “casa de familiares” ( $M=1,34$ ). Os inquiridos que têm casa própria, mas vivem sozinhos têm pontuações significativamente mais elevadas do que aqueles que vivem em instituição, casa própria com familiares ou casa de familiares, ou seja, aqueles idosos que vivem sozinhos são os que têm uma maior percepção de solidão. (p. 70)

No mesmo estudo deste autor, curioso salientar que o score da rede social está correlacionado negativamente com a escala de solidão, ou seja, quanto maior é o score da rede social menor é a escala de solidão ( $r=-0,341$ ,  $p<0,01$ ). Isto significa que quanto maior a rede social, menos é a percepção de solidão. (p.71)

Ainda neste estudo, na amostra de idosos estudada, cabe dizer que 41,7% dos inquiridos costuma sentir-se só “algumas vezes”, 28% sente-se “frequentemente” só, 20% “nunca” se sente só e 10,3% sente-se “sempre” só. A maioria dos idosos inquiridos revela não sentir-se “nem mais nem menos só do que há um ano” (61%), havendo também uma percentagem considerável que se sente “mais só do que há um ano” (35%). Temos assim presente, na maioria dos idosos deste estudo, o sentimento de solidão. Está constatada a maior vulnerabilidade dos idosos para experimentarem solidão. (p.75-76)

Luís (2015), no seu estudo que conta com uma amostra total do presente estudo é constituída por 114 participantes idosos de ambos os sexos, residentes no concelho de Penela e Miranda do Corvo, dos quais 41 estão em lares, 33 em centros de dia e 40 na comunidade. Os sujeitos que constituem a amostra em estudo têm idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos. Quando analisados os dados em relação a: “Resultados da solidão relativos à situação residencial.”, encontram-se diferenças estatisticamente significativas na solidão, em função da situação residencial. Verifica-se que cerca de metade dos idosos (16, 48,5%) que se encontram em centros de dia percebem sentimentos de solidão, enquanto, entre os idosos institucionalizados, essa percentagem baixa para os 27%. Esta taxa é semelhante àquela que se identifica entre os idosos que coabitam em casa própria. Sendo que o grupo com a média de solidão mais elevada é o do centro de dia, seguido pelo lar e por fim pelos que residem em casa própria. (Casa Própria  $M=27,1111$ ; Lar  $M=29,7561$ ; Centro Dia  $M=33,0606$ )

“Cuidar é ajudar a viver”

(Collière, 1999)



## **PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**



## **CAPÍTULO 4 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS**



## **Procedimentos metodológicos**

### 4.1 Contexto do estudo

Um dos eixos orientadores do trabalho foi o de realizar um estudo empírico centrado numa organização concreta com o objetivo de caracterizar a problemática do envelhecimento num contexto real de organização de prestação de serviços a idosos. Por questões de conveniência, tivemos oportunidade de aceder ao projeto “O Moinho”, localizado em Vila Nova de André, concelho de Santiago do Cacém, Distrito de Setúbal, Alentejo. Assim, para iniciar o processo de recolha de dados, foi pedida autorização à Diretora Técnica da Instituição “O Moinho”, na pessoa da Dra. Julieta e, também, ao Sr. Padre Abílio, responsável máximo pela instituição, dado que a mesma pertence à Paróquia. Para tal, foi solicitada uma reunião e apresentados os instrumentos a utilizar, para que pudessem avaliar a aplicação das mesmas.

### 4.2 Objetivos e Hipóteses

Tendo em conta que o envelhecimento tem aumentado ao longo das últimas décadas, e já existindo diversos estudos realizados sobre este tema, é pertinente estudar e aprofundar mais o tema, no sentido de compreender o impacto de cada variável (satisfação com a vida, autoestima e solidão), em idoso institucionalizados e não institucionalizados, sendo este o nosso principal objetivo.

Pretende-se ainda analisar a relação entre as três variáveis e as variáveis sociodemográficas tais como, o sexo, se tem ou não netos/bisnetos, se vive ou não sozinho, da avaliação que o idoso faz do seu estado de saúde.

As hipóteses estabelecidas nesta investigação são as seguintes:

H1- Espera-se que os idosos não institucionalizados tenham níveis mais elevados de satisfação com a vida.

H2- Espera-se que os idosos não institucionalizados tenham níveis mais elevados de autoestima

H3- Espera-se que os idosos não institucionalizados tenham níveis mais baixos de solidão

H4- Espera-se que exista uma correlação significativa e positiva entre a autoestima e a satisfação

H5 - Espera-se que exista uma correlação negativa entre a satisfação e a solidão

H6 - Espera-se que exista uma correlação negativa entre a autoestima e a solidão

#### 4.3 Caracterização da amostra

A amostra foi selecionada por razões de conveniência, segundo um critério de incluir todos os idosos institucionalizados e não institucionalizados. Foram excluídos da amostra dos institucionalizados os idosos com demência e distúrbios mentais por evidenciarem limitações que poderiam enviesar os resultados. Situação esta que foi desde logo referenciada pela directora técnica do Centro de Dia, com base em relatórios clínicos.

Em relação aos idosos não institucionalizados, todos os instrumentos foram passados a pessoas autónomas e funcionais, ou seja, pessoas que mantinham rotinas diárias funcionais, que moravam sozinhos, praticavam atividades, tinham vida social.

De acordo, com estes critérios, a amostra totalizou 92 idosos, 44.6% (n= 41) do sexo masculino e 55.4% (n=51) do sexo feminino. As idades variaram entre um valor mínimo de 65 anos e um máximo de 94 anos, com uma média de 75.78anos (DP=7.10).

Na nossa amostra 29.3% dos idosos (n=27) encontram-se institucionalizados e 70.7% (n=65) não residem em instituições.

Relativamente ao estado civil, 43.5% (n=40) são casados, 13.0% (n=12) são divorciados ou separados, 27.2% (n=25) são viúvos e 16.3% (n=15) são solteiros.

No que diz respeito às habilitações literárias, 32.6% (n=30) não frequentou o sistema de ensino formal, tendo os restantes (n=62), frequentado o ensino formal, possuindo habilitações entre o ensino básico e o superior.

Relativamente ao número de filhos, apenas 19.6% (n=18) não tem filhos, sendo a moda 2 filhos (n=39).

Em relação à existência de netos verificámos que 66.3% (n=61) revelaram ter netos e 33.7% (n=31) responderam não ter netos. Na nossa amostra de 92 idosos, apenas 18.5% (n=17) revelaram possuir bisnetos.

Como se pode observar no Quadro 1, 32.6% (n= 30) dos idosos revelaram viver sozinhos e 67.4% (n=62) mencionaram viver acompanhados.

**Quadro 1. Percentagens e distribuição de frequências em relação a “Vive sozinho?”**

<b>Vive sozinho?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sim	30	32.6
Não	62	67.4
Total	92	100.0

Nesta questão, os idosos poderiam escolher várias possibilidades de resposta tendo em conta as pessoas com quem viviam. Assim dos idosos que revelaram viver acompanhados, 44.6% (n=41) vivem com o esposo(a), 18.5% (n=17) com os filhos, 6.5% (n=6) com os netos e 9.8% (n=9) com outras pessoas (cf. Quadro 2).

**Quadro 2. Percentagens e distribuição de frequências em relação a “Com quem?” vive o idoso**

<b>Com quem vive?</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Esposo (a)	41	44.6
Filhos	17	18.5
Netos	6	6.5
Outras pessoas	9	9.8

No que diz respeito à questão “Com quem podem contar quando precisarem?”, verificámos que os idosos referenciaram os vizinhos (n=65) como sendo as pessoas que contactariam em caso de necessidade (cf. Quadro 3).

**Quadro 3. Percentagens e distribuição de frequências em relação à questão “Com quem pode contar quando precisa?”**

<b>Com quem pode contar quando precisar?</b>	<b>N</b>
Amigos	54
Vizinhos	65
Filhos	55
Marido /Esposa	30
Outras pessoas	12

Relativamente ao tipo de atividades que os idosos realizavam percebemos que grande parte (n=39) dos inquiridos apontou as caminhadas como sendo uma das suas atividades. (cf. Quadro 4).

**Quadro 4. Percentagens e distribuição de frequências em relação à questão “Em que atividades participa?”**

<b>Atividades nas quais participa</b>	<b>N</b>
Jardinagem	16
Leitura	14
Cultivo	31
Convívio	30
Passeios e viagens	24
Caminhadas	39
Bricolage	11
Centros de convívio	30
Universidades séniores	8
Cuidado dos netos	16
Outras atividades	16

Relativamente aos idosos que responderam na questão anterior executarem outro tipo de atividades (n= 16) verificámos que a atividade mais apontada (n=5) é o crochet seguida da atividade de costura (n= 3).

Quando questionados relativamente à quantidade de atividades em que estão envolvidos, 1 idoso da amostra revelou não estar envolvido em nenhuma atividade, 24 em 1 atividade, 20 em 2 atividades, 25 idosos da nossa amostra revelaram estar envolvidos em 3 atividades, 10 em 4 atividades, 8 em 5 atividades e 4 idosos referiram estar envolvidos em mais de 6 atividades.

Quando questionados relativamente ao seu estado de saúde, 4.3% (n=4) idosos da amostra revelaram considerar o seu estado de saúde “muito bom”, 27.2% (n=25) consideraram o seu estado de “saúde bom”, 57.6% (n=53) consideraram-no “razoável”, 6.5% (n=6) avaliam o seu estado de saúde como sendo “mau” e 4.3% (n=4) idosos avaliam-no como sendo “muito mau” (cf. Quadro 5).

**Quadro 5. Percentagens e distribuição de frequências em relação à questão “Como avalia o seu estado de saúde?”**

Como avalia o seu estado de saúde?	N	%
Muito bom	4	4.3
Bom	25	27.2
Razoável	53	57.6
Mau	6	6.5
Muito mau	4	4.3
Total	92	100.0

Em relação ao tipo de preenchimento do questionário de recolha, a nossa amostra de 92 idosos dividiu-se entre autoadministrados, tendo-se obtido 42.4% (n=39) de questionários autoadministrados e 57.6% de questionários hétero-administrados (n=53).

#### 4.4 Procedimentos e instrumentos de recolha de dados

A nossa amostra foi recolhida durante todo o dia de 7 de maio de 2015, em idosos institucionalizados – Centro de Dia “O Moinho”, sendo que algumas das pessoas tiveram que ter acompanhamento no preenchimento dos mesmos, e os restantes, pouco mais de metade da amostra, fê-lo autonomamente.

De salientar que nem todo o universo da instituição foi alvo de estudo, pois para além dos que na altura estavam ausentes por rotação familiar (seis) ou mesmo hospitalizados (dois), outros, porém por motivos diferentes, também se optou, juntamente com a Diretora Técnica, excluir do estudo, pois iriam certamente enviesar resultados, como foi o caso de idosos com demências (dez) e distúrbios mentais (um).

Também de salientar que desta realidade, doze idosos sofrem de limitações motoras, sendo que uns utilizam bengala ou moleta (seis), outros andarilho (cinco) e outro que tem a patologia de Parkinson, tendo dificuldades motoras, mas sem necessidade de recorrer a qualquer objeto de apoio.

