

**Verónica Santos Almeida**

**Consequências da Solidão Percebida no Funcionamento  
Cognitivo e na Qualidade de Vida do Idoso**

**Orientadora: Professora Doutora Cristina Camilo**

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa  
2017**

**Verónica Santos Almeida**

**Consequências da Solidão Percebida no Funcionamento  
Cognitivo e Qualidade de Vida do Idoso**

Dissertação defendida em provas publicas para a obtenção do grau de Mestre no curso de Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, segundo o Despacho de Nomeação de Juri nº. 83/2017, com a seguinte composição:

Presidente: Professora Doutora Bárbara Gonzalez

Arguente: Professora Doutora Ana Prioste

Orientador: Professora Doutora Cristina Camilo

**Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias**

**Escola de Psicologia e Ciências da Vida**

**Lisboa  
2017**

## **Dedicatória**

*Às minhas avós que foram  
um exemplo de força e ao meu  
primo Nicolas, quem recordo  
com um grande sorriso.*

## **Agradecimentos**

À Professora Cristina Camilo, pelo apoio e incentivo, apesar de todas as dificuldades.

Ao André, a minha outra metade, que está sempre comigo, sem ele era impossível.

Aos meus pais, pelo amor, carinho e apoio. São o meu orgulho.

Às minhas irmãs pelo apoio nesta última fase.

Aos amigos que me ajudaram, cada um da sua maneira, Cátia Sofia, Inês Santa, Ana Simões, Rita Costa, Inês Monteiro e especialmente ao Pedro Caetano.

À Madalena e Cátia Santos pela força e palavras de carinho.

E um muito obrigada a todos os idosos que participaram neste projecto.

Obrigada a todos,

## **Resumo**

A presente investigação teve como principal objectivo verificar as consequências da solidão e relações sociais no funcionamento cognitivo e na qualidade de vida do idoso. A amostra utilizada foi de conveniência, composta por 112 participantes, com idades compreendidas entre os 65 e os 95 anos. Os participantes responderam a um questionário sociodemográfico, Montreal Cognitive Assessment –MoCA (mede o funcionamento cognitivo), Escala de qualidade de vida WHOQOL (mede a qualidade de vida), Mental Health Continuum – Short Form – MHC-SF(mede o bem-estar), e a Escala de solidão de UCLA (mede a solidão). Os resultados mostram que maiores níveis de solidão e relações sociais predizem significativamente menores níveis de qualidade de vida do idoso. Menores níveis de relações sociais implicam um maior funcionamento cognitivo, no entanto, o mesmo não se verificou com a solidão.

**Palavras-Chave:** Isolamento, Solidão, Relações Sociais, Funcionamento Cognitivo, Qualidade de vida, Idosos.

### **Abstract**

This research had as main objective to verify the consequences of Solitude and social relations in the cognitive functioning and quality of life of the elderly. The sample used was of convenience, composed of 112 participants, with ages between 65 and 95 years. Participants responded to a sociodemographic questionnaire, Montreal Cognitive Assessment -MCACA (it measures cognitive deficit), Quality of Life Scale (WHOQOL), Mental Health Continuum - Short Form - MHC-SF (it measures well-being), and the UCLA Solitude Scale (it measures solitude). The results show that higher levels of solitude and social relationships predict significantly lower levels of quality of life of the elderly. Lower levels of social relationships imply a greater cognitive deficit, however, the same did not happen with solitude.

Keywords: Social Isolation, loneliness, Social relationships, Cognitive Functioning, Quality of life, Elderly

### **Abreviaturas**

OMS - Organização Mundial de Saúde

INE - Instituto Nacional de Estatística

MoCA - Montreal Cognitive Assesment

WHOQOL - World Health Organization of Life

MHC-SF - Mental Health Continuum – Short Form

QV – Qualidade de Vida

BE – Bem-estar

## **Introdução**

O envelhecimento da população é um factor comum a todos os países ocidentais, destacando-se também, nestes países, uma evidente diminuição do número de nascimentos. De acordo com dados divulgados pela Organização Mundial de Saúde em Novembro de 2014, relativos à população mundial, é esperado que até 2050 a população com 60 anos ou mais triplique (OMS, 2017). Portugal vai ao encontro destas estatísticas: estima-se que seja um dos países mais envelhecidos da Europa. Em outubro de 2014 a Pordata (base de dados organizada pela Fundação Francisco Manuel dos Santos) divulgou que 20% da população portuguesa tem idade superior a 65 anos.

