

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**O PERFIL DE AUTOCUIDADO E A PERCEÇÃO DE SAÚDE:
IMPLICAÇÕES PARA A SOLIDÃO NO IDOSO**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Bruno Miguel Soares Coutinho Dias

Porto | 2020

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO
Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

O PERFIL DE AUTOCUIDADO E A PERCEÇÃO DE SAÚDE: IMPLICAÇÕES PARA A SOLIDÃO
NO IDOSO

THE SELF-CARE PROFILE AND HEALTH PERCEPTION: IMPLICATIONS FOR LONELINESS IN THE
ELDERLY

Orientação:
Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos
Coorientação:
Professora Doutora Maria Alice Correia de Brito

Bruno Miguel Soares Coutinho Dias

Porto | 2020

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Célia Santos pela disponibilidade para responder às minhas solicitações, esclarecimento de dúvidas e me prestar apoio em todos os momentos em que necessitei da sua ajuda.

À Professora Doutora Alice Brito pela disponibilidade no esclarecimento de dúvidas, pelo apoio e pela partilha de conhecimentos.

Aos responsáveis e profissionais dos lares da Santa Casa da Misericórdia do Porto que me abriram as portas e tão bem me acolheram para a realização deste estudo.

Aos utentes dos lares da SCMP por partilharem comigo as suas experiências, desabafos e muito do seu tempo para responderem às questões e assim tornarem possível a realização deste estudo.

Aos meus pais, irmão e avós por todo o apoio, incentivo e compreensão.

Aos meus amigos e a todos os que sempre estiveram ao meu lado e me ajudaram a superar esta fase de enorme trabalho e esforço com um gesto ou uma palavra de incentivo.

A todos, a minha enorme GRATIDÃO!

ABREVIATURAS

AVD('s) – Atividade(s) de Vida Diária

CIFE® – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

Cf. – Conforme

Cit. – Citado

Cont. – Continuação

DGS – Direção-Geral da Saúde

DP – Desvio Padrão

ESEP – Escola Superior de Enfermagem do Porto

Et al. – E colaboradores

Ex. – Exemplo

IBM - International Business Machines Corporation

ICD – International Statistical Classification of Diseases and related health problems

ICN – International Council of Nurses

IMC – Índice de Massa Corporal

MMSE – *Mini Mental State Examination*

OMS – Organização Mundial de Saúde

P./Pág. – Página

SCHDE – *Self Care of the Home-Dwelling Elderly*

SCMP – Santa Casa da Misericórdia do Porto

SPSS – *Statistical Package for the Social Science*

UCLA – Universidade da Califórnia em Los Angeles

Vol. – Volume

RESUMO

As mudanças físicas, o quadro familiar e o meio em que habitam, levam os idosos a sofrerem alterações sociais e psicológicas, nomeadamente o sentimento de solidão (Correia, 1993). O comportamento de autocuidado é influenciado pela capacidade funcional, pela satisfação com a vida e pelo nível de autoestima (Backman e Hentinen, 2001).

No que respeita ao desenho do estudo, foi adotado um paradigma quantitativo, do tipo exploratório, descritivo e correlacional, que tem como objetivo analisar a relação entre a perceção de saúde e o perfil de autocuidado com o sentimento de solidão experienciado pelos idosos. Como objetivos específicos, pretende-se descrever a perceção da saúde dos idosos, caracterizar: os perfis de autocuidado que adotam, o sentimento de solidão dos idosos, de que forma a perceção de saúde e os perfis de autocuidado influenciam o sentimento de solidão dos idosos e de que forma as variáveis sociodemográficas e clínicas interferem na perceção de saúde, perfil de autocuidado adotado e de solidão no idoso. Foram utilizados como instrumentos de avaliação o *Mini Mental State Examination*, o Índice de Barthel, o instrumento de avaliação sociodemográfica e clínica, a Escala de Solidão da UCLA e o instrumento de avaliação dos Perfis de Autocuidado, numa amostra constituída por 73 idosos de um total de 215 residentes nos lares e utentes do centro de dia. No decorrer da investigação pautaram os princípios éticos, na medida em que cada indivíduo participou de forma voluntária e esclarecida no presente estudo. Da análise dos resultados, percebemos que a amostra em estudo é maioritariamente autónoma, apresenta um grau/perceção de solidão globalmente baixo/a, adota essencialmente um perfil de autocuidado formalmente guiado e que o perfil de autocuidado e a perceção de saúde têm implicações para a solidão no idoso.

Como tal, compete-nos a nós enfermeiros/as, inseridos em equipa multidisciplinares, minimizar situações que promovam gastos em saúde e diminuam a qualidade de vida da população em geral e dos idosos em particular.

Palavras-chave: Solidão, idoso, saúde, perfis de autocuidado.

ABSTRACT

The physical changes, the family situation and the environment in which they live, lead the elderly to suffer social and psychological changes, namely the feeling of loneliness (Correia, 1993). Self-care behavior is influenced by functional capacity, satisfaction with life and level of self-esteem (Backman and Hentinen, 2001).

With regard to the study design, a quantitative, exploratory, descriptive and correlational paradigm was adopted, which aims to analyze the relationship between the perception of health and the self-care profile with the feeling of loneliness experienced by the elderly. As specific objectives, it is intended to describe the perception of the health of the elderly, to characterize: the self-care profiles they adopt, the feeling of loneliness of the elderly, how the perception of health and the self-care profiles influence the feeling of loneliness of the elderly and how the sociodemographic and clinical variables interfere with the perception of health, the self-care profile adopted and loneliness in the elderly. The Mini Mental State Examination, the Barthel Index, the sociodemographic and clinical assessment instrument, the UCLA Loneliness Scale and the Self-Care Profiles assessment instrument were used as assessment instruments, in a sample consisting of 73 elderly people out of a total of 215 residents in homes and day care users. During the investigation, ethical principles were guided, as each individual participated in a voluntary and clarified way in the present study.

From the analysis of the results, we noticed that the sample under study is mostly autonomous, has a globally low degree/perception of loneliness, adopts essentially a formally guided self-care profile and that the self-care profile and the health perception have implications for the loneliness in the elderly.

As such, it is up to us nurses, as part of a multidisciplinary team, to minimize situations that promote health expenditures and decrease the quality of life of the population in general and the elderly in particular.

Keywords: Loneliness, elderly, health, self-care profiles.

ÍNDICE

	PÁGINA
0 - INTRODUÇÃO.....	17
CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1.1. O conceito de autocuidado.....	21
1.2. Os perfis de autocuidado	24
1.3. Fatores de influência do autocuidado.....	27
1.4. A solidão no idoso.....	32
1.4.1. A solidão e o autocuidado.....	36
1.4.2. A solidão e a condição de saúde.....	37
CAPÍTULO II – MÉTODO.....	41
2.1. Finalidade e objetivos.....	41
2.2. Tipo de estudo.....	42
2.3. Contexto do estudo.....	42
2.4. População e amostra.....	42
2.4.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra.....	43
2.5. Procedimento de recolha de dados.....	47
2.6. Instrumentos de recolha de dados.....	49
2.6.1. Índice de Barthel.....	49
2.6.2. Mini Mental State Examination.....	52
2.6.3. Instrumento de avaliação sociodemográfica e clínica.....	52
2.6.4. Escala de avaliação da solidão UCLA.....	53
2.6.5. Instrumento de avaliação dos Perfis de Autocuidado.....	55
2.7. Tratamento estatístico e análise dos dados.....	56
2.8. Considerações éticas.....	58
CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS.....	59
3.1. Grau de dependência dos participantes nas atividades de vida diária.....	59
3.2. Caracterização da amostra em função do grau de solidão identificado nos participantes.....	60
3.3. Caracterização da amostra em função dos perfis de autocuidado.....	60
3.4. Resposta às questões de investigação.....	66
3.4.1. Descrever a perceção de saúde dos idosos.....	66
3.4.2. Caracterizar os perfis de autocuidado que os idosos adotam.....	68

3.4.3. Caraterizar o sentimento de solidão dos idosos.....	70
3.4.4. Caraterizar de que forma a perceção de saúde e os perfis de autocuidado influenciam o sentimento de solidão dos idosos.....	73
3.4.5. Caraterizar de que forma as variáveis sociodemográficas e clínicas interferem na perceção de saúde, perfil de autocuidado adotado e sentimento de solidão no idoso.....	74
CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	77
CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	93
ANEXOS.....	109
Anexo I – Acordo de colaboração em projeto de investigação (ESEP/SCMP)	
Anexo II – Pedidos de autorização aos autores para utilização das escalas	
Anexo III – Documento informativo aos idosos acerca do estudo	
Anexo IV – Consentimento informado livre e esclarecido	
Anexo V – Instrumentos de colheita de dados	
Anexo VI – Tabelas, quadros e gráficos	

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

	PÁGINA
TABELA 1: Sentimentos associados à solidão.....	35
TABELA 2: Caraterização da amostra em função da data de admissão na instituição, da idade, do nível de escolaridade e do número de horas que dormem por dia.....	44
TABELA 3: Caraterização da amostra em função do estado civil, sexo, atividade profissional, residência e área de residência.....	46
TABELA 4: Análise do <i>Mini Mental State Examination (MMSE)</i>	52
TABELA 5: Testes de normalidade: Idade (anos) e nível de escolaridade (anos).....	57
TABELA 6: Caraterização da amostra em função do grau de dependência nas AVD's.....	59
TABELA 7: Caraterização da amostra em função do grau de solidão.....	60
TABELA 8: “Questões específicas” de cada perfil de autocuidado (adaptado de Sequeira, 2011).....	61
TABELA 9: Exemplos da distribuição dos participantes pelos perfis de autocuidado, com base na categorização adotada nos estudos de Sequeira (2011) e Mota (2011).....	62
TABELA 10: Distribuição dos participantes em função do perfil de autocuidado.....	63
TABELA 11: Distribuição dos participantes em função do perfil de autocuidado dos casos inicialmente classificados como “indefinidos”.....	64
TABELA 12: Síntese da distribuição dos participantes por perfil de autocuidado.....	65
TABELA 13: Caraterização da amostra em função do estado de saúde e a sua influência no autocuidado e na atividade social, convivência e o contato familiar.....	66
TABELA 14: Caraterização da amostra em função dos comportamentos/condições de risco para a saúde.....	67
TABELA 15: Análise descritiva dos <i>scores</i> obtidos por perfil de autocuidado da amostra.....	68
TABELA 16: Relação entre a forma como a saúde interferiu com o autocuidado nas últimas 4 semanas e os perfis de autocuidado.....	69
TABELA 17: Caraterização da amostra em função do sentimento de solidão.....	70
TABELA 18: Caraterização da amostra em função do surgimento do sentimento de solidão e a sua intensidade após o ingresso na instituição/lar.....	71
TABELA 19: Caraterização da amostra em função dos motivos que influenciaram o aumento do estado de solidão após o ingresso na instituição/lar.....	71
TABELA 20: Relação entre o sentimento de solidão e o grau de convivência familiar.....	72

Tabela 21: Análise estatística da associação entre a percepção de saúde, os perfis de autocuidado que adotam e o sentimento de solidão do idoso.....	73
QUADRO 1: Síntese dos fatores determinantes do autocuidado.....	30
QUADRO 2: Consistência interna do índice de Barthel: comparativo de estudos.....	51
QUADRO 3: Consistência interna da escala de avaliação da solidão UCLA: comparativo de estudos.....	55
QUADRO 4: Consistência interna do instrumento de avaliação dos perfis de autocuidado: comparativo de estudos.....	56

ÍNDICE DE FIGURAS E GRÁFICOS

	PÁGINA
GRÁFICO 1: Histograma da idade dos participantes.....	45
GRÁFICO 2: Nível de escolaridade dos participantes (anos).....	45

0 - INTRODUÇÃO

No nosso país é cada vez mais comum o “abandono” familiar dos idosos e uma notória diminuição da sua integração na sociedade, particularmente quando estão associadas comorbilidades, dado que o declínio do estado de saúde dificulta os contactos sociais. De salientar que os idosos estão particularmente suscetíveis a perdas relacionais, estando assim mais vulneráveis à solidão.

Sánchez e Ulacia (2006), referem que os próprios idosos classificam os seus problemas principais pela seguinte ordem: económicos, médicos, de solidão e exclusão familiar. Torna-se assim importante também identificar sinais e sintomas (físicos e mentais) provocados pela solidão para que os enfermeiros, possam intervir, colmatando necessidades psicossociais que reduzam a dor da solidão, promovendo o adequado autocuidado das pessoas idosas, com o maior grau de autonomia. O comportamento de autocuidado é influenciado pela capacidade funcional, pela satisfação com a vida e pelo nível de autoestima (Backman e Hentinen, 2001).

Backman e Hentinen (1999), desenvolveram um modelo explicativo sobre o autocuidado nos idosos, e nele defendem que o autocuidado está dependente das experiências pessoais, devendo ser considerado como um cuidado que se exerce sobre si mesmo para preservar e cultivar uma boa qualidade de vida de forma responsável, autónoma e livre nas escolhas das ferramentas para a sua realização, tentando preservar e manter os sistemas funcionais.

O modelo desenvolvido por Backman e Hentinen (1999), compreende quatro perfis de autocuidado, com diferentes características e implicações comportamentais: o *autocuidado responsável*, em que a pessoa idosa desenvolve as suas atividades de vida diária de forma responsável, enfrentando a vida e o envelhecimento de forma positiva, preservando o desejo de viver e manter os laços sociais; o *autocuidado formalmente guiado*, no qual a pessoa idosa tem necessidade de ser guiada e orientada para o exercício das atividades de vida diária, não tendo capacidade de as desenvolver de forma autónoma, em que, por norma, a pessoa aceita a sua dependência e a ajuda no autocuidado; o *autocuidado independente*, caracterizado por a pessoa idosa ser auto motivada, desejar manter a sua independência e desvalorizar o envelhecimento, numa tentativa de manter um certo grau de perseverança da vida; e o *autocuidado de abandono*, em que a pessoa idosa não demonstra responsabilidade pelo autocuidado, destacando-se atitudes negativas perante o mesmo. Manifesta angústia e uma atitude negativa em relação ao envelhecimento, o que conduz frequentemente a situações de renúncia/abandono. Tudo isto reflete a atitude geral da pessoa relativamente aos cuidados de

saúde, doenças e formas de viver (Backman e Hentinen, 1999). A saúde, o bem-estar social e os cuidados de saúde, são fatores que têm efeitos sobre a capacidade da pessoa idosa para viver na sua casa e se autocuidar corretamente (Backman e Hentinen, 1999). Os hábitos/rotinas pessoais e as adaptações particulares às circunstâncias atuais e visões face ao futuro, refletem-se nos perfis de autocuidado adotados pelos idosos (Berman e Iris, 1998 cit. por Backman e Hentinen, 1999).

Assim, a relação terapêutica estabelecida com o cliente tem por base o respeito pelos seus valores e capacidades, esta desenrola-se num processo proativo que tem como objetivo principal a ajuda ao cliente na aquisição de capacidades adaptativas ao seu projeto de saúde. Neste processo, a participação e envolvimento da/com a família, amigos, vizinhos ou outros conviventes significativos é crucial. Os cuidados de enfermagem assumem um papel relevante e têm como um dos diversos focos de atenção a máxima autonomia na execução das atividades de vida diária na tentativa de colmatar défices, com o objetivo final de encontrar estratégias de *coping*, através de processos de autoaprendizagem.

As intervenções de enfermagem, quando visam a alteração de comportamentos e tendo em vista a adoção de estilos de vida compatíveis com a promoção da saúde, têm um maior enfoque se a participação dos familiares e conviventes significativos no processo de cuidados for proativa (Ordem dos Enfermeiros, 2001).

Na sociedade atual, novos reptos são colocados a toda a classe profissional de enfermagem, levando a que estejamos cada vez mais focados no indivíduo como um todo através do estudo das partes que constituem todo o seu quotidiano e formas de viver, para que nos seja permitido entender o perfil de autocuidado adotado, as suas condições de saúde física e mental, as suas capacidades/predisposições para o autocuidado e a manutenção de um estilo de vida saudável.

Com base nestes princípios e nas atuais necessidades da prática clínica, a problemática do autocuidado denota ser uma área pertinente e para a qual devem ser reunidos esforços de aplicação e desenvolvimento.

Desta forma, desenvolvemos uma investigação com a finalidade de conhecer o perfil de autocuidado e a perceção de saúde dos idosos e as suas implicações para a solidão, no sentido da adequação das terapêuticas de enfermagem a essas particularidades. Tivemos como objetivo geral, analisar os estados de “solidão” experienciados pelos idosos, observando-se a relação deste fenómeno com outras variáveis que a literatura indica como podendo estar relacionadas, tendo como objetivos específicos:

- ✓ Descrever a perceção da saúde dos idosos;
- ✓ Caracterizar os perfis de autocuidado que adotam;
- ✓ Caracterizar o sentimento de solidão dos idosos;

- ✓ Caracterizar de que forma a percepção de saúde e os perfis de autocuidado influenciam o sentimento de solidão no idoso;
- ✓ Caracterizar de que forma as variáveis sociodemográficas e clínicas interferem na percepção de saúde, perfil de autocuidado adotado e solidão no idoso.

A organização geral do documento divide-se em três capítulos. No primeiro capítulo, é delimitada a problemática onde se insere o estudo, explanado o conhecimento descrito na literatura disponível sobre os diferentes temas, nomeadamente, é feita uma abordagem aos perfis de autocuidado e aos diferentes fatores associados ao autocuidado. Fazemos ainda uma abordagem acerca da solidão no idoso e a associação entre este tema, os perfis de autocuidado e a condição de saúde.

No segundo capítulo da dissertação são exploradas as questões metodológicas inerentes ao estudo realizado, onde são abordadas as estratégias de recolha e análise dos dados, assim como as considerações éticas.

O terceiro capítulo é referente à apresentação dos resultados. A discussão dos mesmos tem lugar no quarto capítulo. A conclusão é o último ponto a abordar e onde estão explanadas as sínteses/resultados fulcrais do estudo como potencial de utilização clínica no futuro e onde ainda são partilhadas opiniões de pesquisa e estudos futuros com base nos resultados obtidos.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este estudo centra-se no âmbito do perfil de autocuidado e da perceção de saúde do idoso, partindo-se do seu potencial de influência para a solidão. Esta problemática foi delimitada em conceitos como: idoso/solidão no idoso, autocuidado/perfis de autocuidado e saúde. Deste modo, à luz da melhor evidência, pretende-se analisar os estados de “solidão” experienciados pelos idosos, observando-se a relação deste fenómeno com outras variáveis (ex.: perfil de autocuidado que adotam, implicações na saúde).

Neste âmbito, o problema formulado foi: “O perfil de autocuidado e a perceção de saúde têm implicações na solidão do idoso?”.

1.1. O conceito de autocuidado

A disciplina de Enfermagem tem por foco a área do autocuidado. Sendo este tradicionalmente conhecido como um conjunto de atividades dirigidas tendo por objetivo a manutenção, restauração ou melhoria da saúde e bem-estar dos participantes envolvidos e, em termos de conhecimento fenomenológico, pode ser passível de se situar num modelo interpolado, como forma de ser compreendido de uma outra perspetiva, sendo que podem ser dadas diferentes interpretações ao conceito de autocuidado por este ser tradicionalmente considerado multidimensional (Söderhamn, 2000).

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), versão 2015 (2016, p. 42), o autocuidado é definido como: “Atividade executada pelo próprio: tratar do que é necessário para se manter, manter-se operacional e lidar com as necessidades individuais básicas e íntimas e as atividades de vida diária”.

Já Backman e Hentinen (1999), definem o autocuidado como o conjunto de atividades associadas à promoção da saúde, ou seja, o conjunto de condutas adotadas pelos indivíduos na promoção e recuperação da sua saúde. Sendo as atividades de vida diária (AVD's) o foco na avaliação do autocuidado, este pode ser percecionado como a preocupação dos indivíduos relativamente aos seus hábitos de vida diários, tendo em conta a sua personalidade, experiências de saúde e processo de envelhecimento.

De acordo com referências de Petronilho (2012), as respostas de autocuidado são parte integrante da aprendizagem dentro do contexto social vivido desde muito cedo, reforçados ao longo do ciclo vital numa associação de cuidados à população prestada por profissionais de saúde.

Orem (2001), na sua Teoria de Enfermagem de Défice de Autocuidado interrelaciona três estruturas teóricas: 1) Teoria do Autocuidado; 2) Teoria do Défice de Autocuidado e, 3) Teoria dos Sistemas de Enfermagem. Define o autocuidado como:

“Uma função humana reguladora. Difere de outras funções reguladoras como, por exemplo, a regulação neuro endócrina. O autocuidado é uma ação deliberadamente realizada pelas pessoas para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento, ou dos seus dependentes. São ações realizadas para garantir o fornecimento de requisitos necessários para continuar a vida (ar, água, alimentos), para o crescimento e desenvolvimento, e para a manutenção da integridade humana. Também são ações realizadas ou direcionadas para manter as condições internas ou externas necessárias para manter e promover a saúde, bem como, o crescimento e desenvolvimento. Também são ações com o foco na prevenção, alívio, cura ou controle de condições humanas indesejáveis que afetam ou podem vir a afetar a vida, a saúde ou o bem-estar. Isto inclui, quando indicado, procurar e participar na assistência clínica nas várias modalidades, como a enfermagem e outras formas de cuidados de saúde” (pág. 45).

Ainda na Teoria do Autocuidado, identificam-se três categorias de requisitos de autocuidado comuns a todos os seres humanos durante o seu ciclo vital (designados comumente por atividades de vida diária): 1) requisitos universais de autocuidado, 2) requisitos de autocuidado de desenvolvimento e 3) requisitos de autocuidado no desvio de saúde (Orem, 2001).

A manutenção de uma qualidade suficiente de ar, de uma ingestão suficiente de água e de alimentos, a manutenção do equilíbrio entre a atividade e o repouso, do equilíbrio entre a solidão e a interação social, a provisão de meios e cuidados associados aos processos de eliminação, a promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais e de acordo com o potencial humano, com as limitações conhecidas e com o desejo de ser normal, a prevenção de perigos à vida humana e ao seu bom funcionamento e bem-estar são os requisitos universais de autocuidado (Orem, 2001).

Os requisitos de autocuidado de desenvolvimento são fulcrais na evolução inicial das características humanas e têm como objetivo munir os indivíduos de comportamentos na prevenção de efeitos danosos no desenvolvimento pessoal, assim como, fornecer condições e práticas que reduzam ou suplantem esses mesmos efeitos nocivos (ex.: privação da educação, problemas de adaptação social, falhas de saúde individual, perda de familiares e amigos, perda de haveres e de segurança ocupacional, mudança súbita de residência para um ambiente desconhecido, problemas associados ao *status*, condições de saúde débeis ou situações de incapacidade, condições de vida opressivas e doença terminal ou morte iminente (Orem, 2001).

Por fim, nos requisitos de autocuidado no desvio de saúde devem ser avaliadas, pelos enfermeiros, as diferentes situações clínicas de doença ou de lesão, ou seja, fatores internos ou externos à pessoa que influenciam diretamente a capacidade para o autocuidado e que podem afetar positiva ou negativamente a sua evolução. Para tal, as pessoas com doença crónica devem conhecer quais os requisitos de autocuidado relacionados com a sua doença, a partir de medidas de cuidados prescritas pelos profissionais de saúde, que podem ser diagnósticas ou relacionadas com o tratamento. Estão associadas seis categorias aos requisitos de autocuidado no desvio de saúde (Orem, 2001):

- 1) Procurar e garantir ajuda médica adequada em caso de exposição a agentes físicos e biológicos específicos ou a condições ambientais associadas a eventos e estados patológicos humanos, ou a condições psicológicas que se sabe que originam ou estão associadas a patologias humanas;
- 2) Ter consciência e prestar atenção aos efeitos e resultados de condições e estados patológicos, incluindo os efeitos sobre o desenvolvimento;
- 3) Executar as medidas diagnósticas, terapêuticas e de reabilitação prescritas, destinadas a prevenir determinadas patologias específicas, a própria patologia ou a regulação do funcionamento humano integral, a correção de deformidades ou anomalias, ou a compensação das incapacidades;
- 4) Ter consciência e prestar atenção ou regular os efeitos das medidas de cuidados prescritas que produzam mau estar ou efeitos nocivos;
- 5) Modificar o autoconceito (e a autoimagem) para se aceitar a si mesmo como um ser humano com uma condição específica e com necessidades específicas de cuidados de saúde;
- 6) Aprender a viver com os efeitos das condições e estados patológicos e com os efeitos das medidas de diagnóstico e tratamento médico, com um estilo de vida que promova o desenvolvimento pessoal contínuo.

Se a pessoa reconhecer quais são os seus requisitos de autocuidado específicos necessários ao seu estado de desvio de saúde, poderá alcançar a competência indispensável ao seu autocuidado e aplicar o conhecimento pertinente facultado pelos profissionais de saúde. Neste sentido, é importante os enfermeiros conhecerem e avaliarem o perfil de autocuidado de cada pessoa, de forma a adaptarem os cuidados de enfermagem às necessidades individuais dos idosos.

Os perfis de autocuidado são agrupados em quatro categorias, com diferentes significados e contextos de ação, sendo elas: autocuidado responsável, autocuidado formalmente guiado, autocuidado independente e autocuidado de abandono (Backman e Hentinen, 1999) que irão ser abordadas no ponto seguinte.

1.2. Os perfis de autocuidado

Backman e Hentinen (1999), no seu estudo de paradigma qualitativo, desenvolveram um modelo explicativo de estilos de autocuidado. Utilizaram como metodologia a *grounded theory*, com uma amostra composta por 40 idosos com os seguintes critérios de inclusão: idade igual ou superior a 75 anos, com capacidade de comunicação e a viverem em domicílio próprio. Nas entrevistas efetuadas foram abordados assuntos pessoais relacionados com a história de vida, pensamentos sobre o envelhecimento, a vida quotidiana, o autocuidado em caso de doença e as expectativas acerca do futuro. A morte de um dos cônjuges, por exemplo, foi das experiências mais difíceis narradas pelos idosos. Com o intuito de compreender o autocuidado adotado pelas pessoas que integraram a amostra, foram também observadas e descritas as suas características, atividades e condições de vida.

O modelo desenvolvido por Backman e Hentinen (1999), descreve quatro perfis de autocuidado, todos eles com o seu significado próprio e cada qual com diferentes requisitos, a saber:

1) *Autocuidado responsável*, que implica o envolvimento dos indivíduos nos processos de saúde/doença mostrando uma atitude responsável e de empenho na realização das atividades de vida diária (ex. gestão do regime terapêutico e todos os processos envolvidos no mesmo), tendo a capacidade de perceber que se não o fizerem isso poderá trazer-lhes limitações no seu quotidiano em particular e na sua vida em geral. Idosos que apresentam um perfil de autocuidado responsável demonstram interesse em saber da sua condição de saúde/doença e, quando necessário ou em situação de doença, procurando imediatamente ajuda especializada na tentativa de compreender quais os motivos para determinados sintomas e quais as hipóteses de tratamento possíveis (atitude ativa/envolvimento ativo). Os idosos com perfil de autocuidado responsável assumem um envolvimento eficaz e permanente com os profissionais de saúde e adotam estilos de vida saudáveis (prática de exercício físico adequado, dieta saudável e preocupações com o ambiente).

No seu estudo, Backman e Hentinen (1999), concluíram que os idosos com este perfil tiveram uma boa educação. Durante a sua vida ativa sentiam-se valorizados e respeitados e uma vez que grande parte desta foi despendida no trabalho, após a reforma, sentem necessidade de nos tempos livres desenvolverem projetos adiados pela vida passada de trabalho duro, aproveitando agora a vida quotidiana. Para estes idosos, o envelhecimento é encarado como uma nova forma de liberdade em que vivem a vida de forma despreocupada e sem compromisso.

O significado do autocuidado responsável acarreta o desejo de viver como um *agente ativo*, ou seja, desenvolvendo atividades como a leitura, a escrita, envolvendo-se nas diversas atividades sociais, a promoção de uma boa relação com os familiares e amigos proporcionando-lhes o ideal de uma boa qualidade de vida. Não receiam o futuro e acreditam que quando necessitarem de cuidados estes ser-lhes-ão prestados por outros.

2) *Autocuidado formalmente guiado*, consiste numa prática habitual e rotineira por parte dos idosos no desempenho das tarefas diárias e das recomendações terapêuticas. Executam o que lhes é dito sem saberem o motivo das suas ações, ou seja, não demonstram empenho/interesse em obter informação acerca da ação terapêutica dos medicamentos que necessitam, quais os efeitos adversos dos mesmos, o porquê de determinada prescrição medicamentosa ou alimentar. Simplesmente executam as atividades de vida diária de forma rotineira sem assim desfrutarem da vida.

O perfil de autocuidado formalmente guiado tem por base experiências de vida de cuidados prestados aos outros ao longo de toda a sua vida (saída de casa em idades precoces), o que os levou a negligenciar as suas próprias necessidades. Estes idosos encaram o envelhecimento de forma muito realista, apercebendo-se da diminuição gradual das suas capacidades físicas e cognitivas, mas ao mesmo tempo encaram como sendo um processo normal e aceitam-no de forma despreocupada. As pessoas com este perfil aceitam a vida conforme esta se tiver de desenrolar, tendo a percepção de que as suas vidas se tornarão mais limitadas com o passar dos anos, mas ainda assim nada fazem para contornar esse facto. Associam o envelhecimento à idade de reforma e desistem gradualmente das suas atividades de vida diária em detrimento de outras pessoas o fazerem. Tentam manter-se ativos o mais tempo possível e nas suas habitações, mas com a noção de que inevitavelmente irão necessitar mais cedo ou mais tarde de apoio, podendo este passar pela institucionalização.

3) *Autocuidado independente*, baseia-se na vontade dos idosos ouvirem a sua voz interna. Têm estilos próprios na gestão das suas atividades de vida diária e dos seus processos de saúde-doença e questionam-se quanto às recomendações terapêuticas dos profissionais de saúde na procura de informação sobre os melhores tratamentos. Sempre que detetam algo de errado nesses processos (saúde-doença), não procuram os profissionais de saúde e usam os seus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas com base nas suas experiências de vida e crenças, assim como, por exemplo, na gestão do regime medicamentoso prescrito. Sentem o desejo de viver da forma mais independente possível, gerindo as suas decisões quanto aos aspetos de saúde, relações sociais e atividade profissional, com o ideal próprio de se manterem/sentirem vivos e negando os aspetos futuros do envelhecimento. Manifestam o desejo de continuarem a viver nas suas casas mesmo que fiquem muito doentes, desvalorizando assim o apoio da rede social.

4) *Autocuidado de abandono*, define-se pela falta de responsabilidade assumida pelos idosos nas atividades de vida diária e nos processos de saúde-doença, resumindo-se a uma despreocupação/incapacidade de gestão da sua vida de uma forma geral (ex. não cozinham as suas próprias refeições ou assumem a responsabilidade da sua medicação). A todo este processo estão relacionados fatores condicionantes, como por exemplo, a inaptidão para a leitura, perda parcial ou total da acuidade visual ou auditiva, incapacidade de locomoção e até a degradação das suas capacidades cognitivas e de memória. Algumas destas incapacidades foram associadas ao desejo que os idosos sentiam de *desistir da vida*.

Sentimentos de solidão, amargura, tristeza, baixa autoestima, sentimentos de abandono e incompreensão por parte dos outros, sentimentos de vivência de uma vida constantemente rodeada de dificuldades (adversidades no casamento, perda excessiva de tempo a cuidar dos outros, percepção da diminuição das suas capacidades físicas e mentais, isolamento social, perda de pessoas significativas) e sentimentos de inutilidade para a sociedade em geral e para a família em particular. Estes idosos também apresentam uma atitude negativa em relação ao envelhecimento, demonstram medo acerca do que o futuro lhes reserva, associando esse medo à percepção do declínio da sua condição de saúde física e mental, à dor, à possível incapacidade de conseguir controlar a sua vida e até mesmo da sua morte.

No seu estudo, Backman e Hentinen (1999) concluem que a análise dos padrões de vida e estratégias de *coping* dos idosos poderão ajudar a compreender o seu perfil de autocuidado, sendo também relevante conhecer qual a percepção que têm acerca dos processos de saúde-doença (objetivos pessoais) e o significado que atribuem à saúde.

O idoso que adota um perfil de autocuidado responsável possui recursos internos e externos adequados para o autocuidado, uma orientação positiva para a vida e uma rede social ativa. Demonstra interesse pela procura dos melhores e diversos tratamentos para a sua saúde, demonstrando-se sempre fiel às suas opiniões/decisões. O idoso com um perfil de autocuidado formalmente guiado atribui a gestão/responsabilidade pela sua saúde aos profissionais (enfermeiros, médicos e outros) e os cuidados dessas pessoas podem tornar-se rotineiros. Os que adotam um perfil de autocuidado independente têm uma forma muito bem definida e determinada de cuidar da sua saúde e lidar com as doenças, levando-os a colocar em dúvida e a aprofundar as recomendações e opiniões dos profissionais de saúde. Já os idosos que adotam um perfil de autocuidado de abandono encontram-se particularmente vulneráveis em situações de doença aguda, após um período de internamento hospitalar ou durante o período de luto pela morte de um dos cônjuges ou de uma pessoa próxima, podendo conduzir a sentimentos de tristeza ou depressão, distinguindo-se como uma das áreas em que a enfermagem pode oferecer o seu contributo/apoio profissional (Backman e Hentinen, 2001).