Para os idosos não institucionalizados, os questionários foram passados aleatoriamente, tendo apenas em consideração o facto de terem idades acima dos 65 anos, sendo que 27 responderam autonomamente (Auto administrado) e 38 estiveram acompanhados (Hétero administrado).

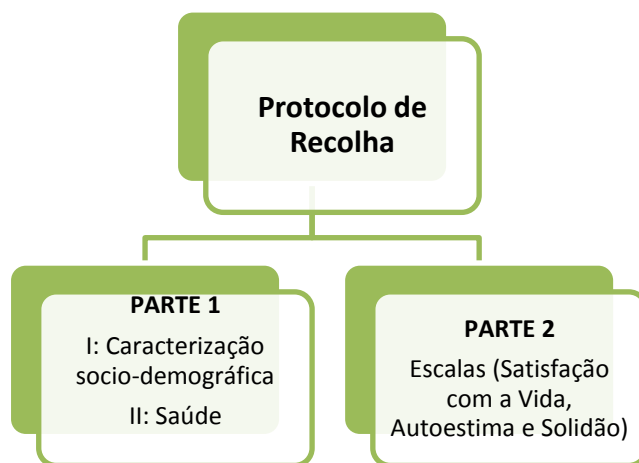


Figura 1. Caracterização do protocolo de recolha de dados

Quadro 6. Especificação de cada uma das fases do protocolo de recolha de dados

Parte 1	Parte 2
<p><b>Caraterização sócio demográfica:</b> Idade; Sexo; Estado civil; Habilitações literárias; Profissão anterior; Filhos; Bisnetos; Viver com suporte; Atividades participa</p> <p><b>Saúde:</b> Avaliar estado de saúde; tipo de preenchimento</p>	<p><b>Escala de satisfação com a vida</b> – Satisfaction With Life Scale (S.W.L.S.) – Diener <i>et al.</i>- 1985</p> <p><b>Escala da Autoestima</b> – Rosenberg Self – Esteem Scale (R.S.E.S.) – Rosenberg 1965; adaptado por Santos e Maia, 1999</p> <p><b>Escala de solidão</b> – Loneliness Scale (U.C.L.A.) – Daniel Russel, 1978</p> <p>Traduzida e adaptada por Pocinho e Farate, 2005</p>

#### 4.4.1 Escala avaliação da satisfação com a vida - SWLS

Esta Escala de Satisfação com a Vida (SWLS) foi construída por Diener *et al.* (1985) e pretende avaliar o bem-estar subjetivo, ou seja, a forma como cada indivíduo experiencia a vida, seja ela positiva ou negativa (Simões, 1992).

Este instrumento é composto por cinco itens, com respostas codificadas numa escala de Likert de 7 pontos (1 – discordo muito; 2 – discordo; 3- discordo um pouco; 4 – não concordo nem discordo; 5 – concordo um pouco; 6 – concordo; 7 – concordo muito). Os estudos originais de validade desta escala envolveram uma amostra com 176 alunos da universidade de Illinois, tendo obtido uma pontuação média de 23.0 pontos e um desvio padrão de 6.43, tendo a escala demonstrado uma boa consistência interna (Coeficiente Alfa de Cronbach de 0.87). Foi realizado um estudo com uma população geriátrica, composta por uma amostra de 53 pessoas, com uma média de idades de 75 anos. Este estudo demonstrou uma boa validade interna, com coeficiente alfa de 0,69 e uma boa validade convergente, correlacionando-se positivamente com Life Satisfaction Index ( $R=.48$ ) (Adams, 1969, citado por Costa, 2013). Nos estudos de validade da escala para Portugal, Neto, Barros e Barros (1990), aplicaram o instrumento a uma amostra de 308 professores do ensino básico e secundário, tendo obtido um coeficiente alfa de Cronbach de 0,78.

Posteriormente em 1992, Simões realizou um novo estudo de validade do instrumento, pretendendo alargá-lo outras amostras. Para este estudo, o autor contou com uma amostra de 74 alunos da Faculdade de Psicologia e Ciência da Educação de Coimbra e 130 adultos de diferentes idades, profissões e classes sociais. A amostra revelou uma média de idade de 40.89 anos. O instrumento, entretanto, foi reformulado tendo-se reduzido a codificação de respostas para uma escala de Likert de 5 pontos (1- discordo muito; 2- discordo um pouco; 3- não concordo nem discordo; 4- concordo um pouco; 5 – concordo muito). Foi obtida uma boa consistência interna (coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de .77). Esta escala pontua entre os 5 e os 25. Sendo 5 representativo de uma baixa satisfação com a vida e 25 uma elevada satisfação com a vida.

Num estudo desenvolvido no México por López-Ortega, Torres-Castro e Rosas-Carrasco (2016) que englobou na sua amostra 13.220 mexicanos com idades iguais ou superiores a cinquenta anos, a escala SWLS, cujo espetro de resposta se fixou em 3 níveis, revelou uma consistência interna de 0,74 e validou a sua estrutura unifatorial que explicou cerca de 54% da variância.

#### 4.4.2. Escala de avaliação da autoestima - RSES

Esta escala foi desenvolvida por Rosenberg em 1965. Este autor definiu o conceito de autoestima como sendo o desenvolvimento de uma atitude positiva ou negativa em relação ao *self* (Santos & Maia, 2003). Nesta escala unifatorial de avaliação da autoestima, um indivíduo que pontue elevado será um indivíduo que se considera uma pessoa com valor, respeitador de si por aquilo que é, não se sentindo necessariamente superior aos outros. Já os indivíduos que pontuem baixo nesta escala serão indivíduos que se desvalorizam, que revelam insatisfação e falta de respeito por si próprios (Santos & Maia, 2003, p. 254).

A escala de autoestima de Rosenberg possui dez itens, sendo cinco referentes a uma visão positiva de si mesmo e cinco referentes a uma visão auto depreciativa. As respostas são codificadas numa escala tipo Likert de cinco pontos que variava da seguinte forma: 1 = Discordo totalmente, 2 = Discordo, 3 = Nem concordo, nem discordo, 4 = Concordo 5 = Concordo totalmente. A cotação dos itens de orientação negativa (2, 8, 9, 10) deve ser invertida para o cálculo de uma pontuação global. Esta escala pontua de com resultados de 10 a 40, sendo 10 a pontuação equivalente a uma baixa autoestima e 40 a uma elevada autoestima

Relativamente ao instrumento, constituído por 10 itens, e à sua estrutura dimensional, tem havido algumas divergências entre a sua unifatorialidade (Dobson *et al.*, 1979; O'Brien, 1985) e a sua bifatorialidade (Bagley *et al.*, 1997; Dobson *et al.*, 1979). Embora alguns autores salientassem que este aspeto seria devido ao fato de alguns dos itens estarem redigidos pela negativa e outros pela positiva e não devido a questões de significado teórico ou mesmo clínico (Carmines & Zeller, 1974; Gray-Little *et al.*, 1997; Hagborg, 1996; Hensley, 1977; Hensley & Roberts, 1976;

Keith & Bracken, 1996), a grande maioria dos autores tende a defender a unidimensionalidade (Santos & Maia, 2003). Os autores, junto de uma amostra de 345 estudantes do ensino secundário, obtiveram uma estrutura unidimensional, evidenciando uma boa consistência interna ( $\alpha = 0.86$ ) dos 10 itens. (p.258)

#### 4.4.3 Escala de avaliação da solidão- UCLA

A escala da solidão, desenvolvida por Russell, Pepalu, e Ferguson (1978) é de heteroadministração, sendo composta na versão final dos autores por 20 itens, todos elaborados no sentido de medir o construto da solidão. O espectro de respostas constituído por 4 níveis foi codificado, na escala original, como O (“ I often feel this way”), S (“ I sometimes feel this way”), R (“I rarely feel this way”) e N (“I never feel this way”) (p.291). O estudo evidenciou igualmente que esta escala se correlaciona significativamente e positivamente com estados de depressão ( $R= 0,38, p<0,01$ ) e de ansiedade ( $R= 0,43, p<0,01$ ). Assim como, se correlaciona significativamente e negativamente com baixos níveis de satisfação ( $R= - 0,43, p<0,01$ ) e baixos níveis de felicidade ( $R= -0,40, p<0,01$ ). (p.292)

Na nossa versão estes níveis estão codificados, igualmente, em quatro níveis, variando entre o (1) nunca e o (4) frequentemente. Esta escala visa a avaliação dos sentimentos subjetivos de solidão ou de isolamento social. No decurso de análises feitas aos discursos de indivíduos solitários, os autores da escala decidiram compilar frases mais recorrentes e que retratassem de forma mais fidedigna os sentimentos de solidão e de isolamento social (Russell *et al.*, 1978). As questões encontram-se todas apresentadas no sentido negativo, ou seja, no sentido dos indivíduos avaliarem a quantidade de vezes que se sentem em relação aos estados psicológicos descritos em cada item. Os indivíduos deveriam responder se se sentiram frequentemente (4), Algumas vezes (3), Raramente (2) ou nunca (1) como especifica cada item. Esta escala tem levantado alguma discussão por se considerar que os itens formulados pela negativa influenciariam a pontuação final. No entanto, num estudo exploratório, Pocinho *et al.* (2010) procederam à administração da escala questionando de seguida os idosos acerca da clareza da linguagem utilizada nos itens. Os autores depois da

aplicação de um teste Q de Cochran perceberam que no caso da aplicação da escala através de um processo de heteroadministração, a escala tendo os itens da solidão na direção da negativa mostrou ser significativamente mais simples ao nível da compreensão. Nos estudos de validade para amostras Portuguesas, os autores heteroadministraram a escala a uma amostra de 660 idosos de ambos os sexos.

A versão portuguesa da escala UCLA, elaborada com base numa amostra de 660 idosos portugueses acabou por ficar constituída por 16 itens, tendo obtido os autores duas dimensões (isolamento social e afinidades). A escala revelou possuir uma elevada consistência interna ( $\alpha = 0,905$ ) passando a ter uma variação na pontuação de 16 a 64. Em que quanto maior a pontuação maior o sentimento de solidão. No seu estudo os autores obtiveram uma pontuação global maior de 32, indicando sentimentos negativos de solidão (Pocinho *et al.*, 2010, p.74).

Relativamente ao nosso estudo, considerámos a versão inicial dos autores (Pocinho *et al.*, 2010, p. 66) com os 20 itens tendo obtido na nossa análise apenas uma dimensão. O nosso estudo revelou uma elevada consistência interna ( $\alpha = 0.98$ ) com uma variação de resposta de 20 a 80, sem necessidade de excluir nenhum item. A nossa pontuação global foi cerca de 39, ligeiramente inferior a 40. No entanto quando analisamos o grupo de idosos institucionalizados ( $n = 27$ ) a pontuação global sobe para 51 indicando que neste grupo os sentimentos de solidão são elevados. Já no grupo dos idosos não institucionalizados ( $n = 65$ ) a pontuação global é de 34, ficando abaixo de 40.

## **CAPÍTULO 5 – RESULTADOS**



## **Resultados**

### 5.1 Análises psicométricas dos instrumentos

Apesar das escalas terem já sido usadas em estudos de validade em Portugal, partindo do princípio de que avaliam apenas um construto e que por essa razão são todas unidimensionais, procedeu-se a um estudo prévio de validade de construto, usando para o efeito uma Análise em Componentes Principais (ACP) por ser esta uma técnica exploratória largamente utilizada em psicometria (Stevens, 1986).