Existe uma grande preocupação em relação ao número de idosos que vivem sozinhos. Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014), cerca de 60% dos idosos vive só ou na companhia de outros idosos. Segundo os censos 2011, houve um aumento da população envelhecida em Portugal e, conseqüentemente, do número de idosos a viverem sozinhos, o que produz um grave problema de isolamento social (OMS, 2016).

O presente trabalho, foca-se nas conseqüências do isolamento social da população idosa. Envelhecer não é necessariamente sinónimo de isolamento e disfunção. Quando falamos em envelhecimento, rapidamente o associamos à idade cronológica do indivíduo, no entanto, é importante percebermos a complexidade deste processo, que ocorre ao longo de todo o ciclo de vida. De entre todas as componentes consideradas no envelhecimento, a componente social indica que durante a velhice há uma alteração substancial do papel da pessoa na sociedade e na família, que se pode



tornar disfuncional (Birren & Schroot, 1980). É natural que, à medida que os anos passam e o indivíduo se aproxima da sua velhice, as relações sociais e o apoio social sofram um decréscimo (Sousa Figueiredo, & Cerqueira, 2004). O isolamento social provém da fraca integração do indivíduo em contexto social, refletindo-se no tipo, número e duração de contactos (Wenger, Davies, Shahtahmasebi, & Scott, 1996). Findlay e Cartwring (2002) definiram como factores de risco, passíveis de causar o isolamento social, a doença física ou mental, ter mais de 80 anos, residir sozinho, ser cuidador de outro, passar pela perda de um familiar ou amigo próximo, ser vítima de maus tratos, ter dificuldades de comunicação, possuir poucas habilitações, viver isolado ou com falta de meios de transporte e viver em zonas muito pobres.

Um estudo recente, realizado em Inglaterra, observou na sua amostra uma relação directa entre solidão e isolamento em idosos. A solidão foi associado a dificuldades nas actividades do dia-a-dia, no entanto, o mesmo não o se verificou no isolamento. O mesmo estudo verificou ainda que, tanto o isolamento, como a solidão têm influência na diminuição da velocidade de marcha dos idosos (Shankar et al., 2016).

Também em 2015 foi realizado um estudo, na Malásia, onde se verificou uma grande prevalência de isolamento social e solidão em idosos institucionalizados, com funções cognitivas comprometidas e/ou limitadas – 81% dos participantes revelaram que se sentiam isolados. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Kim et al., 2009, realizado na Coreia, com idosos nas mesmas condições, onde verificaram que 94% dos idosos experienciaram sentimentos de solidão (Nikmat, Hashim, Omar, & Razali, 2015).

Neste estudo, uma das nossas principais preocupações foi verificar o impacto da solidão e da qualidade das relações sociais no funcionamento cognitivo e na qualidade de vida do idoso.

### **Interação social e solidão na velhice**

Ao longo do processo de envelhecimento o idoso vivencia várias mudanças físicas e psicológicas. Estas alterações desencadeiam novos papéis sociais, aos quais um número importante de idosos tem dificuldade em adaptar-se (Zimmerman, 2000). Autores como Mota (2004) sugerem que as relações sociais e interindividuais durante a vida do sujeito terão um reflexo na sua velhice, considerando que este reflexo surge do tipo de educação, trabalho e experiências de vida. Teixeira (2010) explica que as condições de vida e as oportunidades que surgem ao longo da vida do indivíduo estão diretamente relacionadas com o envelhecimento saudável, tendo em conta que, segundo o autor, a vida social desde o nascimento tem bastante influência no envelhecimento saudável do idoso. Problemas físicos, psicológicos e económicos são, muitas vezes, afetados pelo contexto social onde está inserido, interferindo de forma negativa nas condições de vida quando envelhece.

Assis (2004) afirma que alterações a nível físico, de saúde, declínio cognitivo, entre outros factores, levam a uma limitação na mobilidade e independência do sujeito, dificultando a sua interação social. Neste sentido, muitos idosos encontram-se mais isolados, tendo em conta que, na sua maioria, são prejudicados pelo seu estado de saúde, o que não lhes proporciona autonomia e alternativas para interagir na comunidade onde estão inseridos (Shephard, 2003).