1.3. Fatores de influência do autocuidado

São vários os fatores que influenciam o autocuidado das pessoas idosas (fatores internos e externos). Os fatores externos estão relacionados com as condições de vida e o apoio social. Os fatores internos estão relacionados com a saúde e uma capacidade funcional adequada (Zeleznik, 2007) sendo que as crenças de saúde globais têm também uma forte correlação com o autocuidado (Klainin e Ounnapiрук, 2010). Em particular, o funcionamento cognitivo e o autocuidado estão intimamente ligados (Tao e colaboradores, 2012), estando o autocuidado também ligado ao *status* socioeconômico, ao nível de educação, ao nível de apoio social (Toye, White e Rooksby, 2006) e à existência de uma rede social (Dale e colaboradores, 2010).

Os fatores que mais contribuem para a baixa satisfação com a vida entre os idosos com capacidade de autocuidado reduzida são a baixa qualidade de saúde em geral, não ter dinheiro suficiente em relação às necessidades, a diminuição da capacidade de realizar atividades da vida diária, a solidão e o sentimento de preocupação (Borg e colaboradores, 2006).

Sadler e Weiss (1975), distinguem dois tipos de solidão: solidão emocional e solidão social. A solidão emocional é motivada pela perda de pessoas significativas e está relacionada com as relações familiares e românticas sendo que, neste caso, o apoio social não se revela eficaz no equilíbrio do déficit causado pela falta. Segundo o autor, este tipo de solidão é a forma mais dolorosa de isolamento. A solidão social está relacionada com as perdas/falhas nas relações de amizade, nas relações sociais. Os dois tipos de solidão podem estar relacionados na medida em que, por exemplo, a perda de um dos cônjuges do casal pode levar a perdas na rede social.

O nível de isolamento social é tão mais baixo quanto maior é o contato social com familiares mais próximos e quanto maior é o nível de dependência na realização das atividades de vida diária, uma vez que quem tem como consequência a necessidade de ajuda por parte de outras pessoas, promovendo desta forma o contato social e a interação entre estes idosos dependentes com outras pessoas, o que reduz/evita o isolamento social (Drageset, 2004).

Da associação entre a capacidade funcional para realizar as atividades básicas de vida diária (alimentar-se, continência, ir ao sanitário, transferência da cama para a cadeira, vestir-se e tomar banho), os contatos sociais com a família e amigos/vizinhos e a solidão emocional e social, foi elaborado um estudo no qual se concluiu que não existe uma relação expressiva entre as atividades de vida diária e a solidão emocional, mas revela relações consideráveis com a solidão social em que a dependência está relacionada com baixos níveis de solidão social. A frequência de contato social com a família e os amigos não manifesta associação com a solidão

emocional, sendo que, por outro lado, o contato frequente com os amigos está associado a baixos níveis de solidão social (Drageset, 2004).

O perfil de autocuidado das pessoas idosas está também fortemente relacionado e é influenciado pela satisfação com a vida, a autoestima, a capacidade funcional (Backman, 2001), a função cognitiva e pelo estado nutricional dos idosos (Dale e colaboradores, 2012).

A existência de uma elevada autoestima e elevada satisfação com a vida pode estar relacionada com o autocuidado responsável. Quanto maior for a satisfação dos idosos com a vida maior é a percepção de boa saúde. No estudo elaborado por Backman e Hentinen (1999), demonstrou que o autocuidado de abandono está associado à solidão, a uma capacidade funcional diminuída, a baixa satisfação com a vida e a uma baixa autoestima, estando ainda relacionado com experiências de vida traumatizantes, como por exemplo: a perda do cônjuge (Backman e Hentinen, 2001).

Idosos que tiveram uma vida de trabalho mais “ativa” preservam mais a sua capacidade funcional e demonstram/adquirem um autocuidado mais responsável, maior satisfação com a vida, maior responsabilidade pela sua saúde e pelo regime terapêutico, associado à melhor aceitação do envelhecimento e a uma atitude/perspetiva mais positiva acerca do futuro. Os que apresentam maior capacidade de autocuidado manifestam um maior desejo de envelhecer nas suas próprias casas (Zelevnick e colaboradores, 2010).

Idosos com um perfil de autocuidado responsável possuem uma autoestima mais elevada e maior satisfação com a vida, conseguindo gerir autonomamente as suas atividades de vida diária, embora com dificuldade. Idosos que adotavam um perfil de autocuidado formalmente guiado apresentavam uma melhor satisfação com a vida, uma autoestima bastante elevada e uma capacidade funcional moderada. Os idosos que apresentavam um perfil de autocuidado independente mostraram ser os mais autónomos nas suas atividades de vida diária, demonstrando também apresentar uma autoestima bastante elevada e uma moderada satisfação com a vida.

Relativamente ao perfil de autocuidado de abandono, não foram identificados(as) nenhuns(mas) dos fatores/das características descritos(as) por Backman e Hentinen (2001), tais como o desamparo, irresponsabilidade, a não execução das suas atividades de vida diária sem ajuda, baixa autoestima e baixos níveis de satisfação com a vida. À semelhança do estudo efetuado por Zelevnick (2007), demonstram ainda que os idosos com capacidade para se autocuidarem possuíam uma boa capacidade funcional, um bom relacionamento familiar, bons níveis de satisfação com a vida e expressavam uma favorável aceitação do futuro. Já os idosos que apresentavam um perfil de autocuidado de abandono não cuidavam de si próprios e não se manifestavam satisfeitos com o seu estilo de vida (Räsänen e colaboradores, 2014).

A capacidade de autocuidado em adultos mais velhos com hipertensão arterial e a gerirem a mesma em ambulatório era baixa (Fernández e Manrique-Abril, 2011). Segundo Orem (2001), as pessoas doentes podem necessitar de recomendações e conhecimentos especializados baseados na ciência para adotar o perfil de autocuidado mais adequado, sendo esse um dos papéis atribuídos à disciplina da enfermagem e a capacidade para o autocuidado dos indivíduos é afetada por fatores básicos condicionantes (ex. a idade, o sexo, o nível educativo, o estado civil, a atividade profissional, o estrato social, a vivência/convivência com a família) que podem representar um obstáculo à sua correta consecução. O desenvolvimento dos indivíduos, desde a infância à velhice, o estado de saúde, as experiências de vida, as influências culturais e a aprendizagem na vida quotidiana são também fatores que influenciam o perfil de autocuidado (Fernández e Manrique-Abril, 2011).

As ações de educação para a saúde estruturadas e fundamentadas nas necessidades individuais da população, associadas à aquisição da emancipação individual e também da consciência coletiva necessária para a superação da dependência social dos indivíduos, seguidos por uma equipa profissional de enfermagem, permitem a aquisição de procedimentos corretos e estáveis de autocuidado que facilitam as mudanças de comportamentos, bem como a aquisição de conhecimentos e competências adequadas em prol do seu estado de saúde/doença. As ações de educação para a saúde devem ser continuadas no tempo, a médio e longo prazo, como forma de incentivar as pessoas a manterem as alterações positivas ao autocuidado e as competências adquiridas para o autocuidado, o que permite promover a sua adaptação à doença e responsabilização. A procura de informação e orientação sobre a doença, o conhecimento acerca da terapêutica instituída (ex.: ação terapêutica, contraindicações, efeitos secundários), uso da quantidade adequada de sal, aquisição de informação/interesse acerca das possíveis complicações da doença, sendo estes dois últimos fulcrais na gestão e controlo de pacientes hipertensos, permitem ao paciente o desempenho de um papel ativo no seu autocuidado (Achury-Saldaña e colaboradores, 2013).

Pessoas com insuficiência cardíaca, submetidos a programas educativos de enfermagem, revelaram uma mudança positiva e substancial dos seus comportamentos de autocuidado em comparação com doentes que não foram submetidos a esses programas. Este resultado pode estar associado ao facto de os pacientes envolvidos na pesquisa em questão continuarem a receber regularmente os cuidados prestados pela instituição de saúde, que incluem programas educativos fornecidos por profissionais de saúde.

Os programas educacionais que visam melhorar o conhecimento e os comportamentos que influenciam a doença, as visitas domiciliárias, com a vantagem de se adaptarem as intervenções atendendo às condições em que as pessoas vivem, as reuniões educativas entre pacientes e os seus cuidadores e a entrega de panfletos que contêm as informações cruciais e educativas

fornecidas pelos profissionais de saúde, são algumas das ações que estão fortemente associadas a melhorias nos comportamentos de autocuidado e no reconhecimento de sinais e sintomas da doença. Quanto maior o nível de escolaridade melhor é o autocuidado adotado, especialmente no que respeita a comportamentos relacionados com a adesão ao regime terapêutico prescrito (Rodríguez-Gázquez e colaboradores, 2012).

Pessoas com insuficiência cardíaca, com baixos níveis de conhecimento para ultrapassarem as condicionantes provocadas pela doença, conformam-se com a perda gradual das suas capacidades físicas, encarando-o, com o tempo, como sendo um processo normal e aceitam-no sem que contrariem esse facto no sentido de melhoria das mesmas. Desistem gradualmente das suas atividades de vida diária em detrimento de outras pessoas o fazerem, sendo exemplo os profissionais de saúde ou familiares/amigos/vizinhos – autocuidado formalmente guiado (Mendes, Bastos, e Paiva, 2010).

Revelam ainda uma débil atitude proativa na vigilância/reconhecimento e controlo de sinais e sintomas indicativos do seu processo de saúde-doença, um baixo nível de atitude na prática de ações pró saúde (ex.: prática de exercício físico, gestão do regime terapêutico, etc.). Doentes casados apresentam um comportamento proativo de maior relevância comparativamente com doentes solteiros (Tung e colaboradores, 2011).

Os homens sentem mais autoconfiança no tratamento e gestão da doença relativamente às mulheres que demonstravam mais incertezas na interpretação de sintomas e mais incertezas na tomada de decisão para o autocuidado sem a orientação dos profissionais de saúde. Estados emocionais como a tristeza, o isolamento social e a falta de apoio social foram apontados como prováveis barreiras para as ações de autocuidado adequadas nas mulheres (Riegel e colaboradores, 2010). No estudo de Riegel e colaboradores (2010), a interpretação de sintomas e a resposta adequada ao seu tratamento demonstrou-se afetada pela presença de depressão ou tristeza, ansiedade e raiva. Essas emoções estavam mais vinculadas aos homens sendo que poderiam estar associadas ao facto de apresentarem maior preocupação com a vigilância da doença e a um maior investimento no seu autocuidado. Em suma, a gestão do autocuidado (nomeadamente as decisões tomadas na interpretação e resposta a sintomas) e o suporte social surgem como dois fatores de grande importância para a prática clínica em doentes com insuficiência cardíaca, com base numa apreciação de atitudes e valores, considerando que estas podem diferir por grupo cultural e género.

Idosos que detêm escolaridade de nível universitário apresentam comportamentos mais saudáveis e maior capacidade de autocuidado em relação aos de ensino médio. Idosos mais velhos e do sexo feminino, com comportamentos mais saudáveis e com maiores crenças de autoeficácia, mas que não revelam maior capacidade para o autocuidado, têm melhor suporte

familiar, são casados, têm menos filhos ou nenhum, eram de raça branca e religiosos praticantes (Callaghan, 2005).

Petronilho (2012), fez a análise de vários estudos relacionados com o fenómeno do autocuidado e respetiva discussão dos resultados. Através deste estudo, sintetizou num quadro os fatores determinantes do autocuidado que se apresenta de seguida (Quadro 1):

QUADRO 1: Síntese dos fatores determinantes do autocuidado

FATORES DETERMINANTES DO AUTOCUIDADO	
DIMENSÃO	COMPONENTES
FÍSICA	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidade funcional/robustez e vigor - Tolerância à atividade/fadiga - Dor - Ambiente físico
COGNITIVA	<ul style="list-style-type: none"> - Conhecimento sobre estilos de vida saudáveis - Conhecimento sobre a doença e processo terapêutico - Capacidade de procurar informação - <i>Mestria/empowerment</i> - Capacidade de tomar decisões
PSICOLÓGICA	<ul style="list-style-type: none"> - Força de vontade/motivação/proatividade/iniciativa/responsabilidade - Controlo percebido/locus de controlo - Experiências anteriores de saúde-doença/expetativas em relação ao futuro - Aceitação do estado de saúde/incerteza quanto à evolução da condição de saúde - Perceção de autoeficácia - Consciencialização sobre a condição de saúde/perceção do estado de saúde - Atitude face à vida e à doença/pensamento positivo ou negativo - Significado atribuído à condição de saúde/envolvimento no processo terapêutico - Capacidade de resiliência - Satisfação com a vida - Autoconceito - Capacidade de adaptação - Ambiente terapêutico - Estado emocional/estado mental (ex. autoestima, confiança, tristeza, humor, ansiedade, depressão, stress, solidão, incerteza, isolamento social)
SÓCIO-DEMOGRÁFICA	<ul style="list-style-type: none"> - Idade - Sexo - Raça - Estado civil - Tipo de família (monoparental, nuclear, alargada) - Situação laboral (emprego/desemprego) - Grau de instrução/educação (ex. escolaridade)
SOCIAL/SAÚDE	<ul style="list-style-type: none"> - Rede de suporte percebida e utilizada: <ul style="list-style-type: none"> * Informal (processos familiares, amigos, vizinhos) * Formal (profissionais de saúde: enfermeiros, médicos, assistentes sociais, psicólogos)
ESPIRITUAL/CULTURAL	<ul style="list-style-type: none"> - Fé/esperança/crenças religiosas/crenças culturais - Crescimento espiritual
ECONÓMICA	Condição económica e financeira

Retirado de Petronilho (2012), p.90

1.4. A solidão no idoso

Segundo fonte do Instituto Nacional de Estatística (2014), a população idosa (com 65 ou mais anos) aumentou 19%, sendo que em 2013 subsistia uma proporção de 136 idosos por cada 100 jovens (população com menos de 15 anos). A população idosa em Portugal aumentará até 2060, atingindo valores entre os 2 729 milhares e os 3 344 milhares, podendo atingir valores entre os 287 e os 464 idosos por cada 100 jovens, sendo que no cenário mais elevado poderá ter como consequência o aumento da esperança média de vida. No estudo realizado pelo mesmo instituto, conclui ainda que: “a idade média da população aumentou 3 anos entre 2001 e 2011, atingiu 43,1 anos em 2013, e aumentará cerca de 8 anos até 2060” (INE, 2014; pág. 8).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) propunha-se há alguns anos a promover ações para aumentar a esperança média de vida e na atualidade define como foco a definição/consecução de estratégias de melhoria da qualidade de vida, promovendo aos idosos uma vida ativa para que estes se sintam realizados (Oliveira, 2005).

Francisco George (2011, pág. 1), na sua nota introdutória acerca do envelhecimento ativo, escreve que: “a Organização Mundial da Saúde define envelhecimento ativo como o processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas que envelhecem”.

Na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), solidão é entendida com as seguintes características específicas como:

“Emoção negativa: Sentimentos de falta de pertença; isolamento emocional; sentimentos de exclusão; sentimento de melancolia e tristeza associado a falta de companhia, simpatia e amizade acompanhada de sentimentos de perda de sentido, vazio, afastamento e baixa autoestima.” (CIPE – versão 2015, pág. 85).

Na avaliação do idoso é importante a colheita de dados clínicos, nomeadamente acerca da capacidade de motricidade, das atividades de vida diária, atividades de lazer, nível de deterioração cognitiva, dinâmica sociofamiliar (Sousa e Feio, 1998), suporte social, condições económicas, causas de incapacidade funcional e as capacidades para o autocuidado (Fillenbaum, 1984). As capacidades visuais e auditivas, o grau de capacidade de mobilidade, a incontinência, o estado nutricional e psicológico (Siu, Reuben, e Moore, 1994), os laços sociais, a harmonia pessoal com o ambiente envolvente (Lawton, Moss, Fulcomer, & Kleban, 1982) são também fatores a ter em consideração na avaliação do idoso.

No estudo levado a cabo por Neto e Barros (2001) onde foi analisado se seriam encontradas diferenças no sentimento de solidão em três grupos etários distintos (adolescentes, adultos e idosos) e, após a aplicação de vários instrumentos de colheita de dados a 105 adolescentes, 116 adultos e 104 idosos, concluíram que os adolescentes e os idosos sentiam mais a solidão que os adultos, não tendo sido encontradas diferenças no sentimento de solidão segundo o sexo (masculino/feminino). Dadas as limitações inerentes a esta investigação, os resultados acerca da solidão sentida pelos idosos colidem com outros estudos elaborados noutros contextos culturais. As amostras da investigação obedeciam a critérios de inclusão e exclusão e não podem ser consideradas representativas da população em geral.

Ao abordar o tema da solidão, é relevante frisar que o facto de existir uma rede social vasta não determina que existam relações de proximidade que satisfaçam as expectativas de quem manifesta sentimentos de solidão (Sousa, Figueiredo e Cerqueira, 2004), como poderá ser exemplo o caso de idosos que se encontram institucionalizados.

As características pessoais, o modo de se lidar com as situações da vida quotidiana faz com que a solidão seja sentida de forma distinta, ou seja, podemos sentir mais ou menos sós e essa mesma solidão pode ser sentida com diferente intensidade. De acordo com Neto (2000), os indivíduos solitários referem sentimentos intensos e frequentes de solidão sendo que, também é importante referir que um indivíduo pode experimentar, em diferentes circunstâncias da sua vida, momentos de solidão, pode ser uma pessoa só ou apenas sentir-se sozinho.

Com as limitações físicas inerentes à idade, os idosos vão sentir défices na sua autonomia funcional e uma diminuição dos seus laços sociais (Peplau e colaboradores, 1982). Estes sentimentos conduzem a sentimentos de solidão e isolamento social (Sousa e Feio, 1998). Isolamento e solidão não são sinónimos e os indivíduos podem-se sentir felizes e confortáveis estando sós. Neste sentido, Neto (1989) refere que a solidão pode ser sentida não só quando estamos sozinhos de verdade como poderá também ser sentida na presença de um grupo de pessoas com quem convivemos, ou seja, mesmo quando inseridos num grupo não significa que não nos sintamos sozinhos (grau de insatisfação que um indivíduo possa sentir em relação ao relacionamento social que detém).

A análise longitudinal feita no estudo elaborado por Cacioppo, Fowler e Christakis (2009), revela que indivíduos que não sofrem de solidão, mas que convivem com indivíduos solitários, tendem a tornar-se/sentir-se mais sós ao longo do seu crescimento. Esses mesmos resultados são encontrados em redes sociais através de processos de “contágio/indução”, ou seja, através do contacto direto com indivíduos que partilham laços de proximidade, com

amigos de amigos, podendo ainda propagar-se a outros laços estabelecidos entre as relações pessoais de cada indivíduo envolvido no ambiente, face às consequências emocionais, cognitivas e comportamentais de solidão (a solidão propaga-se mais rapidamente entre a rede de amigos do que entre elementos da mesma família). Dos resultados encontrados inferiram também que existe uma forte possibilidade de os indivíduos solitários serem afastados de um grupo, reduzindo assim o número de laços sociais dentro desse mesmo grupo.

As dificuldades nos contactos sociais devido a doenças físicas, privações intrínsecas à falta de recursos económicos e a perda de amigos ou familiares que morrem ou que vão viver para outros locais, tornam os idosos um grupo mais vulnerável, o que revela que o grau de solidão vivido por este grupo etário pode ser influenciado pela idade (Monteiro e Neto, 2008).

O grupo de amigos pode tornar-se assim primordial na convivência, partilha de sentimentos e emoções, desabafos de acontecimentos diários.

O envelhecimento é influenciado pelo contexto em que o idoso se insere, sendo que os idosos residentes em meios rurais têm um maior suporte social (o que permite que situações em que se verificam carências materiais sejam compensadas), são mais autónomos e ativos (Sequeira, A. e Silva, M. N., 2012). Segundo Fonseca (2005), muitos dos idosos que residem nos meios urbanos têm carência de suporte social, mas concluiu que o sentimento de solidão nos idosos do meio urbano e do meio rural é homogéneo.

Quando enviúvam, os idosos demonstram maiores fragilidades e apresentam níveis mais baixos de apoio social relativamente a indivíduos casados, sendo que a existência de apoio social pode encobrir os efeitos que advêm da viuvez. Sadler e Weiss (1975), defendem que as amizades complementam, mas não substituem o relacionamento íntimo que possa existir entre um casal para combater a solidão. O recurso a grupos de autoajuda/apoio pode complementar o apoio das suas redes naturais (Stewart e colaboradores, 2001). Por outro lado, pode surgir a necessidade de os idosos serem institucionalizados o que, segundo Fonseca (2005), muitas vezes o impacto que a institucionalização tem nos idosos (decisão da ida para o lar tomada pelo próprio ou por terceiros, perda de autonomia por situações em que o idoso se sente competente para desempenhar determinadas tarefas e é submetido a situações de dependência, características da personalidade), leva a que tendencialmente apresentem sentimentos de solidão e insatisfação associados a dias monótonos e ao afastamento das suas redes sociais. Contraditoriamente, os idosos podem encarar o sentimento de solidão como um impulso para procurarem novas redes sociais e daí a opção, por parte dos mesmos, de ingressarem num lar (Russel, Cutrona, Mora e Wallace, 1997).

Os idosos institucionalizados referem que o desaparecimento progressivo de interação e o isolamento social são as principais causas da solidão (Costa, 2009). Sousa e colaboradores (2004) identificam alguns outros fatores associados ao sentimento de solidão por parte de idosos institucionalizados e são exemplo: a reforma (pode propiciar uma quebra de hábitos que contribuíam para a manutenção de capacidades intelectuais e físicas), a dependência da ajuda de terceiros associada à perda de papéis na sociedade, a institucionalização, o baixo nível de saúde física e mental (estados de depressão em particular) e o baixo poder económico. Muitos idosos refugiam-se na espiritualidade como forma de combater a solidão e o isolamento social.

Na bibliografia são descritos vários sintomas que os indivíduos que sofrem de solidão podem sentir, entre os quais se destacam os que se encontram identificados na tabela 1:

Tabela 1: Sentimentos associados à solidão

Desespero	Depressão	Aborrecimento impaciente	Auto depreciação
Aterrorizado	Triste	Impaciente	Pouco atrativo
Desamparado	Deprimido	Aborrecido	Severo consigo
Assustado	Vazio	Desejo de estar em outro local	Estúpido
Sem esperança	Isolado	Inquieto	Envergonhado
Abandonado	Pesaroso	Zangado	Inseguro
Vulnerável	Melancólico	Incapaz de se concentrar	
	Alienado		

Fonte: Neto (2000), citado por Fernandes (2007:38)

A experiência destes sentimentos de insatisfação, angústia e exclusão podem ser sentidos de formas diferentes, mediante diferentes situações, de pessoa para pessoa. Estes sentimentos tornam-se um entrave à abertura para novos relacionamentos e que, desta forma, podem conduzir à solidão.

De acordo com Rius-Ottenheim e colaboradores (2011), os níveis mais baixos de otimismo estão fortemente associados a elevados sentimentos de solidão nos idosos, sendo que os resultados obtidos no seu estudo indicaram que os níveis de solidão sentidos nessa população eram inversamente proporcionais às expetativas positivas em relação ao futuro (quanto maiores forem as expetativas positivas em relação ao futuro, menor é o sentimento de solidão). Os mesmos autores destacam o facto de os idosos terem uma forte tendência para desenvolverem sentimentos de solidão emocional e social causados essencialmente pela perda progressiva de relações interpessoais, seja pela morte dos seus cônjuges ou pela perda de autonomia da qual resulta uma menor interação com familiares, amigos, vizinhos, etc.

Sugerem também que a vulnerabilidade à solidão é inversamente proporcional aos níveis de otimismo, ou seja, quanto menor for o grau de otimismo dos idosos mais forte será a possibilidade de desenvolverem sentimentos de solidão, independentemente da ocorrência ou não de eventos negativos relacionados com o envelhecimento.

Abordado o tema da solidão sentida pela população idosa e, atendendo à finalidade deste estudo, iremos relacionar os efeitos da solidão sentida pelos idosos com o seu perfil de autocuidado e as consequências na sua saúde.

1.4.1. A solidão e o autocuidado

A dependência como incapacidade funcional é um conceito que envolve fatores mentais, cognitivos, físicos, sociais, económicos e ambientais (OMS, 2003).

Fillenbaum (1984), define funcionalidade como a capacidade de concretização das atividades de vida diária essenciais e necessárias a todos os indivíduos e que certificam a possibilidade de viverem sozinhos no domicílio, demonstrando capacidade de autocuidado e desempenho de tarefas de adaptação ao meio em que vivem. Esta capacidade demonstra trazer benefícios para a saúde física e mental de cada indivíduo, o que determina o seu bem-estar social.

Alguns dos estudos encontrados na literatura demonstram que o sentimento de solidão está paralelamente relacionado com o maior grau de dependência dos idosos (seja por incapacidades, doenças degenerativas inerentes à idade ou por deficiência física) para a realização das atividades de vida diárias e que essas comorbilidades têm efeitos contraproducentes na sua qualidade de vida, relações sociais e bem-estar emocional (Hacihanoglu e colaboradores, 2012; Rokach e colaboradores, 2006; Paul e colaboradores, 2006).

Segundo Fonseca, Paúl, Martín e Amado (2005), a qualidade de vida dos idosos varia consoante as capacidades que estes têm para a execução das suas atividades de vida diária. As capacidades subdividem-se em primárias ou básicas (ex.: alimentação, higiene, vestir-se, uso do sanitário, transferir-se de posição, controlo de esfíncteres) e secundárias ou instrumentais (ex.: cuidados domésticos, uso do telefone, fazer compras, confeção das refeições, utilização dos meios de transporte, gestão medicamentosa e gestão financeira).

No estudo levado a cabo por Hacıhasanoğlu, Yildirim e Karakurt (2012), é perceptível que existe uma importante relação entre a solidão e o grau de satisfação com o meio ambiente, bem como com o grau de dependência (capacidade de autocuidado e execução das atividades de vida diária). Fatores como: ser idoso, ser mulher, estado civil (casado(a), viúvo(a) ou divorciado(a)), viver com um(a) filho(a) casado(a), ser portador de doenças crónicas e a má perceção de saúde demonstraram ter um forte impacto negativo no grau de dependência para a realização das atividades de vida diária, ou seja, demonstraram ser fatores que favorecem a dependência.

1.4.2. A solidão e a condição de saúde

Tem-se verificado nas grandes cidades da Europa e da América um aumento de pessoas que vivem sozinhas (sem família ou companheiro) e, segundo a opinião de alguns psicólogos, é um fator de predisposição a doenças físicas e psíquicas em que o sistema imunológico desse grupo de pessoas revela ser mais instável e mais propenso a contrair doenças crónicas (Neto, 2004). As principais queixas por parte dos idosos prendem-se com o isolamento social e o desaparecimento de ligações familiares e afetivas, o que nos reporta para os sentimentos de solidão sentidos por este grupo de pessoas (Costa, 2009).

Pode ler-se em um artigo publicado por uma revista científica que: *“o padrão molecular dos indivíduos que ao longo da vida não desenvolveram relações de proximidade, considerados em solidão crónica, afinal é diferente do das pessoas sistematicamente incluídas em redes sociais. É como se a solidão fosse uma molécula ou deixasse uma impressão digital no organismo”* (Cole e colaboradores, 2007; pág. 1). Steve Cole, um dos investigadores responsáveis pelo estudo da Universidade da Califórnia, em Los Angeles (UCLA), refere que descobriram que *“alterações na expressão genética das células do sistema imunitário estão diretamente ligadas à experiência subjetiva da distância social”* (Cole e colaboradores, 2007; pág. 1).

Através deste estudo concluíram que alguns dos genes envolvidos no sistema imunitário, mais especificamente nas reações inflamatórias, estavam entre os mais ativos nos indivíduos solitários sendo que os menos ativos desempenhavam funções elementares nas respostas antivirais e produção de anticorpos. O mesmo autor disse ainda que, *“as diferenças que foram encontradas não dependiam de outros fatores de risco, como o estado de saúde, a*

idade, o peso ou o tipo de medicação. As alterações eram até independentes do tamanho objetivo da rede social de uma pessoa” (Cole e colaboradores, 2007; pág. 1).

A solidão está fortemente associada à depressão e pode ser um fator de risco para a mesma. Pode também apresentar-se como um impacto negativo para a saúde física e mental, nomeadamente no desenvolvimento de hipertensão arterial, insónias, *stress* e efeitos negativos na cognição dos idosos com o decorrer do tempo (O’Luanaigh e Lawlor, 2008). Estudos comprovam que a solidão está relacionada com o aumento da resistência vascular (Cacioppo, Hawkley, Crawford e colaboradores, 2002; Hawkley, Burleson, Berntson, e Cacioppo, 2003), com o aumento da pressão arterial sistólica (Hawkley, Masi, Berry, e Cacioppo, 2006; Hawkley, Thisted, Masi e Cacioppo, 2010), com o aumento da atividade adrenocortical hipotálamo-hipófise (Adam, Hawkley, Kudielka, e Cacioppo, 2006; Steptoe, Owen, Kunz-Ebrecht, e Brydon, 2004) e com respostas incorretas de genes específicos que interferem com o bom funcionamento do sistema imunitário (Cole e colaboradores, 2007; Pressman e colaboradores, 2005).

Fatores relacionados com a inadaptação, a quebra de imunidade ao *stress*, as limitações físicas associadas a alterações fisiológicas e anatómicas, assim como doenças reumáticas inerentes à idade tornam os idosos mais vulneráveis, conduzindo a processos de doença mais frequentes e que impedem o cumprimento de algumas das funções que previamente aos estados de doença eram bem sucedidas (Karahan e Guven, 2002).

De acordo com Çivi e Tanrikulu (2000) demonstrou que à medida que a idade aumenta, aumenta também de forma paralela o grau de dependência para as atividades de vida diária e a incapacidade/limitação física.

Lauder e colaboradores (2006), após uma análise comparativa acerca dos comportamentos de saúde em populações solitárias e não solitárias, identificaram que a média mais expressiva de Índice de Massa Corporal (IMC) se encontrava no grupo solitário, sendo que estes participantes eram mais propensos ao excesso de peso e obesidade, isto porque revelaram menor vontade para a prática de exercício físico. Ainda neste grupo, foi identificado um maior número de fumadores.

Em outros estudos foram descobertas alterações nos níveis de hemoglobina glicada/glicosilada (taxa média de glicose/açúcar circulante no sangue) de idosos que sofriam de solidão. Os elevados níveis de hemoglobina glicada, com os riscos de complicações crónicas micro e macrovasculares inerentes, foram independentemente associados à solidão sentida pelos idosos. Apesar de ainda não existirem certezas acerca deste mecanismo, crê-se que possa estar associado a uma resposta ao *stress* anormal sentido por pessoas que se sentem sós (O’Luanaigh e colaboradores, 2012).

Liu e Guo (2007), num estudo comparativo entre um grupo de idosos que viviam com algum dos filhos e um grupo de idosos que não viviam com os filhos, identificaram que a maior taxa média de solidão foi encontrada no segundo dos dois grupos descritos. Ainda assim, ficou demonstrado que a solidão afeta negativamente a função física, psicológica e mental, a dor corporal, o estado geral de saúde, a vitalidade, os aspetos sociais e o estado emocional de ambos os grupos em estudo.

Alpass e Neville (2003), concluíram no seu estudo acerca da solidão, saúde e depressão em idosos (≥ 65 anos), que existe uma associação dos níveis de saúde mais pobres com níveis mais elevados de depressão e que não existia relação entre aqueles a quem foi diagnosticada uma doença crónica ou incapacidade e a depressão, mas os idosos que relataram autoperceção de saúde mais negativa, apresentaram maior sintomatologia depressiva. Referem ainda que os inquiridos que apresentaram níveis de depressão mais elevados quantificam o seu nível saúde como sendo pobre/muito pobre, sendo ainda mais elevados para os que apresentavam doenças ou incapacidades diagnosticadas, tendo também sido relacionada a presença de depressão com níveis de solidão mais elevados.

Indivíduos que se encontravam sós diferem dos que não se encontravam sós perante as diferentes variáveis de risco analisadas no estudo de Theeke (2010). As variáveis em estudo preditoras do sentimento de solidão envolviam os laços matrimoniais, a autoavaliação do estado de saúde, a educação, a capacidade funcional, o maior número de doenças crónicas, a idade mais jovem, os menores rendimentos e o menor número de pessoas que residiam em casa. Após a análise dos dados, o autor optou por não contabilizar os efeitos de outras variáveis em estudo (sexo e uso de cuidados domiciliários), uma vez que revelaram ser pouco significativos como preditores do sentimento de solidão. O mesmo autor concluiu ainda que, entre o grupo de pessoas que nunca se sentiram sós e o grupo de pessoas que se sentiam cronicamente sós, este último apresentava uma maior taxa de tabagismo, menor taxa de uso de álcool, incidência de maior número de doenças crónicas, apresentavam taxas mais elevadas de depressão, consultavam mais vezes os médicos, revelavam uma taxa mais elevada de estadia em lares de idosos e uma menor taxa de prática de exercício físico.

Apesar da atividade física geralmente poder representar um grande esforço para os idosos, Ehlers e colaboradores (2017), concluem que esta prática pode reduzir a solidão destes.