As análises das propriedades psicométricas das escalas que se seguem decorrem da reprodução dos procedimentos utilizados pelos seus autores. Para estas análises contámos com uma amostra de 92 idosos.

### 5.2 Escala Satisfação com a Vida (SWLS - Diener *et al.*, 1985 versão portuguesa de Simões, 1992)

Esta escala pretende avaliar a satisfação com a vida e é constituída por 5 itens em que o respondente possui 5 níveis de resposta possíveis (1- Discordo muito; 2- Discordo um pouco; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo um pouco; 5- Concordo muito). Procedeu-se à avaliação de adequação da amostra, usando o critério de Kaiser (KMO), que produziu um valor de 0,84 e o teste de esfericidade de Bartlett [ $\chi^2(10)=166.711$ ,  $p<0,01$ ], que, no conjunto indicaram uma boa adequação da análise fatorial aos dados observados (Kaiser, 1974). Reproduzida a análise fatorial em componentes principais, verificámos que a análise do *screeplot* apontava para uma forte tendência unifatorial tal como a estrutura dos autores. Quando forçada a uma solução com uma componente, a resposta gerou uma componente principal que explicou 60,84% da variância total. As comunalidades nesta ACP foram todas superiores a 0,35, apresentando uma média de 0,60. As saturações dos itens sobre a componente extraída situaram-se todas acima de 0,32 (Tabachnick & Fidell, 2007).

**Quadro 7. Análise em componentes principais da SWLS (n=92)**

Itens	Fator	$h^2$	Média (DP)	r item total corrigido
2. As minhas condições de vida são muito boas	.84	.71	4.07 (1.00)	.71
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida	.82	.68	4.03 (0.94)	.68
4. Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida que eu desejava	.78	.61	4.16 (0.95)	.63
1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que ela fosse	.78	.61	3.84 (1.12)	.64
5. Se pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada	.66	.44	3.79 (1.22)	.51
Valor próprio	3.04			
Variância total	60.8%			
Alfa de Cronbach	.84			

Tendo por base a ideia de questionar os indivíduos acerca das suas vidas e com o intuito de medir a satisfação com a vida, Diener, Emmons, Larsen e Griffin (1985), e depois de ter verificado alguns problemas em outras escalas que mediam o mesmo construto, criaram uma escala com múltiplos itens, que denominaram de *Satisfaction with Life Scale* (SWLS). Entretanto Simões (1992), contrariamente Neto, Barros, e Barros (1990) que validou o instrumento utilizando um espectro de respostas de 7 níveis, acabou por validar posteriormente o instrumento para a uma população portuguesa mais jovem reduzindo o espectro de respostas a cinco níveis. Do seu estudo obteve uma variância explicada de 53,1% e saturações dos itens a variarem entre 0,67 e 0,77, uma estrutura unifatorial e um alfa de Cronbach de 0,74.

A nossa análise psicométrica, que seguiu os procedimentos de Simões (1992), revelou a existência de um só fator que explica 60,8% da variância com saturação dos itens a variarem entre 0,66 e 0,84. E um valor de alfa de 0,84.

Os nossos resultados são consistentes com os dos autores (Diener *et al.*, 1985; Simões, 1992) na medida em que estes últimos obtiveram uma estrutura unifatorial, com 66.0% da variância explicada e saturações dos itens a variarem entre 0,61e 0,84. Estes resultados psicométricos foram igualmente corroborados num estudo (López-Ortega *et al.*, 2016) efetuado no México em que a psicométrica da escala validou, para além da sua unifatorialidade, variância explicada (54%) e intervalo de saturação dos itens ( $0,611 < \alpha < 0,834$ ), a sua consistência interna obtendo um valor de alfa de

Cronbach de 0,74. Este último estudo obteve valores ligeiramente inferiores aos obtidos no nosso estudo.

5.3 Escala Autoestima (RSES - Rosenberg, 1965 adaptado por Santos & Maia, 1999)  
Esta escala de autoestima é composta por 10 itens, dos quais cinco são redigidos na negativa, pelo que a sua pontuação deve ser invertida para o cálculo da pontuação total (Itens 2, 5, 8, 9 e 10). As respostas são codificadas numa escala de Likert de 5 níveis (1- Discordo Totalmente; 2- Discordo; 3- Indiferente; 4- Concordo; 5- Concordo Totalmente).

Esta escala tem criado alguma controvérsia na medida em que a sua estrutura fatorial (unifatorialidade e bifatorialidade) tem sido objeto de discussão (Supple *et al.*, 2013). No nosso estudo foi reproduzida a análise fatorial forçando-a a um fator verificámos que a análise da estrutura obtida explica 33.79% da variância. Obteve-se na medida de adequação da amostra de Kaiser (KMO) o valor de 0.701 e o teste de esfericidade de Bartlett [ $\chi^2(45)=338.912$ ,  $p<0,01$ ] apontou valores indicativos de uma moderada adequação da análise fatorial aos dados observados (Kaiser, 1974).

**Quadro 8. Análise em componentes principais da RSES (n=92)**

Itens	Fator $h^2$		Média (DP)	$r$ item total corrigido
10. Às vezes penso que não sou grande coisa	.85	.73	3.37 (1.24)	.72
9. Às vezes sinto-me realmente uma pessoa inútil	.84	.71	3.37 (1.26)	.72
2. Tenho tendência a sentir que sou um(a) fracassado(a) em tudo	.78	.61	3.75 (1.20)	.67
6. Tenho uma atitude positiva perante mim mesma/o	.60	.36	3.77 (0.87)	.40
7. No geral estou satisfeita/o comigo mesma/o	.59	.35	4.01 (0.62)	.44
8. Gostaria de ter mais respeito por mim mesma/o	.45	.20	4.01 (0.62)	.33
4. Sou capaz de fazer as coisas tão bem, como a maioria das outras pessoas	.40	.16	3.86 (0.82)	.28
3. Acho que tenho muitas qualidades boas	.35	.12	4.11 (0.65)	.23
1. Acho que sou uma pessoa digna de estima, pelo menos a mesma que os demais	.34	.11	4.31 (0.51)	.21

Itens	Fator	$h^2$	Média (DP)	$r$ item total corrigido
5. Acho que não tenho muitos motivos para me orgulhar de mim mesma/o	.18	.03	2.85(1.34)	.14
Valor próprio		3.38		
Variância total		33.8%		
Alfa de Cronbach		.74		

Tal como já havíamos referido, as investigações efectuadas utilizando esta escala têm apontado para estruturas unifatoriais e bifatoriais. Na nossa análise psicométrica optámos pela estrutura unifatorial apontada pelos autores (Santos & Maia, 2003). Assim obtivemos valores de correlações corrigidas, entre itens, que variaram entre .14 e 0,72 com uma correlação corrigida média de 0,42. Este valor médio das correlações revelou-se abaixo do valor obtido pelos autores (0,57) A consistência interna, avaliada com o *alfa* de Cronbach, foi de 0,74. Este valor ficou igualmente abaixo do valor obtido pelos autores (0,86) (p.258). No entanto poderemos considerar o nosso *alfa* como aceitável (Hair, Anderson, Tatham & Black, 2005).

#### 5.4 Escala da solidão (UCLA - Daniel Russel, 1978 traduzida e adaptada por Pocinho & Farate, 2005)

Esta escala da solidão é constituída por 20 itens. As respostas são codificadas em quatro categorias de resposta (4- frequentemente; 3- Algumas vezes; 2- Raramente; 1- Nunca) para descreverem a frequência com que se sentiam num estado psicológico correspondente ao descrito nas afirmações contidas na escala. Reproduzidos os procedimentos de análise fatorial pelo método das componentes principais, verificámos pela leitura do *screeplot*, indícios de sobre a existência de uma única componente principal. Procedeu-se ao cálculo da medida de adequação da amostra de Kaiser (KMO), a qual produziu um valor de 0,946, que a par do resultado do teste de esfericidade de Bartlett [ $\chi^2(190)=1.939.730$ ,  $p<0,01$ ], permitem inferir que a matriz de correlações reúne condições para a realização de uma análise em componentes principais (Kaiser, 1974). Assim, quando forçada a análise para a obtenção de um só fator, a resposta obtida apontou para a existência de uma componente capaz de explicar cerca de 67,73% da variância total, o que pode ser

considerado aceitável. As comunalidades dos itens foram todas superiores a 0,35, apresentando uma média de 0,68. As saturações dos itens na componente principal extraída situaram-se todas acima de 0,32 (Tabachnick & Fidell, 2007).

**Quadro 9. Análise em componentes principais da UCLA (n=92)**

Itens	Fator	$h^2$	Média (DP)	r item total corrigido
1) Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho(a)	.90	.67	2.11 (1.14)	.90
2) Sente que não tem alguém com quem falar	.89	.70	2.08 (1.11)	.89
3) Sente que é insuportável estar só	.89	.65	2.31(1.09)	.89
4) Sente que tem falta de companhia	.89	.79	2.08 (1.07)	.89
5) Sente-se como se realmente ninguém (a) compreendesse	.87	.59	2.13 (0.96)	.87
6) Já não está à espera que ninguém o(a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone	.85	.68	1.77 (1.03)	.85
7) Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	.84	.71	1.70 (0.98)	.84
8) Não se sente íntimo de qualquer pessoa	.84	.57	1.76 (1.04)	.84
9) Sente que os que o(a) rodeiam já não compartilham dos seus interesses	.84	.79	2.00 (0.95)	.84
10) Sente-se abandonado(a)	.84	.76	1.68 (1.02)	.84
11) Sente-se completamente só	.83	.80	1.83 (1.14)	.83
12) É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	.82	.68	1.78 (0.97)	.82
13) As suas relações sociais são superficiais	.82	.50	2.24 (1.02)	.82
14) Sente-se com muita vontade de ter companhia	.82	.40	2.03 (1.15)	.82
15) Considera que na realidade ninguém o(a) conhece bem	.81	.71	2.04 (1.11)	.81
16) Sente-se isolado(a) das outras pessoas	.80	.81	1.92 (1.23)	.80
17) Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	.77	.70	1.88 (1.10)	.77
18) É-lhe difícil fazer amigos	.75	.72	1.89 (1.15)	.75
19) Sente-se posto(a) à margem e excluído(a) das outras pessoas	.71	.66	1.75 (1.02)	.71
20) Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	.63	.68	2.14 (1.04)	.63
Valor próprio	13.55			
Variância total	67.7%			
Alfa de Cronbach	.98			

A consistência interna da escala obtida por Russell, Peplau e Cutrona (1980) foi elevada com um coeficiente de Cronbach de 0,94, que vai de encontro ao valor obtido (0,96) pelos autores originais (Russell *et al.*, 1978). Como se pode observar da nossa análise psicométrica o nosso valor de alfa (0,98) foi coerente com os valores obtidos pelos autores originais.

A escala revisitada pelos autores (Pocinho *et al.*, 2010) revelou possuir uma elevada consistência interna ( $\alpha = 0,905$ ) passando a ter para além de 16 itens, uma variação na pontuação de 16 a 64. Em que quanto maior a pontuação maior o sentimento de solidão. No seu estudo os autores obtiveram uma pontuação global maior de 32, indicando sentimentos negativos de solidão (p.74).