É fundamental a manutenção de uma rede de apoio social nos idosos, composta pelo conjunto de relações formais e informais (família e amigos). Esta rede de apoio é crucial para proporcionar apoio emocional, afetivo e material, levando a uma interação social positiva (Brito, 2004) Este apoio social proporciona ao idoso uma certa autonomia e independência no seu dia-a-dia, em contexto familiar e sociocultural, ajudando-o assim a manter as suas funções cognitivas e bem-estar psicológico. Estas relações são essenciais, na medida em que, proporcionam um sentido de pertença ao idoso, melhorando assim a sua qualidade de vida (Triadó & Villar, 2007). Apesar de todos os recursos sociais desempenharem um papel próprio, a família é considerada a primeira e mais importante rede de apoio social na vida do idoso e é nesta rede que o idoso procura apoio no seu dia-a-dia (Assis & Amaral, 2010).

O envelhecimento activo é definido como envelhecer com saúde, autonomia e ter um papel activo na sociedade, onde se está inserido. Este processo pode prevenir o isolamento social e a solidão na terceira idade. (Carneiro Falcone, Clark, Prette, & Prette, 2007). Autores como Pinheiro e Tamayo (1984) definiram solidão como uma reação emocional de insatisfação, que é provocada pela carência ou privação de relacionamentos significativos na vida do indivíduo, sendo que, o isolamento é um dos factores que mais influencia o estado de solidão. Segundo os mesmos autores, é comum na terceira idade serem vivenciadas perdas do seu ciclo mais próximo, como o cônjuge e/ou amigos. Estas perdas podem levar o idoso a passar por sentimentos de solidão. Weiss (1973) identificou dois tipos de solidão: a emocional e a social. A solidão social está associada à carência de uma rede social e amigos, enquanto que na solidão emocional o indivíduo sente falta de uma relação do foro mais íntimo como, por exemplo, um cônjuge. Segundo Ussel (citado por Fernandes, 2007) existem dois eixos

fundamentais na vida – a família e o trabalho. Alterações drásticas num ou em ambos podem levar a sentimentos de solidão subjectivos.

A solidão é encarada como um problema sério na população idosa. O sentimento de solidão pode levar a um declínio de saúde mental e desencadear estados depressivos (Fernandes 2007). O mesmo autor defende que a solidão pode ser experienciada de duas formas diferentes. Alguns idosos encaram a solidão como abandono, exclusão por parte dos familiares, amigos e da própria sociedade, vivendo assim períodos de extrema angústia. Em contrapartida, existem idosos que defendem o facto de estarem sozinhos como uma experiência positiva, uma vez que, valorizam a sua privacidade e independência, focando-se em si e nas suas prioridades (Coimbra, 2008).

No mesmo sentido, o estudo de Nikmat et al., 2015 revelou que a depressão e a solidão, em idosos institucionalizados, são um problema comum entre idosos que apresentam limitações cognitivas. Um outro estudo, desenvolvido na Irlanda em 2011, demonstrou que a solidão nos idosos, está associada com valores baixos nas funções cognitivas em geral e, em particular, com limitações na velocidade de processamento psicomotor e memória visual. Foi verificada também, uma associação entre solidão e um conjunto de medidas de velocidade de processamento (O’Luanaigh et al., 2011).

A grande maioria dos autores que estudou a solidão concorda que existe uma enorme diferenciação entre sentir-se só e estar só, tendo em conta que sentir-se só depende da avaliação subjectiva do indivíduo e estar realmente só pode reflectir-se num isolamento objectivo (Carmona, Couto, & Scorsolini-Comin, 2014). Neste sentido, para muitos idosos, a solidão diverge na importância dos relacionamentos que sustenta, não propriamente na quantidade dos mesmos, mas sim nos sentimentos que surgem quando

sentem falta de relacionamentos específicos e/ou satisfatórios (Zapata & Arredondo, 2012).

Muitos autores concordam que o sentimento de solidão é psicologicamente penoso, angustiante e desagradável, levando em alguns casos à exclusão social (Neto, 2001). Kamiya, Doyle, Henretta e Virmonen (2014) realçam a importância de factores que podem contribuir para o desencadeamento de sentimentos de solidão, tais como problemas de saúde, baixa auto-estima, acontecimentos passados e crenças religiosas. Profissionais que trabalham com idosos chamam a atenção para aspectos como a comunicação, seja ela verbal ou não-verbal, na medida em que, alguns idosos podem manifestar a solidão de uma forma incomum como, por exemplo, através de queixas psicossomáticas, episódios depressivos e/ou agressivos ou até mesmo tentativas de suicídio. Estes episódios nem sempre são entendidos pelas pessoas que os rodeiam (Azeredo & Afonso, 2016).