Os idosos que nunca ou que raramente se sentiram sós demonstraram uma autoperceção do estado de saúde mais positiva ao longo do tempo, sendo que esse efeito era observado mais entre as mulheres, em contraste com os homens. O facto de este sentimento afetar mais as mulheres do que os homens pode também estar relacionado com

o facto de os homens terem beneficiado de mais relações sociais do que as mulheres no grupo cuja solidão diminuiu. A solidão entre os homens está fortemente associada às condições de saúde e está relacionada com a solidão social, enquanto as mulheres vivenciam uma solidão mais emocional, que é menos sensível a uma intensificação dos contatos sociais. Uma diminuição no sentimento de solidão afeta a saúde de forma positiva, podendo haver também uma relação causal com o facto de a deterioração do estado de saúde provocar sentimentos de solidão. Ações de voluntariado e apoio social contribuíram para a diminuição do sentimento de solidão e desempenharam um benefício positivo na saúde. Em suma, a solidão sentida pelos idosos afeta a sua saúde e vice-versa (Nummela e colaboradores, 2011).

CAPÍTULO II – MÉTODO

A análise metodológica de uma investigação visa dar resposta às questões da mesma e a verificação das hipóteses formuladas. A especificação das fases de execução e interpretação do estudo serão planificadas de forma a analisar e descrever os resultados da investigação (Fortin, 2006). Nesta abordagem destacam-se a finalidade e objetivos do estudo de investigação, a descrição do tipo de estudo, das variáveis em estudo, o contexto do estudo, a população e amostra selecionada e respetiva caracterização, as estratégias e instrumentos de recolha de dados assim como a validade e fidelidade dos instrumentos utilizados, o tratamento e análise dos dados e, por fim, as considerações éticas do estudo.

2.1. Finalidade e objetivos

Este trajeto de investigação visou conhecer as implicações na perceção de solidão do idoso e sua relação com a sua perceção de saúde e o perfil de autocuidado adotado, no sentido da adequação das terapêuticas de enfermagem a essas particularidades. Com este estudo pretende-se, assim, permitir que os enfermeiros adequem a sua prática clínica às verdadeiras necessidades da população idosa. Conhecida a finalidade, importa apresentar o objetivo geral e os objetivos específicos que nortearam o desenvolvimento do estudo.

Assim, este estudo teve como base os seguintes objetivos e questões de investigação:

➤ Objetivo geral

- Analisar a relação entre a perceção de saúde e o perfil de autocuidado com o sentimento de solidão experienciado pelos idosos.

➤ Objetivos específicos

- Descrever a perceção da saúde dos idosos;
- Caracterizar os perfis de autocuidado que os idosos adotam;
- Caracterizar o sentimento de solidão dos idosos;
- Caracterizar de que forma a perceção de saúde e os perfis de autocuidado influenciam o sentimento de solidão dos idosos;

- Caracterizar de que forma as variáveis sociodemográficas e clínicas têm implicações na percepção de saúde, no perfil de autocuidado adotado e para a solidão no idoso.

2.2. Tipo de estudo

Para dar resposta ao problema formulado e de acordo com os objetivos propostos, desenvolveu-se um estudo quantitativo, do tipo exploratório, descritivo e correlacional, tendo sido a recolha de dados realizada através da aplicação de um formulário construído com base em escalas de avaliação já validadas para a população Portuguesa e um instrumento de avaliação sociodemográfica e clínica construído de raiz pelo autor, com base na pesquisa bibliográfica relevante.

Neste estudo pretendeu-se explorar e relacionar as variáveis e explicar/descrever essas relações em consonância com os objetivos elaborados. O uso dos termos “variáveis dependente e independente” não se aplicam neste tipo de estudo (Fortin, 1999).

2.3. Contexto do estudo

O estudo foi desenvolvido em quatro lares da Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP) e centro de dia da instituição.

2.4. População e amostra

“A população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção definidos antecipadamente e para os quais o investigador deseja fazer generalizações” (Fortin, 2003; pág. 202). Dado que a população idosa aumenta largamente no nosso país comparativamente com a população jovem (como referido em pontos anteriores deste estudo), o número de lares para idosos tem vindo a aumentar. Optou-se por

circunscrever o estudo a quatro lares da Santa Casa da Misericórdia do Porto (SCMP) e centro de dia da instituição. A população considerada neste estudo corresponde a todos os idosos residentes nessas instituições no período entre julho de 2013 e março de 2015.

Foi definido para este estudo o método de amostragem não probabilística, acidental ou de conveniência. Nas amostras de conveniência o investigador parte para o estudo com a certeza que os casos que irão compor a amostra são aqueles que for possível obter, com base nos critérios de inclusão que definir (Polit, Beck & Hungler, 2004). Assim, a amostra foi constituída por utentes que cumpriam os critérios de inclusão definidos para o estudo, nomeadamente:

- ✓ Idosos com idades ≥ 65 anos;
- ✓ Idosos aposentados da SCMP;
- ✓ Idosos institucionalizados em lares da SCMP ou a frequentar os centros de dia da instituição;
- ✓ Idosos com capacidade cognitiva para responder aos formulários em estudo (aplicação da *Mini Mental State Examination*);
- ✓ Aceitar participar no estudo, depois de devidamente informados da natureza e objetivos do mesmo.

Como critérios de exclusão para participação no estudo:

- ✓ Ser totalmente dependente nas atividades de vida diária;
- ✓ Não aceitar participar no estudo.

2.4.1. Caracterização sociodemográfica e clínica da amostra

De acordo com Beaud (2000), o método de amostragem depende de diversos fatores tais como, aspetos que derivam dos objetivos da investigação, período temporal pré-estabelecido, recursos disponíveis, população a ser submetida à amostragem e a precisão das avaliações. Havia a intenção inicial de obter uma amostra mínima de 100 participantes que correspondessem aos critérios de inclusão. Contudo, face às contingências temporais, tipo de população em estudo e respetivas condicionantes inerentes à idade (capacidade funcional e cognitiva, falecimento de alguns utentes, disponibilidade demonstrada para a participação no estudo), tempo a ser despendido em cada questionário, características que permitissem ser integrados no estudo (critérios de inclusão/exclusão), apenas foram

incluídos 73 num total de 215 idosos residentes nos diferentes lares e utentes do centro de dia de um dos lares onde foi realizado o estudo.

Uma vez que a amostra não era grande, não foi feita distinção entre idosos que se encontravam institucionalizados e idosos que frequentavam os centros de dia, assim como também não foi efetuada uma comparação estatística entre os dois grupos, visto não ser esse o objetivo do nosso estudo e dado o número residual de participantes que frequentavam o centro de dia. As idades encontravam-se compreendidas entre os 70 e os 103 anos, com uma média de idades de 83,48 anos (DP = 6,993), sendo o valor da mediana 84 anos.

Analisadas as idades dos participantes verificamos que 25% da amostra tinham idades até 78 anos, 50% dos participantes apresentavam idades até 84 anos, 75% dos participantes tinham idades até 88 anos, sendo 103 anos a idade dos sujeitos mais velhos (tabela 2). Registou-se uma dispersão baixa das idades dos participantes que se afastaram 6,916 anos em torno da média (tabela 2; anexo VI: gráficos 3, 4 e 5).

		Admissão na instituição (meses)	Admissão na instituição (anos)	Idade (anos completos)	Nível de escolaridade (anos)	Em média, quantas horas dorme por dia?
N	Válido	67	67	73	71	70
	Omisso	6	6	0	2	3
Média		213,90	17,83	83,48	4,61	7,18
Mediana		32,00	2,67	84,00	4,00	7,75
Moda		6	-,5	82	4	8
Desvio padrão		1216,084	101,340	6,916	2,949	2,020
Assimetria		8,133	-,677	-,012	1,389	-,176
Curtose		66,418	5,534	-,187	3,355	-,976
Mínimo		1	1	70	0	2
Máximo		9999	9999	103	16	13
Percentis:	25	6,00	-,5	78,00	3,00	6
	50	32,00	2,67	84,00	4,00	7,75
	75	99,00	8,25	88,00	5,00	8,00

Tabela 2 – Caracterização da amostra em função da data de admissão na instituição, da idade, do nível de escolaridade e do número de horas que dormem por dia.

A distribuição das idades dos participantes mostra ser assimétrica negativa, mas mesocúrtica (gráfico 1).

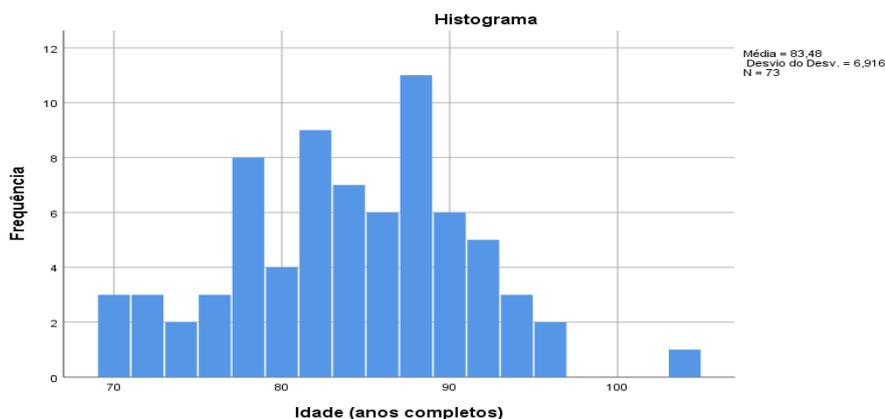


Gráfico 1: Histograma da idade dos participantes.

A grande maioria encontra-se institucionalizada em lares (95,9%) e os restantes 4,1% residiam na sua própria habitação, frequentando apenas o centro de dia de um dos lares onde foi realizado o estudo. Dos dados presentes na tabela A1 do anexo VI, dos 67 utentes que responderam, 19,2% residiam no lar há menos de um ano, num período de residência que atinge o seu máximo de 36 ou mais anos (1,4%). Nesta amostra, uma parte residia no lar onde foi realizada a colheita de dados há menos de um ano, mas já se encontravam institucionalizados num outro lar do qual foram transferidos. No total dos 73 participantes, 90,4% reside no centro urbano, ou residiu no seu maior período de vida, todos se encontravam reformados e, dos 71 participantes que responderam, na sua maioria (32,9%) possuíam uma escolaridade de 4 anos num mínimo de zero anos (6,8%) e num máximo de dezasseis anos de escolaridade (1,4%). A distribuição do número de anos de escolaridade dos participantes mostra ser assimétrica positiva, mas leptocúrtica (gráfico 2). Registou-se uma dispersão baixa da escolaridade dos participantes que se afastaram 2,949 anos em torno da média (anexo VI: gráficos 6 e 7).

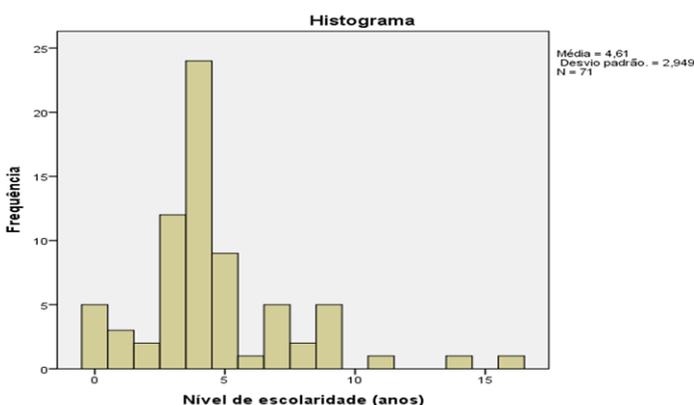


Gráfico 2: Nível de escolaridade dos participantes (anos).

Quanto ao estado civil, a amostra total (N=73) é constituída em 57,5% por indivíduos viúvos, 24,7% são solteiros, 11% são casados ou em união de facto e 6,8% são divorciados (tabela 3).

Quanto ao sexo, a amostra é maioritariamente representada pelo sexo feminino, constituída por 62 mulheres e 11 homens, correspondendo a 84,9% e 15,1% respetivamente (tabela 3).

		Frequência (f)	Percentagem (%)
Estado civil:	Solteiro	18	24,7
	Casado ou união de facto	8	11,0
	Viúvo (a)	42	57,5
	Divorciado (a)	5	6,8
Sexo:	Feminino	62	84,9
	Masculino	11	15,1
Atividade profissional:	Reformado	73	100,0
Residência:	Casa	3	4,1
	Instituição (lar e similares)	70	95,9
Área residência:	Centro urbano	66	90,4
	Área suburbana	4	5,5
	Centro de população rural	3	4,1
Total (N)		73	100,0

Tabela 3: Caracterização da amostra em função do estado civil, sexo, atividade profissional, residência e área de residência.

Relativamente aos laços familiares e relações sociais, 53,4% da amostra total (39 indivíduos) tinham filhos. Desse número, 15 tinham um filho (20,5%), 13 tinham dois (17,8%) e os restantes tinham três (5,5%), quatro ou mais (9,6%).

Como forma de identificarmos a interação social da amostra em estudo, e em contexto lar, concluímos que 23,3% viviam sozinhos, 8,2% viviam com os cônjuges/companheiros, 1,4% viviam com os(as) filhos(as), 5,5% viviam com outros familiares (nomeadamente irmãos/ãos) e 61,6% viviam com outros (idosos que conheceram aquando do ingresso nos lares e os quais não são definidos pelos inquiridos como sendo amigos). De ressaltar que após a análise dos dados, concluiu-se que a estrutura da questão não é a mais adequada e não dá o sentido que quer ter, ou seja, a questão deveria ser reformulada para que se subentendesse que se pretendia saber com quem coabitavam, uma vez que a grande maioria residia em lares. Apesar de a questão poder não ser tão clara para os leitores, esta foi explicada por nós aquando da realização do questionário individual. Constatámos ainda que a maioria dos inquiridos (41,1%) contacta diariamente com a família presencialmente ou por telefone, sendo que 30,1% nunca ou raramente contacta habitualmente com a família (anexo VI: tabela A).

Relativamente às características clínicas da amostra, e após uma aprofundada colheita de dados dos processos clínicos dos utentes dos diferentes lares, verificamos que dos diversos antecedentes patológicos identificados, destacam-se com uma maior percentagem as patologias do sistema circulatório (89%), endócrino/nutricional/metabólico (69,9%), do sistema digestivo (50,7%) e do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo (46,6%) (anexo VI: tabela B).

Os dados colhidos foram agrupados de acordo com a *International Statistical Classification of Diseases and related health problems* (ICD-10).

2.5. Procedimento de recolha de dados

Os dados foram recolhidos entre julho de 2013 e março de 2015, imediatamente após ter sido concedida a autorização por parte do Provedor e legal representante da Santa Casa da Misericórdia do Porto (Anexo I – Acordo de colaboração em projeto de investigação (ESEP/SCMP), através da aplicação de um formulário sob a forma de entrevista.

Com base nos critérios de inclusão/exclusão definidos, todos os participantes eram abordados e entrevistados pelo investigador principal para que se evitassem desvios na compreensão das questões do formulário, através do esclarecimento das dúvidas de forma pessoal e em tempo real. O preenchimento dos formulários foi realizado em locais silenciosos para evitar a dispersão de pensamento, isolados da restante população para evitar constrangimentos nas respostas e de forma a criar um ambiente de empatia, por se tratar de um tema sensível e por vezes sentido como tabu.

Explicado aos utentes, de forma adequada e inteligível, os objetivos do estudo e respondidas todas as questões/dúvidas colocadas pelos mesmos, assegurando a confidencialidade das respostas e tendo sido assegurado que poderiam abandonar o estudo em qualquer altura, se fosse essa a sua vontade e sem qualquer prejuízo para os mesmos, obteve-se o consentimento informado, livre e esclarecido, dos participantes para se proceder à aplicação dos diversos questionários, precedidos da aplicação, a todos os inquiridos, da escala de avaliação da capacidade cognitiva da população em estudo para avaliar a capacidade de compreensão e resposta às questões colocadas, como forma de evitar desvios nas respostas dadas (*Mini Mental State Examination*).

A utilização de formulários permite ao investigador adotar uma estratégia na procura/descrição de normalidades e perceção de tendências, partindo da experiência,

perspetiva, percepção ou opinião dos inquiridos. A sua utilização facilita o envolvimento no estudo de participantes com limitações na leitura e/ou escrita (Polit et al., 2006), o que se torna um processo facilitador no estudo com pessoas idosas. Desta forma, os formulários permitem ao investigador economizar tempo no registo de dados e maior assertividade na obtenção de respostas, dado que permite que este se certifique que os inquiridos perceberam as questões colocadas (Marconi e Lakatos, 2002).

O facto de ser o autor do estudo a preencher o formulário num contexto *face to face*, permitiu que participantes que não sabiam ler/escrever pudessem participar no estudo, uma vez que o critério de inclusão se prendia com a capacidade de saberem falar e compreender corretamente português.

Como forma de eliminar alguns dos riscos inerentes à recolha de dados por terceiros (enviesamento nas respostas, interpretações erróneas das perguntas, falta de privacidade no local de recolha de dados, desvios de pensamento, ausência de tempo por parte de terceiros para aguardar pela resposta mais segura, pelo acompanhamento e compreensão das respostas obtidas, enquadramento adequado para o objeto de estudo e para o tema da entrevista, etc.), estes foram colhidos na íntegra pelo autor do estudo, tendo a aplicação do formulário demorado, em média, entre 45 minutos a uma hora. O tempo despendido variou de participante para participante, dadas as suas diferentes características pessoais e a necessidade de relatar dados das suas vivências pessoais, o que se tornava de certa forma “saudável” no decorrer da colheita de dados para que as perguntas não se tornassem fastidiosas para os mesmos, tendo sido pontualmente necessário reconduzi-los para as questões do formulário.

Antes do início da aplicação do formulário, todos os participantes leram/foi-lhes lida uma breve introdução acerca da pretensão do estudo em questão e retiradas todas as dúvidas que daí adviessem (anexo IV - Consentimento informado livre e esclarecido) e após essa leitura, o participante assinou o consentimento, assumindo a compreensão do estudo e a sua vontade de participação no mesmo. No decorrer da aplicação do formulário foram sendo, sempre que se mostrou pertinente, elucidados para o conteúdo das questões e retiradas as dúvidas que foram surgindo para evitar enviesamentos, sem que nunca fossem direcionados, de forma direta ou indireta, para qualquer tipo de resposta específica.

Cada um dos formulários foi identificado com um número sequencial para posteriormente ser mais fácil a identificação do mesmo na base de dados elaborada para a análise e interpretação destes através do aplicativo *IBM SPSS Statistics 24*.

No decorrer de uma investigação responsável devem sempre ser acautelados os aspetos que respeitem a ética profissional e deontológica, assim como os demais interesses dos intervenientes no estudo (ver ponto 2.8. Considerações éticas).

2.6. Instrumentos de recolha de dados

Para a concretização deste estudo e obtenção de dados que pudessem ser utilizados para dar resposta às questões de investigação foram utilizados diferentes instrumentos adaptados à realidade portuguesa e ainda um formulário elaborado de raiz pelo autor, que teve por base a revisão bibliográfica. Os instrumentos utilizados dividiram-se entre os que foram indispensáveis para a caracterização dos participantes (índice de Barthel, *Mini Mental State Examination*) e os que foram essenciais para responder aos objetivos do estudo (instrumento de avaliação sociodemográfica e clínica, escala de avaliação da solidão UCLA, escala de avaliação dos perfis de autocuidado) que passamos a descrever em detalhe de seguida.

2.6.1. Índice de Barthel

O índice de Barthel avalia o nível de dependência dos sujeitos para a realização de dez atividades de vida diária: comer, lavar-se, vestir-se/despir-se, higiene pessoal, controlo de esfíncteres (anal e vesical), utilização da sanita (wc), transferir-se, mobilidade/deslocação e subir/descer escadas (Mahoney e Barthel, 1965; Araújo, 2007).

O índice pode ser preenchido pelos participantes ou através dos registos clínicos atualizados ou ainda através da observação *in loco* na realização das atividades a avaliar. Os intervenientes da população em estudo são avaliados em cada uma das atividades através de quatro níveis de dependência, sendo que o zero (0) corresponde a um nível de dependência total, e o nível de independência varia com *scores* entre cinco (5), dez (10) e quinze (15) pontos mediante o grau de dependência correspondente (Araújo, 2007), ou seja, quanto menor for a pontuação, maior é o grau de dependência.

Este instrumento não só nos permite avaliar o grau de dependência dos indivíduos para a totalidade das atividades de vida diária em análise, como também nos permite avaliar especificamente o grau de dependência para cada uma dessas atividades (Anexo V).

Nos itens correspondentes às atividades de vida diárias lavar-se e higiene pessoal, apresentam-se os seguintes scores:

- *Score 0* – “Dependente” – utente totalmente dependente. Não participa no autocuidado correspondente.
- *Score 5* – “Independente” – utente autónomo no autocuidado correspondente.

Nos itens correspondentes às atividades de vida diárias comer, vestir-se, controlo anal, controlo vesical, utilização da sanita (wc) e subir/descer escadas, apresentam-se os seguintes scores:

- *Score 0* – “Dependente” – utente totalmente dependente. Não participa no autocuidado correspondente.
- *Score 5* – “Necessita de ajuda” – utente parcialmente dependente. Participa no autocuidado correspondente mas necessita de ajuda parcial.
- *Score 10* – “Independente” – utente autónomo no autocuidado correspondente.

Nos itens correspondentes às atividades de vida diárias transferência (cama/cadeira ou vice-versa) e mobilidade/deslocação, apresentam-se os seguintes scores:

- *Score 0* – “Dependente” – utente totalmente dependente. Não participa no autocuidado correspondente.
- *Score 5* – “Grande dependente” – utente necessita de uma grande ajuda, mas colabora no autocuidado.
- *Score 10* – “Necessita de ajuda” – utente colabora no autocuidado mas necessita de uma ajuda mínima ou supervisão.
- *Score 15* – “Independente” – utente autónomo no autocuidado correspondente.

Através do somatório da pontuação de todos os itens, é possível identificar o grau de dependência dos indivíduos nas atividades de vida diária. Assim, determina-se o grau de dependência global da seguinte forma:

- **Autónomo** – indivíduos que obtiveram uma pontuação superior a 90, até 100 valores;
- **Dependente leve** – indivíduos que obtiveram uma pontuação superior a 60 e inferior ou igual a 90 valores;
- **Dependente moderado** – indivíduos que obtiveram uma pontuação superior a 40 e inferior ou igual a 60 valores;

- **Dependente grave** – indivíduos que obtiveram uma pontuação superior ou igual a 20 e inferior ou igual a 40 valores;
- **Dependente total** – indivíduos que obtiveram uma pontuação inferior a 20 valores.

Em Portugal, o estudo elaborado por Araújo e colaboradores (2007) demonstrou que este instrumento apresenta um nível de fidelidade elevado (*Alfa de Cronbach* de 0,96), com os seus itens a apresentarem correlações com a escala na sua globalidade entre $r=0,66$ e $r=0,93$. Apresentou ainda uma correlação positiva e estatisticamente significativa ao nível de $p<0,01$, com a escala de Lawton e Brody (Araújo e colaboradores, 2007). No estudo em questão houveram dois momentos de avaliação. Num primeiro momento de avaliação foi obtido um *Alfa de Cronbach* de 0,88 e, no segundo momento de avaliação, obtiveram um *Alfa de Cronbach* de 0,86, o que se pode considerar aceitável.

O estudo de Sequeira (2007) revela um bom nível de fidelidade, com uma consistência interna de 0,89 para o total da escala e uma estrutura fatorial de três fatores que explicam 75,2% da variância total:

1. Mobilidade (alimentação, vestir/despir, utilização da casa de banho, subir e descer escadas, deambulação e transferência) apresenta um *Alfa de Cronbach* de 0,96 com uma variância explicada de 52,1%;
2. Higiene (banho e higiene pessoal) apresenta um *Alfa de Cronbach* de 0,84 com uma variância explicada de 12,4%;
3. Controlo dos esfíncteres (controlo de esfíncteres vesical e intestinal) apresenta um *Alfa de Cronbach* de 0,87 com uma variância explicada de 10,7%.

No nosso estudo, comparativamente com os estudos referidos acima, obtivemos um valor de *Alfa de Cronbach* de 0,886, sem exclusão de casos e com o total dos 10 itens do índice, o que revela um nível de fidelidade elevado.

Para melhor compreensão e perceção da fidelidade do índice de Barthel obtido em alguns dos estudos descritos acima e também do nosso, fizemos uma compilação dos resultados no quadro que apresentamos de seguida:

	Alfa de Cronbach
Araújo e colaboradores (2007)	0,96
Sequeira (2007)	0,89
Nosso estudo	0,89

Quadro 2 - Consistência interna do índice de Barthel: comparativo de estudos

2.6.2. Mini Mental State Examination

O *Mini Mental State Examination (MMSE)* foi elaborado por Folstein e colaboradores em 1975 e posteriormente traduzido e adaptado para a população portuguesa por Guerreiro e colaboradores em 1994. Este teste permite aos investigadores avaliar a função cognitiva e o despiste de quadros demenciais em idosos, podendo ser usado isoladamente ou associado a outros instrumentos mais vastos (Lourenço e Veras, 2006).

O referido instrumento inclui onze itens e avalia os inquiridos quanto à sua orientação no tempo e no espaço, critérios de retenção (memória), atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva (Anexo V). As questões são efetuadas pela ordem apresentada e recebem uma pontuação direta através da soma dos pontos atribuídos a cada tarefa que consigam concluir com sucesso. O *score* varia de 0 a 30 pontos e considera-se com alteração cognitiva em função do nível de escolaridade, tendo sido o nível de escolaridade considerado o ponto de corte mais adequado no rastreio cognitivo dos idosos, conforme se demonstra na tabela seguinte (Guerreiro e colaboradores, 1994):

ESCOLARIDADE	PONTUAÇÃO
Analfabetos	≤ 15 pontos
Com 1 a 11 anos de escolaridade	≤ 22 pontos
Com escolaridade superior a 11 anos	≤ 27 pontos

Tabela 4: Análise do *Mini Mental State Examination (MMSE)*

2.6.3. Instrumento de avaliação sociodemográfica e clínica

O instrumento de avaliação sociodemográfica e clínica foi criado para permitir a recolha de dados relativo às variáveis em estudo: idade, estado civil, sexo, nível de escolaridade, atividade profissional, residência, número de filhos, convivência familiar/amigos, antecedentes patológicos, perceção de saúde, autocuidado, fatores de risco para a saúde e a ligação com os possíveis problemas emocionais, sentimentos de solidão com aspetos ou fatores vivenciados e institucionalização. Para a elaboração deste instrumento de colheita de dados foi realizada uma revisão bibliográfica e selecionadas as questões mais pertinentes que nos permitissem obter as respostas adequadas ao estudo. Neste questionário foram inseridas questões que fossem compreensíveis para todos os inquiridos,

do tipo: fechadas, em que o sujeito é submetido a escolhas de respostas possíveis e questões abertas/de resposta livre, em que foram pedidas respostas abertas por parte dos sujeitos. Dentro da categoria das questões fechadas, foram incluídas questões dicotómicas, questões de escolha múltipla, questões filtro e ainda questões de resposta gradativa ou contínua (ex.: para avaliar as questões da saúde).

Foi realizado um pré-teste a dez dos inquiridos e posteriormente foram efetuadas as alterações das principais falhas objetivas identificadas de forma recorrente no instrumento (anexo V). Das falhas identificadas, efetuamos a alteração da ordem das questões 23 e 24 do instrumento e optamos por introduzir a questão 25 dado que sentimos necessidade de compreender um pouco melhor os motivos relacionados com a perceção de solidão.

Foi realizada a análise de conteúdo das questões abertas, sendo o seu conteúdo agrupado em categorias, de forma a ser possível o cruzamento dos dados com outras variáveis em estudo e percebermos se os resultados obtidos são ou não significativos. Para melhor compreensão do método de agrupamento das respostas dos inquiridos, os antecedentes patológicos (questão 13) foram agrupados segundo o *International statistical Classification of Diseases and related health problems (ICD10)*. As respostas à questão 19 foram agrupadas de acordo com o documento de 2018 emanado pelo Ministério da Saúde português com o título: “Retrato da Saúde 2018”. Já as respostas às questões 23 e 25 deste instrumento foram agrupadas de acordo com os achados na bibliografia documentada no enquadramento teórico deste trabalho (capítulo I).

2.6.4. Escala de avaliação da solidão UCLA

Esta escala tem como autores originais Russell e colaboradores (1980) e foi adaptada para a população portuguesa por Félix Neto (1989). É originalmente denominada por *UCLA Loneliness Scale* e é composta por 20 itens, tendo sido a versão portuguesa reduzida para 18 itens, avaliados numa escala de Likert de quatro pontos (Anexo V): “nunca” (1); raramente (2); “algumas vezes” (3) até “muitas vezes” (4). A escala tem como premissa: “Indique quantas vezes se sente da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações. Coloque um círculo à volta de um número para cada uma delas”. A pontuação final é obtida através da soma dos 18 itens, sendo que a pontuação dos itens negativos é feita conforme descrito anteriormente, enquanto que a soma dos itens positivos (todos os que se encontram assinalados com um asterisco (*)) é obtida de forma inversa, em que o “nunca” assume o

valor (4); “raramente” (3); “algumas vezes” (2) e “muitas vezes” (1). O score final da escala varia entre o mínimo de 18 pontos (menor nível de solidão/menor satisfação social) e o máximo de 72 pontos (maior nível de solidão/menor satisfação social).

Apesar de esta ser uma escala adequada, apresenta respostas invertidas que podem resultar em pontuações elevadas e que podem significar/refletir sentimentos de insatisfação social. Um outro problema depara-se com o estigma social associado à solidão, sendo que podem surgir respostas desvirtuadas que subvalorizam a experiência pessoal de solidão (Fernandes, 2007).

Quando recorreram à avaliação direta, Borys e Perlman (1985), identificaram diferenças entre sexos nas respostas obtidas, sendo que as mulheres revelaram mais frequentemente sentimentos de solidão comparativamente com os homens (este facto prende-se com estereótipos sexuais, não se esperando que os homens manifestem as suas fraquezas emocionais). A escala de avaliação da solidão UCLA permite avaliar indiretamente a solidão uma vez que não questiona diretamente os entrevistados acerca do seu sentimento de solidão permitindo constatar de forma mais precisa que os homens revelam sentimentos de solidão, comparativamente com estudos de inquérito onde estão presentes questões mais diretas (Borys e Perlman, 1985).

A versão portuguesa, final e revista, é relativamente curta, fácil de administrar, com uma consistência interna fidedigna (coeficiente *Alfa de Cronbach* de 0,87) e mostra ser válida quer na avaliação da solidão quer na discriminação entre solidão e outros construtos relacionados (Neto, 2000).

De salientar que esta escala foi utilizada inicialmente no estudo de Neto (2000), em uma população de jovens adolescentes mas foi também utilizada em outros estudos com populações idosas, nos quais obtiveram bons valores de fidelidade/consistência interna da escala, como por exemplo no estudo de Correia (2012), em que obtiveram um valor de *Alfa de Cronbach* de 0,88, no estudo de Costa (2013), onde obtiveram um valor de *Alfa de Cronbach* da escala total de 0,85 ou ainda no estudo de Pereira (2017), onde obtiveram um valor de 0,938 indicativo de uma confiabilidade muito boa.

No presente estudo, obtivemos um valor de *Alfa de Cronbach* da escala total de 0,898, corroborando o que foi dito anteriormente e demonstrando uma vez mais o valor elevado de fidelidade da escala.

	Alfa de Cronbach
Neto (1989): escala original validada para a população portuguesa	0,87
Correia (2012)	0,88
Costa (2013)	0,85
Pereira (2017)	0,938
Nosso estudo	0,898

Quadro 3 - Consistência interna da escala de avaliação da solidão UCLA: comparativo de estudos

2.6.5. Instrumento de avaliação dos Perfis de Autocuidado

O primeiro instrumento utilizado denominado de *Self Care of the Home-Dwelling Elderly* (SCHDE), onde está também incluída a subescala de avaliação dos perfis de autocuidado, tem origem finlandesa e trata-se de uma escala do tipo *Likert* composta por 42 itens com 5 possibilidades de resposta: “Discordo totalmente”; “Discordo parcialmente”; “Não concordo nem discordo”; “Concordo parcialmente”; “Concordo totalmente” (anexo V). Backman e Hentinen (2001), identificaram e caracterizaram no seu estudo quatro tipos de autocuidado: o Autocuidado de Abandono, o Autocuidado Independente, o Autocuidado Formalmente Guiado e o Autocuidado Responsável. Através deste instrumento é possível obtermos informações relacionadas com dados pessoais, orientação para os autocuidados, perfis de autocuidado, satisfação com a vida, autoestima e capacidade funcional da amostra. Neste estudo apenas daremos enfoque às questões do domínio do perfil de autocuidado e para identificar e caracterizar cada um dos quatro perfis de autocuidado na população em estudo, utilizamos parte das questões identificadas nos estudos de Räsänen, Backman e Kyngäs (2007) e Zeleznick (2007), que se encontram descritas no quadro 5 do anexo VI (consultar subcapítulo 3.3.).