### 5.5 Análise das diferenças entre os valores das médias em função de diferentes critérios (*t-student*)

Partindo dos valores totais das respostas dadas aos itens das três escalas usadas na avaliação das variáveis teóricas do estudo (solidão, autoestima, satisfação com a vida), procedeu-se ao cálculo dos valores das médias e dos desvios-padrão de cada escala para avaliar eventuais diferenças em função de diversos critérios pertinentes.

No Quadro 10, apresentam-se os resultados do teste *t-student* correspondentes à avaliação do significado estatístico das diferenças entre os valores das médias e dos desvios-padrão em função da variável critério do sexo. As diferenças são estatisticamente significativas apenas em relação ao total da Escala de Solidão (UCLA),  $t(92) = -2,063$ ,  $p < 0,05$  (os valores da média são mais elevados no sexo feminino), o que significa que as mulheres tendem a sentir-se mais solitárias.

**Quadro 10. Valores das médias, desvios padrão e testes de diferenças (*t student*) em função do sexo**

Sexo		N	M	DP	Teste <i>t student</i> p	
Total solidão (UCLA)	M	51	35.0 0	16.18	-2.063	.04*
	F	41	42.4 4	17.98		
Total autoestima (RSES)	M	51	36.3 9	5.06	-.214	n.s.
	F	41	36.6 4	5.98		
Total satisfação vida (SWLS)	M	51	20.2 7	3.34	.797	n.s.
	F	41	19.5 9	4.57		

n.s.= Não significativo, \*  $p < .05$

No Quadro 11, apresentam-se os resultados do teste *t-student* correspondentes à avaliação do significado estatístico das diferenças entre os valores das médias e dos desvios-padrão em função da variável critério institucionalização. As diferenças são estatisticamente significativas em relação ao total de todas as escalas do estudo. Em relação à Escala de Solidão (UCLA),  $t(92)= 4,477$ ,  $p<0,01$  (os valores da média são mais elevados nos idosos institucionalizados), o que significa que os idosos institucionalizados tendem a sentir-se mais solitários do que os idosos não institucionalizados. No que diz respeito à Escala de Autoestima (RSES),  $t(92)= -2,507$ ,  $p<0,01$  (Os valores da média são mais elevados nos idosos não institucionalizados), o que significa que os idosos não institucionalizados tendem a possuir níveis de auto-estima mais elevados que os idosos institucionalizados. Relativamente à Escala da satisfação com a vida (SWLS),  $t(92)= -3,267$ ,  $p<0,01$  (Os valores da média são mais elevados nos idosos não institucionalizados), verificámos que os idosos não institucionalizados possuem níveis de satisfação com a vida superiores aos idosos institucionalizados.

**Quadro 11. Valores das médias, desvios padrão e testes de diferenças (t student) em função da institucionalização do idoso**

Institucionalização		N	M	DP	Teste t student p t	
Total solidão (UCLA)	Sim	27	50.66	19.42	4.477	.000**
	Não	65	34.33	14.26		
Total autoestima (RSES)	Sim	27	34.34	6.57	-	.014*
	Não	65	37.44	4.85		
Total satisfação vida (SWLS)	Sim	27	17.85	5.08	-	.002**
	Não	65	20.74	3.23		

\*  $p<.05$ , \*\*  $p<.01$

Não verificámos a existência de diferenças estatisticamente significativas em relação aos valores das médias por comparação com base no critério ter netos. No entanto da análise do Quadro 12 e com base no critério ter bisnetos verificámos que relativamente à Escala da autoestima,  $t(92)= -2,168$ ,  $p<0,03$ , os valores da média são mais elevados nos idosos que não possuem bisnetos, verificámos que os idosos que

não possuem bisnetos tendem a ter uma autoestima superior que os que possuem bisnetos.

**Quadro 12. Valores das médias, desvios padrão e testes de diferenças (*t student*) em função do idoso ter bisnetos**

Bisnetos		N	M	DP	Teste <i>t student</i> p	
Total solidão (UCLA)	Sim	17	45.18	19.90	1.593	n.s.
	Não	75	37.75	16.77		
Total autoestima (RSES)	Sim	17	33.94	5.14	2.168	.03*
	Não	75	37.12	5.51		
Total satisfação vida (SWLS)	Sim	17	19.35	4.90	-.604	n.s.
	Não	75	20.01	3.87		

n.s. = não significativo\* p<.05

A análise do Quadro13 revelou que em relação à Escala de Solidão (UCLA),  $t(92) = 1,954$ ,  $p < 0,05$ , os valores da média são mais elevados nos idosos que vivem sozinhos, o que significa que os idosos que vivem sozinhos tendem a sentir-se mais solitários do que os idosos que vivem acompanhados. Relativamente à Escala da satisfação com a vida (SWLS),  $t(92) = -2,076$ ,  $p < 0,03$ , os valores da média são mais elevados nos idosos que não vivem sozinhos, verificámos que os idosos que não vivem sozinhos possuem níveis de satisfação com a vida superiores aos idosos que vivem sozinhos.

**Quadro 13. Valores das médias, desvios padrão e testes de diferenças (*t student*) em função do idoso viver sozinho**

Vive sozinho		N	M	DP	Teste <i>t student</i> p	
Total solidão (UCLA)	Sim	30	44.18	19.11	1.954	.054*
	Não	62	36.68	16.29		
Total autoestima (RSES)	Sim	30	36.17	6.82	-.428	n.s.
	Não	62	36.70	4.89		
Total satisfação vida (SWLS)	Sim	30	18.60	4.30	2.076	.033*
	Não	62	20.52	3.81		

n.s. = não significativo\* p<.05

## 5.6 Análise de correlação linear simples

Para avaliar a força da eventual associação entre diferentes valores assumidos pelas variáveis em estudo, procedeu-se à análise das correlações lineares simples entre os totais das respostas dadas às três escalas usadas e os totais de outras medidas colhidas no estudo.

Conforme se pode verificar pelo Quadro 14, as correlações entre as três medidas das escalas são todas estatisticamente significativas para um nível de  $p < 0,01$ . O total da medida de solidão apresenta uma correlação forte, embora negativa, com as medidas de autoestima ( $r = -0,63$ ,  $p < 0,01$ ) e de satisfação com a vida ( $r = -0,52$ ,  $p < 0,01$ ), o que sugere que a um decréscimo do sentimento de solidão tende a associar-se um aumento da autoestima e um aumento da satisfação do idoso com a vida. Por sua vez, a medida da autoestima apresenta também uma correlação estatisticamente significativa e positiva com a medida de satisfação com a vida ( $r = 0,62$ ,  $p < 0,01$ ), o que significa que um incremento do sentimento de satisfação com a vida se faz acompanhar por um aumento na autoestima do idoso.

Num outro plano, identificaram-se igualmente correlações estatisticamente significativas entre as três medidas das variáveis teóricas e outras medidas usadas no estudo. Por exemplo, o sentimento de solidão dos idosos tende a aumentar com o aumento do número de filhos ( $r = 0,23$ ,  $p < 0,05$ ), com o aumento do número de netos ( $r = 0,23$ ,  $p < 0,05$ ) e com a percepção de um melhor estado de saúde ( $r = 0,29$ ,  $p < 0,01$ ) e tende a diminuir com um maior número de pessoas com quem o idoso entende que pode contar ( $r = -0,60$ ,  $p < 0,01$ ) e com o aumento do número de atividades em que o idoso se envolve ( $r = -0,33$ ,  $p < 0,01$ ).

Poderemos ainda verificar no mesmo Quadro 14, que a autoestima do idoso tende a aumentar com o aumento do número de pessoas com que pode contar ( $r = 0,35$ ,  $p < 0,01$ ) e com o aumento do número de atividades que pratique ( $r = 0,39$ ,  $p < 0,01$ ). Por outro lado, a auto-estima no idoso tende a diminuir com o aumento da percepção de um pior estado de saúde ( $r = -0,36$ ,  $p < 0,01$ ), e aumenta com a diminuição do número de netos ( $r = -0,23$ ,  $p < 0,05$ ), e com a diminuição do número de filhos ( $r = -0,24$ ,  $p < 0,05$ ). Por seu lado a satisfação que o idoso sente com a sua vida tende a

aumentar com o número de pessoas com que acha que pode contar ( $r=0,36$ ,  $p<0,01$ ) assim como com o aumento do número de atividades que pratica ( $r=0,41$ ,  $p<0,01$ ). No sentido oposto o aumento da perceção de um pior estado de saúde tende a diminuir a satisfação do idoso com a sua vida ( $r=-0,43$ ,  $p<0,01$ ).

**Quadro 14. Valores das correlações (Pearson) entre os totais das escalas e as medidas de variáveis**

	1 (UCLA)	2 (RSES)	3 (SWLS)	4	5	6	7	8	9	10
1) Total Solidão (UCLA)	-									
2) Total Autoestima (RSES)	-.63**	-								
3) Total Satisfação com a Vida (SWLS)	-.52**	.62**	-							
4) Idade idosos	-.03	.07	.11	-						
5) N° filhos	.23*	-.24*	-.16	.08	-					
6) N° netos	.23*	-.23*	-.17	.18	.84**	-				
7) N° bisnetos	.12	-.15	-.14	.39**	.57**	.53**	-			
8) N° pessoas com que pode contar	-.60**	.35**	.36**	-.09	.01	-.01	-.01	-		
9) N° atividades está envolvido	-.33**	.39**	.41**	-.21*	-.02	-.03	-.15	.39**	-	
10) Estado de saúde	.29**	-.36**	-.43**	.06	.19	.16	.14	-.17	-.44**	-

\* P &lt; .05, \*\* P &lt; .01

### 5.7 Análise da variância das respostas dadas às escalas em função do critério estado de saúde do idoso (ANOVA)

Procedeu-se à realização de uma análise unifatorial da variância (ANOVA) para comparar os valores das médias das respostas dadas aos totais das três escalas usadas para avaliar as variáveis teóricas do estudo e, função da avaliação do idoso sobre o seu estado de saúde. Conforme se pode verificar pelo Quadro 15, em baixo, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas nas respostas dadas às três escalas consideradas. Os valores da autoestima dos idosos tendem a apresentar valores em média mais altos naqueles idosos que se autoavaliam como estando em melhor estado de saúde, por comparação com os outros que se avaliam como apresentando uma saúde mais débil. O mesmo quadro evidenciou, relativamente à satisfação com a vida que, os idosos que percecionam a sua saúde como muito boa, tendem a sentir-se mais satisfeitos com a sua vida quando comparados com os outros. No que diz respeito à solidão, os idosos que autoavaliam o seu estado de saúde como sendo muito mau revelam sentir níveis de solidão superiores quando comparados com os outros idosos.