No estudo de Barroso, realizado em Lisboa em 2006, verificou-se que é comum existir o sentimento de solidão em idosos institucionalizados, devido ao afastamento da sua residência, amigos e família, assim como adaptação a uma nova comunidade que lhe é estranha. No entanto, idosos não institucionalizados também apresentam tais sentimentos de solidão, na medida em que passam por vivências traumáticas, como perdas, isolamento, entre outros factores. Com o passar dos anos e com a proximidade da velhice, as relações sociais tendem a ter um decréscimo. A solidão está associada à perda e/ou diminuição destas relações sociais, que resulta num cenário de isolamento social (Sousa et al., 2004). Também as transformações financeiras, perda de algumas competências intelectuais e/ou financeiras, vão influenciar o bem-estar, auto-estima e a qualidade de vida do idoso (Parente et al.,

2006). Paúl (2005) sugere que as redes de suporte social estão fortemente associadas à satisfação com a vida e conseqüentemente à qualidade de vida do idoso. Teixeira (2010) indica-nos que factores como a solidão, perdas, e alterações no funcionamento cognitivo, resultam numa diminuição da qualidade de vida. O mesmo autor verificou que a solidão e a qualidade de vida se influenciam mutuamente. Estes autores vão ao encontro de estudos realizados por Jardim (citado por Melo & Neto, 2003), que verificou que idosos mais isolados e sem relações sociais têm maior incidência na solidão e apresentam baixos níveis de qualidade de vida. Também Lopes (2004) verificou correlações positivas entre a qualidade de vida e a satisfação com as relações sociais.

### **Qualidade de vida**

A organização mundial de saúde define qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem do seu papel na sociedade e cultura, valor, objectivos, expectativas, padrões e preocupações. Um conjunto importante de investigação revela que a qualidade de vida depende de determinantes como a autonomia para desempenhar actividades diárias, a manutenção de relacionamentos familiares e/ou sociais, a situação financeira satisfatória e realização de actividades criativas (Jacob, 2007). No entanto, devemos ter em conta outros factos, que variam de indivíduo para indivíduo, como as experiências de vida, a saúde, o trabalho, a vizinhança e a habitação própria. Vários autores defendem outros factores determinantes para a melhor ou pior qualidade de vida do idoso, como o estilo de vida, o bem-estar físico e mental, social e cognitivo, os apoios sociais e de saúde e a sustentabilidade das redes de suporte social (Sousa et al., 2004; Paúl e Fonseca, 2005; Santos, 2008)

O grupo de WHOQOL definiu qualidade de vida nos anos 90, reconhecendo a mesma como fundamental na promoção de saúde física e mental e para o bem-estar do indivíduo (Carneiro et al., 2007) O grupo definiu então qualidade de vida como a percepção que o indivíduo tem da sua vida, a nível cultural e de valores, objectivos, preocupações e expectativas, no meio onde está inserido. Houve assim a necessidade de criar um instrumento de medida que fosse transcultural e internacional, com o objectivo de avaliar a qualidade de vida – o WHOQL – bref (Fleck et al., 2000). A qualidade de vida passa, assim, a ser encarada como um bem-estar pessoal e a satisfação que cada indivíduo tem da sua vida (Fleck et al., 2000). Este instrumento será utilizado na presente investigação.

A grande maioria dos idosos enfrenta diariamente questões ligadas à sua independência, autonomia e tomada de decisão. Estes desafios contribuem para a percepção que cada um tem da sua qualidade de vida. Para além destes factores, a qualidade de vida está também associada ao estado de saúde físico e psicológico do idoso, que podem ser percebidos através do tipo de relações sociais, dos valores que defendem, de sentimentos de solidão e/ou isolamento, condição financeira e segurança. Para muitos idosos, o facto de serem capazes de ter uma vida independente, sem a ajuda de terceiros, sejam eles familiares ou amigos, revelam uma visão positiva da sua qualidade de vida (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

A qualidade de vida varia de acordo com a faixa etária do idoso. Idosos entre os 65 e 74 anos enfrentam problemas como a alteração de estatuto social, que coincide com a entrada na reforma, sendo que o sujeito pode não lidar bem com esta mudança e vivenciar problemas depressivos. A qualidade de vida no grupo etário com mais de 75 anos depende da sua saúde física e mental e das consequências das mesmas (Carneiro et

al., 2012).