Zeleznick (2007), elaborou um estudo direcionado para o autocuidado de um grupo de idosos eslovenos residentes no domicílio em que utilizou a SCHDE na íntegra (já traduzida para a língua eslovena). Os resultados obtidos neste estudo indicam um nível de consistência interna concordante com os resultados obtidos anteriormente por Räsänen, Backman e

Kyngäs (2007), sendo que, o valor de *Alfa de Cronbach* apurado para a escala de avaliação dos perfis de autocuidado situou-se na ordem dos 0,75.

Sequeira (2011), traduziu a escala para a versão portuguesa e obteve no seu estudo um *Alfa de Cronbach* de 0,63. Ainda em Portugal, foram efetuados outros estudos com aplicação desta escala e que apresentaram valores de *Alfa de Cronbach* inferiores, pelo que devemos ter atenção na interpretação dos resultados dos mesmos. Rodrigues (2011), obteve no seu estudo um *Alfa de Cronbach* de 0,48 e Mota (2011), obteve um valor de 0,64.

No nosso estudo, para a recolha de dados, utilizamos o formulário de avaliação dos perfis de autocuidado, versão portuguesa de Sequeira (2011), constituído por 42 itens. Obtivemos um valor de *Alfa de Cronbach* da escala total de 0,706 (42 itens), reforçando o que foi dito anteriormente e demonstrando uma vez mais que vai de encontro aos achados dos autores referidos, apesar de o valor de fidelidade da escala ser ainda inferior ao desejável.

	Alfa de Cronbach
Zeleznick (2007)	0,75
Sequeira (2011)	0,63
Rodrigues (2011)	0,48
Mota (2011)	0,64
Nosso estudo	0,706

Quadro 4 - Consistência interna do instrumento de avaliação dos perfis de autocuidado: comparativo de estudos

2.7. Tratamento estatístico e análise dos dados

Terminada a recolha de dados, procedemos à introdução dos mesmos na base de dados informática *IBM SPSS Statistics 24*, onde os inquéritos de cada participante foram identificados através de codificação numérica. Para a análise quantitativa dos dados, recorremos a estratégias de estatística descritiva e inferencial.

Numa primeira fase, procedemos à análise exploratória dos dados e, com recurso à estatística descritiva, identificamos as frequências, as medidas de tendência central, de dispersão e as medidas de partição.

Utilizámos testes de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk* na análise exploratória de dados.

Conforme podemos verificar na tabela 5, o teste de normalidade *Kolmogorov-Smirnov* mostra que a distribuição da amostra é normal no que respeita à idade dos participantes e não é normal no que respeita ao nível de escolaridade. Por este motivo, optou-se, de forma cautelosa, pela utilização da estatística não paramétrica, para a análise inferencial.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estatística	gl	Sig.	Estatística	gl	Sig.
Idade (anos completos)	,076	71	,200*	,983	71	,435
Nível de escolaridade (anos)	,229	71	,000	,869	71	,000

* Este é um limite inferior da significância verdadeira.

^a. Correlação de Significância de Lilliefors

Tabela 5: Testes de normalidade: Idade (anos) e nível de escolaridade (anos)

Recorremos a estratégias de estatística correlacional, através do teste não paramétrico *Rho de Spearman* para verificar a associação entre duas variáveis ordinais, sendo que o valor de associação varia entre -1 e +1; um valor próximo de 1 indica uma associação forte e um valor próximo de 0 indica uma associação fraca ou inexistente, conforme descrito por Pestana e Gageiro (2008) e Vilelas (2009). Utilizamos também: teste não paramétrico *Qui-quadrado* na análise da associação entre duas ou mais variáveis nominais, teste não paramétrico *Rho de Spearman* na análise da correlação entre duas variáveis dependentes entre si, teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* para comparar três ou mais amostras/grupos independentes, com o objetivo de comparar as médias e teste não paramétrico *U de Mann-Whitney* com o objetivo de comparar as médias de amostras independentes inter-sujeitos de dois grupos (capítulo III).

Segundo Vilelas (2009), considera-se que as probabilidades são estatisticamente significativas quando existem menos de 5 probabilidades em 100 de se obter um determinado resultado e, por esse motivo, assumimos nos testes utilizados no nosso estudo e já mencionados anteriormente um nível de significância (p) inferior a 0,05 (probabilidade de erro de 5%).

Estas são apresentadas através de texto, gráficos e tabelas por forma a identificarmos as características dos participantes (Capítulo III).

2.8. Considerações éticas

A investigação levada a cabo foi guiada de acordo com as diretrizes éticas para a investigação em enfermagem e teve por base os respetivos princípios éticos: beneficência, avaliação da maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade. Estes princípios foram ainda complementados tendo em consideração o respeito pelos direitos dos participantes no estudo: direito a não receber dano, direito de conhecimento pleno ou de informação completa sobre o estudo, direito de autodeterminação com base no respeito pelo poder de decisão das pessoas, direito à intimidade, e o direito ao anonimato e à confidencialidade (Nunes, 2013).

Numa primeira fase, após a seleção dos instrumentos de colheita de dados a utilizar no estudo, foi feito o pedido de utilização dos mesmos aos autores, os quais deram o seu parecer favorável (anexo II). Numa segunda fase, foi escolhido o local para efetuar a colheita de dados, feito o pedido de autorização ao Provedor e legal representante da instituição onde foi elaborado o estudo e foi entregue o projeto da tese de mestrado, onde se encontrava toda a informação relativa ao estudo em causa e, após aprovação, foi elaborado um acordo de colaboração para o projeto de investigação entre ambas as instituições (instituição de ensino e a instituição onde foi aplicado o estudo) – anexo I.

Numa terceira e última fase foi elaborado, em conjunto com a entidade responsável pela SCMP, um documento com a informação aos participantes acerca do objetivo do estudo e das implicações/benefícios para os mesmos (anexo III), para que posteriormente assumissem ou não a sua participação no estudo, através da assinatura do consentimento informado, livre e esclarecido (anexo IV). Todos os participantes foram informados de que poderiam desistir do estudo em qualquer etapa, sem prejuízo para os mesmos.

Para que fosse mantido um ambiente com maior privacidade e conforto, os questionários foram aplicados sempre em salas isoladas por forma a permitir a confidencialidade e proporcionar uma maior abertura, verdade e fidelidade nas respostas, assim como para manter o isolamento de distrações associadas a fatores externos. Desta forma foi também acautelada a privacidade da identidade dos participantes, com o intuito de evitar possíveis estigmas sociais (receio manifestado por alguns dos participantes).

CAPÍTULO III - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretende-se analisar os dados, descrever os resultados estatísticos obtidos (os mais pertinentes), tendo em conta as questões de investigação a que nos propusemos dar resposta (análise estatística descritiva e análise estatística inferencial). Segundo Fortin (2006), a análise descritiva dos dados: “é o processo pelo qual o investigador resume um conjunto de dados brutos com a ajuda de testes estatísticos. Esta visa essencialmente descrever as características da amostra e responder às questões de investigação (fase conceptual)”.

3.1. Grau de dependência dos participantes nas atividades de vida diária

Uma variável em estudo foi o grau de dependência dos participantes nas atividades de vida diária, para a qual recorreremos à utilização do formulário em anexo VI, índice de Barthel, onde estão presentes os diferentes domínios do autocuidado: comer, lavar-se, vestir-se, higiene pessoal, controlo anal, controlo vesical, utilização da sanita (wc), Transferência (cama/cadeira ou vice-versa), mobilidade/deslocação e subir/descer escadas.

Face ao exposto, concluímos que a amostra da população estudada apresenta um grau de dependência leve nas atividades de vida diária globais, com uma média de 88,56 pontos no total dos 73 inquiridos, pontuação essa, compreendida entre um mínimo de 30 e um máximo de 100 valores.

Fazendo a análise detalhada, concluímos que, segundo os critérios de análise dos resultados da escala, a grande maioria da amostra é autónoma (68,5%), 15,1% apresenta um nível de dependência leve, 12,3% um nível de dependência moderada e apenas 4,1% apresentavam um grau de dependência grave (tabela 6).

		Frequência	Percentagem
Válido	Autónomo	50	68,5
	Dependente leve	11	15,1
	Dependente moderado	9	12,3
	Dependente grave	3	4,1
	Total (N)	73	100,0

Tabela 6: Caracterização da amostra em função do grau de dependência nas AVD's.

Desdobrando os graus de dependência nas atividades de vida diária em função dos domínios, destacam-se por exemplo as dependências associadas a algumas comorbilidades relacionadas com a idade ou antecedentes patológicos: lavar-se (30,1%), subir e descer escadas (17,8%) (anexo VI: tabela C).

3.2. Caracterização da amostra em função do grau de solidão identificado nos participantes

Face ao exposto, concluímos que a grande maioria da amostra apresenta um grau de solidão abaixo do ponto médio, que se situa nos 54 valores, com uma média de 42,19 pontos no total dos 73 inquiridos, sendo que esta média se situa entre um mínimo de 20 e um máximo de 68 pontos obtidos (pontuação da escala compreendida entre um mínimo de 18 e um máximo de 72 valores possíveis) – tabela 7.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Variância
Escala Solidão	73	20	68	42,19	12,283	150,879
N válido (listwise)	73					

Tabela 7: Caracterização da amostra em função do grau de solidão.

3.3. Caracterização da amostra em função dos perfis de autocuidado

Tendo por base os pressupostos teóricos de Backman e Hentinen (1999; 2001) e o conjunto total de questões do SCHDE que caracterizam cada um dos perfis de autocuidado presentes nos estudos de Räsänen, Backman e Kyngäs (2007) e de Zeleznick (2007) descritas no quadro 3 do anexo VI e as afirmações específicas que caracterizam cada perfil de autocuidado, identificadas nos estudos de Sequeira (2011) e Mota (2011) (tabela 8), calculamos o *score* médio de cada um dos perfis, compreendidos entre 1 e 5 numa escala quantitativa de *Likert*. De recordar que no nosso estudo, para a recolha de dados, utilizamos o formulário de avaliação dos perfis de autocuidado da versão portuguesa de Sequeira (2011) constituído por 42 itens.

Após a nossa análise dos *scores* obtidos em cada um dos perfis de autocuidado, identificamos um elevado número de casos com *scores* altos nos quatro perfis e casos que

apresentavam *scores* inferiores, mas ainda assim muito próximos em mais do que um dos perfis. Assim como foi efetuado nos estudos que fundamentam a nossa investigação, nomeadamente, os estudos de Zeleznick (2007), Sequeira (2011) e Mota (2011), categorizamos esses casos como “indefinidos”. Como forma de discriminarmos de forma ainda mais precisa cada perfil de autocuidado e, mantendo como base os estudos referidos atrás, utilizamos as questões mais específicas definidas pelos autores que tiveram por base os pressupostos de Backman e Hentinen (1999; 2001) e o consenso de um grupo de peritos da ESEP (tabela 8).

Perfil de autocuidado	Questões específicas
Autocuidado Responsável	13-Eu quero ser responsável pela minha medicação. 15-A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual. 16-Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar. 28-Os meus dias estão cheios de atividades significativas e estimulantes.
Autocuidado Formalmente Guiado	18-Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos. 19-Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico.
Autocuidado Independente	21- Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda. 36-Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém. 39-Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente.¹
Autocuidado de Abandono	12- A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde. 37-Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos. 41-Sinto que já não sirvo para nada.

Tabela 8: “Questões específicas” de cada perfil de autocuidado (adaptado de Sequeira, 2011).

Com base nos estudos referidos anteriormente e nas questões mais específicas que representam cada perfil de autocuidado, sentimos também a necessidade de calcular um novo *score* médio para cada um deles, compreendido entre 1 e 5.

O cálculo de cada perfil de autocuidado é igual à média, ignorando os nulos, dos itens do questionário que compõe cada um dos perfis. A título de exemplo, o *score* que se pretende no “perfil de autocuidado responsável” é a média, ignorando os nulos, dos itens 13, 15, 16 e 28 do instrumento de avaliação. Assim, com base nos termos dos estudos descritos atrás, define-se que um utente com um perfil de autocuidado do tipo “responsável” deverá ter um *score* o mais próximo de 5 neste campo e *scores* mais baixos nos restantes perfis de autocuidado.

¹ A questão 39 foi excluída pelo facto de 70 dos 73 inquiridos se encontrarem institucionalizados em lares, sendo que estava apenas direcionada para 3 dos participantes que residiam nas suas casas mas que eram frequentadores do Centro de Dia de um dos lares onde foram elaborados os inquéritos.

Deste modo, obtém-se a identificação do perfil de autocuidado de cada um dos elementos da amostra em estudo através da análise do conjunto dos quatro *scores* calculados.

Para a consecução do processo de identificação do perfil de autocuidado dos participantes, obedecemos aos critérios que a seguir se apresentam:

- **Perfil indefinido alto** - casos que possuam scores nos quatro perfis de autocuidado $\geq 3,5$;
- **Perfil indefinido baixo** - casos que possuam scores nos quatro perfis de autocuidado < 3 ;
- **Perfil puro** - casos que possuam um score num perfil específico de autocuidado $\geq 4,5$ e, necessariamente, nos restantes perfis de autocuidado scores ≤ 3 ;
- **Perfil predominante (de um tipo)** - casos que possuam score num perfil específico de autocuidado ≥ 4 e, necessariamente, nos restantes perfis de autocuidado score $< 3,5$.
- **Perfil indefinido restantes** - restantes casos que não se enquadravam em nenhuma das categorias anteriores.

Com base nesta categorização utilizada nos estudos de Sequeira e Mota (2011), preconizamos três categorias de perfis indefinidos (“indefinidos altos”, “indefinidos baixos” e “indefinidos restantes”), quatro perfis de autocuidados puros e quatro perfis predominantes de cada um dos tipos. Somados, perfazem onze categorias de perfis de autocuidado (ver tabela D do anexo VI).

A título exemplificativo do que foi descrito anteriormente, com base na análise dos quatro *scores* calculados, apresentamos a tabela 9.

Caso	Score no Perfil Responsável	Score no Perfil Formalmente Guiado	Score no Perfil Independente	Score no Perfil Abandono	Perfil de autocuidado dos participantes
15	4,25	5	4	3,67	Indefinido alto
25	3	5	2,5	2,33	Formalmente Guiado Puro
54	4,25	3	3	2	Predominante Responsável
62	2,75	4,5	3	3,33	Predominante Formalmente Guiado
63	5	3	3	2	Responsável Puro

Tabela 9: Exemplos da distribuição dos participantes pelos perfis de autocuidado, com base na categorização adotada nos estudos de Sequeira (2011) e Mota (2011).

Após a análise do total dos scores obtidos em cada caso/participante, tal como nos estudos de Zeleznick (2007), Sequeira (2011) e Mota (2011), identificamos a existência maioritária de um número de perfis “indefinidos” (61 casos). Constatamos ainda que o número de casos com perfis de autocuidado “puros” é bastante reduzido (4 casos), ao qual podem ser associados sete casos com um perfil predominante do tipo formalmente guiado e um caso com um perfil predominante do tipo responsável (tabela 10).

Perfil de autocuidado		N
Predominante Formalmente Guiado		6
Formalmente Guiado Puro		4
Predominante Responsável		1
Responsável Puro		1
Indefinidos	Altos	4
	“Restantes”	57
TOTAL		73

Tabela 10: Distribuição dos participantes em função do perfil de autocuidado.

Tal como foi verificado nos estudos de Sequeira (2011) e Mota (2011), identificamos um elevado número de indivíduos com perfil de autocuidado “indefinido” (83,56%), o que nos leva a aprofundar e a caracterizar de forma mais detalhada estes perfis.

Assim, para definir os perfis de autocuidado “indefinidos”, utilizamos os critérios adotados nos estudos prévios de Sequeira (2011) e Mota (2011).

Descrevem-se da seguinte forma:

- **Responsável/ Formalmente Guiado/ Independente/ Abandono (R/FG/I/A)** – casos que possuam um *score* ≥ 4 em todos os quatro perfis de autocuidado;
- **Responsável/ Formalmente Guiado/ Independente (R/FG/I)** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado Responsável, Formalmente Guiado e Independente;
- **Responsável/ Formalmente Guiado/ Abandono (R/FG/A)** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado Responsável, Formalmente Guiado e de Abandono;
- **Responsável/ Independente/ Abandono (R/I/A)** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado Responsável, Independente e de Abandono;
- **Formalmente Guiado/ Independente/ Abandono (FG/I/A)** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado Formalmente Guiado, Independente e de Abandono;

- **Responsável/ Formalmente Guiado (R/FG)** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado Responsável e Formalmente Guiado;
- **Responsável/ Independente (R/I)** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado Responsável e Independente;
- **Responsável/ Abandono (R/A)** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado Responsável e de Abandono;
- **Formalmente Guiado/ Independente (FG/I)** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado Formalmente Guiado e Independente;
- **Formalmente Guiado / Abandono (FG/A)** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado Formalmente Guiado e de Abandono;
- **Independente/ Abandono (I/A)** – casos que possuam um *score* ≥ 4 nos perfis de Autocuidado Independente e de Abandono;
- Todos os casos que não foram categorizados em nenhuma das categorias anteriores foram classificados como **“Indefinidos finais” (IF)**.

Na tabela seguinte apresentamos a distribuição dos indivíduos inicialmente categorizados com um perfil de autocuidado “indefinido” (n=61), após a aplicação dos critérios mencionados acima.

Categorias específicas dos perfis de autocuidado “indefinidos”	N	%
Indefinidos finais	20	32,79
Responsável/Formalmente Guiado	15	24,59
Responsável/Formalmente Guiado/Independente	8	13,11
Formalmente Guiado/Abandono	6	9,84
Responsável/Formalmente Guiado/Abandono	4	6,56
Formalmente Guiado/Independente/Abandono	2	3,28
Responsável/Independente	2	3,28
Formalmente Guiado/Independente	2	3,28
Responsável/Independente/Abandono	1	1,64
Responsável/Abandono	1	1,64
TOTAL	61	100

Tabela 11: Distribuição dos participantes em função do perfil de autocuidado dos casos inicialmente classificados como “indefinidos”.

Após a análise desta nova categorização, verificamos que continua a prevalecer um número de casos considerável com perfil de autocuidado “indefinido” (n= 20).

Resumidamente, mediante os dados que foram sendo sintetizados, apresentamos na tabela 12 a distribuição dos indivíduos pelos diferentes perfis de autocuidado apurados.

Perfil de autocuidado	N	%
Indefinidos finais	20	27,40
Responsável/Formalmente Guiado	15	20,55
Responsável/Formalmente Guiado/Independente	8	10,96
Predominante Formalmente Guiado	6	8,22
Formalmente Guiado/Abandono	6	8,22
Formalmente Guiado puro	4	5,48
Responsável/Formalmente Guiado/Abandono	4	5,48
Formalmente Guiado/Independente/Abandono	2	2,74
Responsável/Independente	2	2,74
Formalmente Guiado/Independente	2	2,74
Responsável Puro	1	1,37
Predominante Responsável	1	1,37
Responsável/Independente/Abandono	1	1,37
Responsável/Abandono	1	1,37
TOTAL	73	100

Tabela 12: Síntese da distribuição dos participantes por perfil de autocuidado.

O considerável número de casos categorizados como “indefinidos” pode suscitar-nos dúvidas acerca do real potencial de diferenciação do instrumento utilizado ou levar-nos a pensar que o problema possa estar inerente ao facto de este instrumento ter sido pensado para pessoas que continuam a viver nas suas casas. Porém, os restantes estudos disponíveis e que se baseiam nos pressupostos de Backman e Hentinen (1999 e 2001), demonstram os mesmos resultados obtidos no nosso trabalho.

No nosso estudo, é interessante percebermos que o perfil de autocuidado que mais se destaca é o “formalmente guiado”, ou seja, os participantes apresentam traços identificativos desse perfil.

Como seria expectável, não foram identificados casos com *scores* elevados nos quatro perfis de autocuidado.

À exceção da associação dos perfis de autocuidado “Responsável/Formalmente Guiado” (n=15), “Responsável/Formalmente Guiado/Independente” (n=8), “Formalmente Guiado/Abandono” (n=6) e do perfil de autocuidado “Predominante Formalmente Guiado” (n=6), todas as outras associações e restantes perfis de autocuidado apresentam valores reduzidos.

3.4. Resposta às questões de investigação

No sentido de dar resposta aos objetivos do estudo, e partindo dos dados recolhidos através do formulário constante do anexo V, analisamos esses dados recorrendo à estatística descritiva e inferencial.

De salientar, que serão aqui apresentados apenas os resultados que se mostraram estatisticamente significativos e/ou com interesse para o estudo.

3.4.1. Descrever a perceção de saúde dos idosos

No sentido de darmos resposta a este objetivo, foram colocadas algumas questões aos idosos no instrumento especificamente criado para este estudo (Instrumento de avaliação sociodemográfica e clínica, em anexo), cujos resultados se apresentam na tabela seguinte:

		Frequência (f)	Percentagem (%)
Estado de saúde (autopercepção):	Excelente	1	1,4
	Muito boa	4	5,5
	Boa	44	60,3
	Má	17	23,3
	Muito má	7	9,6
Estado saúde vs autocuidado:	De forma nenhuma	35	47,9
	Ligeiramente	9	12,3
	Moderadamente	12	16,4
	Bastante	14	19,2
	Extremamente	3	4,1
Estado saúde vs atividade social:	Todo o tempo	0	0
	A maior parte do tempo	6	8,2
	Alguma parte do tempo	7	9,6
	Uma pequena parte do tempo	7	9,6
	Nenhuma parte do tempo	53	72,6
Total (N)		73	100,0

Tabela 13: Caracterização da amostra em função do estado de saúde e a sua influência no autocuidado e na atividade social, convivência e o contato familiar.

A análise da tabela anterior, permite constatar que relativamente à auto percepção do estado de saúde dos idosos que compõem a nossa amostra, 60,3% (n=44) da amostra considera ser “boa”, sendo que a percentagem que considera “má” e “muito má” é de 23,3%

(n=17) e 9,6% (n=7) respectivamente. Globalmente, podemos referir que a perceção de saúde da amostra é, em média, de 3,34 (DP=0,78), situando-se assim, como já foi referido, numa perceção global “boa”.

Nas últimas quatro semanas, o estado de saúde de 47,9% (n=35) dos participantes não tinha interferido, de forma nenhuma, no autocuidado, e em contrapartida, interferiu de forma extrema em 4,1% (n=3) dos casos. Relativamente à interferência do estado de saúde dos participantes na sua atividade social, no mesmo período de tempo descrito anteriormente, em 72,6% (n= 53) da amostra, não interferiu de forma nenhuma e em 8,2% (n=6) dos casos, interferiu a maior parte do tempo.

À questão colocada à nossa amostra relativamente aos comportamentos/condições de risco para a saúde, num total de 73 participantes, 86,3% (n=63), respondeu não apresentar e os restantes 13,7% (n=10) dos participantes que responderam positivamente descreveram como comportamentos de risco: a obesidade (9,6%), o consumo de álcool às refeições (1,4%), a alimentação inadequada (2,7%) e o tabagismo (1,4%), conforme é possível verificar na tabela 14. Ao serem questionados sobre a possibilidade de os seus problemas emocionais terem relação direta com os comportamentos/condições de risco para a saúde mencionados anteriormente, oito participantes (11%) responderam negativamente à questão, e apenas dois participantes (2,7%) referiram que os problemas emocionais sentidos tinham relação direta com esses comportamentos (tabela 14).

		Frequência (f)	Percentagem (%)
Comportamentos/condições de risco para a saúde:	Sim	10	13,7
	Não	63	86,3
	Total (N)	73	100,0
Obesidade:	Sim	7	9,6
	Não	3	4,1
	Total (n)	10	13,7
Consumo de álcool:	Sim	1	1,4
	Não	9	12,3
	Total (n)	10	13,7
Alimentação inadequada:	Sim	2	2,7
	Não	8	11,0
	Total (n)	10	13,7
Tabagismo:	Sim	1	1,4
	Não	9	12,3
	Total (n)	10	13,7
	Omisso	63	86,3
	Total (N)	73	100,0
Relação dos problemas emocionais com os comportamentos/condições de risco para a saúde:	Sim	2	2,7
	Não	8	11,0
	Total (n)	10	13,7
	Omisso	63	86,3
	Total (N)	73	100,0

Tabela 14: Caracterização da amostra em função dos comportamentos/condições de risco para a saúde.

As respostas foram agrupadas nestes quatro grupos com base nas diretrizes da Direção-Geral da Saúde (DGS) no documento de estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 (DGS, 2017). Da leitura do documento anteriormente referido, determina-se que os comportamentos/condições de risco para a saúde correspondem à “promoção de hábitos saudáveis de alimentação e atividade física, a prevenção e controlo do tabagismo e a redução do consumo abusivo de álcool...” (DGS, 2017; página 22).

Outra questão que nos pareceu importante questionar os participantes do estudo, considerando a sua relevância para a saúde, foi o número de horas, em média, que cada um dormia por dia. Os resultados indicaram que, do total de 73 participantes, 70 referiram, dormir, em média 7,18 horas por dia (DP=2,02).

Como forma de tentarmos perceber o estado emocional da amostra inquirida e possíveis fatores influenciadores, pretendemos ainda identificar os que, no último ano, tinham sido diagnosticados com depressão, como uma condição médica. Os resultados indicaram que apenas 14 participantes (19,2%) dos 71 que responderam à questão, tinham diagnóstico de depressão no último ano, sendo que a restante amostra (n=57; 78,1%) não tinham esse diagnóstico.

3.4.2. Caracterizar os perfis de autocuidado que os idosos adotam

Apesar das reservas colocadas à leitura dos resultados relativamente aos perfis de autocuidado, já anteriormente referidas (cf. capítulo 3.3.), realizámos a análise descritiva dos resultados obtidos na presente amostra, com base na escala reduzida proposta por Mota (2011).

Os resultados apresentados na tabela seguinte, indicam que a amostra, globalmente, tende a adotar um perfil de autocuidado de cariz formalmente guiado (M=4,44; DP=0,83), ao que se segue o perfil responsável (M=3,77; DP=0,79). Os dois restantes perfis (perfil independente e perfil abandono) são os que, aparentemente, eram os menos presentes na amostra em estudo.

Perfil de autocuidado (score)	Mn	Mx	M	DP
Perfil responsável	2,25	5,00	3,77	0,79
Perfil formalmente guiado	2,00	5,00	4,44	0,83
Perfil abandono	1,00	5,00	2,90	1,19
Perfil independente	1,00	5,00	2,90	1,02

Tabela 15: Análise descritiva dos scores obtidos por perfil de autocuidado da amostra.

No sentido de percebermos a correlação existente entre os diferentes perfis de autocuidado, e utilizando o teste *Rho de Spearman*, identificamos correlações significativas entre os diferentes perfis, com uma correlação positiva moderada ($r_s = 0,442$; $p = 0,000$) entre o autocuidado responsável e o autocuidado independente, e também entre o autocuidado formalmente guiado e o autocuidado abandono ($r_s = 0,442$; $p = 0,0001$); e ainda uma correlação negativa fraca/moderada ($r_s = -0,317$; $p = 0,007$) entre o autocuidado responsável e o autocuidado de abandono. Estes resultados vêm de encontro ao que é expectável e sugerido pela bibliografia de suporte.

Pretendemos ainda perceber de que forma o perfil de autocuidado adotado, influenciou a percepção de saúde dos respondentes e sua interferência no autocuidado. Através da análise estatística dos dados, percebemos que existe uma relação entre a forma como o idoso percebe que a sua saúde interferiu no seu autocuidado, nas últimas quatro semanas. Verificamos que as pessoas com perfil de autocuidado independente sentiram, nas últimas 4 semanas, que a sua saúde tinha interferido de alguma forma nas suas atividades de vida diária/autocuidado (ver tabela 16).

Estes dados foram confirmados pelo teste *Kruskal Wallis*:

➤ $H = 10,551$; $gl = 4$; $p = 0,032$.

	Durante as últimas 4 semanas, de que forma a sua saúde interferiu no seu autocuidado?	N	Posto Médio	χ^2 (GL) p
Autocuidado Responsável	De forma nenhuma	35	39,27	7,337 (4) 0,119 (ns)
	Ligeiramente	8	33,69	
	Moderadamente	12	45,38	
	Bastante	14	25,82	
	Extremamente	3	26,00	
Autocuidado Formalmente Guiado	De forma nenhuma	35	34,04	2,954 (4) 0,566 (ns)
	Ligeiramente	9	42,17	
	Moderadamente	12	38,33	
	Bastante	14	36,54	
	Extremamente	3	52,83	
Autocuidado Independente	De forma nenhuma	35	42,87	10,551 (4) 0,032
	Ligeiramente	9	40,11	
	Moderadamente	12	35,67	
	Bastante	14	27,04	
	Extremamente	3	11,00	
Autocuidado Abandono	De forma nenhuma	35	32,31	7,834 (4) 0,098 (ns)
	Ligeiramente	9	41,33	
	Moderadamente	12	30,63	
	Bastante	13	45,27	
	Extremamente	3	56,33	

Nota: ns= não significativo, em termos estatísticos.

TABELA 16: Relação entre a forma como a saúde interferiu com o autocuidado nas últimas 4 semanas e os perfis de autocuidado

3.4.3. Caracterizar o sentimento de solidão dos idosos

Para darmos resposta a este objetivo, recorreremos à escala de solidão (UCLA) e ainda às respostas a algumas questões colocadas aos idosos com recurso ao instrumento de avaliação sociodemográfica e clínica.

Relativamente à Escala de solidão (UCLA), podemos dizer que a amostra apresenta um grau de solidão abaixo do ponto médio da escala, com uma média de 42,19 (DP=12,28) no total dos 73 inquiridos, sendo que esta média se situa entre um mínimo de 20 e um máximo de 68 pontos obtidos (pontuação global da escala compreendida entre um mínimo de 18 e um máximo de 72 valores possíveis).

Estes valores indicam que a perceção de solidão da amostra é globalmente baixa.

Curioso, no entanto, perceber que face à questão “tem-se sentido só?”, que lhes foi colocada no instrumento criado especificamente para este estudo, 60,3% (n=44) de um total de 73 inquiridos confirmaram que se sentiam sós (tabela 17).

No entanto, os indivíduos que responderam “sim” à questão “tem-se sentido só?” (posto médio=43,64), do instrumento de avaliação sociodemográfica e clínica, apresentam, tal como era esperado, maior nível de solidão na escala UCLA, comprovada através do teste *U de Mann-Whitney* ($U= 388,500$; $p=0,005$).

		Frequência (f)	Percentagem (%)
Sentimento de solidão:	Sim	44	60,3
	Não	29	39,7
Associação entre sentimento de solidão e aspetos da vida pessoal:	Sim	43	58,9
	Não	2	2,7
	Total (n)	45	61,6
	Omisso	28	38,4
Total (N)		73	100,0

Tabela 17: Caraterização da amostra em função do sentimento de solidão.

Aos que indicaram sentir-se sós, foi questionado se associavam esse facto com algum aspeto da sua vida pessoal, ao que 43 (58,9%) participantes responderam positivamente, mencionando como principais causas: o afastamento de pessoas importantes, a morte do cônjuge/familiares/amigos, o estado de saúde, fatores económicos, ambiente estranho/desconhecido (contexto lar), alterações de hábitos nas suas atividades de vida diárias, residir no lar, isolamento social, agressões por parte do cônjuge/familiares, perda de

autonomia e bens pessoais, divórcio do próprio ou de familiares, sentimento de ingratidão e abandono familiar, saudosismo (anexo VI: tabela E).

A acrescentar a esta informação, 25 (34,2%) desses idosos acrescentaram ainda que o sentimento de solidão aumentou após o ingresso na instituição/lar. No entanto, para uma parte significativa da amostra (n=29; 39,7%) esse sentimento já existia antes do ingresso na instituição/lar (tabela 18).

		Frequência (f)	Percentagem (%)
Momento da vida em que surge o sentimento de solidão?	Antes	29	39,7
Antes ou após ingresso no lar?	Após	16	21,9
O estado de solidão aumentou após ter ingressado no lar?	Sim	25	34,2
	Não	20	27,4
Total (n)		45	61,6
Omisso		28	38,4
Total (N)		73	100,0

Tabela 18: Caracterização da amostra em função do surgimento do sentimento de solidão e a sua intensidade após o ingresso na instituição/lar.

Como motivos principais para o aumento da solidão após o ingresso na instituição/lar os indivíduos reportaram: a perda de autonomia funcional, económica ou de bens (15,1%), o isolamento sociocultural e familiar (com a maior percentagem: 27,4%), a qualidade dos serviços prestados no lar (1,4%), o facto de residirem num lar (8,2%), a empatia com os restantes residentes do lar (2,7%), sentimento de discriminação (1,4%) – tabela 19.

		Frequência (f)	Percentagem (%)
Perda de autonomia funcional, económica ou de bens:	Sim	11	15,1
	Não	14	19,2
Isolamento sociocultural e familiar:	Sim	20	27,4
	Não	5	6,8
Qualidade dos serviços prestados:	Sim	1	1,4
	Não	24	32,9
Residir em lar:	Sim	6	8,2
	Não	19	26,0
Sentimento de empatia com os restantes residentes do lar:	Sim	2	2,7
	Não	23	31,5
Sentimento de discriminação:	Sim	1	1,4
	Não	24	32,9
Total (n)		25	34,2
Omisso		48	65,8
Total (N)		73	100,0

Tabela 19: Caracterização da amostra em função dos motivos que influenciaram o aumento do estado de solidão após o ingresso na instituição/lar.