**Quadro 15. Teste ANOVA para comparação dos valores da média e do desvio-padrão dos totais das três escalas em função da avaliação do idoso sobre o seu estado de saúde.**

	Estado Saúde	N	M	DP	F	p
Total Autoestima (RSES)	Muito bom	4	41.00	5.29	3.936	.006**
	Bom	25	37.66	4.11		
	Razoável	53	36.62	5.71		
	Mau	6	33.35	5.68		
	Muito mau	4	28.50	3.42		
	Total	92	36.53	5.56		
Total Satisfação com a Vida (SWLS)	Muito bom	4	21.25	3.78	7.995	.006**
	Bom	25	21.08	2.99		
	Razoável	53	20.19	3.59		
	Mau	6	17.33	5.35		
	Muito mau	4	11.00	2.94		
	Total	92	19.89	4.06		
Total Solidão (UCLA)	Muito bom	4	34.81	15.74	2.835	.029*
	Bom	25	35.76	15.14		
	Razoável	53	38.08	17.22		
	Mau	6	50.00	21.72		
	Muito mau	4	62.00	14.90		
	Total	92	39.12	17.51		

\* p < .05, \*\* p < .01

## **DISCUSSÃO**



## **Discussão**

Nesta investigação utilizámos três instrumentos que avaliaram a autoestima, satisfação do idoso com a vida e o sentimento de solidão. Também a montante desta investigação formulámos 6 hipóteses pelas quais iniciaremos esta discussão. Assim e relativamente à **hipótese 1**, os nossos resultados, para além de a validarem, revelaram que os idosos não institucionalizados possuem níveis de satisfação com a vida superiores aos idosos institucionalizados, o que vai ao encontro dos resultados encontrados por Seixas (2013), que evidenciam que a satisfação com a vida dos idosos no grupo Dom (grupo que reside no domicílio) é superior à do grupo Inst. (grupo que se encontra institucionalizado). Outros autores, como Gueldner *et al.* (2001, *cit in* Cardiga, 2016, p.36), também verificaram níveis mais baixos de satisfação com a vida em idosos institucionalizados do que nos idosos que não estavam institucionalizados. Contudo, Cardiga (2016) contraria estes resultados, pois as suas conclusões evidenciaram que não existem diferenças significativas entre idosos não institucionalizados e institucionalizados em relação à satisfação com a vida.

Relativamente à **hipótese 2**, confirmada pelos nossos resultados, da nossa investigação podemos concluir que os idosos não institucionalizados tendem a possuir níveis de autoestima mais elevados que os idosos institucionalizados. O que vai ao encontro dos resultados encontrados por Luís (2015), que verificou que os idosos que vivem em comunidade apresentam uma média de autoestima superior quando comparados com os idosos que vivem na instituição. Shyam e Yadev (2006), também obtiveram resultados que corroboram com o nosso estudo, pois verificaram que os idosos não institucionalizados obtiveram valores mais elevados de autoestima comparativamente aos idosos institucionalizados.

Quando comparados os idosos institucionalizados com os não institucionalizados verificámos que os institucionalizados tendem a sentir-se mais solitários do que os idosos não institucionalizados. Com este resultado confirmámos a **hipótese 3** do nosso estudo que atesta as conclusões obtidas por outros autores (Luís, 2015; Routasalo *et al.*, 2006), onde se verificou que os níveis de solidão percecionados

pelos idosos variam consoante a situação residencial, sendo os idosos que residem em instituições os que apresentam níveis de solidão superiores aos idosos residentes na comunidade.

No que diz respeito à **hipótese 4**, igualmente validada, pudemos observar que um incremento no sentimento de satisfação do idoso com a vida se faz acompanhar por um aumento na sua autoestima. Não encontramos estudos que analisem estas duas premissas, apenas que relacionem a satisfação com a vida e a qualidade de vida, o que não serve para confirmar ou não as nossas conclusões.

Relativamente à **hipótese 5**, a mesma foi validada pela investigação. Mas não encontrei estudos que exibam esta correlação, ainda que contraditória à estudada.

A **hipótese 6** foi confirmada pelo nosso estudo e também Luís (2015), apresenta a mesma premissa, de que quanto maior é o score da autoestima menor é a pontuação de solidão, ou seja, existe uma correlação negativa.

De salientar que a apreciação global dos três instrumentos, revelou que um decréscimo do sentimento de solidão tende a associar-se um aumento da autoestima (H6) e um aumento da satisfação do idoso com a vida (H5).

No que diz respeito à perceção de autoestima pelos idosos, também esta variável psicológica apresenta diferenças estatisticamente significativas em função da situação residencial. Estes resultados corroboram os do estudo de Luís (2015) em que os idosos que vivem em comunidade apresentam uma média de autoestima superior quando comparados com os idosos que vivem na instituição. Marrachinho (2014), no seu estudo também afirma existir diferenças estatisticamente muito significativas entre a situação residencial do idoso e a solidão, ainda que se refira a instituição Lar e Lar/Aldeia (verifica que o Lar (tradicional) apresenta indicadores (Média) de maior Solidão que o Lar/Aldeia).

O nosso estudo revelou, ainda, que as mulheres tendem a sentir-se mais solitárias quando comparadas com os homens, o que vai ao encontro do que foi apurado noutros estudos (Costa, 2013; Marrachinho, 2014; Luís, 2015) nos quais se verificou

igualmente que as mulheres têm maior propensão para revelarem os seus sentimentos de solidão.

Ficou evidente no nosso estudo que os idosos que vivem sozinhos tendem a sentir-se mais solitários do que os idosos que vivem acompanhados. Este nosso resultado é validado em outros estudos (Routasalo *et al.*, 2006) que concluem igualmente que um dos preditores mais poderosos da solidão está associado ao fato do idoso viver ou não acompanhado.

No que concerne à autoestima do idoso, os nossos resultados apontam para o aumento de nível de autoestima, consoante o aumento do número de pessoas com que o idoso pode contar, o que vai ao encontro do que outros autores defendem (Duridan & Gatti, 2014; Maçola *et al.*, 2010), apontando que uma elevada autoestima emerge de um sentimento de aceitação e do reconhecimento positivo por parte de pessoas significativas e importantes para o indivíduo (Famíliares, amigos, etc.)



## **CONCLUSÃO**



## **Conclusão**

Nesta investigação utilizámos três instrumentos que avaliaram a autoestima, satisfação do idoso com a vida e o sentimento de solidão. A apreciação global das três escalas revelou que um decréscimo do sentimento de solidão tende a associar-se um aumento da autoestima e um aumento da satisfação do idoso com a vida. Pudemos observar igualmente que um incremento no sentimento de satisfação do idoso com a vida se faz acompanhar por um aumento na sua autoestima. O nosso estudo revelou, ainda, que as mulheres tendem a sentir-se mais solitárias quando comparadas com os homens. Quando comparados os idosos institucionalizados com os não institucionalizados verificámos que os institucionalizados tendem a sentir-se mais solitários do que os idosos não institucionalizados. Os idosos não institucionalizados tendem a possuir níveis de auto-estima mais elevados que os idosos institucionalizados. Os idosos não institucionalizados possuem níveis de satisfação com a vida superiores aos idosos institucionalizados.

Ficou evidente no nosso estudo que os idosos que vivem sozinhos tendem a sentir-se mais solitários do que os idosos que vivem acompanhados e que estes últimos possuem níveis de satisfação com a vida superiores aos idosos que vivem sozinhos. Verificámos igualmente que o sentimento de solidão dos idosos tende a diminuir com um maior número de pessoas com quem o idoso entende que pode contar e com o aumento do número de atividades em que o idoso se envolve.

No que concerne à autoestima do idoso, esta tende a aumentar com o aumento do número de pessoas com que o idoso pode contar, assim como, com o aumento do número de atividades que o mesmo pratique. Por outro lado, a auto-estima no idoso tende a diminuir com o aumento da percepção de um pior estado de saúde.

No que diz respeito à satisfação que o idoso sente com a sua vida, ficou evidente que esta tende a aumentar com o número de pessoas com que ele acha que pode contar assim como com o aumento do número de atividades que pratica. No sentido oposto o aumento da percepção de um pior estado de saúde tende a diminuir a sua satisfação com a sua vida.

O nível de autoestima dos idosos que se autoavaliam como estando em melhor estado de saúde, por comparação com os outros que se avaliam como apresentando uma saúde mais débil, é mais elevado. Os idosos que percecionam a sua saúde como muito boa, tendem a sentir-se mais satisfeitos com a sua vida quando comparados com os outros. Em oposição a esta situação, temos os idosos que auto-avaliam o seu estado de saúde como sendo muito mau e assim revelam sentir níveis de solidão superiores quando comparados com os outros idosos.

### **Limitações do estudo e futuras investigações**

Apesar de com esta amostra nos ter sido possível atingir os objetivos deste trabalho, é conveniente considerar que as opções metodológicas assumidas acarretaram algumas limitações. Uma delas prende-se com o número de idosos que constituíram a nossa amostra. Teria sido conveniente um maior número de participantes permitindo procedimentos estatísticos que assegurassem a capacidade de generalização de alguns resultados.

No que diz respeito à recolha de dados, optamos por dois tipos, auto e hétero administração. No entanto acreditamos que os dados obtidos, através da autoadministração das escalas possam ter enviesado os resultados, principalmente devido à dificuldade que se verificou, por parte dos idosos, na interpretação de algumas afirmações das escalas. Esta situação tendeu a minimizar-se aquando da heteroadministração do protocolo. Ainda assim, e apesar deste aspeto ser contornável, observámos alguns constrangimentos por parte dos idosos em responder, uma vez que se encontravam na presença de uma pessoa “estranha”.

Em função das limitações aludidas, em estudos futuros seria fundamental aplicar os instrumentos de recolha, efetuando o idoso ao seu preenchimento acompanhado pelo investigador e por alguém que ele conheça. Sugerimos igualmente o preenchimento do instrumento em sala ou ambiente privado, quando possível.

Percebemos ao longo do nosso estudo que a realização de entrevistas gravadas com os idosos teria trazido maior riqueza de pormenores à investigação. Pensamos que

acrescentando mais este método de recolha se esbatessem alguns enviesamentos de interpretação e constrangimentos aquando das respostas.

A possibilidade da realização de estudos comparativos efetuando recolhas de dados em várias áreas do país, possibilitaria ainda uma melhor compreensão do impacto dos sentimentos de solidão, da satisfação com a vida e da autoestima, na vida dos idosos.

### **Propostas de intervenção**

A melhoria das condições de vida, o enorme progresso na medicina e a procura de uma maior esperança de vida, são fatores que se refletem no aumento considerável da população idosa. Isto acarreta implicações sociais, económicas e políticas, bem como grandes desafios à sociedade contemporânea no sentido de encontrar respostas para promover o bem-estar e uma melhor qualidade de vida deste grupo etário. Não obstante às dificuldades existentes ao nível da participação dos idosos, as intervenções têm-se revelado, de um modo geral, eficazes, para além de assumirem uma grande importância, dada a relevância do seu papel na promoção da qualidade de vida e na redução das incapacidades funcionais (Lima *et al.*, 2011).

Face aos resultados obtidos e às conclusões encontradas com este estudo, propomos alguns instrumentos, atividades, práticas, que permitam, sobretudo aos idosos institucionalizados, aumentar a sua autoestima, que por sua vez tenderá a aumentar o seu grau de satisfação com a vida com conseqüente diminuição do seu nível de solidão. Desenvolvimento de Técnicas de *Mindfulness*

No nosso dia a dia agimos muitas vezes sem envolvimento emocional nas nossas tarefas. Tendemos a realizar múltiplas atividades em simultâneo, vivendo assim os nossos dias. Esta forma de estar na vida é na maior parte das vezes, o reflexo do receio de estar em contacto com certos aspetos importantes do nosso quotidiano, uma vez que isso se pode tornar penoso (Lima *et al.*, 2011). Neste sentido, o conceito de *Mindfulness* baseado nas práticas meditativas orientais budistas propõe ao indivíduo “... prestar atenção de uma maneira particular; isto é, de propósito, no momento

presente e sem julgamento” (Kabat-Zinn, 1990). Para o *Mindfulness* esta “... é uma abordagem utilizada para lidar com o emaranhado de pensamentos e sentimentos sobre o passado ou o futuro, assim como sobre racionalizações que levam os sujeitos a perder o contacto com o que está a acontecer no momento presente e a viver num estado designado por piloto automático”

Schwartz e Begley (2002 *cit in* Rejeski, 2008), através de métodos baseados no *Mindfulness*, mostraram que “...pacientes com distúrbios obsessivo-compulsivos podem realmente alterar a atividade metabólica do seu núcleo caudado e experimentar o alívio dos sintomas alterando quais pensamentos recebem atenção consciente.”. Na abordagem *Mindfulness* enfatiza-se a experiência do momento presente através dos sistemas sensoriais do corpo. Segundo Wallace e Shapiro (2006), “...a mente é treinada para inibir o processamento semântico, para prestar atenção à experiência sensorial e para se abstrair das distorções que são criadas por conceitos mentais e imagens.”

Neste sentido, as várias intervenções que se têm vindo a realizar, a nível individual e grupal, têm sido sugeridas, como “...podendo aliviar estados negativos e serem eficazes com pessoas mais velhas...” (Gatz, 1998; Gatz & Knight, 1998; Knight, 1999, *cit in* Lima, *et al.*, 2011).

Estudos experimentais (Alexander *et al.*, 1989, *cit in* Lima *et al.*, 2011) desenvolvidos em lares com idosos com uma média de idades de 81 anos, submetidos a programas de Meditação Transcendental, Treino em *Mindfulness*, programas de relaxamento revelou um decréscimo dos níveis de depressão assim como mudanças positivas nas dimensões cognitiva, emocional, física e comportamental produzindo redução de pensamentos mecânicos negativos ou ruminatórias desgastantes, revelando-se como uma estratégia eficaz que capacita os sujeitos idosos “...com novos recursos para fazer face à relação com a sintomatologia depressiva” (Lima *et al.*, 2011, p. 178). Os idosos tornam-se igualmente capacitados para lidar de forma mais serena com a dor e o sofrimento.

A prática de *Mindfulness*, segundo Lima e Oliveira (2015) “está relacionada com diversos parâmetros de bem-estar, bem como com o desenvolvimento da capacidade

de lidar com a dor e a adversidade”(p.145). Para as autoras, o treino em *Mindfulness* nos idosos deve ser visto numa perspetiva curativa, mas essencialmente preventiva e educativa, capacitando estas pessoas com os meios necessários, para permitir o “aprender de uma nova forma de estar na vida: mais aceitante, mais consciente, mais libertadora.” Usando as palavras de Rejeski (2008), “...o *Mindfulness* desafia as pessoas de qualquer idade a olhar para trás, não para mexer no pote do sofrimento, mas como um meio de aumentar a sabedoria. Ele desafia-nos a concentrar a nossa atenção neste momento e em cada momento sucessivo das nossas vidas, para que possamos ter uma ideia do propósito da nossa existência e criar um caminho na vida que promova o bem-estar.”

E ainda decorrente do nosso estudo, considerámos oportuno e a título de sugestão a implementação de um protocolo denominado de RisoFitness. Este protocolo que já foi implementado num Centro de Dia da zona Centro do país (Gesteira), deu origem a um artigo publicado na revista *online* 4Sénior (Fragoso & Ferraz, 2017).

O que é o RisoFitness?

O RisoFitness é uma marca que se constitui no desenvolvimento de protocolos compostos por sessões com dinâmicas e atividades adaptadas para crianças, jovens, adultos, seniores e cidadãos com necessidades especiais. Cada protocolo é composto por um determinado número de sessões analisadas e planeadas com os todos os promotores de cada projeto RisoFitness. Estas sessões envolvem conjuntos de dinâmicas com base em saberes e técnicas extraídas de variadíssimas áreas (*cf* Figura 2) nomeadamente o yoga do riso, a meditação e o relaxamento, o Qi Gong, a aromaterapia e a cronoterapia. Pretende-se deste modo criar um conjunto de estímulos entre os participantes que fomentem o bem-estar geral dos mesmos, promovam interações saudáveis entre pares e conseqüentemente incrementem a saúde física, mental e emocional dos indivíduos. O RisoFitness visa, em grupo, refletir, analisar e desconstruir alguns conceitos tais como são exemplo os pensamentos positivos, importância das técnicas de respiração, efeitos químicos da gargalhada no nosso organismo, etc. Pretende-se igualmente predispor os participantes para as atividades através de música e de exercícios básicos de

respiração (Qi Gong), permitir aos participantes experienciarem o riso através de exercícios, sensibilizar para os benefícios do riso na saúde, sensibilizar para a importância de gerar pensamentos positivos, promover estados mentais potenciadores de pensamentos positivos, praticar exercícios de meditação e de respiração



**Figura 2. Áreas do conhecimento envolvidas na criação do RisoFitness (Fonte: Fragoso & Ferraz, 2017)**

As sessões de RisoFitness são desenvolvidas e facilitadas por um profissional qualificado com experiência na dinamização de grupos. O perfil do profissional RisoFitness pauta-se pela empatia, pela simpatia, pelo conhecimento das técnicas e dinâmicas, pela aquisição constante de formação e informação acerca das áreas envolvidas assim como acerca dos públicos aos quais o RisoFitness se destina.

### **Relevância do Mestrado para a vida pessoal e profissional**

Por mais estudos que se façam este será sempre um tema por demais complexo, porque a forma como cada um de nós irá encarar o processo de velhice trará sempre muito daquilo que fomos e vivemos até então. Contudo, temos a missão de dar prioridade a esta faixa etária quase como um dever cívico, somos seres do mundo com um ciclo de que uns cumprem até ao fim e outros porém ficam no caminho e

muitas vezes não há explicação. Portanto, para aqueles que ficam resta-nos dar o nosso melhor até que a luz se apague.

Falar e pensar em idosos, é pensar nos avozinhos que tive e que tanto adorei e com quem sempre me preocupei e deste modo considero que a dignidade do Ser é até ao fim da linha e como tal há que enaltecer, valorizar, acompanhar, entender... Andar de mão dada até ao fim... Estes são os meus valores, os que me foram passados, os que incrementei e quero passar, se não a todos que me rodeiam, pelo menos à minha filha. Pegando nas palavras e título do livro da Professora. Dra. Luísa Pimental: “Filho és, Pai serás...”, acrescento ainda, esperando poder vir a usar desse título, “Neta foste... Avó serás...”.

Com a realização deste estudo, fui remetida de volta à minha alegre e doce infância, pois, a resposta social utilizada como amostra (Centro de Dia “O Moinho”) fica exatamente em Vila Nova de Santo André, cidade onde cresci. Lá, pude estar ao lado de pessoas que me carregaram ao colo e que acompanharam o meu crescimento e aí eu senti-me lisonjeada por se lembrarem de mim e lhes poder retribuir, de certa forma, o colinho oferecido um dia.

Ao longo deste percurso percebi que no fundo grande parte de mim ficou muito melhor e mais rica. Comoveu-me demais perceber que os idosos se sentem rejeitados e que muitas vezes até se sentiam incomodados quando lhes dava abraços e beijinhos, questionando-me se não tinha “nojo” de o fazer...(como é possível? Pensei eu...), mais braços tivesse eu para os envolver a todos!

De certa forma, em alguns dos sítios que entrei, verifiquei que aqueles locais não passavam de meros depósitos de idosos, sem o mínimo de calor humano, e aí ficou ainda mais patente o quão importante é que se conectem com o mundo através de novas iniciativas, é importante promover isso! Porque cresci envolta desta maravilhosa onda de amor, cresceu em mim a maior admiração e respeito por estas pessoas tão crescidas e tão capazes de nos fazer sentir mais do que alguma vez julgámos ser possível (...eu tinha uma super avó que fez de mim a super neta!), pudesse eu abraçar todos os avós deste mundo e fazê-los sentir como eu me senti e sinto.

No fim deste (pedaço) de caminho, pedaço mesmo, pois ainda não cheguei ao fim do caminho/percurso, acreditem que tudo tem uma importância mais refinada, o vento, a chuva, o sol, o ar que permite respirar e a liberdade de uma vida carregada de “ais “ e “uis”, mas repleta de amor.

Relativamente à componente profissional, este foi o mestrado que escolhi porque como empresária e trabalhando eu diariamente com inúmeros empresários, dado que sou consultora, formadora e auditora financeira e da qualidade, gostaria de poder transmitir ainda mais valores a essas organizações, não só os meramente técnicos, mas sim os de cidadania, confiança, valores humanos, de responsabilidade social, respeito pelo próximo, devendo ser tudo isto a base dos valores morais de qualquer cidadão. Mais de que ser uma empresária socialmente responsável, pois assim me considero, não em todos, mas nalguns dos pilares da responsabilidade social, queria muito ser reconhecida por uma pessoa que respeita o próximo em geral e sobretudo os mais velhos, os “avozinhos”, como carinhosamente gosto de chamar a esta gente linda e maravilhosa, a qual sempre considero e respeito, quer sejam meus colaboradores ou clientes, com eles acredito sempre que posso aprender, pela sua experiência, pelo seu conhecimento, pelo seu Ser.

Em suma, com este mestrado, procurei um maior e melhor entendimento do processo de envelhecimento em contexto empresarial, social e económico e, como tal, intento deixar um contributo reflexivo acerca dos procedimentos, atitudes e entendimento de uma sociedade que (sobre)vive a cada dia à correria, distraíndo-se deste Ser (o velho) e do Ser (saber ser e saber estar). Até porque trabalho com empresas que desenvolvem a sua atividade da área do apoio e acompanhamento desta população idosa e acredito que este estudo tem a possibilidade de criar uma extensão na valorização de conceitos e práticas profissionais.

## **DEIXEM-ME ENVELHECER**

Deixem-me envelhecer sem compromissos e cobranças,  
Sem a obrigação de parecer jovem e ser bonito para alguém,  
Quero ao meu lado quem me entenda e me ame como eu sou,  
Um amor para dividirmos tropeços desta nossa última jornada,  
Quero envelhecer com dignidade, com sabedoria e esperança,  
Amar minha vida, agradecer pelos dias que ainda me restam,  
Deixem-me envelhecer com sanidade e discernimento,  
Com a certeza que cumpri meus deveres e minha missão,  
Quero aproveitar essa paz merecida para descansar e refletir,  
Ter amigos para compartilharmos experiências, conhecimentos,  
Quero envelhecer sem temer as rugas e meus cabelos brancos,  
Sem frustrações, terminar a etapa final desta minha existência,  
Não quero me deixar levar por aparências e vaidades bobas,  
Nem me envolver com relações que vão me fazer infeliz.  
Deixem-me envelhecer, aceitar a velhice com suas mazelas,  
Ter a certeza que minha luta não foi em vão: teve um sentido,  
Quero envelhecer sem temer a morte e ter medo da despedida,  
Acreditar que a velhice é o retorno de uma viagem, não é o fim,  
Não quero ser um exemplo, quero dar um sentido ao meu viver,  
Ter serenidade, um sono tranquilo e andar de cabeça erguida,  
Fazer somente o que eu gosto, com a sensação de liberdade,  
Quero saber envelhecer, ser um velho consciente e feliz!!!”