Outra questão que colocamos aos idosos que integraram a amostra foi relativamente à frequência com que contactavam com a sua família. Os resultados indicam que 30 respondentes (41,1%) contactam diariamente (muito/sempre) com a sua família; e 21 idosos (28,8%) contactam “algumas vezes”. No entanto, 22 (30,1%) idosos referiram que “nunca/raramente” contactam com os seus familiares.

Da análise dos dados em estudo, conseguimos inferir que existe uma relação entre as duas variáveis nominais da questão (sentirem-se sós e contacto com os familiares). Tal facto é suportado pelos seguintes dados, com recurso ao teste *Qui-quadrado de Pearson*:

➤ $\chi^2 = 6,112$; GL = 2; $p = 0,047$ (tabela 20).

		Tem-se sentido só?		Total	
		sim	não		
Com que frequência contacta habitualmente com a sua família?	Nunca/raramente	Contagem	16	6	22
		Contagem Esperada	13,3	8,7	22,0
	Algumas vezes	Contagem	15	6	21
		Contagem Esperada	12,7	8,3	21,0
	Muito/sempre (diariamente)	Contagem	13	17	30
		Contagem Esperada	18,1	11,9	30,0
Total		Contagem	44	29	73
		Contagem Esperada	44,0	29,0	73,0
Qui-quadrado de Pearson		6,112 ^a (GL=2); $p=0,047$			
Razão de verossimilhança		6,132 (GL=2); $p=0,047$			
Associação Linear		4,930 (GL=1); $p=0,026$			
Nº de Casos Válidos		73			

^a 0 células (0,0%) esperavam uma contagem menor que 5. A contagem mínima esperada é 8,34.

Tabela 20: Relação entre o sentimento de solidão e o grau de convivência familiar.

Desta forma, concluímos que o sentimento de solidão aumenta com a redução dos contactos familiares.

3.4.4. Caracterizar de que forma a percepção de saúde e os perfis de autocuidado influenciam o sentimento de solidão dos idosos

			Percepção de saúde	Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado Abandono
<i>Rho de Spearman</i>	Escala Solidão UCLA	Coefficiente de Correlação	0,263	-0,446**	-0,062	-0,217	0,445**
		Sig. (bilateral)	0,02	0,0001	0,604 (ns)	0,066 (ns)	0,0001
		N	73	72	73	73	72

Nota:**correlação significativa ao nível de 0,01 (bilateral); ns= não significativo em termos estatísticos.

Tabela 21: Análise estatística da associação entre a percepção de saúde, os perfis de autocuidado que adotam e o sentimento de solidão do idoso.

Tal como podemos observar através dos resultados descritos na tabela 21, com recurso ao teste *Rho de Spearman* (ρ), e com base na associação entre a percepção de saúde, os perfis de autocuidado, e o sentimento de solidão dos idosos (UCLA) que compõem a nossa amostra, identificamos uma correlação positiva, fraca mas significativa, entre a percepção de saúde do idoso e o sentimento de solidão ($r_s = 0,263$; $p = 0,02$), o que nos leva a pensar que quanto pior é a percepção de saúde do idoso, pior é também o seu sentimento de solidão.

Identificamos ainda uma correlação negativa moderada com os idosos que adotam o perfil de autocuidado responsável e uma correlação bilateral positiva moderada com os idosos que adotam o perfil de autocuidado de abandono ($r_s = -0,446$; $p < 0,0001$ e $r_s = 0,445$; $p < 0,0001$ respetivamente) e o sentimento de solidão.

Estes valores indicam que, de acordo com o esperado, o perfil de autocuidado abandono é favorecedor do sentimento de solidão, sendo o perfil responsável o mais benéfico para o idoso.

Estes resultados levam-nos a pensar que a adoção de um perfil de autocuidado responsável e uma boa percepção sobre o estado de saúde, são variáveis favorecedoras da vivência da maior idade em situação de institucionalização/lar, levando a um menor sentimento de solidão.

3.4.5. Caracterizar de que forma as variáveis sociodemográficas e clínicas interferem na percepção de saúde, perfil de autocuidado adotado e sentimento de solidão no idoso

Variáveis sociodemográficas

Só a idade dos idosos mostrou apresentar uma correlação positiva significativa com a percepção de solidão ($r_s=0,381$; $p=0,001$), ou seja, quanto maior a idade do idoso, maior o seu sentimento de solidão.

Variáveis clínicas

Dos dezoito grandes grupos de antecedentes patológicos, identificamos relações entre a escala de avaliação da solidão (UCLA) e as doenças do sistema circulatório, doenças da pele e tecido subcutâneo, doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo e doenças do sistema genito-urinário, sendo que a presença destas doenças parece contribuir para um maior sentimento de solidão. Estes dados foram confirmados pelo teste *U de Mann-Whitney* (anexo VI: tabelas F e F1, G e G1, H e H1, I e I1):

- ✓ $U= 99,000$; $p= 0,004$ (doenças do sistema circulatório);
- ✓ $U= 28,500$; $p= 0,033$ (doenças da pele e tecido subcutâneo);
- ✓ $U= 478,000$; $p=0,041$ (doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo);
- ✓ $U= 385,500$; $p= 0,017$ (doenças do sistema genito-urinário).

Pareceu-nos ainda interessante, percebermos a relação existente entre a dependência no autocuidado e o sentimento de solidão. Através da análise do coeficiente de correlação de *Spearman*, entre o índice de Barthel e a escala de avaliação da solidão (UCLA), percebemos a existência de uma correlação negativa fraca ($r_s= -0,243$; $p= 0,038$), o que indica que, quanto menor o valor obtido no índice de Barthel (maior dependência funcional), maior o valor obtido na avaliação da solidão através da UCLA. Ou seja, o sentimento de solidão aumenta conforme o grau de dependência aumenta, o que vai de encontro aos achados encontrados na literatura e que referimos anteriormente noutros capítulos.

Correlacionamos também os resultados da aplicação do índice de Barthel com os perfis de autocuidado e, tendo em atenção que quanto maior for o valor obtido no índice de Barthel, menor é o grau de dependência, identificamos uma correlação positiva fraca/moderada ($r_s= 0,383$; $p= 0,001$) com o perfil de autocuidado responsável, uma correlação positiva moderada ($r_s= 0,464$; $p= 0,0001$) com o perfil de autocuidado independente e uma correlação negativa fraca/moderada ($r_s= -0,388$; $p= 0,001$) com o perfil

de autocuidado abandono. Estes resultados indicam que, quanto menor for o grau de dependência dos participantes, maior a probabilidade de adotarem perfis de autocuidado responsável e independente e menor a probabilidade de adotarem um perfil de autocuidado de abandono.

Da avaliação através do coeficiente de correlação de *Spearman*, identificamos ainda uma correlação negativa fraca/moderada ($r_s = -0,309$; $p = 0,009$), entre o autocuidado formalmente guiado e o nível de escolaridade, e entre o autocuidado de abandono e também o nível de escolaridade, em que se verifica uma correlação negativa fraca/moderada ($r_s = -0,344$; $N = 70$; $p = 0,003$) o que indica que quanto maior o nível de escolaridade, menor é a adoção destes dois tipos de perfis de autocuidado (anexo VI: tabela J).

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo pretendemos discutir os resultados obtidos no presente estudo e ainda uma análise comparativa dos resultados obtidos nesta investigação com os resultados obtidos em estudos que abordam em paralelo algumas das temáticas. Ao analisar estudos anteriores, deparámo-nos com a parca informação encontrada, não tendo encontrado estudos que abordassem diretamente a temática do perfil de autocuidado e as suas implicações para a solidão no idoso.

Caraterização da população

No que diz respeito às caraterísticas sociodemográficas, verificámos que a população em estudo tem idades superiores ou iguais a 65 anos e residem em lares. Relativamente ao sexo da amostra da população que estudamos, a maior percentagem correspondia a mulheres (84,9%), tal como verificado noutros estudos semelhantes (Theeke, 2010; Hizmetli e colaboradores, 2012). Verificamos que noutros estudos a percentagem masculina destacava-se em relação à feminina (Mota, 2011; Rodrigues, 2011; Hacıhasanog˘lu, 2012). No que concerne à área de residência, a maior fatia da amostra residia em centros urbanos (90,4%). Esta amostra apresentava um nível de escolaridade baixo, em que maioritariamente os indivíduos possuíam quatro anos de escolaridade (32,9%) e todos se encontravam reformados (100%). Essa estatística foi também encontrada no estudo de Hacıhasanog˘lu (2012). Na pesquisa efetuada aos resultados dos últimos censos realizados pelo Instituto Nacional de Estatística (INE), não se encontraram dados relativamente ao nível de escolaridade de pessoas residentes em Portugal com 65 anos de idade ou mais (INE, 2012).

Tal como já foi previamente descrito, o estado civil da nossa amostra de estudo era maioritariamente o de viuvez, representando 57,5% dos inquiridos. Também estes dados vão de encontro ao estudo elaborado por Räsänen, Backman e Kyngas (2007) e o estudo de Zeleznik (2007). Segundo Neto (2000) e Azeredo e Afonso (2016), as pessoas que não estão casadas sofrem mais de solidão em comparação com as casadas e a solidão sentida pelas pessoas viúvas ou divorciadas era maior comparativamente com as solteiras. O mesmo autor refere que a solidão parece ser mais acentuada aquando da perda de uma relação conjugal comparativamente com a sua ausência.

Relativamente ao sentimento de solidão, a maior percentagem da amostra do nosso estudo, quando questionados diretamente se se sentiam sós, aproximadamente 60,3% respondeu positivamente. O mesmo foi confirmado aquando da análise dos resultados obtidos através da escala de solidão UCLA e o cruzamento desses dados com a auto-perceção de sentimento de solidão. A este sentimento de solidão não se encontra relacionado o diagnóstico de depressão que estão intimamente relacionados, como nos é descrito no estudo elaborado por Pereira (2010). No nosso estudo, apenas a 19,2% dos inquiridos tinha sido diagnosticada depressão até há um ano atrás e, de acordo com Singh e Misra (2009), a depressão e o sentimento de solidão estão intimamente relacionados com a diminuição da qualidade de vida dos idosos.

Relativamente aos dados descritos no subcapítulo 3.3., estes vão de encontro aos dados obtidos nos estudos que fundamentam o nosso trabalho (Zelevnick, 2007; Sequeira, 2011; Mota, 2011), em que a associação dos perfis de autocuidado “Formalmente Guiado” e de “Abandono” é de certa forma expectável e o motivo pelo qual indivíduos com características de um perfil formalmente guiado, quando perdem a figura que os orienta na assunção das suas responsabilidades/atividades de autocuidado e de vida diárias, tendem a negligenciar o seu autocuidado e a desenvolver um quadro de abandono.

Pelo facto de os participantes do nosso estudo residirem na sua grande maioria em lares, é justificável a prevalência de um perfil de autocuidado formalmente guiado, uma vez que a sua autonomia é gerida/equacionada em grande parte por “regras” inerentes à residência nestas instituições e pela ajuda constante de terceiros (funcionários dos lares, amigos, familiares, etc.).

Auto percepção de solidão no idoso: causas e consequências

Estratégias de *coping* para lidar com o sentimento de solidão, a personalidade dos indivíduos, o suporte social ou as vivências de cada um, são fatores influenciadores para a solidão e, os idosos que não conseguem gerir ou lidar com esses sentimentos, são os que incorrem numa institucionalização precoce e que tendem a ser mais frágeis ou até mesmo sofrerem uma morte prematura (Azeredo, 2013; 2014).

Relativamente ao sentimento de solidão, os resultados do nosso estudo são claros, dado que 60,3% dos inquiridos referiram sentir-se sós e que este aumenta com a idade. No artigo de revisão da literatura elaborado por Hawkey e Cacioppo (2010) é importante referir que 40% dos adultos com mais de 65 anos relatam que estão sós pelo menos algumas vezes, com níveis de solidão aumentados em idade avançada (idades ≥ 70 anos). No nosso estudo, estes dados parecem ter relação direta essencialmente com o afastamento de familiares, a

morte do cônjuge/familiares/amigos e o estado de saúde. Como vários autores afirmam, as perdas ou afastamento de pessoas afetivamente significativas, a diminuição da mobilidade, a dependência de terceiros e o confronto díspar das expectativas dos idosos com o que na realidade conseguem auferir, levam ao surgimento de frustrações e sentimentos de solidão (Neto, 2000; Pocinho e colaboradores, 2010; Lena e Ee-Heok, 2011; Hossen, 2012; Azeredo, 2013; 2015). O sentimento de solidão prevalece aumentado sobretudo quando surgem “acontecimentos de vida que se traduzem em perdas ou quando a sua capacidade de adaptação está diminuída” (Vaz e Gaspar, 2011; Azeredo, 2013).

Outros aspetos da vida pessoal foram referidos, mas ocupam uma percentagem mais reduzida nas respostas obtidas.

Apesar de 39,7% dos inquiridos terem referido que este sentimento surgiu antes do ingresso no lar, a percentagem de indivíduos que responderam que o sentimento de solidão aumentou após a sua entrada na instituição rondou um valor muito próximo (34,2%), o que se revela como uma das principais fontes causadoras. Um dos utentes referiu-nos que “sofria bastante com o sofrimento dos outros residentes do lar”. Azeredo e Afonso (2016), descrevem no seu estudo que 79,4% dos inquiridos referem sentir “raramente, nunca” ou “algumas vezes” solidão, havendo maior incidência de sentimento de solidão nos idosos inquiridos que residiam em lares, referindo sentir “sempre” ou “quase sempre” solidão. Em seguida, surgem os que coabitam apenas com o cônjuge, este também idoso e/ou muitas vezes doente.

Das hipóteses levantadas no estudo de Carvalho e Dias (2011), apenas o tempo e motivo de internamento na instituição tiveram influência no processo de adaptação do idoso à institucionalização, sendo que os idosos que se encontravam nas instituições por falta de apoio familiar demonstravam-se mais adaptados, seguidos dos que preferiam viver na instituição de acolhimento.

De salientar que o sentimento de solidão pode afetar qualquer uma das faixas etárias, desde os mais jovens aos idosos, mas os estudos demonstram que assume maior incidência nos adolescentes e idosos. Nestes últimos, o sentimento de solidão agrava-se quando necessitam de ser institucionalizados, após terem vivido em família e terem tido o suporte de uma verdadeira e salutar solidariedade intergeracional (Neto, 2000; Azeredo, 2008; Azeredo, 2011). De facto, dos dados colhidos das respostas da nossa amostra, os 34,2% dos participantes que referiram um aumento do sentimento de solidão após o ingresso no lar, apontaram como principais causas a perda de autonomia funcional, económica ou de bens e o isolamento sociocultural e familiar.

Nos lares onde efetuamos o nosso estudo, apercebemo-nos de algumas estratégias desenvolvidas para que o sentimento de solidão fosse minimizado e para que fosse promovida a interação social entre os residentes. Destes, destacamos, a título de exemplo, o serviço religioso, as atividades lúdicas com terapeuta ocupacional, a presença de um animal doméstico (gato), sala conjunta para verem televisão, entre outros. Alguns dos idosos tinham também autorização para sair do lar, uns sozinhos e outros com necessidade de acompanhamento por terceiros, podendo ser esta uma das estratégias para que estes não se sentissem sós numa dada parte do seu tempo. Segundo Singh e Misra (2009), a procura de soluções nas crenças religiosas, como medida de combate ao sentimento de solidão, pode ser uma forma de procura de felicidade ou um refúgio para colmatar o sentimento de vazio e tristeza, dependendo em grande parte da fé de cada um.

Dada a baixa percentagem de homens inquiridos (15,1%) em relação ao número de mulheres (84,9%), achamos que não seria relevante perceber a taxa de solidão encontrada em ambos os sexos de forma individual. No entanto, Borys e Perlman (1985), descrevem no seu estudo que através da utilização da escala UCLA, permitiu-lhes constatar que os homens expressaram a sua solidão de uma forma mais concisa, relativamente a estudos de inquérito em que se recorreu a questões diretas. Quando estes autores recorreram à avaliação direta do sentimento de solidão, as mulheres apresentavam uma percentagem superior em relação aos homens e, segundo estes, poderá ser justificado por estereótipos sexuais, nos quais, ao sentimento de solidão, estará associada uma fraqueza emocional não expectável que os homens exprimam. No nosso estudo não foram encontradas diferenças significativas entre ambos os sexos.

Uma pequena percentagem dos inquiridos, apesar de passarem grande parte do seu tempo sozinhos, referiram que não se sentiam sós, que se sentiam bem dessa forma e que preferiam refugiar-se no seu espaço por “não sentirem afinidade/não terem interesses em comum com nenhum dos outros residentes do lar”, por “não gostarem de conviver”, porque “precisavam do seu espaço”, ou ainda porque “preferiam manter-se em isolamento”.

No artigo de Hawkley e Cacioppo (2010), a solidão é classificada como sendo sinónimo de isolamento social percebido e não objetivo, ou seja, as pessoas podem optar por ter vidas solitárias e não se sentirem sozinhas, tal como foi anteriormente descrito no nosso estudo. Por outro lado, dizem também que o oposto pode ser verificado, em que podem ter uma rede social vasta e ainda assim sentirem-se sós, o que foi também identificado no nosso estudo. Aqui, a solidão é definida como um sentimento de pessoas que carecem de necessidades sociais em quantidade e em qualidade, no caso das existentes.

Uma possível explicação para este achado, pode estar relacionada com o facto de o sentimento de solidão não depender apenas da quantidade de ligações sociais, mas também da qualidade das mesmas e o nível de satisfação com o estilo de vida de cada um, ou seja, o facto de serem sociáveis não revela que não expressem sentimentos crescentes de solidão (Singh e Misra, 2009).

Verificamos ainda que alguns dos utentes responderam que não se sentiam sós, mas as expressões faciais e as respostas obtidas através da Escala de Solidão da UCLA revelaram o oposto. Burg e colaboradores (2006), descrevem no seu estudo que os médicos referem que os idosos são relutantes a assumir que se sentem sozinhos ou deprimidos. Já no estudo elaborado por Burroughs e colaboradores (2006), médicos e pacientes encaram a solidão como parte inevitável do envelhecimento, para o qual pouco pode ser feito.

Relativamente a outras características, segundo Neto (2000), a solidão é mais comum entre as pessoas pobres do que entre as ricas e que as boas relações se mantêm mais facilmente quando as pessoas têm tempo e dinheiro para atividades de lazer. De salientar que na nossa investigação, apenas 15,1% dos inquiridos referiram que fatores económicos contribuíam para o seu sentimento de solidão.

Hawkley e Cacioppo (2010), reconhecem que a solidão tem sérias consequências para a cognição, a emoção, o comportamento e a saúde. Ainda no artigo de Kahan (2007), são descritas como consequências associadas ao sentimento de solidão, as doenças cardiovasculares, depressão e demência, sendo que a hipertensão arterial, por aumento das hormonas do *stress*, pode ter como consequências os enfartes e derrames. Assim, como principais causas da solidão estão descritas a dependência, a pobreza, a perda de familiares ou amigos e patologias psiquiátricas/neurológicas.

Também no nosso trabalho, os participantes identificaram como principais consequências associadas ao sentimento de solidão, o afastamento de pessoas importantes, a morte do cônjuge/familiares ou amigos, o estado de saúde, os fatores económicos, entre outros (anexo VI: tabela E).

Como alerta aos profissionais de saúde, destacamos os resultados obtidos no trabalho de investigação de Azeredo (2016), em que ao questionar os idosos sobre sugestões que visassem melhorar os sentimentos de solidão, surgiram como respostas descritas na página 320: “família mais presente/não abandonar o idoso” (15,1%), “viver o dia-a-dia/ter conformismo” (1,4%), “evitar sobrecarregar os idosos com problemas” (1,4%), “mais apoio ao domicílio” (2,7%), “frequência de centros de dia” (2,7%), “mais solidariedade intergeracional/trabalho comunitário de jovens” (4,1%), “atividades de canto/ trabalhos manuais, dança, ginástica etc.” (16,4%), “haver mais passeios/ convívios” (28,8%), “ter

muitas amizades” (9,6%), “melhor comunicação” (15,1%), “haver mais carinho e atenção para com os idosos” (5,5%), “haver mais apoio social” (6,9%), “haver psicólogos ao domicílio” (1,4%), “não sabe” (6,9%), “não respondeu” (4,1%). De salientar que o autor refere que houveram idosos a apresentar mais do que uma sugestão.

Associação do sentimento de solidão com a saúde e o perfil de autocuidado

No nosso estudo concluímos que a saúde e o perfil de autocuidado que os indivíduos adotam têm implicações na solidão. Verificamos que os idosos com perfil de autocuidado abandono apresentavam maiores níveis de solidão, um baixo nível de escolaridade e tinham menos contato social com a família e amigos. Canjuga e colaboradores (2018), concluem que os idosos que residem nas suas casas ou em lares, com capacidade de autocuidado diminuída, manifestam um aumento da solidão social e emocional.

Concluímos assim que o aumento do nível de dependência dos idosos era uma das causas associadas ao sentimento de solidão, o que lhes impossibilita, em grande parte e de parte a parte, manter os laços sociais com ex-vizinhos ou amigos. A perda de autonomia pode estar relacionada não só com problemas de saúde como também com o facto de não haver tempo ou número de profissionais suficientes para fazer face às necessidades para permitir que os idosos desenvolvam as suas atividades de vida diárias sob a vigilância necessária. De acordo com os resultados obtidos no nosso estudo, concluímos que vão de encontro ao que foi descrito anteriormente, uma vez que a amostra estudada era maioritariamente autónoma (68,5%) e apresentava um grau de solidão abaixo do ponto médio.

Através da análise dos dados colhidos, identificamos no nosso trabalho que os idosos que adotavam um perfil de autocuidado responsável apresentavam menor sentimento de solidão. Já o contrário acontecia com os idosos que adotavam peris de autocuidado de abandono, uma vez que apresentavam maior incidência de sentimentos de solidão. Curiosamente, os idosos que adotavam perfis de autocuidado de abandono e independente descreveram o seu estado de saúde como sendo bom ou excelente na sua maioria. Em alguns casos, o perfil de autocuidado identificado por nós pode ter sido enviesado por condições de saúde temporárias, por condições/indicações médicas como por exemplo: idosos que sofrem de tonturas, e não por falta de vontade/iniciativa ou capacidade para a execução da totalidade ou de uma parte das atividades de vida diárias, o que se veio a verificar com pelo menos dois dos inquiridos.

Um crescente conjunto de pesquisas longitudinais indicam que a solidão prediz um aumento da morbidade (Valtorta e Hanratty, 2012) e mortalidade (Luo e colaboradores, 2012), sendo que ao longo do tempo foram sendo identificadas algumas das consequências

do sentimento de solidão e a sua repercussão, neste caso específico, nos idosos. Dos grandes grupos de doenças identificados no nosso estudo, os que mais contribuem para um maior sentimento de solidão são as doenças do sistema circulatório, doenças da pele e tecido subcutâneo, doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo e doenças do sistema genito-urinário. Tal facto talvez se deva à comorbilidade associada às mesmas e devido aos estereótipos sociais inerentes, por exemplo, as doenças de pele, incontinência urinária, entre outras, o que contribui para o isolamento social e por consequência, promove o sentimento de solidão. Esta evidência confirma o que encontramos da análise dos dados do nosso estudo, uma vez que a saúde dos idosos que adotam um perfil de autocuidado independente interferiu de alguma forma nas suas AVD's/autocuidado e detetamos, através da análise estatística, que quanto maior for o grau de dependência, maior é o sentimento de solidão.

Num artigo de revisão da literatura destacam-se as principais consequências físicas e mentais associadas à solidão sentida/percecionada por idosos (Hawkley e Cacioppo, 2010), relacionadas com a consequente mortalidade e morbilidade resultantes do sentimento de solidão. Os mesmos autores referem que o risco de mortalidade e morbilidade aumentam quanto maior for a perceção de solidão sentida. Tais estudos vêm corroborar os nossos achados, uma vez que no nosso estudo identificamos uma correlação positiva, que apesar de fraca era significativa, entre a perceção de saúde do idoso e o sentimento de solidão, o que nos indica que quanto pior é a perceção de saúde do idoso, pior é o seu sentimento de solidão.

Noutros artigos, encontramos que a solidão foi associada a limitações funcionais (Greenfield e Russell, 2011; Prieto e colaboradores, 2011), com influência negativa na capacidade cognitiva, contribuindo para a sua decadência ao longo do tempo (Tilvis e colaboradores, 2004; Gow e colaboradores, 2007; Wilson, Krueger e Arnold, 2007), aumentando o risco de desenvolver doença de Alzheimer (Wilson, Krueger e Arnold, 2007) e sintomas de depressão (Cacioppo, Hawkley, Thisted, 2010). No estudo conduzido por Cacioppo e colaboradores (2006), são ainda identificadas como causas da solidão o aumento do *stress*, ansiedade e raiva, diminuição do otimismo e autoestima. Em suma, o sentimento de solidão parece interferir negativamente na saúde física, mental e no bem-estar dos idosos.

Os Censos de 2011 do Instituto Nacional de Estatística revelam que na população com 65 ou mais anos, cerca de 50% (taxa de prevalência) da população declarou ter muita dificuldade, ou não conseguir realizar pelo menos uma das 6 atividades diárias: ver (19%), ouvir (15%), andar (27%), memória/concentração (15%), tomar banho/vestir-se (14%) e compreender/fazer-se entender (10%).

Indivíduos solitários que apresentam dificuldades na regulação de emoções, têm menor probabilidade de executar quaisquer atividades físicas e estas, com tendência a diminuir ao longo do tempo (McAuley e colaboradores, 2007), sendo que a atividade física contribui para a saudável regulação da saúde física, mental e cognitiva (Penedo e Dahn, 2005). Como tal, o sentimento de solidão é também um fator de risco para a obesidade (Lauder e colaboradores, 2004; 2006) e pode levar ao abuso de álcool (Costa e colaboradores, 2004). Na nossa amostra, tal não se verificou talvez pelo facto de 86,3% do total de inquiridos terem referido que não apresentavam comportamentos/condições de risco para a saúde e dos que responderam positivamente, apenas 2,7% referiu que esses comportamentos tinham relação direta com os problemas emocionais sentidos.

Hawkley e Cacioppo (2010), associam a percepção de isolamento social, ou solidão, ao aumento dos sentimentos de vulnerabilidade e à hipervigilância implícita para a ameaça social, sendo que esta última altera os processos psicológicos que têm impacto negativo no funcionamento fisiológico (diminuição da qualidade do sono, aumento da morbidade e mortalidade).

Apesar de no nosso trabalho de investigação não encontrarmos uma relação entre a qualidade do sono e o sentimento de solidão, outros investigadores descrevem nos seus estudos que a solidão compromete a qualidade do sono (Kurina e colaboradores, 2011) e este tem uma ação reparadora a nível físico, orgânico, mecânico e bioquímico, sendo que a privação do mesmo, associada ao sentimento de solidão, pode desencadear efeitos adversos relativamente ao funcionamento cardiovascular (Hawkley e Cacioppo, 2010), a estados inflamatórios (Wolf e Davis, 2014) e fatores de risco metabólicos (Mullington e colaboradores, 2009). Apesar de a solidão estar associada à má qualidade do sono, não se associa à duração do mesmo (Jacobs e colaboradores, 2006), o que pode justificar o que descrevemos na afirmação anterior, dado que no nosso estudo a questão prendia-se com o número de horas que, em média, os inquiridos dormiam por dia, ou seja, o facto de dormirem em média 7,18 horas por dia não significa que a qualidade do sono seja boa.

A associação entre a solidão, as doenças cardiovasculares e a mortalidade, com início em tenra idade por diversos fatores, sugere que a hipertensão arterial relacionada com o sentimento de solidão, no início até à meia-idade, pode-se repercutir na meia-idade e velhice (Hawkley e Cacioppo, 2010; Hawkley e colaboradores, 2010). Este efeito não foi associado ao “sexo, à idade, raça e etnia, fatores de risco cardiovascular, medicamentos, condições de saúde, efeitos de sintomas depressivos, apoio social, *stress* e hostilidade” (Hawkley e colaboradores, 2010; página 221). Thurston e Kubzansky (2009), defendem que as pessoas que sofrem de solidão são mais afetadas por doenças crónicas, o que pode estar associado à

taxa de mortalidade das pessoas que sofrem de solidão (Holt e colaboradores, 2010). Ainda associado à solidão como um dos fatores de depressão, relaciona-se o risco de demência (Wilson e colaboradores, 2007) e maior sensibilidade à dor (Jaremka e colaboradores, 2013).

No estudo de Hawkley e Cacioppo (2010), a hormona cortisol que ajuda a manter os valores de tensão arterial em níveis aceitáveis e ajuda a regular o sistema imunológico, foi associada ao sentimento de solidão na medida em que este sentimento prediz uma resposta aumentada da referida hormona. Ao sentimento de solidão estão associados níveis de cortisol elevados e, uma vez que este exerce efeitos anti-inflamatórios, seria previsível que a este sentimento houvesse uma redução do risco de doenças inflamatórias. Ainda assim, tal como descrito anteriormente, os sentimentos de solidão e isolamento social estão associados ao aumento do risco de doenças inflamatórias (Cole e colaboradores, 2007; Cole, 2008).

Há estudos que revelam que não é a solidão a causa de deficiência visual, mas essa deficiência tem impacto direto e é uma das causas de sentimentos de solidão e restrições nas atividades da vida social. Uma causa pode levar ao agravamento da outra e vice-versa, o que, quando conjugadas, podem ter influência negativa e consequências indiretas na saúde e no perfil de autocuidado dos idosos. Segundo Limburg (2007), a acuidade visual perde capacidades a partir dos 50 anos de idade e tem tendência a aumentar ao ritmo da esperança média de vida, tal como confirma o estudo de Limburg, Keunen, e Van Rens (2009), em que a prevalência de deficiência visual era de 10,2% em idosos com 65 anos de idade ou mais, sendo os idosos desta faixa etária os mais afetados (79%).

Ao contrário dos achados no nosso estudo, em pesquisas anteriores a alteração da acuidade visual teve impacto direto nas atividades de vida diária dos idosos (West e colaboradores, 2002; Iecovich & Isralowitz, 2004; Hassell, Lamoureux e Keeffe, 2006), problemas psicossociais (Tolman, Hill, Kleinschmidt e Gregg, 2005; Evans, Fletcher e Wormald, 2007; Hayman e colaboradores, 2007), restrições na participação nas atividades de vida diária, restrição da mobilidade fora do lar (Hassell, Lamoureux e Keeffe, 2006), isolamento social (Wallhagen e colaboradores, 2001) e sentimentos de solidão (Verstraten e colaboradores, 2005) foram algumas das causas encontradas e associadas à deficiência visual. O estudo elaborado por Alma e colaboradores (2011) mostrou que os idosos com deficiência visual estão em risco de solidão, sendo que apresentavam maiores níveis de solidão do que pessoas idosas com visão normal e mostrou também que a autoeficácia esteve diretamente relacionada com o sentimento de solidão dos idosos com deficiência visual, na medida em que quanto menor for a autoeficácia maior será o sentimento de

solidão (a gravidade e a duração da deficiência visual não desempenham nenhum papel adicional ou significativo).

Em suma, alguns autores referem que as doenças podem ter sido diagnosticadas previamente ao sentimento de solidão, o que não invalida que esse sentimento não as agrave (Hawkley e Cacioppo, 2010).

No nosso estudo, a solidão não demonstrou ter significado estatístico quando correlacionada com a escolaridade, mas o nível de escolaridade demonstrou ter relação com os perfis de autocuidado adotados, uma vez que nos resultados do nosso trabalho, identificamos que quanto menor o nível de escolaridade, maior era a adoção de perfis de autocuidado formalmente guiado e de abandono em detrimento dos perfis de autocuidado independente e responsável. Daqui podemos inferir que o que nos descreve Meleis e colaboradores (2000) justifica esses mesmos resultados, quando refere que pessoas que adotam um perfil de autocuidado independente tendem a não procurar ajuda externa, nomeadamente de profissionais habilitados, quando se deparam com problemas de saúde, por acreditarem que possuem os conhecimentos e os recursos adequados para lidarem com os seus problemas.

Limitações do estudo e sugestões para futuras investigações

Esta problemática deu-nos um pouco mais de alento, mas tornou-se ao mesmo tempo um desafio, uma vez que as informações acerca deste tema e a existência de estudos, publicações e artigos semelhantes eram escassos, sendo que, quando falamos da associação da solidão com o perfil de autocuidado, estes eram inexistentes. Na nossa opinião, este torna-se um ponto forte do nosso estudo, uma vez que pode contribuir para a perceção e desenvolvimento de ações direcionadas na ajuda à resolução desta problemática.

Outra dificuldade deparou-se com a gestão de tempo escasso e o número reduzido de idosos que preenchessem todos os critérios de inclusão para participarem no estudo, sendo que cada entrevista demorava entre 45 minutos e 01h00, o que acabou por condicionar o tamanho da amostra. Acreditamos que um número maior de participantes e a realização de um estudo comparativo entre idosos institucionalizados e idosos que residem nas suas habitações nos revelassem dados/resultados ainda mais interessantes e expressivos, sendo esta uma proposta para investigações futuras.