Mario Quintana (2020)



## **BIBLIOGRAFIA**



## Bibliografia

- Albuquerque, A. S., & Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 153.
- Ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre Gerações. *PROGRAMA DE AÇÃO, 2012 | Portugal*. (2012). Consultado em 20 janeiro, 2020 <http://livrozilla.com/download/1722397>
- Argyle, M., & Martin, L. (1991). The origins of happiness. In F. Strack, M. Argyle, & N. Schwarz (Eds.), *Subjective well-being* (pp. 77–104). Pergamon.
- Azaredo, Z., & Afonso, M. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313–324. Consultado em 1 Junho, 2020 <http://dx.doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>
- Bagley, C., Bolitho, F., & Bertrand, L. (1997). Norms and construct validity of the Rosenberg Self-esteem Scale in Canadian high school populations: implications for counselling. *Canadian Journal of Counselling*, 31, 82–92.
- Barros, L. A. . (2015). Educando para a envelhescência: uma resenha. *RBSE – Revista Brasileira de Sociologia Da Emoção*, 14(42), 163–168.
- Berlinck, M. (1996). A Envelhescência. In *Boletim de Novidades da Livraria Pulsional* (Vol. 9, Issue 91, pp. 5–8).
- Blascovich, J., & Tomaka, J. (1991). Measures of self-esteem. In J. Robinson, P. Shaver, & L. Wrightsman (Eds.), *Measures of personality and social psychological attitudes* (Vol. 1, pp. 115–160).
- Bowling, A., & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and who should define it? *BMJ*, 331, 1548–1551. Consultado em 1 Junho, 2020 <https://www.bmj.com/content/331/7531/1548>
- Cardiga, A. (2016). *A satisfação com a vida, o bem-estar psicológico e o suporte social entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação Mestrado em Psicologia, Aconselhamento e Psicoterapias. Universidade

Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Carmines, E., & Zeller, R. (1974). On establishing the empirical dimensionality of theoretical terms: An analytical example. *Political Methodology*, 1, 75–96.

Carneiro, R. (coord. . (2012). O envelhecimento da população: Dependência, ativação e qualidade. In *Focus*. Consultado em 26 junho, 2020  
[http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento\\_populacao.pdf](http://www.qren.pt/np4/np4/?newsId=1334&fileName=envelhecimento_populacao.pdf)

*Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia*. (2000). Jornal Oficial Das Comunidades Europeias. Consultado em 14 de novembro, 2019  
[https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text\\_pt.pdf](https://www.europarl.europa.eu/charter/pdf/text_pt.pdf)

Chiu, I. (1988). Measures of self-esteem for school-age children. *Journal of Counseling & Development*, 66, 298–301.

Collière, M. (1999). *Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de Enfermagem* (4th ed.). Edições técnicas e sindicato dos enfermeiros Portugueses.

Cortella, M. (2018). *O antigo e o velho*. Consultado em 4 março, 2020  
[https://www.youtube.com/watch?v=azpbk2GV5\\_A](https://www.youtube.com/watch?v=azpbk2GV5_A)

Cortella, M. (2019). *O tempo e a vida*. Consultado em 13 setembro, 2020  
<https://www.youtube.com/watch?v=Ek2LmQ5d6Jo&list=LL7AXynrEI7VNBF SKhgbAtGA&index=79>

Costa, A. (2013). *Bem-estar subjetivo Validação das escalas PANAS e SWLS a uma amostra de idosos portugueses institucionalizados*. Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicoterapias e Psicologia Clínica. Instituto Superior Miguel Torga.

Costa, F. C. (2013). *A Solidão como Fator de Risco para a Depressão na Terceira Idade*. Dissertação de Mestrado apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de mestre em Psicologia Clínica e da

Saúde. Universidade Católica Portuguesa Centro Regional de Braga.

- Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542–575.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale: A measure of life satisfaction. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75. Consultado em 26 novembro, 2019  
[http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](http://www.tandfonline.com/doi/full/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Diener, E., Oishi, S., & Lucas, R. (2003). Personality, culture, and subjective well-being: Emotional and cognitive evaluations of life. *Annual Review of Psychology*, 54(1), 403–425.
- Diener, E., Suh, E., Lucas, R., & Smith, H. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276–302. Consultado em 26 novembro, 2019 <https://psycnet.apa.org/record/1984-23116-001>
- Diogo, M. (2003). Satisfação global com a vida e determinados domínios entre idosos com amputação de membros inferiores. *Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health*, 13(6), 395–399. Consultado em 26 novembro, 2019 <https://doi.org/10.1590/s1020-49892003000500008>
- Direção Regional de saúde. (2004). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Consultado em 26 novembro, 2019 <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-para-a-saude-das-pessoas-idosas-pdf1.aspx>
- Dobson, C., Goudy, W., Keith, P., & Powers, E. (1979). Further analysis of Rosenberg's self-esteem Scale. *Psychological Reports*, 44(2), 639–641.
- Duridan, A., & Gatti, A. L. (2014). Autoestima e cuidados pessoais em mulheres de 60 a 75 anos. *Aletheia*, 43–44(2008), 174–187.
- European Commission. (2009). *Discrimination in EU in 2009*. Consultado em 26 novembro, 2019  
[https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs\\_317\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/archives/ebs/ebs_317_en.pdf)

- Fragoso, M., & Ferraz, N. (2017). EnvelheSer RisoFitness ! *4Senior*. Consultar 1 Julho, 2017  
[https://www.4senior.pt/uploads/source/DOCs/EnvelheSer\\_RisoFitness-\\_Artigo.pdf](https://www.4senior.pt/uploads/source/DOCs/EnvelheSer_RisoFitness-_Artigo.pdf)
- Freitas, P. (2011). *Solidão em idosos. Percepção em função da rede social* Universidade Católica Portuguesa. Centro Regional de Braga. Faculdade de Ciências Sociais.Braga. Consultado em 12 Julho, 2020  
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/SOLID%C3%83O%20EM%20IDOSOS.pdf>
- Fromm-Reichman, F. (1959). Loneliness. *Psychiatry*, 22, 1–15.
- Galinha, I. C., & Pais-Ribeiro, J. P. (2005). Contribuição para o estudo da versão portuguesa da Positive and Negative Affect Schedule (PANAS): II – Estudo psicométrico. *Análise Psicológica*, 2, 219-227. *Análise Psicológica*, 2, 219–227. Consultado em 16 março, 2017  
<http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v23n2/v23n2a12.pdf>
- Gaspar, P. (2012). Avaliação da Solidão em Pessoas. *Percursos & Ideias. Revista Científica Do ISCET*, 3 e 4, 79–95.
- Goldenberg, M. (1995). *Toda mulher é meio Leila Diniz* (Rio de Jan). Editora Record.
- Gray-Little, B., Williams, V., & Hancock, T. (1997). An item response theory analysis of the Rosenberg Self- esteem Scale. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 23, 443–451.
- Hagborg, W. (1996). Scores of middle- school- age students on the Rosenberg Self-esteem Scale. *Psychological Reports*, 78, 1071–1074.
- Hair Jr., J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. Bookman.
- Harter, S. (1983). Developmental perspectives on the self-system. In P. Mussen & E.

- Hetherington (Eds.), *Handbook of child psychology* (4th ed., pp. 275–385). Wiley.
- Hensley, W. (1977). Differences between males and females on Rosenberg Scale of Self-esteem. *Psychological Reports*, *41*, 829–830.
- Hensley, W., & Roberts, M. (1976). Dimensions of Rosenberg's Self-esteem Scale. *Psychological Reports*, *38*, 583–584.
- Hunter, K. I., Linn, M. W., & Harris, R. (1982). Characteristics of high and low self-esteem in the elderly. *The International Journal of Aging and Human Development*, *14*(2), 117–126. Consultado em 22 de novembro 2019 <https://doi.org/10.2190/bgvm-2x68-ppfq-eyv8>
- Instituto Nacional de Estatística. (2017). Projeções de população residente 2015-2080. In *Destaque informação à Comunicação Social*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2019). Estimativas de População Residente em Portugal 2018. In *Destaque informação à Comunicação Social*.
- Joia, L., & Ruiz, T. (2013). Satisfação com a Vida na Percepção dos Idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, *16*(6), 79–102.
- Joia, L., Ruiz, T., & Donalísio, M. (2007). Condições associadas ao grau de satisfação com a vida entre a população de idosos. *Revista de Saúde Pública*, *41*(1), 131–138.
- Kabat-Zinn, J. (1990). *Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain and illness*. Delacorte.
- Kaiser, H. (1974). An index of factorial simplicity. *Psychometrika*, *39*(1), 31–36.
- Keith, L., & Bracken, B. (1996). Self-concept instrumentation: A historical and evaluative review. In B. Bracken (Ed.), *Handbook of Self-concept: Developmental, social and clinical considerations* (pp. 91–170). Wiley.
- Kunzmann, U., Little, T. D., & Smith, J. (2000). Is Age-related Stability of

- Subjective Well-being a Paradox? Cross-sectional and Longitudinal Evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15(3), 511–526.
- Lima, M. P. de, Oliveira, A. L., & Godinho, P. (2011). Promover o bem-estar de idosos institucionalizados: um estudo exploratório com treino em mindfulness. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45(1), 165–183. Consultado em 9 agosto, 2019 [https://doi.org/10.14195/1647-8614\\_45-1\\_9](https://doi.org/10.14195/1647-8614_45-1_9)
- Lima, L., Lima, D., & G., R. (2010). Envelhecimento e qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Ciências Do Envelhecimento Humano*, 7(3), 346–356.
- Lima, M., & Oliveira, A. (2015). A integração do mindfulness em intervenções na idade avançada. *Exedra: Revista Científica Do ESEC*, 2.
- López-Ortega, M., Torres-Castro, S., & Rosas-Carrasco, O. (2016). Psychometric properties of the Satisfaction with Life Scale (SWLS): Secondary analysis of the Mexican Health and Aging Study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 14(1), 1–7. Consultado em 19 abril, 2020 <https://doi.org/10.1186/s12955-016-0573-9>
- Luís, T. S. F. (2015). *A Perceção da Autoestima e dos Sentimentos de Solidão em Idosos Institucionalizados*. Mestrado em Psicologia Clínica Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica. Instituto Miguel Torga. Escola Superior de Altos Estudos. Coimbra.
- Maçola, L., Vale, I. N., & Carmona, E. V. (2010). Avaliação da autoestima de gestantes com uso da Escala de Autoestima de Rosenberg. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 44(3), 570–577.
- Marrachinho, A. L. V. (2014). *Qualidade De Vida E Solidão No Idoso Institucionalizado*. Mestrado em Gerontologia Social. Universidade Do Algarve Escola Superior de Educação e Comunicação. Escola Superior de Saúde de Faro
- Martinez, G. (2015). *Envelhescência*. Consultado a 9 setembro, 2017 <https://www.youtube.com/watch?v=i4cLyLdK5EA&feature=youtu.be>

- Martins, R., Santos, P., & Andrade, A. (2015). Satisfação com a vida em idosos: prevalência e determinantes. *Gestão e Desenvolvimento*, 23, 107–123.
- Neri, A. (2001). *Envelhecimento e qualidade de vida na mulher*. Universidade Estadual de Campinas.
- Neri, A. L. (2005). *Palavras-chave em gerontologia*. Alínea.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social*. Universidade Aberta.
- Neto, F., Barros, J., & Barros, A. (1990). Satisfação com a vida. In L. Almeida *et al.* (eds.) (Ed.), *A acção educativa: análise psicossocial* (pp. 105–117). ESEL/APPORT.
- Neto, M. (2004). *Solidão (também) mata... não só idosos como jovens*. Diário de Notícias. Consultado em 13 setembro, 2020  
<https://www.dn.pt/arquivo/2004/solidao-tambem-mata-nao-so-idosos-como-jovens-591870.html>
- O'Brien, E. (1985). Global Self-esteem Scales: Unidimensional or Dimensional? *Psychological Reports*, 57, 383–389.
- Oliveira, B. (2010). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Legis Editora.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Sociologia, Revista Da Faculdade de Letras. Universidade Do Porto*, 15, 275–287. Consultado em 13 setembro, 2020 <https://ojs.letras.up.pt/index.php/Sociologia/issue/view/181>
- Peplau, L. A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research, and Therapy*. Wiley Interscience.
- Pocinho, M. & Mecdo, E. (2017). Solidão: Um Construto Complexo. *Interações: Sociedade e Novas Modernidades*, 32, 53-66.
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade e Novas Modernidades*, 18, 65–77.

- Pordata- Base de Dados Portugal Contemporâneo. (2020). *Índice de envelhecimento*. Consultado em 20 março, 2020  
<https://www.pordata.pt/Municipios/Índice+de+envelhecimento-458>
- Prata, M. (2020). @*Projeto Releituras*. Consultado em 18 fevereiro, 2020  
[http://www.releituras.com/marioprata\\_envelhece.asp](http://www.releituras.com/marioprata_envelhece.asp)
- Prumes, C. P. (2007). *Ser deficiente, Ser Envelhescente, Ser Desejante*. Dissertação de Mestrado em Gerontoloia. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Quintana, M. (2020). *Deixem-me envelhecer*. Consultado em 27 fevereiro, 2020  
<https://cemanosdeitabuna.blogspot.com/2020/02/deixem-me-envelhecer-mario-quintana.html>
- Rejeski, W. (2008). Mindfulness: Reconnecting the body and the mind in geriatric medicine and gerontology. *The Gerontologist*, 48(2), 135–141.
- Rodrigues, L., & Soares, G. (2006). Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. *Revista Ágora*, 4, 1–29. Consultado em 20 março, 2020  
<https://periodicos.ufes.br/agora/article/view/1901/1413>
- Rodrigues, P. (2015). *Ansiedade , Autoestima E Qualidade De Vida : Estudo Comparativo Em Idosos Praticantes E Não Praticantes De Atividade Física*  
*Ansiedade , Autoestima E Qualidade De Vida : Estudo Comparativo Em Idosos Praticantes E Não Praticantes De*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias. Escola de Psicologia e Ciências da Vida.
- Rosa, M. (2012). *O envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Fundação Francisco Manuel Santos.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton University Press.
- Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people - A population-based study. *Gerontology*, 52(3), 181–187. Consultado em 20

março, 2020 <https://doi.org/10.1159/000091828>

Russell, D., Peplau, L., & Cutrona, C. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480.

Russell, D., Peplau, L., & Ferguson, M. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42(3), 290–294. Consultado em 24 março, 2020 [https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203\\_11](https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11)

Salis, V. D. (2013). O tempo da envelhescência. In J. C. de O. Martins (Ed.), *Seminário Ócio e Contemporaneidade: tempo social e envelhescência nas culturas contemporâneas, 6, 22 e 23 de agosto de 2013, (Não publicado)*.

Santos, P. J., & Maia, J. (2003). Análise factorial confirmatória e validação preliminar de uma versão portuguesa da escala de autoestima de Rosenberg. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 2(June), 253–268. Consultado em 24 março, 2020 <http://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/16170>

Seixas, E. (2013). *A satisfação com a vida em idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social. Universidades Lusíada. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Instituto Superior de Serviço Social. Lisboa.

Shyam, R., & Yadev, S. (2006). Older Adults: A Study Amongst Institutionalized and Non-institutionalized Elderly. *Pakistan Journal of Psychological Research*, 21, 79–84.

Silva, M. (2005). Saúde mental e idade avançada. Uma perspectiva abrangente. In C. Paúl & A. Fonseca (Coords.), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados* (pp. 137-156). Lisboa: Climepsi Editores

Simões, A. (1992). Ulterior Validação de uma Escala de Satisfação com a Vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI(3), 503–515.

Slater, P. (1976). *Earthwalk*. Doubleday.

- Smith, J. (2001). (2001). Well-being and Health from Age 70 to 100: Findings from the Berlin Aging Study. *European Review*, 9(4), 461–477.
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and Well-being in the Young Old and Oldest Old. In: *Journal of Social Issues*, 58(4), 715–732.  
*Journal of Social Issues*, 58(4), 715–732.
- Spiriduso, W. (1995). *Physical dimensions of aging*. Champaign, IL : Human Kinetics.
- Stevens, J. (1986). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Lawrence Erlbaum.
- Supple, A. J., Su, J., Plunkett, S. W., Peterson, G. W., & Bush, K. R. (2013). Factor Structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 44(5), 748–764.
- Tabachnick, B., & Fidell, L. (2007). *Using multivariate analysis*. Allyn&Bacon.
- Teixeira, S., Marinho, F., Junior Cintra, D., & Martins, J. (2015). Reflexões acerca do estigma do envelhecer na contemporaneidade. *Estudos Interdisciplinares Sobre o Envelhecimento*, 20(2), 503–515.
- Wallace, B. A., & Shapiro, S. L. (2006). Mental balance and wellbeing. Building bridges between Buddhism and Western psychology. *American Psychologist*, 61, 690–701.
- Weiss, J. (1957). The Gamble with Death in Attempted Suicide. *Psychiatry*, 2, 17–25.
- Weiss, R. (1973). *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Massachusetts Institute of Technology Press.

## **ANEXOS**



## Anexo 1 – Questionário

### Escola Superior de Educação de Coimbra

No âmbito do Mestrado em Comunicação Organizacional – Confiança, Cidadania e Responsabilidade Social, pretende-se fazer um estudo sobre a importância do envelhecimento ativo, para o qual pedimos a sua preciosa colaboração.

Por favor, dê a sua opinião de acordo com a sua maneira de pensar ou sentir. Não existem respostas corretas ou incorretas. Todas as opiniões são válidas e igualmente legítimas.

Os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados apenas nesta investigação.

Muito obrigada pela sua disponibilidade e colaboração!

#### I. Dados sociodemográficos

1. Idade: \_\_\_\_\_ anos

2. Sexo:

Masculino

Feminino

3. Situação Conjugal

Casado(a)/Em união de facto

Divorciado(a)/Separado(a)

Viúvo(a)

Solteiro(a)

4. Habilitações Literárias

Não frequentou o sistema de ensino formal

1º ciclo do Ensino Básico (1º-4ºano)

2º ciclo do Ensino Básico (5º-6ºano)

3º ciclo do Ensino Básico (7º-9ºano)

Ensino Secundário (10º-12ºano)

Ensino Superior

5. Profissão anterior à reforma: \_\_\_\_\_

6. Quantos Filhos tem? \_\_\_\_\_

7. Tem netos?

Sim  Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

E bisnetos?

Sim  Não

Se sim, quantos? \_\_\_\_\_

8. Qual o contacto que tem com os seus netos/bisnetos?

Muito  Pouco  Nenhum

9. Vive sozinho?

Sim  Não

Se não, com quem?

Esposa  Filhos  Netos  Outros

10. Com quem pode contar quando precisa?

Amigos

Vizinhos

Filhos

Marido/Esposa

11. Em que atividades participa? Pode escolher mais que uma opção.

Jardinagem

Leitura

Cultivar o quintal (horta)

Convívio em Cafés ou jardins

Passeios/Viagens

Caminhadas

Bricolage

Centros de Convívio

Universidade Sénior

Cuidar dos netos

Outra \_\_\_\_\_

## II. Saúde

Como avalia o seu estado de saúde?

Muito Bom

Bom

Razoável

Mau

Muito Mau

*Preenchimento:*

Auto Administrado

Hétero Administrado

*Obrigada*



Anexo 2 – Escala de Satisfação com a Vida – S.W.L.S.

**Escala de Satisfação com a Vida - S.W.L.S.**

*Versão portuguesa de Simões, 1992*

A escala apresenta algumas afirmações relativas ao modo como encara a sua vida, com as quais poderá concordar ou discordar.

Usando a escala de 1 a 5, que se segue, indique o seu grau de acordo com cada item.

A escla é a seguinte:

**1 - *Discordo muito***

**2- *Discordo um pouco***

**3- *Não concordo nem discordo***

**4- *Concordo um pouco***

**5- *Concordo muito***

	1	2	3	4	5
1 A minha vida parece-se em quase tudo com o que eu desejava que ela fosse					
2 As minhas condições de vida são muito boas					
3 Estou satisfeito(a) com a minha vida					
4 Até agora, tenho conseguido as coisas mais importantes da vida que eu desejava					
5 Se pudesse recomeçava a minha vida, não mudaria quase nada.					



Anexo 3 – Escala Autoestima - R.S.E.S.

**Rosenberg Self- Esteem Scale (RSES)**

**Escala Auto - Estima**

*(Rosenberg, 1965; Adaptado por Santos & Maia, 1999)*

Este questionário é constituído por várias afirmações que se relacionam com o modo como cada pessoa se vê a si própria.

Escolha qual o seu grau de acordo ou desacordo de cada afirmação, assinalando a resposta que melhor o(a) descreve.

- 1 *Discordo Totalmente*
- 2 *Discordo*
- 3 *Indiferente*
- 4 *Concordo*
- 5 *Concordo Totalmente*

	1	2	3	4	5
1 Acho que sou uma pessoa digna de estima, pelo menos a mesma que os demais					
2 Tenho tendência a sentir que sou um(a) fracassado(a) em tudo					
3 Acho que tenho muitas qualidades boas					
4 Sou capaz de fazer as coisas tão bem, como a maioria das outras pessoas					
5 Acho que não tenho muitos motivos para me orgulhar de mim mesma/o					
6 Tenho uma atitude positiva perante mim mesma/o					
7 No geral estou satisfeita/o comigo mesma/o					
8 Gostaria de ter mais respeito por mim mesma/o					
9 Às vezes sinto-me realmente uma pessoa inútil					
10 Às vezes penso que não sou grande coisa					



Anexo 4 – Escala da Solidão – U.C.L.A.

**Escala de Solidão - UCLA - Daniel Russell**

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

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1 Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho(a)	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 (a) 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(a) rodeiam já não compartilham dos seus interesses	4	3	2	1
10 Sente-se abandonado(a)	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(a) conhece bem	4	3	2	1
16 Sente-se isolado(a) 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 posto(a) à margem e excluído(a) 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