Apesar de um dos princípios que pautaram este trabalho de investigação ter sido a realização das entrevistas *face to face*, recorrendo à confidencialidade e a salas isoladas, promovendo uma relação de empatia e confiança, podemos ter obtido respostas que os entrevistados consideraram ser as mais corretas ou socialmente aceites e não aquelas que

gostariam de dar, o que pode ter tido influência nos resultados obtidos. O nível baixo de escolaridade da grande parte dos nossos participantes (4ª classe) pode também ter sido um fator influenciador nas respostas, mesmo tendo sido retiradas todas as dúvidas e sendo as questões feitas para que fossem reduzidas as hipóteses de dupla interpretação e que pudessem conduzir ao possível enviesamento dos resultados.

De salientar ainda que o valor *Alfa de Cronbach* total obtido do instrumento de avaliação dos perfis de autocuidado (0,706) implica grande precaução na interpretação dos resultados, dados os limites de fidelidade do instrumento.

Implicações/contributos para a área de especialização em enfermagem médico-cirúrgica

Deste nosso estudo urge uma necessidade premente de intervenções que diminuam/identifiquem sentimentos de solidão e, por consequência, que possam produzir efeitos benéficos com relação a mecanismos fisiológicos e à saúde². Aqui pode destacar-se a intervenção dos enfermeiros, em articulação com outros profissionais inseridos numa equipa multidisciplinar, na prestação de cuidados comunitários e na promoção da saúde (ex.: saúde pública, saúde comunitária), atividades de grupo, exercício ou redação de cartas terapêuticas³, com o intuito de tornar os indivíduos socialmente mais ativos (Routasalo e colaboradores, 2009). Daqui pode também advir uma redução nos custos da área da saúde e um aumento da sobrevivência (Pitkala e colaboradores, 2009).

A presença de doenças incapacitantes prévias ou não ao sentimento de solidão ou o seu consequente agravamento por força do mesmo e que influenciam o autocuidado e as atividades de vida diária pode ser evitada/minimizada através de apoios institucionais, promovendo-se a assistência necessária para que os utentes se adaptem à doença e possam assim controlar os seus efeitos adversos. Uma das formas passa por os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, prestarem as informações, assistência e aconselhamento para que os indivíduos desenvolvam competências de autocuidado, tal como confirmamos no estudo de Hizmetli e colaboradores (2012).

A enfermagem, como ciência responsável pelo diagnóstico das respostas humanas aos problemas de saúde, deve identificar sentimentos de solidão e desenvolver planos de cuidados com o intuito de obter resultados positivos das suas ações. Assim, como forma de promover uma melhor qualidade de vida (física e emocional) e, para que os idosos retomem as suas atividades de vida diárias normalmente, compete à equipa de enfermagem

² Ver artigo de Stewart, M. e colaboradores (2001).

³ Ver artigo de Paiva e Rasera (2012).

especializada diagnosticar precocemente sinais que evidenciem sentimentos de solidão para minimizá-los ou preveni-los e atuar em conformidade, acompanhando o tratamento do idoso e ajudando-o na sua recuperação (Santos e colaboradores, 2010). Nos lares onde o nosso estudo foi desenvolvido identificámos alguns pontos que, segundo alguns dos estudos já explanados, contribuem positivamente para a promoção da saúde mental e que demonstram ser facilitadores no combate à solidão e as suas possíveis consequências para a saúde e perfil de autocuidado adotado que foram anteriormente identificadas (por ex.: orar nas capelas existentes nos lares, o que permite aumentar o bem-estar espiritual, promover a participação em atividades lúdicas de grupo para promover a socialização, presença de animais domésticos como fator mediador entre a solidão sentida e a saúde geral⁴, entre outros).

Já o desenvolvimento de competências no que diz respeito ao conhecimento que os idosos têm acerca dos seus pontos fortes e fracos, promove-lhes a capacidade de gerirem os seus recursos externos que contribuem para o colmatar das suas necessidades e bem-estar, como por exemplo, o recurso a amigos, apoio social, entre outros (Steerink e colaboradores, 2005).

Como tal, o desenvolvimento destas competências podem ser eficazes e proteger os idosos no combate à solidão, o que se verificou no estudo elaborado por Alma e colaboradores (2011) em doentes com deficiência visual, em que foram prestados ensinamentos aos idosos acometidos pela doença para que estes se tornassem capazes de gerir as consequências da perda de visão (sociais, emocionais ou outras), podendo assim reduzir os sentimentos de solidão.

Cacioppo e Hawkey (2010; pág. 223), propõem algumas intervenções com o objetivo de minimizar o sentimento de solidão e as suas consequências em diferentes campos: “(1) melhorar as habilidades sociais, (2) prover apoio social, (3) aumentando as oportunidades de interação social e (4) abordando a cognição social mal-adaptativa”. Rinnan e colaboradores (2018), acrescentam ainda a implementação de estratégias educativas, avaliação da saúde e o desenvolvimento das redes de apoio social com o intuito de aprimorar a inclusão social do idoso.

Os enfermeiros, como profissionais de saúde que contactam permanentemente com os utentes, têm a capacidade/oportunidade para intervirem quando identificam bloqueios aos contactos sociais por parte dos idosos, como são exemplo: as doenças incapacitantes que possam condicionar a mobilidade, o isolamento social, a incontinência, entre outros, ajudando-os a adaptarem-se a essa condição. Para que com estas intervenções possamos

⁴ Ver artigo de Krause-Parello (2008).

obter os melhores resultados em prol dos utentes, devem as instituições de saúde contratar mais profissionais para que estes possam disponibilizar uma parte do seu tempo de trabalho na escuta ativa, onde seja permitido ao idoso expressar sentimentos e para que este possa ser envolvido na tomada de decisões.

Ainda assim, estamos conscientes de que estas intervenções podem não influenciar os sentimentos de solidão, apesar de promoverem as interações sociais, uma vez que não alteram a forma como os indivíduos sentem essas ligações/relações sociais de uma forma mais generalizada. Daí a necessidade de serem implementados programas de promoção da saúde.

CAPÍTULO V - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a realização do presente trabalho, procuramos contribuir para o encontro de soluções que visam amenizar as implicações da percepção de saúde e dos perfis de autocuidado na solidão dos idosos, dado que esse sentimento de solidão é uma realidade cada vez mais evidente nos dias de hoje. Incidimos nesta área de estudo porque ao trabalharmos nestas resoluções, poderemos contribuir de forma positiva e significativa na promoção do autocuidado e na prevenção/controlo de comorbidades associadas.

Neste estudo, apesar dos participantes da amostra manifestarem uma percepção de saúde global “boa”, percebemos que alguns grupos de doenças influenciavam no sentimento de solidão do idoso, sendo que podem não ter uma relação direta de causa-efeito, mas a percepção de solidão pode levar ao agravamento das mesmas e contribuir para o isolamento social.

As doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo são das mais incapacitantes e, também no nosso estudo, verificamos terem relação negativa direta com o sentimento de solidão e com o perfil de autocuidado, na medida em que provocam restrições nas atividades de vida diárias.

Também a idade demonstrou ter influência na percepção de solidão do idoso e, como já referimos anteriormente, os dados bibliográficos apontam para que esta se faça sentir com mais intensidade nos jovens adolescentes e idosos. Tendem, de uma forma global, a adotar um perfil de autocuidado formalmente guiado, o que é perfeitamente aceitável visto que quase 100% da amostra se encontra institucionalizada.

Em suma, confirmamos que, na população que estudamos, havia uma percepção de solidão globalmente baixa e que as principais causas se prendiam essencialmente com o afastamento de familiares e amigos, a morte do cônjuge/familiares/amigos e o estado de saúde, entre outros. De um total de 73 idosos inquiridos, 44 (60,3%) manifestaram sentimentos de solidão e, contrariamente ao esperado, através da análise das respostas obtidas na escala de solidão UCLA, a percepção de solidão da amostra na escala mencionada era globalmente baixa. Percebemos que o sentimento de solidão varia mediante o grau de convivência com os familiares e que aumenta quanto menor for essa convivência. O facto de o estado de saúde se encontrar afetado de alguma forma tem consequências negativas no autocuidado adotado uma vez que interfere nas atividades de vida diária dos idosos.

Concluimos também que dos resultados obtidos, e conforme o esperado, o perfil de autocuidado abandono é favorecedor do sentimento de solidão, sendo o perfil responsável o mais benéfico para o idoso.

Finalmente, apesar de não termos conseguido apurar uma relação entre todas as variáveis a que nos propusemos cruzar/estudar, pensamos que o nosso estudo não deixou de cumprir o seu objetivo na tentativa de percebermos um pouco melhor o idoso institucionalizado e a forma como o perfil de autocuidado e a percepção de saúde podem implicar para a solidão.

Como tal, compete-nos a nós enfermeiros/as, inseridos em equipas multidisciplinares, minimizar situações que promovam gastos em saúde e diminuam a qualidade de vida da população em geral e dos idosos em particular, uma vez que o perfil de autocuidado e a percepção de saúde têm implicações para a solidão no idoso, o que promove um aumento do grau de dependência, implica maior disponibilidade de tempo para a prestação e adequação dos cuidados necessários, maior desgaste dos cuidadores, entre outras consequências.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Achury-Saldaña, D. M. (2013). *Effect of an Educational Plan on the Self-care Management Capacity of Hypertensive Patients at a Second-tier Institution*. Aquichan. doi:10.5294/aqui.2013.13.3.4;
- Adam, E. K. et al. (2006). *Day-to-day dynamics of experience-cortisol associations in a population-based sample of older adults*. Proceedings of the National Academy of Sciences. doi:10.1073/pnas0605053103;
- Alma, Manna A. et al. (2011). Loneliness and Self-Management Abilities in the Visually Impaired Elderly. *Journal of Aging and Health*, 23:5, 843-861. doi:10.1177/0898264311399758;
- Alpass, F. M. (2003). *Loneliness, health and depression in older males*. *Aging and Mental health*. doi:10.1080/1360786031000101193;
- Araújo, F. et al. (2007). Validação do índice de Barthel numa amostra de idosos não institucionalizados. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 25:2, 59-66;
- Azeredo, Z. (2008). *A Família como núcleo de mudança cultural. Crenças, religiões e poderes: dos indivíduos à sociabilidade*. Porto: Afrontamento;
- Azeredo, z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicossoma. ISBN. 9789728994273;
- Azeredo, Z. (2013). O idoso fragilizado e a prevenção da fragilidade. *Revista Iberoam Gerontologia*, 2, 70-78;
- Azeredo, Z. (2014). O idoso no serviço de urgência. *Journal of Aging and Innovation*, 2:4, 20-26;
- Azeredo, Z. & Barreiro, A. P. (2015). *O idoso fragilizado no domicílio*. *Hospitalidade*, 49:307, 36-39;
- Azeredo, Zaida de Aguiar Sá & Afonso, Maria Alcina Neto (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de geriatria e Gerontologia*, 19:2, 313-324. doi:10.1590/1809-98232016019.150085;

- Backman, Kaisa & Hentinen, Maija (1999). Model for the self-care of home-dwelling elderly. *Journal of Advanced Nursing*, 30:3, 564-572. doi:10.1046/j.1365-2648.1999.01125.x;
- Backman, Kaisa & Hentinen, Maija (2001). Factors associated with the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 15:3, 195-202. doi:10.1046/j.1471-6712.2001.00007.x;
- Beaud, J. P. (2000). Recherche sociale: de la problématique à la cueillette des données. *Presses Universitaires du Québec*, 3;
- Berman, R. L., & Iris, M. A. (1998). Approaches to Self-Care in Late Life. *PubMed*, 8(2), 224-36. doi:10.1177/104973239800800206;
- Borg, Christel, Hallberg, Ingalill R., & Blomqvist, Kerstin (2006). Life satisfaction among older people (65+) with reduced self-care capacity: the relationship to social, health and financial aspects. *Journal of Clinical Nursing*, 15:5, 607-618. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01375.x;
- Borys, Shelley, & Perlman, Daniel (1985). Gender Differences in Loneliness. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 11:1, 63-74. doi:10.1177/0146167285111006;
- Burg, F. K. et al. (2006). A Mixed-Methods Approach to Understanding Loneliness and Depression in Older Adults. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61, 329-339;
- Burroughs, H. et al. (2006). "Justifiable depression": how primary care professionals and patients view late-life depression? A quality study. *Family Practice*, 23:3, 369-377. doi: 10.1093/fampra/cmi115;
- Cacioppo, John T. et al. (2002). Loneliness and health: potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64:3, 407-417. doi:10.1097/00006842-200205000-00005;
- Cacioppo, John T. et al. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality*, 40:6, 1054-1085. doi:10.1016/j.jrp.2005.11.007;
- Cacioppo, John T.; Fowler, James H. & Christakis, Nicholas A. (2009). Alone in the crowd: The structure and spread of loneliness in a large social network. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97:6, 977-991. doi:10.1037/a0016076;

- Cacioppo, John T.; Hawkley, Louise C.; Thisted, Ronald A. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago Health, Aging and Social Relations Study. *Psychology and Aging*, 25:2, 453-463. doi:10.1037/a0017216;
- Callaghan, Donna (2005). Healthy Behaviors, Self-Efficacy, Self-Care and Basic Conditioning Factors in Older Adults. *Journal of Community Health Nursing*, 22:3, 169-178. doi:10.1207/s15327655jchn2203_4;
- Canjuga, Irena et al. (2018). Does an impaired capacity for self-care impact the prevalence of social and emotional loneliness among elderly people? *Working with Older People*. doi:10.1108/wwop-01-2018-0001;
- Carvalho, Maria Paula & Dias, Maria Olívia (2011). *Adaptação dos idosos institucionalizados*. *Millenium*, 40, 161-184;
- Çivi, S. & Tanrikulu, M. (2000). An epidemiological study to evaluate the level of dependence and physical disability with the prevalence of chronic diseases in the elderly. *Turkish Journal of Geriatrics*, 3:3, 85-90;
- Cole, Steve W. et al. (2007). *Social regulation of gene expression in human leukocytes*. *Genome Biology*, 8:9. doi:10.1186/gb-2007-8-9-r189;
- Cole, Steve W. (2008). *Social regulation of leukocyte homeostasis: The role of glucocorticoid sensitivity*. *Brain, Behavior and Immunity*, 22:7, 1049-1055. doi:10.1016/j.bbi.2008.02.006;
- Correia, M. G. (1993). *O idoso: o seu sentir e o seu viver*. *Geriatrics*, 6-53;
- Correia, C. (2012). A Qualidade de Vida e a Solidão em idosos institucionalizados e na comunidade. *Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida de Lisboa - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica*;
- Costa, J. S. D. et al. (2004). Consumo abusivo de álcool e fatores associados: estudo de base populacional. *Revista de Saúde Pública*, 38:2, 284-291;
- Costa, J. C. Gomes (2009). Contexto familiar e Envelhecimento. *In animação socio-cultural na terceira idade. Chaves: Intervenção - Associação para a Promoção e Divulgação cultural*, 1, 129-133;

- Costa, F. (2013). A solidão como fator de risco para a depressão na terceira idade. *Universidade Católica Portuguesa: Faculdade de Filosofia do Centro Regional de Braga - Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde*;
- Dale, Bjørg et al. (2010) - Older home nursing patients' perception of social provisions and received care. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 24:3, 523-532. doi: 10.1111/j.1471-6712.2009.00744.x;
- Dale, Bjørg; Soderhamn, U. & Soderhamn, O. (2012). Self-care ability among home-dwelling older people in rural areas in southern Norway. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26, 113-122. doi:org/10.1111/j.1471-6712.2011.00917.x;
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). Estratégia Nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. *República Portuguesa - Serviço Nacional de Saúde: Lisboa*;
- Drageset, Jorunn (2004). The importance os activities of daily living and social contact for loneliness: a survey among residents in nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 18:1, 65-71. doi: 10.1111/j.0283-9318.2003.00251.x;
- Ehlers, Diane K. et al. (2017). Regional Brain Volumes Moderate, but Do Not Mediate, the Effects of Group-Based Exercise Training on Reductions in Loneliness in Older Adults. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 9. doi:10.3389/fnagi.2017.00110;
- Evans, Jennifer. R.; Fletcher, Astrid & Wormald, Richard P. L. (2007). Depression and Anxiety in Visually Impaired Older People. *Ophthalmology*, 114:2, 283-288. doi:10.1016/j.ophtha.2006.10.006;
- Fernandes, Hélder Jaime (2007). Solidão em idosos do Meio Rural do Concelho de Bragança. *Universidade de Psicologia e Ciências da Educação do Porto - Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso*;
- Fernández, A. & Manrique-Abril, F. (2011). *Agencia de autocuidado y factores básicos condicionantes en adultos mayores*. *Avances em Enfermería*, 29:1, 30-41;
- Fillenbaum, Gerda G. (1984). The wellbeing of the elderly. *World Health Organization: Geneva*;
- Folstein, M. F.; Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinican. *Journal of Psychiatric Research*, 12:3, 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6;

- Fonseca, A. M. (2005). O envelhecimento bem sucedido. In C. Paul & A. M. Fonseca (Eds.), *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores: Lisboa, 97-108;
- Fonseca, António M.; Paúl, Constança; Ignacio, Martin & Amado, João (2005). *Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior*. *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Climepsi editores: Lisboa, 139-159;
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Lusociência: Loures, 3;
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação - da concepção à realização*. Lusociência: Loures;
- Fortin, M. et al. (2006). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Lusociência: Loures;
- George, Francisco (2011). *Saúde no ciclo de vida: envelhecimento activo*. Obtido de Direção Geral da Saúde: www.dgs.pt/saude-no-ciclo-de-vida/envelhecimento-activo.aspx;
- Gow, A. J.; Pattie, A.; Whiteman, M. C.; Whalley, L. J. & Deary, I. J. (2007). Social support and successful aging: Investigating the relationships between lifetime cognitive change and life satisfaction. *Journal of Individual Differences*, 28, 103-115;
- Greenfield, E. A. & Russell, D. (2011). Identifying living arrangements that heighten risk for loneliness in later life: evidence from the U.S. national social life, health and aging project. *Journal of Applied Gerontology*, 30, 524-534;
- Guerreiro, M., Silva, A. P. & Botelho, M. A. (1994). Adaptação à população portuguesa na tradução do "Mini-Mental State Examination" (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1, 9-10;
- Hacihanoglu, R., Yildirim, A. & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 54, 61-66;
- Hassel, J. B.; Lamoureux, E. L. & Keeffe, J. E. (2006). Impact of age related macular degeneration on quality of life. *British Journal of Ophthalmology*, 90, 593-596;
- Hawkey L. C.; Burlison M.H.; Berntson G.G. & Cacioppo J.T. (2003) - Loneliness in everyday life: Cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85:1, 105-120;

- Hawkley, L. C.; Masi C. M.; Berry J. D. & Cacioppo J. T. (2006) - Loneliness is a unique predictor of age-related differences in systolic blood pressure. *Psychology and Aging*, 21:1, 152-164;
- Hawkley, L. C.(2010). Loneliness predicts increased blood pressure: 5-year cross-lagged analyses in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging*, 25:1, 132-141. doi:10.1037/a0017805;
- Hawkley, L. C. & Cacioppo, J. (2010). Loneliness Matters: A Theoretical and Empirical Review of Consequences and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40:2, 218-227. doi:10.1007/s12160-010-9210-8;
- Hayman, Karen J. et al. (2007). Depression in Older People: Visual Impairment and Subjective Ratings of Health. *Optometry and Vision Science*, 84:11, 1024-1030. doi:10.1097/opx.0b013e318157a6b1;
- Hizmetli, S.; Tel, H. & Yildirim, M. (2012). Self-care agency and status to maintain activities of daily living elderly people with osteoarthritis. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 15:1;
- Holt-Lunstad, Julianne; Smith, Timothy B. & Layton, J. Bradley (2010). Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review. *PLoS Medicine*, 7:7. doi:10.1371/journal.pmed.1000316;
- Hossen, A. (2012). Social isolation and loneliness among elderly immigrants: the case of south Asian elderly living in Canada. *Journal of International Society Issues*, 1:1, 1-10;
- Iecovich, Esther & Isralowitz, Richard E. (2004). Visual impairments, functional and health status, and life satisfaction among elderly bedouins in Israel. *Ageing International*, 29:1, 71-87. doi:10.1007/s12126-004-1010-7;
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). *Censos 2011 - Resultados Definitivos Portugal*. Instituto Nacional de Estatística: Lisboa;
- Instituto Nacional de Estatística. (2014). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. Destaque: Lisboa - Informação à comunicação social;

- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10) Versão 2010 - atualizado em 2020 (consultado a 08 de junho de 2020). Obtido de www.apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en;
- Jacobs, Jeremy M. et al. (2006). Global Sleep Satisfaction of Older People: The Jerusalem Cohort Study. *Journal of the American Geriatrics Society*, 54:2, 325-329. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.00579.x;
- Jaremka, Lisa M. et al (2013). Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*, 38:8, 1310-1317. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.11.016;
- Kahan, D. (2007). When your lonely heart breaks: The association between loneliness and cardiovascular death in the elderly. *The Meducator*, 1:10, 1-4;
- Karahan, A. & Gu" Ven, S. (2002). Homecare for elderly. *Turkish Journal of Geriatrics*, 5, 155-159;
- Klainin, Piyanee & Ounnampiruk, Liwan (2010). A Meta-Analysis of Self-Care Behavior Research on Elders in Thailand. *Nursing Science Quarterly*, 23:2, 156-163. doi: 10.1177/0894318410362788;
- Krause-Parello, Cheryl A. (2008). The Mediating Effect of Pet Attachment Support Between Loneliness and General Health in Older Females Living in the Community. *Journal of Community Health Nursing*, 25:1, 1-14. doi: 10.1080/07370010701836286;
- Kurina, Lianne M. et al. (2011). Loneliness is Associated with Sleep Fragmentation in a Communal Society. *Sleep*, 34:11, 1519-1526. doi: 10.5665/sleep.1390;
- Lauder, William; Sharkey, Siobhan & Mummery, Kerry (2004). A community survey of loneliness. *Journal of Advanced Nursing*, 46:1, 88-94. doi: 10.1111/j.1365-2648.2003.02968.x;
- Lauder, William et al. (2006). A comparison of health behaviors in lonely and non-lonely populations. *Psychology, Health & Medicine*, 11:2, 233-245. doi: 10.1080/13548500500266607;
- Lawton, M. P. et al. (1982). A Research and Service Oriented Multilevel Assessment Instrument. *Journal of Gerontology*, 37:1, 91-99. doi: 10.1093/geronj/37.1.91;

- Lena, L. & Ee-Heok, K. (2011). Living alone, loneliness and psychological well-being of older persons in Singapore. *Current Gerontology and Geriatrics Research*, 1-9;
- Limburg, H. (2007). Epidemiologie van visuele beperkingen en een demografische verkenning (Epidemiology of visual impairment in the Netherlands and a demographic exploration). Em *ZonMw/InZicht (The Netherlands organization for health research and development)*: Grootebroek;
- Limburg, J. J., Keunen, J. E. E. & Van Rens, G. H. M. B. (2009). Visuele beperkingen bij ouderen in Nederland - Risicogroepen en mogelijkheden tot interventie. *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*, 40:4, 149-155. doi: 10.1007/bf3079580;
- Liu, Li-Juan & Guo, Qiang (2007). Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 16:8, 1275-1280. doi: 10.1007/s11136-007-9250-0;
- Lourenço, Roberto A. & Veras, Renato P. (2006). Mini-exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista de Saúde Pública*, 40:4, 712-719. doi: 10.1590/s0034-89102006000500023;
- Luo, Ye et al. (2012). Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74:6, 907-914. doi:10.1016/j.socscimed.2011.11.028;
- Mahoney, F. I. & Barthel, D. (1965). Functional evaluation: The Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 56-61;
- Marconi, M. & Lakatos, E. (2002). *Técnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas, 5;
- McAuley, E. et al. (2007). Long-term follow-up of physical activity behavior in older adults. *Health Psychology*, 375-380. doi: 10.1073/0278-6133.26.3.375;
- Meleis, A. et al. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. *Advance in Nursing Science*;
- Mendes, Anabela; Bastos, Fernanda & Paiva, Abel (2010). A pessoa com Insuficiência Cardíaca. Factores que facilitam/dificultam a transição saúde/doença. *Revista de Enfermagem Referência*, 3:2, 7-16. doi:10.12707/rrii1049;

- Monteiro, Helena & Neto, Félix (2008). *Universidades da terceira idade: da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: LivPsic;
- Mota, Liliana (2011). O perfil do autocuidado dos clientes: influência no sucesso do transplante hepático. *Escola Superior de Enfermagem do Porto - Tese de Mestrado*;
- Mullington, Janet et al. (2009). *Cardiovascular, Inflammatory and Metabolic Consequences of Sleep Deprivation*. *Progress in Cardiovascular Diseases*, 51:4, 294-302. doi:10.1016/j.pcad.2008.10.003;
- Neto, Félix (1989). *Avaliação da solidão*. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79;
- Neto, Félix (2000). *Psicologia Social*. Universidade Aberta: Lisboa, 2:4;
- Neto, Félix & Barros, J. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento: Porto Alegre*, 3, 71-88;
- Neto, Manuel (24 de Abril de 2019). *Solidão (também) mata... não só idosos como jovens*. Obtido de www.dn.pt/arquivo/2004/solidao-tambem-mata-nao-so-idosos-como-jovens-591870.html;
- Nummela, O.; Seppänen, M. & Uutela, A. (2011). The effect of loneliness and change in loneliness on self-rated health (SRH): A longitudinal study among aging people. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 53, 163-167;
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. *Departamento de enfermagem ESS*. doi:ISBN: 978-989-98206-1-6;
- Oliveira, J. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. LivPsic;
- O'Luanaigh, C., & Lawlor, B. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221;
- O'Luanaigh, C. et al. (2012). Loneliness and vascular biomarkers: the Dublin Healthy Ageing Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 83-88;
- Organização Mundial de Saúde (2003). A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF);

- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2001: revisto em 2012). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Ordem Enfermeiros: Lisboa.;
- Ordem dos Enfermeiros (2016). *CIPE® Versão 2015 - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Edição Portuguesa - Ordem dos Enfermeiros;
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concepts of Practice*. Mosby: St. Louis;
- Paiva, L., & Rasesa, E. (2012). *O uso das cartas terapêuticas na prática clínica*. *Psicologia Clínica*, 24:1, 193-207;
- Paul, Constança; Ayis, Salma & Ebrahim, Shah (2006). Psychological distress, loneliness and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11:2, 221-232. doi:10.1080/13548500500262945;
- Penedo, Frank J. & Dahn, Jason R. (2005). Exercise and well-being: a review of mental and physical health benefits associated with physical activity. *Current Opinion in Psychiatry*, 18:2, 189-193. doi:10.1097/00001504-200503000-00013;
- Peplau, L. A.; Bikson, T. K.; Rook, K. S. & Goodchilds, J. D. (1982). Being old and live alone. Em L. A. Peplau & D. Perlman (Eds). *Loneliness: a source book of current theory, research, and therapy*. John Wiley and Sons: New York, 327-344;
- Pereira, Liliana (2010). Solidão e depressão no idoso institucionalizado: a intervenção da animação sociocultural. *Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro - Pólo de Chaves: Dissertação de Mestrado*;
- Pereira, P. (2017). Solidão em Idosos no Concelho de Vila Pouca de Aguiar. *Instituto Politécnico de Bragança - Escola Superior de Saúde: Dissertação de Mestrado em Cuidados Continuados*;
- Pestana, Maria Helena & Gageiro, João Nunes (2008). *Análise de dados para ciências sociais*. Sílabo: Lisboa;
- Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Conceito Central da Enfermagem*. Formasau - formação e Saúde, Lda;

- Pitkala, K. H. et al. (2009). Effects of Psychosocial Group Rehabilitation on Health, Use of Health Care Services and Mortality of Older Persons Suffering From Loneliness: A Randomized, Controlled Trial. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 64A:7, 792-800. doi:10.1093/gerona/glp011;
- Pocinho, M.; Farate, C. & Dias, C. A. (2010). *Validação psicométrica da escala UCLA - Loneliness para idosos portugueses*. *Interacções*, 18, 65-77;
- Polit, Denise F.; Beck, Cheryl. Tatano & Hungler, Bernadette P. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. Artmed Editora;
- Pressman, Sarah D. et al.(2005). Loneliness, Social Network Size and Immune Response to Influenza Vaccination in College Freshmen. *Health Psychology*, 24:3, 297-306. doi:10.1037/0278-6133.24.3.297;
- Prieto, Flores; Maria, Eugenia et al. (2011). Factors Associated With Loneliness of Noninstitutionalized and Institutionalized Older Adults. *Journal of Aging and Health*, 23:1, 177-194. doi:10.1177/0898264310382658;
- Räsänen, Päivi; Backman, K. & Kyngas, H. (2007). Development of an instrument to test the middle-range theory for the self-care of home-dwelling elderly. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 397-405. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00468.x;
- Räsänen, Päivi Marketta et al. (2014). Factors associated with the self-care of home-dwelling older people. *Journal of Nursing Education and Practice*, 4:8, 90-96. doi:10.5430/jnep.v4n8p90;
- Riegel, Barbara et al. (2010). Gender-specific barriers and facilitators to heart failure self-care: A mixed methods study. *International Journal of Nursing Studies*, 47:7, 888-895. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.12.011;
- Rinnan, Eva et al. (2018). Joy of life in nursing homes: A qualitative study of what constitutes the essence of Joy of life in elderly individuals living in Norwegian nursing homes. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32:4, 1468-1476. doi:10.1111/scs.12598;
- Rius-Ottenheim, N. et al. (2011). Dispositional optimism and loneliness in older men. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27:2, 151-159. doi:10.1002/gps.2701;

- Rodrigues, Lúcia Filomena (2011). O Perfil de Autocuidado como fator potencialmente condicionador das transições dos clientes: um estudo exploratório. *Escola Superior de Enfermagem do Porto: Dissertação de Mestrado*;
- Rodríguez-Gázquez, María de los Ángeles; Arredondo-Holguín, Edith & Herrera-Cortés, Richard (2012). Effectiveness of an educational program in nursing in the self-care of patients with heart failure: randomized controlled trial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 20:2, 296-306. doi:10.1590/s0104-11692012000200012;
- Rokach, Ami; Lechcier-Kimel, Rachel & Safarov, Artem (2006). Loneliness of people with physical disabilities. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 34:6, 681-700. doi:10.2224/sbp.2006.34.6.681;
- Routasalo, Pirkko E. et al. (2009). Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness and well-being of lonely, older people: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65:2, 297-305. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04837.x;
- Russell, Daniel W. et al. (1997). Loneliness and nursing home admission among rural older adults. *Psychology and Aging*, 12:4, 574-589. doi:10.1037/0882-7974.12.4.574;
- Sadler, William A. & Weiss, Robert S. (1975). Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation. *Contemporary Sociology*, 4:2, 1-171. doi:10.2307/2062224;
- Sánchez, F. L., & Ulacia, J. C. (2006). *Sexualidad en la vejez*. Madrid: Pirámide;
- Santos, S. S. C. et al. (2010). *Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para Idosos Deprimidos e Residentes em uma Instituição de Longa Permanência (ILP)*. *Enfermería Global*, 20, 1-14;
- Sequeira, Carlos Alberto da Cruz (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Quarteto: Coimbra;
- Sequeira, Eduarda (2011). Os Perfis de Autocuidado dos clientes dependentes: estudo exploratório numa unidade de saúde familiar. *Escola Superior de Enfermagem do Porto: Dissertação de Mestrado*;
- Sequeira, Arménio & Silva, Marlene (2012). O bem estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 20:3, 505-516. doi:10.14417/ap.336;

- Singh, Archana & Misra, Nishi (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, 18:1, 51-55. doi:10.4103/0972-6748.57861;
- Siu, A. L.; Reuben, D. B. & Moore, A. A. (1994). Comprehensive geriatric assessment. *Principles of geriatric medicine and gerontology*, 3, 203-211;
- Söderhamn, Olle (2000). Self-care Activity as a Structure: A Phenomenological Approach. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 7:4, 183-189. doi:10.1080/110381200300008724;
- Sousa, G. & Feio, M. (1998). Avaliação psicossocial do idoso na casa de saúde de Santa Rosa de Lima. *Geriatrics*, 11, 21-26;
- Sousa, L., Figueiredo, D., & Cerqueira, M. (2004). *Envelhecer em família: cuidados familiares na velhice*. Porto: Ambar - Coleção Idade do Saber;
- Stephoe, Andrew et al. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 29:5, 593-611. doi:10.1016/s0306-4530(03)00086-6;
- Steverink, Nardi; Lindenberg, Siegwart & Slaets, Joris P. J. (2005). How to understand and improve older people's self-management of wellbeing. *European Journal of Ageing*, 2:4, 235-244. doi:10.1007/s10433-005-0012-y;
- Stewart, Miriam et al. (2001). Promoting Positive Affect and Diminishing Loneliness of Widowed Seniors Through a Support Intervention. *Public Health Nursing*, 18:1, 54-63. doi:10.1046/j.1525-1446.2001.00054.x;
- Tao, Hong et al. (2012). The Influence of Social Environmental Factors on Rehospitalization Among Patients Receiving Home Health Care Services. *Advances in Nursing Science*, 35:4, 346-358. doi:10.1097/ans.0b013e318271d2ad;
- Theeke, Laurie A. (2010). Sociodemographic and Health-Related Risks for Loneliness and Outcome Differences by Loneliness Status in a Sample of U.S. Older Adults. *Research in Gerontological Nursing*, 3:2, 113-125. doi:10.3928/19404921-20091103-99;
- Thurston, Rebecca C. & Kubzansky, Laura D. (2009). Women, Loneliness and Incident Coronary Heart Disease. *Psychosomatic Medicine*, 71:8, 836-842. doi:10.1097/psy.0b013e3181b40efc;

- Tilvis, R. S. et al. (2004). Predictors of Cognitive Decline and Mortality of Aged People Over a 10-Year Period. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 59:3, M268-M274. doi:10.1093/gerona/59.3.m268;
- Tolman, J. et al. (2005). Psychosocial Adaptation to Visual Impairment and its Relationship to Depressive Affect in Older Adults With Age-Related Macular Degeneration. *The Gerontologist*, 45:6, 747-753. doi:10.1093/geront/45.6.747;
- Toye, Christine; White, Kate & Rooksby, Karen (2006). Fatigue in frail elderly people. *International Journal of Palliative Nursing*, 12:5, 202-208. doi:10.12968/ijpn.2006.12.5.21172;
- Tung, H.; Chen, S.; Yin, W., Cheng, C.; Wang, T. & Wu, S. (2001). Self-care behavior in patients with heart failure in Taiwan. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 11:2, 175-182. doi:10.1016/j.ejcnurse.2011.02.002;
- Valtorta, Nicole & Hanratty, Barbara (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105:12, 518-522. doi:10.1258/jrsm.2012.120128;
- Vaz, Sérgio & Gaspar, Nuno (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 4:3, 49-58. doi:10.12707/rrii1124;
- Verstraten, P. F. J. et al. (2005). Loneliness, adaptation to vision impairment, social support and depression among visually impaired elderly. *International Congress Series*, 1282: 2005, 317-321. doi:10.1016/j.ics.2005.04.017;
- Vilelas, José (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Sílabo: Lisboa;
- Wallhagen, Margaret I. et al. (2001). Comparative Impact of Hearing and Vision impairment on Subsequent Functioning. *Journal of the American Geriatrics Society*, 49:8, 1086-1092. doi:10.1046/j.1532-5415.2001.49213.x;
- West, Sheila K. et al. (2002). How Does Visual Impairment Affect Performance on Tasks of Everyday Life? *Archives of Ophthalmology*, 120:6, 1-774. doi:10.1001/archopht.120.6.774;
- Wilson, Robert et al. (2007). Loneliness and Risk of Alzheimer Disease. *Archives of General Psychiatry*, 64:2, 234-240. doi:10.1001/archpsyc.64.2.234;

Wolf, Laurie Dempsey & Davis, Mary C. (2014). Loneliness, daily pain and perceptions of interpersonal events in adults with fibromyalgia. *Health Psychology, 33:9, 929-937*. doi:10.1037/hea0000059;

Zelebnick, Danica (2007). Self-care of the home-dwelling elderly people living in Slovenia. *University of Oulu - Department of Nursing and Health Administration: PhD Thesis*;

Zelebnick, Danica, Zelebnick, Uros & Stricevic, Jadranka (2010). *The impact of various factors on self-care of elderly*. *HealthMed, 4:1, 29-37*.

ANEXOS

Anexo I: Acordo de colaboração em projeto de investigação (ESEP/SCMP)



MISERICÓRDIA
do PORTO

ACORDO DE COLABORAÇÃO EM PROJETO DE INVESTIGAÇÃO

Entre:

1.ª Outorgante: **ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO**, adiante designada por **ESEP**, pessoa coletiva n.º 507880803, com sede na Rua Dr. António Bernardino de Almeida, Porto, representada pelo Prof. Paulo José Parente Gonçalves, na qualidade de Pr

2.ª Outorgante: **SANTA CASA DA MISERICÓRDIA DO PORTO**, adiante designada por **SCMP**, pessoa coletiva n.º 500 239 894, com sede na Rua das Flores, n.º 5, 4050-265, no Porto, representada pelo Dr. António Manuel Lopes Tavares, na qualidade de Provedor e legal rep

É celebrado o presente acordo de colaboração, que as Outorgantes obrigam mútua e reciprocamente a cumprir e a fazer cumprir.

Cláusula 1.ª

Objeto

O presente Acordo tem por objeto a colaboração recíproca entre as Outorgantes no âmbito da recolha de dados inserida no projeto de investigação que culminará na dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do estudante da ESEP Bruno Miguel Soares Coutinho Dias, subordinada ao tema "A *solidão no idoso: Implicações na saúde e no perfil de autocuidado*". -----

Cláusula 2.ª

Vigência

O Acordo de colaboração terá a duração necessária ao integral cumprimento do seu objeto, com início na data da celebração do presente Acordo e termo quando,

Nota informativa à cláusula 2ª: O período de 12 meses inicialmente celebrado no acordo foi prorrogado pelo período acrescido necessário à conclusão da recolha de dados, estabelecido através de email entre as partes.



cumulativamente, estejam salvaguardados os deveres, responsabilidades e obrigações das partes, tendo como limite 12 meses a contar da assinatura deste documento. _____

Cláusula 3.ª

Ações de cooperação/compromissos

1. A ESEP compromete-se a disponibilizar à SCMP todas as informações necessárias sobre o projeto de investigação em curso. _____
2. A SCMP compromete-se a disponibilizar, nos moldes que entender adequados, o acesso ao estudante supra identificado aos utentes institucionalizados em lares de idosos, de forma a permitir a recolha de dados para a elaboração do trabalho de investigação que tem como objetivos: _____
3. a) Identificar a perceção da solidão nos idosos; _____
b) Caracterizar o perfil de autocuidado que adotam e a sua condição de saúde; _____
c) Conhecer de que forma a solidão no idoso interfere no perfil de autocuidado que adotam, e ainda, _____
d) Conhecer de que forma as variáveis sociodemográficas e clínicas interferem na perceção da solidão no idoso e no perfil de autocuidado adotado. _____
4. A SCMP compromete-se a colaborar com o estudante permitindo-lhe o contato com esses utentes para a obtenção das informações necessárias ao desenvolvimento do projeto de investigação, após leitura e concordância por parte do idoso do modelo anexo de Consentimento Informado. _____
5. A ESEP compromete-se a assegurar que na publicação do trabalho conste a referência da colaboração da SCMP. _____

Cláusula 4.ª

Coordenadores



Misericórdia
do Porto

As Outorgantes designam como coordenadores do projeto em cada uma das instituições: -----

- a. Na ESEP, as Professoras Célia Samarina Vilaça de Brito Santos e Maria Alice Correia de Brito, respetivamente, orientadora e coorientadora da dissertação de mestrado; -----
- b. Na SCMP, a Enfermeira, Mestre Sónia Nogueira de Sousa Fernandes, Enf.ª Coordenadora do Serviço de Saúde da Santa da Misericórdia do Porto.--

Cláusula 5.ª

Confidencialidade

As partes comprometem-se a não difundir, sob qualquer forma, informações científicas e técnicas, ou de qualquer outro âmbito, pertencentes à outra parte, enquanto para tal não esteja autorizada ou enquanto tais informações não sejam do domínio público.

Cláusula 6.ª

Propriedade intelectual ou industrial

Os direitos de propriedade intelectual, ou de saber-fazer, sejam direitos de autor, sejam direitos de propriedade industrial, constituídos como resultado do trabalho de investigação, anterior ou posterior à celebração do presente Acordo, permanecem na titularidade do estudante que os desenvolveu.

Cláusula 7.ª

Responsabilidade Civil

A violação do disposto nas cláusulas 5.ª e 6.ª do presente Acordo é suscetível de gerar responsabilidade



Cláusula

O mestrando Bruno Miguel Soares Coutinho Dias, na recolha de dados que fundamentem a sua tese, deverá respeitar as normas do respetivo Estabelecimento e a integridade do idoso, sendo que a sua violação permitirá à 2ª Outorgante a imediata rescisão do presente Protocolo.

Cláusula 9ª

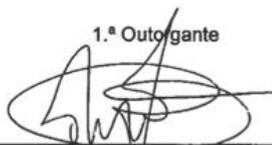
Para dirimir qualquer questão relativa à interpretação execução deste Protocolo partes atribuem competência exclusiva ao foro da comarca do Porto. _____

O presente Acordo de colaboração, depois de lido achado conforme, vai devidamente assinado. _____

Anexo: Consentimento Informado

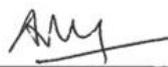
Porto, 04 / 06 / 2013

1.ª Outorgante



(Paulo José Parente Gonçalves)

Outorgante



(António Manuel Lopes Tavares)

Anexo II: Pedidos de autorização aos autores para utilização das escalas

De: Bruno Miguel (bruno_pk@hotmail.com)
Enviada: segunda-feira, 12 de setembro de 2011 22:12:40
Para: fneto@fpce.up.pt

Boa noite exmo. Professor Dr. Félix Neto.

Peço desde já desculpa a ousadia de o contactar através de email.

O meu Nome é Bruno Dias e sou enfermeiro no Centro Hospitalar de São João, E.P.E. Porto. Neste momento encontro-me a frequentar o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto. A tese de mestrado que pretendo abordar está relacionada com a solidão no idoso e de que forma este sentimento colide com o tipo de autocuidado adoptado pelo mesmo.

Desta forma, pretendia saber se a escala UCLA (versão reduzida) que utilizou em um dos seus estudos se encontra traduzida para a realidade portuguesa (apesar de esta ter sido aplicada no seu estudo em jovens adolescentes portugueses), e se poderia obter a sua autorização para utilizar a mesma na tese de mestrado que estou a desenvolver?

>> >

>> > Desde já, grato pela sua consideração e pelo seu tempo.

>> > Cumprimentos e sempre ao dispor, Bruno Dias.

De: fneto@fpce.up.pt
Enviada: quarta-feira, 21 de dezembro de 2011 23:04:44
Para: Bruno Miguel (bruno_pk@hotmail.com)

Boa noite

Nada tenho a opor quanto à utilização da versão portuguesa da escala da UCLA na sua investigação.

Com os melhores cumprimentos
Félix Neto

From: Bruno Miguel [mailto:bruno_pk@hotmail.com]
Sent: Thursday, November 10, 2011 8:55 PM
To: drussell@iastate.edu
Subject: UCLA Loneliness scale

Good morning Excellency Professor Dr. Russell.

I ask now excuse the audacity to contact you for email.

My name is Bruno Dias and I am a nurse at St. John Hospital Center, E.P.E. - Oporto, Portugal. Right now I am currently attending the Masters Course in Medical-Surgical Nursing, at School of Nursing of Porto. The master's thesis I intend to address the theme: The loneliness in the elderly - Implications for health and the type of self-care. For this study I needed to use the scale developed also by yourself (which is already translated for the Portuguese version by Professor Dr. Félix Neto) and others which I will also seek permission for its use. For the same reason I would like you to please give me the authorization to use the UCLA Loneliness scale that will be fundamental to the development of my master's thesis.

Very grateful for the time available, with the desire for a great day.
Regards, Bruno Dias.

RE: UCLA Loneliness scale
From: Russell, Daniel W [HD FS]
sex 11-11-2011, 07:32

Bruno:

You have my permission to use the loneliness scale in your research. My only request is that you send me a summary of your results once you have completed your research.

Dan

Daniel W. Russell, Ph.D.
Professor, Department of Human
Development & Family Studies
Iowa State University
(515) 294-4187
Fax: 294-2502

From: Bruno Miguel [mailto:bruno_pk@hotmail.com]
Sent: Thursday, November 10, 2011 2:57 AM
To: lapeplau@ucla.edu
Subject: UCLA Loneliness scale

Good morning Excellency Professor Dr. Letitia Anne Peplau.

I ask now excuse the audacity to contact you for email.

My name is Bruno Dias and I am a nurse at St. John Hospital Center, E.P.E. - Oporto, Portugal. Right now I am currently attending the Masters Course in Medical-Surgical Nursing, at School of Nursing of Porto. The master's thesis I intend to address the theme: The loneliness in the elderly - Implications for health and the type of self-care. For this study I needed to use the scale developed also by yourself (which is already translated for the Portuguese version by Professor Dr. Félix Neto) and others which I will also seek permission for its use. For the same reason I would like you to please give me the authorization to use the UCLA Loneliness scale that will be fundamental to the development of my master's thesis.

Very grateful for the time available, with the desire for a great day.
Regards, Bruno Dias.

From: lapeplau@ucla.edu
To: bruno_pk@hotmail.com
Subject: Re: UCLA loneliness scale
Date: Thu, 10 Nov 2011 09:07:38 -0800

Dear Bruno,

I would be very happy for you to use the UCLA Loneliness Scale for your master's project.

Best wishes for your study.
Anne

Letitia Anne Peplau
Distinguished Professor of Psychology
UCLA

Subject: UCLA loneliness scale
From: Bruno Miguel
Date: qui 10-11-2011, 11:00
To: ccutrona@iastate.edu

Good morning Excellency Professor Dr. Carolyn E. Cutrona.

I ask now excuse the audacity to contact you for email.

My name is Bruno Dias and I am a nurse at St. John Hospital Center, E.P.E. - Oporto, Portugal. Right now I am currently attending the Masters Course in Medical-Surgical Nursing, at School of Nursing of Porto. The master's thesis I intend to address the theme: The loneliness in the elderly - Implications for health and the type of self-care. For this study I needed to use the scale developed also by yourself (which is already translated for the Portuguese version by Professor Dr. Félix Neto) and others which I will also seek permission for its use. For the same reason I would like you to please give me the authorization to use the UCLA loneliness scale that will be fundamental to the development of my master's thesis.

Very grateful for the time available, with the desire for a great day.
Regards, Bruno Dias.

Subject: UCLA loneliness scale
From: Bruno Dias
Date: qui 10-11-2011, 10:59
To: tom@math.ucla.edu

Good morning Excellency Professor Dr. Thomas S. Ferguson.

I ask now excuse the audacity to contact you for email.

My name is Bruno Dias and I am a nurse at St. John Hospital Center, E.P.E. - Oporto, Portugal. Right now I am currently attending the Masters Course in Medical-Surgical Nursing, at School of Nursing of Porto. The master's thesis I intend to address the theme: The loneliness in the elderly - Implications for health and the type of self-care. For this study I needed to use the scale developed also by yourself (which is already translated for the Portuguese version by Professor Dr. Félix Neto) and others which I will also seek permission for its use. For the same reason I would like you to please give me the authorization to use the UCLA loneliness scale that will be fundamental to the development of my master's thesis.

Very grateful for the time available, with the desire for a great day.
Regards, Bruno Dias.

Subject: Mini Mental State Examination scale authorization
From: Bruno Miguel
Date: sex 12-04-2013, 19:56
To: pmchugh1@jhmi.edu

Good evening Excellency Professor Dr. Paul R. McHugh.

I ask now excuse the audacity to contact you for email.

My name is Bruno Dias and I am a nurse at St. John Hospital Center, E.P.E. - Oporto, Portugal. Right now I am currently attending the Masters Course in Medical-Surgical Nursing, at School of Nursing of Porto. The master's thesis I intend to address the theme: The loneliness in the elderly - Implications for health and the type of self-care. For this study I needed to use the scale developed also by yourself (which is already translated for the Portuguese version by Guerreiro M. et al) and others authors which I will also seek permission for its use. For the same reason I would like you to please give me the authorization to use the Mini Mental State Examination scale (MMSE) that will be fundamental to the development of my master's thesis.

Very grateful for the time available, with the desire for a great day.

Regards, Bruno Dias.

Assunto: Pedido de autorização para a utilização do formulário de avaliação dos perfis de autocuidado

Para: Secretariado

Data: ter 06-03-2012, 11:59

De: ep3382@esenf.pt

Esta mensagem foi enviada com importância alta.

Exmo. Senhor
Enfermeiro Bruno Dias

Em referência ao assunto em epígrafe, cumpre-nos informar do despacho da Vice-Presidente, exarado sobre o mesmo:

“Autorizado, devendo, contudo no fim da sua utilização apresentar os resultados na UNIESEP”.

Com os melhores cumprimentos.

Teresa Teixeira

(Coordenadora Técnica)

Secretariado

Email secretariado@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00

Escola Superior de Enfermagem do Porto

Rua Dr. António Bernardino de Almeida

4200-072 Porto

Email esep@esenf.pt

Telef +351 22 507 35 00

Fax +351 22 509 63 37

<http://portal.esenf.pt>

Anexo III: Documento informativo aos idosos acerca do estudo

DOCUMENTO INFORMATIVO

A SOLIDÃO NO IDOSO: IMPLICAÇÕES NA SAÚDE E NO PERFIL DE AUTOCUIDADO

Com o intuito de perceber de que forma a solidão no idoso interfere no perfil de autocuidado que adotam e também de que forma as variáveis sociodemográficas e clínicas interferem na percepção da solidão no idoso e no perfil de autocuidado que adotam, esta investigação, no domínio da “Solidão no idoso: Implicações na saúde e no perfil de autocuidado”, pretende contribuir para a melhoria contínua do exercício profissional dos enfermeiros através da aplicação de um instrumento de avaliação sociodemográfica e clínica e de quatro escalas de avaliação pré-existentes e já traduzidas para a população portuguesa (Escala de avaliação da solidão UCLA, versão portuguesa – 18 itens, AUTOR: Félix Neto; Instrumento de avaliação dos perfis de autocuidado, AUTORAS ORIGINAIS: Räsänen, Backman e Kyngäs; Mini Mental State Examination, AUTORES ORIGINAIS: Folstein *et al.* em 1975; Índice de Barthel, AUTORES ORIGINAIS: Barthel, D. e Mayoney, F. em 1965), com questões centradas na identificação da percepção da solidão nos idosos, na identificação do perfil de autocuidado que adotam, no estado mental das pessoas em estudo e na avaliação da função física que se centra no autocuidado e mobilidade básica. Esta pesquisa não interfere com o desígnio do tratamento, com o bem-estar do cliente e não possui intervenção terapêutica, tendo como finalidade conhecer as implicações do perfil de autocuidado do idoso na solidão, no sentido da adequação das ações de enfermagem a essas particularidades.

Os dados relativos à identificação dos participantes neste estudo são confidenciais. A qualquer momento da participação no estudo, é possível recusar a participação ou descontinuar sem nenhum tipo de penalização por este facto.

Os resultados obtidos serão divulgados no meio científico, garantindo-se o anonimato. Reconhecido pela colaboração.

Com os melhores cumprimentos,



(Bruno Dias)

(Bruno Miguel Soares Coutinho Dias)

Anexo IV: Consentimento informado livre e esclarecido

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Chamo-me Bruno Dias, sou enfermeiro com a cédula profissional número 4-E-50317 e aluno do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e, no âmbito do mesmo, proponho-me a elaborar um trabalho de investigação em enfermagem. O tema que me propus investigar foi o da “Solidão no idoso: implicações na saúde e no perfil de autocuidado”, cuja finalidade do estudo é a de conhecer as implicações da solidão na saúde e no perfil de autocuidado do idoso, no sentido da adequação das terapêuticas de enfermagem a essas particularidades para que posteriormente seja possível adaptar os cuidados de enfermagem às necessidades individuais de cada um.

Como método para recolha de dados necessários a este trabalho, irei recorrer a um formulário, para o qual solicito desde já a sua colaboração. A participação na investigação não resulta em nenhum benefício imediato, nem em nenhum prejuízo para o utente.

O formulário é constituído por quatro instrumentos de colheita de dados, que correspondem: 1º à caracterização sócio demográfica e clínica da amostra; 2º ao nível de solidão sentido pela população alvo (utilização da escala UCLA – versão portuguesa); 3º à avaliação dos perfis de autocuidado (escala que avalia o desempenho funcional da população alvo); 4º à avaliação do estado de cognição da população alvo (inclui a atenção, a percepção, a memória, o raciocínio, o juízo, a imaginação, o pensamento e o discurso); 5º avaliar a capacidade funcional básica da pessoa para realizar as actividades de vida diária, disponibilizando informação sobre o grau de dependência. Este instrumento inclui as seguintes actividades de vida diária: alimentar, tomar banho, vestir-se, higiene pessoal, controlo esfíncteriano (urinário e fecal), uso da sanita, transferências, mobilidade e subir e descer escadas. Contando com a sua disponibilidade e colaboração dispensada, apresento desde já o meu agradecimento.

Confirmo que expliquei ao utente, de forma adequada e inteligível, os objectivos do estudo e que respondi a todas as dúvidas/questões colocadas pelo mesmo. Comprometo-me a assegurar o anonimato e confidencialidade das respostas e asseguro que pode abandonar o estudo em qualquer altura, se for essa a sua vontade, sem qualquer prejuízo para o mesmo.

Data: 04 de Junho de 2013

Assinatura:



(Bruno Dias)



misericórdia
do porto



Consentimento Informado

Eu, _____
titular do Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão nº _____
_____, válido até _____
cliente do Lar _____

autorizo a recolha de dados inserida no projeto de investigação que tem por fim a dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica do estudante da Escola Superior do Porto, Bruno Miguel Soares Coutinho Dias, subordinada ao tema "A *solidão no idoso: Implicações na saúde e no perfil de autocuidado*", bem como a sua divulgação.

___/___/___

O Declarante

Anexo V: Instrumentos de colheita de dados

I. Escala Mini Mental

Nº. P: _____

1. Orientação (1 ponto por cada resposta correta)

Em que ano estamos? _____

Em que mês estamos? _____

Em que dia do mês estamos? _____

Em que dia da semana estamos? _____

Em que estação do ano estamos? _____

Nota: _____

Em que país estamos? _____

Em que distrito vive/vivia? _____

Em que terra vive/vivia? _____

Em que casa estamos? _____

Em que andar estamos? _____

Nota: _____

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

"Vou dizer três palavras; queria que as repetisse, mas só depois de eu as dizer todas; procure decorá-las".

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

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

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

27__ 24__ 21__ 18__ 15__

Nota: _____

4. Evocação (1 ponto por cada resposta correcta)

"Veja se consegue dizer as três palavras que pedi há pouco para decorar"

Pêra _____

Gato _____

Bola _____

Nota: _____

5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correta)

a. "Como se chama isto?" Mostrar os objectos:

Relógio _____

Lápis _____

Nota: _____

b. "Repita a frase que eu vou dizer: O RATO ROEU A ROLHA"

Nota: _____

c. "Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa"; dar a folha segurando com as duas mãos.

Pega com a mão direita _____

Dobra ao meio _____

Coloca onde deve _____

Nota: _____

d. "Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz". Mostrar um cartão com a frase bem legível, "FECHE OS OLHOS"; sendo analfabeto lê-se a frase.

Fechou os olhos _____

Nota: _____

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

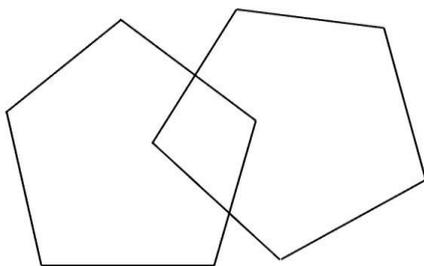
Frase:

Nota: _____

6. Habilidade Construtiva (1 ponto pela cópia correta)

Deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados, dois dos quais intersecionados. Não valorizar tremor ou rotação.

Cópia:



Nota: _____

TOTAL (Máximo 30 pontos): _____

Considera-se com defeito cognitivo:

- analfabetos \leq 15 pontos
- 1 a 11 anos de escolaridade \leq 22 pontos
- com escolaridade superior a 11 anos \leq 27 pontos

II. Índice de Barthel

Nº. P: _____

Paciente: _____

Idade: _____

Sexo: H / M

COMER	- Totalmente independente;	10
	- Necessita de ajuda para cortar a carne, o pão, etc.;	5
	- Dependente.	0
LAVAR-SE	- Independente. Entra e sai sozinho(a) do banho;	5
	- Dependente.	0
VESTIR-SE / DESPIR-SE	- Independente. Capaz de vestir e despir a roupa, abotoar-se, atar os cordões dos sapatos;	10
	- Necessita de ajuda;	5
	- Dependente.	0
HIGIENE PESSOAL	- Independente para lavar a cara, as mãos, pentear os cabelos, maquilhar-se, lavar os dentes, barbear-se, etc.;	5
	- Dependente.	0
CONTROLO ANAL	- Contínente;	10
	- Ocasionalmente, acontece um episódio de incontinência ou necessita de ajuda para colocar um clister;	5
	- Incontinente.	0
CONTROLO VESICAL	- Contínente ou é capaz de cuidar da sonda vesical;	10
	- Ocasionalmente acontece um episódio de incontinência no máximo em 24H ou necessita de ajuda para cuidar da sonda vesical;	5
	- Incontinente.	0
UTILIZAÇÃO DA SANITA (wc)	- Independente para ir ao wc, vestir e despir a roupa;	10
	- Necessita de ajuda para ir ao wc, mas limpa-se sozinho(a);	5
	- Dependente.	0
TRANSFERÊNCIA (cama/cadeira ou vice-versa)	- Independente para ir para a cama;	15
	- Mínima ajuda física ou supervisão;	10
	- Grande ajuda, mas é capaz de se manter sentado(a) sem ajuda;	5
	- Dependente.	0
MOBILIDADE/DESLOCAÇÃO	- Independente, caminha sozinho(a) 50 metros;	15
	- Necessita de ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros;	10
	- Independente em cadeira de rodas;	5
	- Dependente.	0
SUBIR/DESCER ESCADAS	- Independente para subir e descer escadas;	10
	- Necessita de ajuda física ou supervisão;	5
	- Dependente.	0
TOTAL:		
Grau de dependência:		
Interpretação do Resultado	> 40 e ≤ 60 pontos – Dependente moderado	
> 90 – 100 pontos – Autônomo	≥ 20 e ≤ 40 pontos – Dependente grave	
> 60 e ≤ 90 pontos – Dependente leve	< 20 pontos – Dependente total	

III. Instrumento de avaliação sociodemográfica e clínica

Data: .../.../.....

Nº. P: _____

1. Data de admissão na instituição: .../.../.....(Quando aplicável)
2. Idade: _____
3. Estado civil

1.Solteiro(a)	2. Casado(a) ou União de facto	3. Viúvo(a)	4. Divorciado(a)	5. Outro

4. Sexo

1. Fem. 2. Masc.

5. Nível de escolaridade (em anos) ____

6. Atividade profissional:

1. Trabalhador ativo ____

2. Reformado ____

7. Residência

1. Casa ____

2. Instituição (Lar e similares) ____

8. Área de residência

1. Centro Urbano ____

2. Área suburbana ____

3. Centro de população rural ____

4. Meio rural pouco povoado ____

9. Tem filhos?

1. Sim ____

2. Não ____

10. Se sim, quantos? (Em caso afirmativo à questão 9.)

1. Um ____
2. Dois ____
3. Três ____
4. Quatro ou mais ____

11. Com quem vive?

1. Sozinho(a) ____
2. Com cônjuge/ companheiro(a) ____
3. Com cônjuge/ companheiro(a) e filhos (as) ____
4. Com filhos (as) ____
5. Com outros familiares ____
6. Com amigos (as) ____
7. Outro ____ Qual? _____ (ex. quarto múltiplo /enfermaria)

12. Com que frequência contata habitualmente com a sua família?

1. Nunca/Raramente ____
2. Algumas vezes ____
3. Muito/Sempre (diariamente) ____

13. Antecedentes patológicos: _____

14. No geral, diria que a sua saúde é:

1. Excelente ____
2. Muito boa ____
3. Boa ____
4. Má ____
5. Muito má ____

15. Durante as últimas 4 semanas, de que forma a sua saúde interferiu no seu autocuidado?

1. De forma nenhuma ____
2. Ligeiramente ____
3. Moderadamente ____
4. Bastante ____
5. Extremamente ____

16. Durante as **últimas 4 semanas**, de que forma a sua saúde interferiu na sua atividade social?

1. Todo o tempo ____
2. A maior parte do tempo ____
3. Alguma parte do tempo ____
4. Uma pequena parte do tempo ____
5. Nenhuma parte do tempo ____

17. Durante o último ano foi-lhe diagnosticada depressão como uma condição médica?

1. Sim ____
2. Não ____

18. Apresenta comportamentos/condições de risco para a saúde (fumar, consumo de álcool, alimentação inadequada, toma inadequada de medicação, obesidade)?

1. Sim ____
2. Não ____

(Se respondeu negativamente, passar para a questão 21.)

19. Se respondeu positivamente à questão anterior, quais são os comportamentos/condições de risco para a saúde?

20. Os seus problemas emocionais têm relação direta com os comportamentos/condições de risco para a saúde mencionados anteriormente?

1. Sim ____
2. Não ____

21. Em média, quantas horas dorme por dia? _____

22. Tem-se sentido só?

1. Sim ____
2. Não ____

(Em caso afirmativo, responda às questões seguintes)

23. Associa o facto de se sentir só com algum aspeto da sua vida pessoal (ex. estado de saúde, fatores económicos, afastamento de pessoas importantes para si, ou outros)?

1. Sim ___ Qual(is): _____

2. Não ___

24. Em que momento da sua vida se começou a sentir só, antes ou após o ingresso na instituição/lar? (**Quando aplicável**)

1. Antes ___

2. Após ___

25. O seu estado de solidão aumentou após ter ingressado na instituição/lar? (**Quando aplicável**)

1. Sim ___ Motivo(s): _____

2. Não ___

IV. Escala de solidão da UCLA

Nº. P: _____

(Russell, D. W., 1980; tradução portuguesa de Neto, F., 1989)

Por favor, leia cada uma das frases e, em seguida, desenhe um círculo à volta de um dos números de cada linha, para indicar se a frase corresponde ou não, em diferentes graus, àquilo que pensa e sente. Não existem respostas certas ou erradas. Algumas das afirmações podem parecer iguais, mas cada uma é diferente e deve ser classificada por si própria.

		Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes
1	Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta. (*)	4	3	2	1
2	Sinto falta de camaradagem.	1	2	3	4
3	Não há ninguém a quem possa recorrer.	1	2	3	4
4	Sinto que faço parte de um grupo de amigos. (*)	4	3	2	1
5	Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam. (*)	4	3	2	1
6	Já não sinto mais intimidade com ninguém.	1	2	3	4
7	Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam.	1	2	3	4
8	Sou uma pessoa voltada para fora. (*)	4	3	2	1
9	Há pessoas a quem me sinto chegado. (*)	4	3	2	1
10	Sinto-me excluído/a.	1	2	3	4
11	Ninguém me conhece realmente bem.	1	2	3	4
12	Sinto-me isolado/a dos outros.	1	2	3	4
13	Consigo encontrar camaradagem quando quero. (*)	4	3	2	1
14	Há pessoas que me compreendem realmente. (*)	4	3	2	1
15	Sou infeliz por ser tão retraído/a.	1	2	3	4
16	As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo.	1	2	3	4
17	Há pessoas com quem consigo falar. (*)	4	3	2	1
18	Há pessoas a quem posso recorrer. (*)	4	3	2	1

V. Formulário: Perfis de Autocuidado

Nº. P: _____

Por favor, leia cada uma das frases e, em seguida, desenhe um círculo à volta de um dos números de cada linha, para indicar se a frase corresponde ou não, em diferentes graus, àquilo que pensa e sente. Não existem respostas certas ou erradas.

Algumas das afirmações podem parecer iguais, mas cada uma é diferente e deve ser classificada por si própria.

	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
1. Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência.	1	2	3	4	5
2. Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e/ou dos filhos.	1	2	3	4	5
3. Tive uma vida de trabalho duro.	1	2	3	4	5
4. Fui sempre o principal sustento da minha família.	1	2	3	4	5
5. Decidi sempre tudo sobre a minha vida.	1	2	3	4	5
6. Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a).	1	2	3	4	5
7. Há acontecimentos tristes no meu passado recente.	1	2	3	4	5
8. Ainda me sinto relativamente novo(a).	1	2	3	4	5
9. Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida.	1	2	3	4	5
10. Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos.	1	2	3	4	5
11. Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a).	1	2	3	4	5

	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
12. A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde.	1	2	3	4	5
13. Eu quero ser responsável pela minha medicação.	1	2	3	4	5
14. Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda.	1	2	3	4	5
15. A minha cooperação com os médicos e os enfermeiros é natural e de igual para igual.	1	2	3	4	5
16. Eu conheço os meus problemas de saúde e, baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar.	1	2	3	4	5
17. Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa.	1	2	3	4	5
18. Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos.	1	2	3	4	5
19. Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico.	1	2	3	4	5
20. Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso.	1	2	3	4	5
21. Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda.	1	2	3	4	5

	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
22. Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores.	1	2	3	4	5
23. Eu conheço bem o que me causa problemas.	1	2	3	4	5
24. Eu ainda sou capaz de cuidar de mim.	1	2	3	4	5
25. Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias.	1	2	3	4	5
26. Aprecio a companhia de outras pessoas.	1	2	3	4	5
27. Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas.	1	2	3	4	5
28. Os meus dias estão cheios de atividades significativas e estimulantes.	1	2	3	4	5
29. Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida.	1	2	3	4	5
30. Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim.	1	2	3	4	5
31. À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas.	1	2	3	4	5
32. Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer.	1	2	3	4	5
33. À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer.	1	2	3	4	5
34. Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades.	1	2	3	4	5

	Discordo Totalmente	Discordo Parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo Parcialmente	Concordo Totalmente
35. Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva.	1	2	3	4	5
36. Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém.	1	2	3	4	5
37. Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos.	1	2	3	4	5
38. É importante para mim não ser um fardo para ninguém.	1	2	3	4	5
39. Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente.	1	2	3	4	5
40. Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades.	1	2	3	4	5
41. Sinto que já não sirvo para nada.	1	2	3	4	5
42. Tenho medo do futuro.	1	2	3	4	5

Anexo VI – Tabelas, quadros e gráficos

		Frequência (f)	Porcentagem (%)
Filhos:	Sim	39	53,4
	Não	34	46,6
Nº de filhos:	Um	15	20,5
	Dois	13	17,8
	Três	4	5,5
	Quatro ou mais	7	9,6
	Omisso	34	46,6
	Com quem vive:	Sozinho(a)	17
Cônjuge/Companheiro(a)		6	8,2
Cônjuge/Companheiro(a) e filhos (as)		---	---
Filhos (as)		1	1,4
Outros familiares		4	5,5
Amigos (as)		---	---
Outro		45	61,6
Se outro, qual?		Quarto duplo	33
	Quarto múltiplo (3 camas)	12	16,4
Contacto família:	Nunca/Raramente	22	30,1
	Algumas vezes	21	28,8
	Muito/Sempre (diariamente)	30	41,1
Total (N)		73	100,0

Tabela A – Caracterização da amostra em função do número de filhos, convivência e o contato familiar.

		Frequência	Porcentagem
Válido	< 1 ano	14	19,2
	>= 1 ano < 2 anos	8	11,0
	>= 2 anos < 4 anos	8	11,0
	>= 4 anos < 6 anos	4	5,5
	>= 6 anos < 8 anos	8	11,0
	>= 8 anos < 10 anos	7	9,6
	>= 10 anos < 12 anos	1	1,4
	>= 12 anos < 14 anos	2	2,7
	>= 14 anos < 16 anos	5	6,8
	>= 16 anos < 18 anos	1	1,4
	>= 22 anos < 24 anos	1	1,4
	>= 36 anos	1	1,4
	< 1 ano, mas já se encontrava noutro lar (transferência)	7	9,6
	Total (n)	67	91,8
	Omisso	6	8,2
Total (N)		73	100,0

Tabela A1: Tempo de institucionalização (anos)

		Frequência (f)	Porcentagem (%)
Doenças infecciosas:	Sim	8	11,0
	Não	65	89,0
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas:	Sim	51	69,9
	Não	22	30,1
Doenças mentais:	Sim	20	27,4
	Não	53	72,6
Doenças neoplásicas:	Sim	8	11,0
	Não	65	89,0
Doenças do sistema nervoso:	Sim	13	17,8
	Não	60	82,2
Doenças hematológicas ou dos órgãos relacionados:	Sim	7	9,6
	Não	66	90,4
Doenças do olho e anexos:	Sim	21	28,8
	Não	52	71,2
Doenças do ouvido:	Sim	8	11,0
	Não	65	89,0
Doenças do sistema circulatório:	Sim	65	89,0
	Não	8	11,0
Doenças do sistema respiratório:	Sim	13	17,8
	Não	60	82,2
Doenças do sistema digestivo:	Sim	37	50,7
	Não	36	49,3
Doenças da pele e tecido subcutâneo:	Sim	3	4,1
	Não	70	95,9
Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo:	Sim	34	46,6
	Não	39	53,4
Doenças do sistema genito-urinário:	Sim	24	32,9
	Não	49	67,1
Total (N)		73	100,0

Tabela B – Caracterização da amostra em função dos antecedentes patológicos (ICD-10).

		Frequência (f)	Porcentagem (%)
Comer	Necessita de ajuda para cortar a carne, o pão, etc.	7	9,6
	Totalmente independente	66	90,4
	Total (N)	73	100,0
Lavar-se	Dependente	22	30,1
	Independente (entra e sai sozinho/a do banho)	51	69,9
	Total (N)	73	100,0
Vestir-se	Dependente	3	4,1
	Necessita de ajuda	10	13,7
	Independente (capaz de vestir e despir a roupa, abotoar-se, atar os cordões dos sapatos)	60	82,2
	Total (N)	73	100,0
Higiene pessoal	Independente para lavar a cara, as mãos, pentear os cabelos, maquilhar-se, lavar os dentes, barbear-se, etc.	73	100,0
Controlo anal	Incontinente	1	1,4
	Ocasionalmente, acontece um episódio de incontinência ou necessita de ajuda para colocar um clister	6	8,2
	Continente	66	90,4
	Total (N)	73	100,0
Controlo vesical	Incontinente	3	4,1
	Ocasionalmente acontece um episódio de incontinência, no máximo em 24 horas.	14	19,2
	Continente ou é capaz de cuidar da sonda vesical	56	76,7
	Total (N)	73	100,0
Utilização da sanita (WC)	Dependente	2	2,7
	Necessita de ajuda para ir ao wc, mas limpa-se sozinho/a	7	9,6
	Independente para ir ao WC, vestir e despir a roupa.	64	87,7
	Total (N)	73	100,0
Transferência (cama/cadeira ou vice-versa)	Grande ajuda, mas é capaz de se manter sentado...	7	9,6
	Mínima ajuda física ou supervisão	5	6,8
	Independente para ir para a cama	61	83,6
	Total (N)	73	100,0
Mobilidade/ deslocação	Dependente	1	1,4
	Independente em cadeira de rodas	9	12,3
	Necessita de ajuda física ou supervisão para caminhar 50 metros	8	11,0
	Independente, caminha sozinho (a) 50 metros	55	75,3
	Total (N)	73	100,0
Subir/descer escadas	Dependente	13	17,8
	Necessita de ajuda física ou supervisão	9	12,3
	Independente para subir e descer escadas	51	69,9
	Total (N)	73	100,0

Tabela C – Caracterização da amostra em função do grau de dependência por domínio de autocuidado.

Caso	Autocuidado Responsável Score	Autocuidado Formalmente Guiado Score	Autocuidado Independente Score	Autocuidado de Abandono Score	Perfil de Autocuidado	Perfil de Autocuidado (perfil indefinido)
1	2,25	5	1(*)	3(*)(*)	<i>Puro</i>	-----
2	2,50	5	2,5(*)	3,33	<i>Predominante</i>	-----
3	4,25	5	4(*)	2,67	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG/I
4	4	5	3(*)	4	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG/A
5	4,75	5	2,5(*)	2,67	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
6	2,25	5	1(*)	5	<i>Indefinido restantes</i>	FG/A
7	3	5	2(*)	4,67	<i>Indefinido restantes</i>	FG/A
8	2,5	5	3(*)	3,67	<i>Indefinido restantes</i>	IF
9	5	5	3(*)	3	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
10	4	5	3(*)	3,33	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
11	3,25	3	3(*)	3,33	<i>Indefinido restantes</i>	IF
12	3	5	1(*)	3	<i>Puro</i>	-----
13	4,75	5	3(*)	1	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
14	3,75	5	3(*)	1	<i>Indefinido restantes</i>	IF
15	4,25	5	4(*)	3,67	<i>Indefinido alto</i>	R/FG/I
16	3,5	4,5	2,5(*)	2,67	<i>Indefinido restantes</i>	IF
17	2,75	5	1(*)	5	<i>Indefinido restantes</i>	FG/A
18	4	5	1,5(*)	3,67	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
19	4	5	4(*)	3,33	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG/I
20	4,75	3,5	3(*)	2	<i>Indefinido restantes</i>	IF
21	3,75	3	1(*)	1,33	<i>Indefinido restantes</i>	IF
22	5	5	3,5(*)	2,33	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
23	4,75	2	4,5(*)	1	<i>Indefinido restantes</i>	R/I
24	2,5	5	3(*)	3,33	<i>Predominante</i>	-----
25	3	5	2,5(*)	2,33	<i>Puro</i>	-----
26	4,25	5	5(*)	3	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG/I
27	3,5	4	4(*)	1,67	<i>Indefinido restantes</i>	FG/I
28	3,75	4,5	5(*)	3,67	<i>Indefinido alto</i>	FG/I
29	3,25	5	3(*)	2,67	<i>Predominante</i>	-----
30	3,25	5	3,5(*)	2,33	<i>Indefinido restantes</i>	IF
31	4	4,5	1,5(*)	4	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG/A
32	4	4,5	2,5	5	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG/A
33	2,75	5	1(*)	3,67	<i>Indefinido restantes</i>	IF
34	5	5	4,5(*)	2	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG/I
35	5	5	4(*)	1,33	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG/I
36	4	5	3(*)	1	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
37	3,5	3	1,5(*)	2	<i>Indefinido restantes</i>	IF
38	4,25	3	4,5(*)	4	<i>Indefinido restantes</i>	R/I/A
39	3,75	5	1,5(*)	4,67	<i>Indefinido restantes</i>	FG/A

Caso (cont.)	Autocuidado Responsável Score (cont.)	Autocuidado Formalmente Guiado Score (cont.)	Autocuidado Independente Score (cont.)	Autocuidado de Abandono Score (cont.)	Perfil de Autocuidado (cont.)	Perfil de Autocuidado (perfil indefinido) - cont. -
40	3	3,5	1,5(*)	3	<i>Indefinido restantes</i>	IF
41	3	5	3(*)	1,67	<i>Puro</i>	-----
42	3,75	5	2,5(*)	2,33	<i>Indefinido restantes</i>	IF
43	4	5	2,5(*)	4,67	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG/A
44	3,75	4,5	3(*)	1	<i>Indefinido restantes</i>	IF
45	4	5	2,5(*)	3,33	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
46	3,75	5	3(*)	1	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
47	5	5	3(*)	2,33	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
48	4	5	3(*)	3,67	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
49	2,5	5	2(*)	4	<i>Indefinido restantes</i>	FG/A
50	3,5	4,5	4(*)	4,67	<i>Indefinido alto</i>	FG/I/A
51	2,75	5	3,5(*)	3	<i>Indefinido restantes</i>	IF
52	5	5	5(*)	1,33	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG/I
53	3,25	3	3(*)	1	<i>Indefinido restantes</i>	IF
54	4,25	3	3(*)	2	<i>Predominante</i>	-----
55	5	5	3(*)	2,33	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
56	3	3,5	2,5(*)	4	<i>Indefinido restantes</i>	IF
57	3	2,5	3,67	1	<i>Indefinido restantes</i>	IF
58	3,25	4,5	2,5(*)	3	<i>Indefinido restantes</i>	IF
59	4,75	5	4(*)	3,67	<i>Indefinido alto</i>	R/FG/I
60	3,5	3	2,33	1,67	<i>Indefinido restantes</i>	IF
61	3	4,5	5(*)	5	<i>Indefinido restantes</i>	FG/I/A
62	2,75	4,5	3(*)	3,33	<i>Predominante</i>	-----
63	5	3	3	2	<i>Puro</i>	-----
64	4,5	3,5	3,33	1	<i>Indefinido restantes</i>	IF
65	5	5	3,67	1,33	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
66	4,25	2,5	4,5(*)	3	<i>Indefinido restantes</i>	R/I
67	4	3	1(*)	4,67	<i>Indefinido restantes</i>	R/A
68	3,75	5	3(*)	4,33	<i>Indefinido restantes</i>	FG/A
69	2,75	4	2,5(*)	3,33	<i>Predominante</i>	-----
70	4	4,5	3(*)	3,33	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
71	5	5	3(*)	3,67	<i>Indefinido restantes</i>	R/FG
72	4	3,5	2,5(*)	3,67	<i>Indefinido restantes</i>	IF
73	3,25	5	3(*)	3,33	<i>Predominante</i>	-----

(*) Afirmação 39 do Instrumento de Avaliação dos Perfis de Autocuidado excluída por serem residentes em lar.

(***) Afirmação 37 do Instrumento de Avaliação dos Perfis de Autocuidado sem resposta/nula.

Tabela D – Cálculo dos perfis de autocuidado com base nos estudos de Sequeira (2011) e Mota (2011).

		Frequência (f)	Porcentagem (%)
Afastamento de pessoas importantes:	Sim	25	34,2
	Não	18	24,7
Morte do cônjuge/familiares ou amigos:	Sim	22	30,1
	Não	21	28,8
Estado de saúde:	Sim	23	31,5
	Não	20	27,4
Fatores económicos:	Sim	12	16,4
	Não	31	42,5
Ambiente estranho/desconhecido:	Sim	2	2,7
	Não	41	56,2
Alterações de hábitos (AVD's):	Sim	1	1,4
	Não	42	57,5
Residir no lar:	Sim	2	2,7
	Não	41	56,2
Isolamento social:	Sim	6	8,2
	Não	37	50,7
Agressões por parte do cônjuge/familiares:	Sim	1	1,4
	Não	42	57,5
Perda de autonomia/bens:	Sim	4	5,5
	Não	39	53,4
Divórcio do próprio ou de familiares:	Sim	2	2,7
	Não	41	56,2
Sentimento de ingratidão/abandono familiar:	Sim	3	4,1
	Não	40	54,8
Saudosismo:	Sim	3	4,1
	Não	40	54,8
	Total	43	58,9
	Omisso	30	41,1
	Total (N)	73	100,0

Tabela E – Caracterização da amostra em função dos fatores desencadeadores do sentimento de solidão.

	Doenças do sistema circulatório	N	Posto Médio	Soma de Postos
Escala Solidão	Sim	65	39,48	2566,00
	Não	8	16,88	135,00
	Total	73		

Tabela F: Relação entre a escala de avaliação da solidão (UCLA) e as doenças do sistema circulatório.

	Escala Solidão
U de Mann-Whitney	99,000
Wilcoxon W	135,000
Z	-2,845
Significância Assint. (Bilateral)	,004

a. Variável de Agrupamento: Doenças do sistema circulatório

Tabela F1: Relação entre a escala de avaliação da solidão UCLA e as doenças do sistema circulatório.

	Doenças da pele e tecido subcutâneo	N	Posto Médio	Soma de Postos
Escala Solidão	Sim	3	62,50	187,50
	Não	70	35,91	2513,50
	Total	73		

Tabela G: Relação entre o nível de solidão (UCLA) e as doenças da pele e tecido subcutâneo.

	Escala Solidão
U de Mann-Whitney	28,500
Wilcoxon W	2513,500
Z	-2,128
Significância Assint. (Bilateral)	,033
Sig exata [2*(Sig. de unilateral)]	,028 ^b

a. Variável de Agrupamento: Doenças da pele e tecido subcutâneo

b. Não corrigido para empates.

Tabela G1: Relação entre a escala de avaliação da solidão UCLA e as doenças da pele e tecido subcutâneo.

	Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo	N	Posto Médio	Soma de Postos
Escala Solidão	Sim	34	42,44	1443,00
	Não	39	32,26	1258,00
	Total	73		

Tabela H: Relação entre o nível de solidão (UCLA) e as doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo.

	Escala Solidão
U de Mann-Whitney	478,000
Wilcoxon W	1258,000
Z	-2,048
Significância Assint. (Bilateral)	,041

a. Variável de Agrupamento: Doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo

Tabela H1: Relação entre a escala de avaliação da solidão UCLA e as doenças do sistema músculo-esquelético e tecido conjuntivo.

	Doenças do sistema gênito-urinário	N	Posto Médio	Soma de Postos
Escala Solidão	Sim	24	45,44	1090,50
	Não	49	32,87	1610,50
	Total	73		

Tabela I: Relação entre o nível de solidão (UCLA) e as doenças do sistema gênito-urinário.

	Escala Solidão
U de Mann-Whitney	385,500
Wilcoxon W	1610,500
Z	-2,380
Significância Assint. (Bilateral)	,017

a. Variável de Agrupamento: Doenças do sistema gênito-urinário

Tabela I1: Relação entre a escala de avaliação da solidão UCLA e as doenças do sistema gênito-urinário.

			Escala Solidão	Escala Barthel	Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado Abandono	Idade (anos completos)	Nível de escolaridade (anos)
Rho de Spearman	Escala Solidão	Coefficiente de Correlação	1,000	-,243*	-,446**	-,062	-,217	,445**	,381**	-,055
		Sig. (bilateral)	.	,038	,000	,604	,066	,000	,001	,652
		N	73	73	72	73	73	72	73	71
	Escala Barthel	Coefficiente de Correlação	-,243*	1,000	,383**	-,058	,464**	-,388**	-,216	-,003
		Sig. (bilateral)	,038	.	,001	,626	,000	,001	,066	,980
		N	73	73	72	73	73	72	73	71
	Autocuidado Responsável	Coefficiente de Correlação	-,446**	,383**	1,000	,029	,442**	-,317**	-,070	,103
		Sig. (bilateral)	,000	,001	.	,810	,000	,007	,557	,394
		N	72	72	72	72	72	71	72	70
	Autocuidado Formalmente Guiado	Coefficiente de Correlação	-,062	-,058	,029	1,000	-,016	,442**	-,034	-,309**
		Sig. (bilateral)	,604	,626	,810	.	,896	,000	,774	,009
		N	73	73	72	73	73	72	73	71
	Autocuidado Independente	Coefficiente de Correlação	-,217	,464**	,442**	-,016	1,000	-,197	-,106	,049
		Sig. (bilateral)	,066	,000	,000	,896	.	,097	,372	,685
		N	73	73	72	73	73	72	73	71
	Autocuidado Abandono	Coefficiente de Correlação	,445**	-,388**	-,317**	,442**	-,197	1,000	,093	-,344**
		Sig. (bilateral)	,000	,001	,007	,000	,097	.	,437	,003
		N	72	72	71	72	72	72	72	70
	Idade (anos completos)	Coefficiente de Correlação	,381**	-,216	-,070	-,034	-,106	,093	1,000	,118
		Sig. (bilateral)	,001	,066	,557	,774	,372	,437	.	,329
		N	73	73	72	73	73	72	73	71
	Nível de escolaridade (anos)	Coefficiente de Correlação	-,055	-,003	,103	-,309**	,049	-,344**	,118	1,000
		Sig. (bilateral)	,652	,980	,394	,009	,685	,003	,329	.
		N	71	71	70	71	71	70	71	71

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (bilateral).

** . A correlação é significativa no nível 0,01 (bilateral).

Tabela J – Correlações entre a escala de avaliação da solidão UCLA, os diferentes perfis de autocuidado e algumas das variáveis sociodemográficas.

Autocuidado Responsável	Autocuidado Formalmente Guiado	Autocuidado Independente	Autocuidado de abandono
4- Fui sempre o principal sustento da minha família.	1 – Eu tive de começar a trabalhar no início da adolescência.	5 – Decidi sempre tudo sobre a minha vida.	6 – Acontecimentos passados deixaram-me amargo(a).
8- Ainda me sinto relativamente novo(a).	2 – Sacrifiquei a minha vida para cuidar da casa e/ou dos filhos.	9 – Os problemas do envelhecimento não me transtornam a vida.	7 – Há acontecimentos tristes no meu passado recente.
10 - Considero-me relativamente saudável, apesar de tomar medicamentos.	3 – Tive uma vida de trabalho duro.	11 – Encontro-me nas mesmas condições físicas de quando era mais novo(a).	12 – A minha vida é dominada pela dor, sofrimento e outros problemas de saúde.
13- Eu quero ser responsável pela minha medicação.	18 – Tomo obedientemente todos os medicamentos receitados pelos médicos.	17 – Eu gosto de fazer as minhas tarefas diárias em casa.	25 – Deixo outras pessoas tratarem das minhas tarefas diárias.
14 - Consulto os profissionais de saúde, assim que sinto que necessito de ajuda.	19 – Não preciso de saber para que doenças são os medicamentos que tomo, confio no meu médico.	20 – Tomo medicamentos, por minha iniciativa, quando sinto que preciso.	37 – Estou dependente da ajuda da minha família e de amigos.
15- A minha cooperação com os médicos e com os enfermeiros é natural e de igual para igual.	22 – Acredito que os tratamentos que me foram prescritos são os melhores.	21 – Uso os meus próprios meios para tratar as doenças diagnosticadas pelo médico em vez de procurar ajuda.	41 – Sinto que já não sirvo para nada.
16- Eu conheço os meus problemas de saúde e baseado(a) nessa informação, dada por especialistas, também sei como os devo tratar.	32 – Tenho apenas de me adaptar à ideia de envelhecer.	23 – Eu conheço bem o que me causa problemas.	42- Tenho medo do futuro.
26 - Aprecio a companhia de outras pessoas.	33 – À medida que envelheço, tenho de abdicar das coisas que já não consigo fazer.	24 – Eu ainda sou capaz de cuidar de mim.	
27 – Eu tenho um relacionamento próximo e caloroso com os meus filhos e/ou com as pessoas que me são próximas.	34 – Na velhice tenho de deixar outras pessoas tratarem das minhas necessidades.	31 – À medida que envelheço passo inevitavelmente menos tempo na companhia de outras pessoas.	
28 – Os meus dias estão cheios de atividades significativas e estimulantes.	35 – Devo aceitar as coisas que o futuro me reserva.	36 – Eu trato das minhas próprias necessidades e não necessito da ajuda de ninguém.	
29 – Mesmo ao envelhecer sinto-me a avançar na vida.		38 – É importante para mim não ser um fardo para ninguém.	
30 – Estou confiante no futuro e acredito que as pessoas vão cuidar de mim.		39 – Vou continuar a viver em minha casa, mesmo que fique muito doente.	
40 – Tenho algumas relações interpessoais que me ajudam a lidar com as dificuldades.			

Quadro 5 – Perfis de Autocuidado e questões associadas.

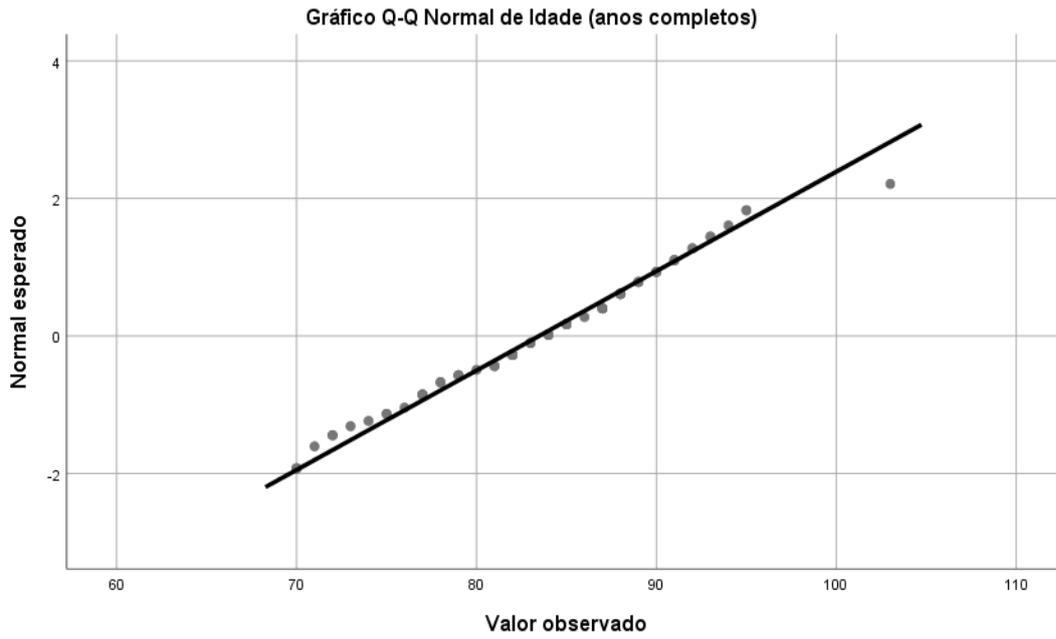


Gráfico 3 – Teste de normalidade: Idade (normal esperado).

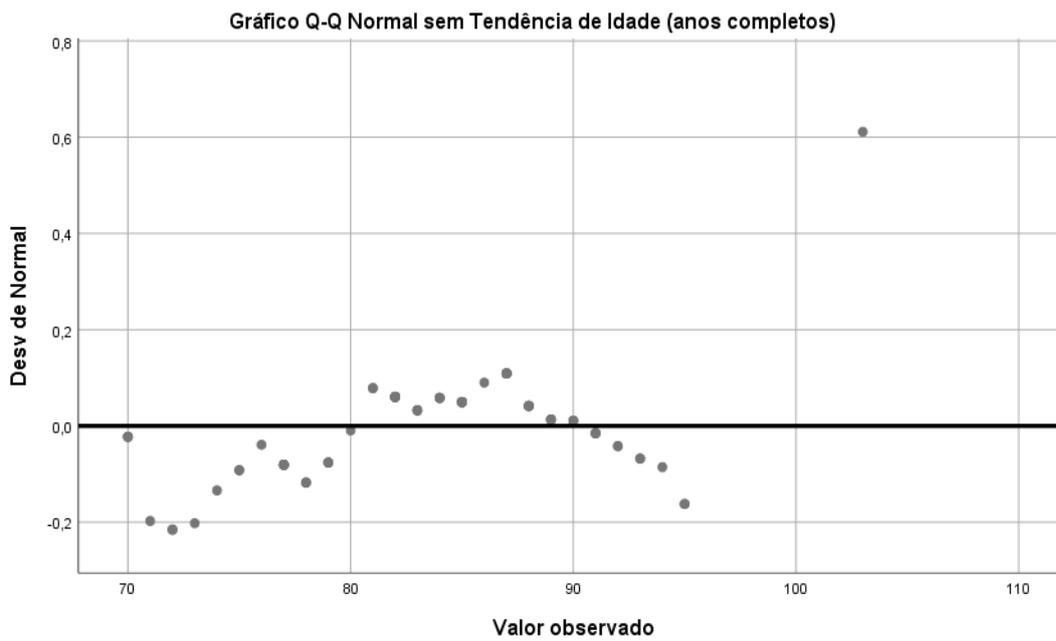


Gráfico 4 – Teste de normalidade: Idade (normal sem tendência).

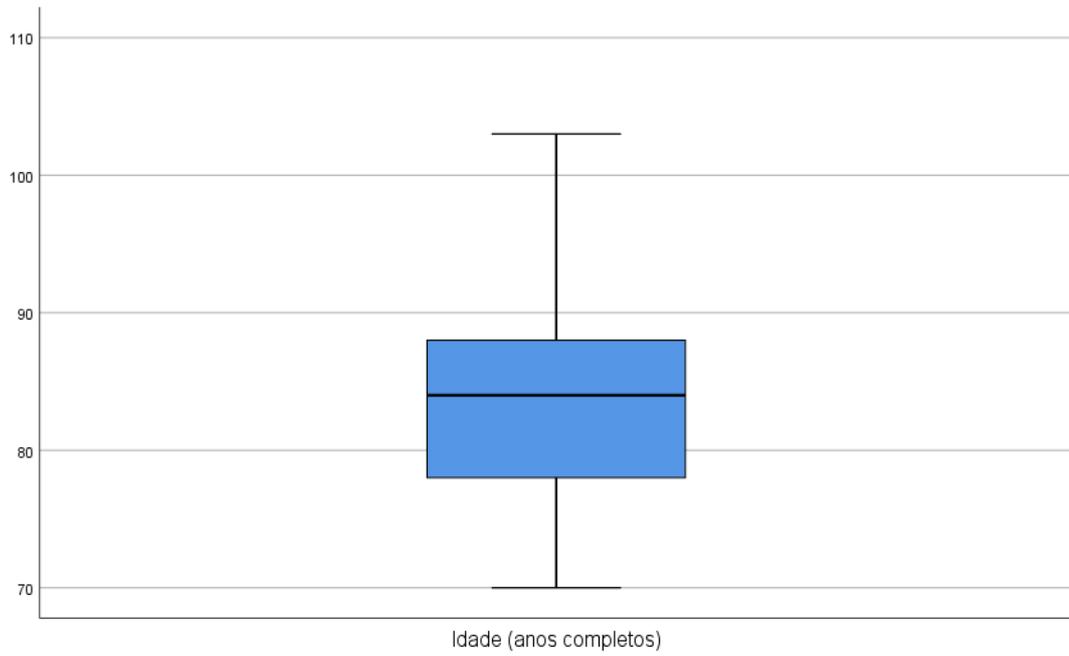


Gráfico 5 – Normalidade: Idade

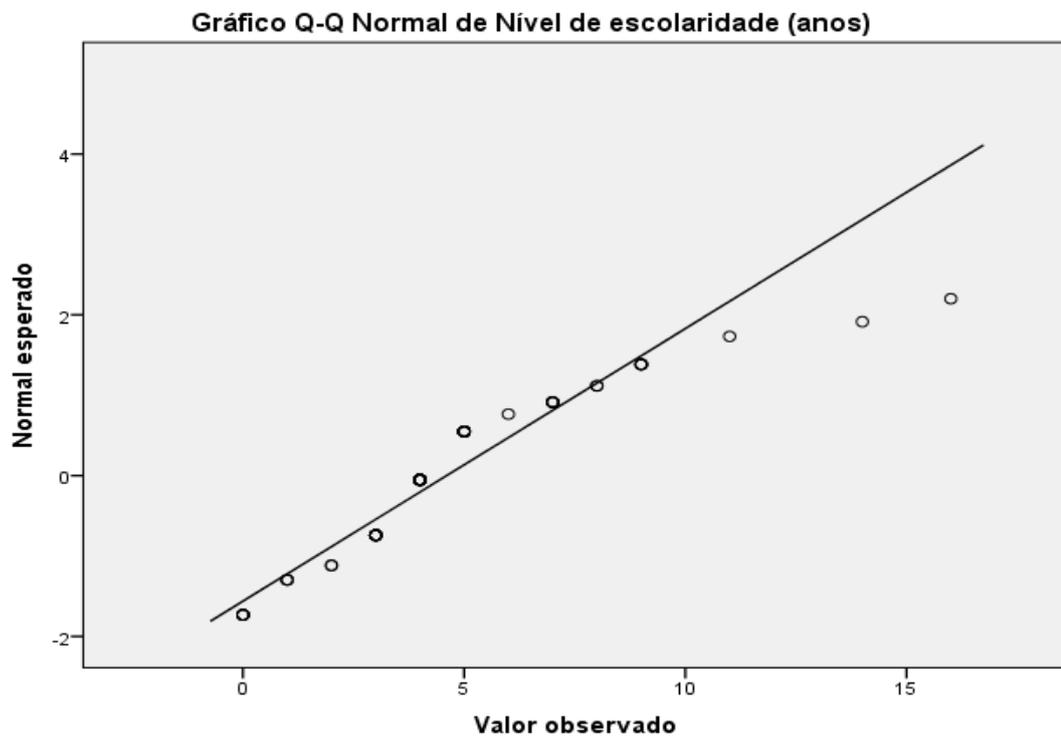


Gráfico 6: Teste de normalidade: Nível de escolaridade dos participantes (anos).

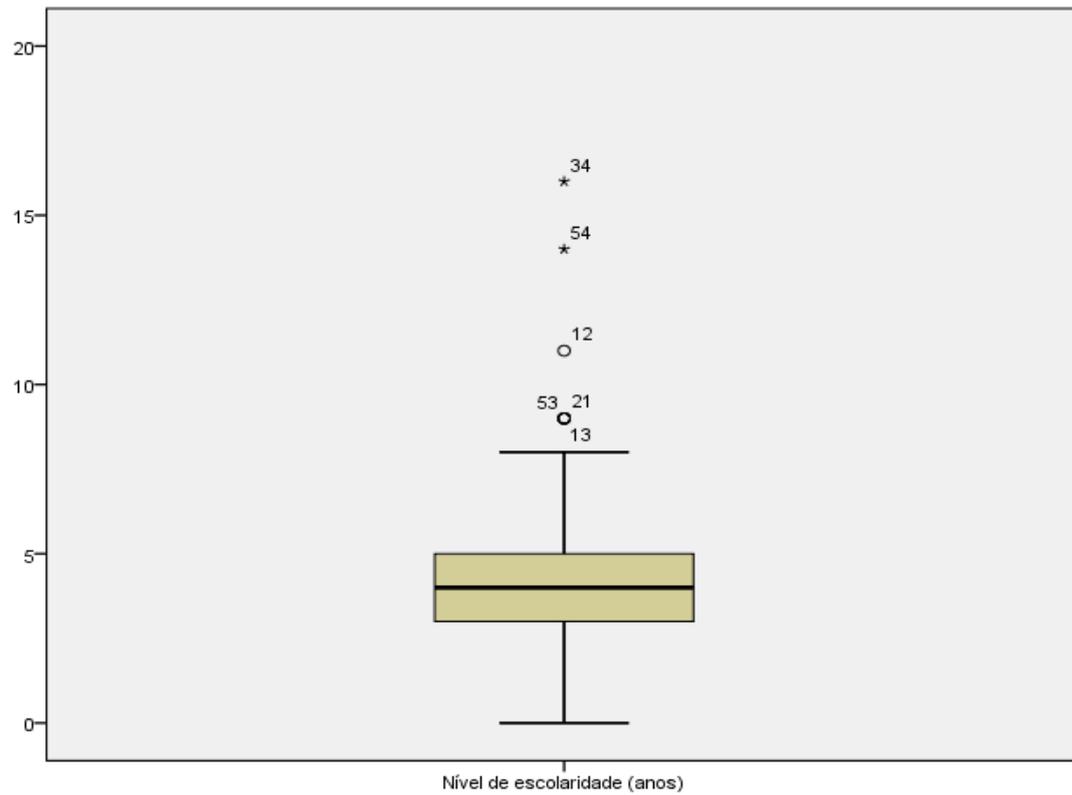


Gráfico 7 – Normalidade: Nível de escolaridade dos participantes (anos).