Um estudo realizado por Lopes (2004) relata que idosos do meio rural mostram maior percepção de suporte social e qualidade de vida, comparativamente a idosos do meio urbano. Também Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005) obtiveram resultados similares, concluindo que nos idosos do meio rural existem relações de maior proximidade e intensidade. Este estudo também verificou que idosos do meio rural apresentam maiores níveis de autonomia.

Podemos concluir que as alterações financeiras, sociais e familiares, juntando a outros factores, como a perda de competências funcionais e do foro intelectual, têm influência na auto-estima, bem-estar e qualidade de vida do idoso (Parente et al., 2006). A qualidade de vida é também afetada pelo funcionamento cognitivo, uma vez que perdas a nível das funções cognitivas podem levar a diminuições no funcionamento físico, social e emocional do idoso (Ribeiro, Oliveira, Cupertino, Neri, & Yassuda, 2010). Segundo os mesmos autores, a qualidade de vida resulta do bom funcionamento das funções cognitivas.

Estudos mais antigos, como por exemplo, o de Holmén, Kjerstin Ericsson e Winblad (1999), já procuravam estudar a relação entre a qualidade de vida e o funcionamento cognitivo. Estes autores realizaram um estudo na Suécia, com uma amostra dividida em dois grupos - com e sem dificuldades cognitivas. Os idosos com ligeiras dificuldades cognitivas diziam sentir a sua vida como um vazio, em comparação com os participantes sem dificuldades cognitivas, na medida em que, diziam sentir-se inactivos, inúteis e aborrecidos. O mesmo grupo também apresentava maiores problemas de



memória. Os autores sugeriram que, este grupo de idosos precisava de relações significativas e de confiança, de forma a melhorarem a sua qualidade de vida.

Um dos nossos objectivos com a realização deste estudo passa também, por verificar de que forma o funcionamento cognitivo e a execução das funções executivas afectam a qualidade de vida do idoso.

### **Funcionamento cognitivo**

Ao longo do processo de envelhecimento podemos verificar transformações ao nível das funções cognitivas, como orientação, linguagem, memória, funções executivas, capacidade de abstracção e visuo-construtiva (Singh-Manoux & Kivimaki, 2010). O funcionamento cognitivo tem sido alvo de preocupações por parte dos profissionais da área e, apesar de ainda não haver um consenso entre todos, é importante referir que o funcionamento cognitivo em idosos difere de indivíduo para indivíduo, uma vez que, somos todos diferentes e nem sempre ocorre um declínio cognitivo e nem todas as capacidades cognitivas têm a mesma evolução (Glisky, 2007). O facto da evolução não ser uniforme observa-se na possibilidade de existir declínio em áreas distintas e/ou uma melhoraria noutras, uma vez que, pessoas idosas revelam uma certa variabilidade intra e inter-individual no funcionamento cognitivo (Rebelo, 2007).

Salthouse (1996), que definiu uma das teorias mais relevantes do envelhecimento cognitivo, acreditava que a velocidade com que desempenhamos as operações é influenciada pela idade do indivíduo, ou seja, a velocidade de processamento altera-se consoante a idade do idoso. Concluiu que a diminuição de velocidade de processamento está associada à idade mais avançada e, conseqüentemente, à diminuição do desenvolvimento de operações cognitivas, havendo assim, défices no funcionamento

cognitivo. Autores como Naismith, Longley, Scott e Hickie (2007) defendem também que a solidão e o isolamento podem ser dos maiores factores de risco para o funcionamento cognitivo, tendo em conta que o afastamento e isolamento dos idosos afectam a manutenção e desenvolvimento das suas capacidades cognitivas.

Alguns estudos referem que o estado funcional pode ser avaliado através da realização de actividades do dia-a-dia. Podem ser actividades básicas (actividades diárias associadas à sobrevivência), instrumentais (onde predominam as actividades inseridas na comunidade onde vive) e avançadas (actividades complexas com domínio físico, lazer, social e produtivo). Estas últimas carecem de um maior domínio de funções a nível cognitivo, físico e social, sendo de alguma forma afectadas pelos padrões motivacionais e culturais (Dias, Carvalho, & Araújo, 2013). As actividades avançadas refletem-se em episódios conscientes e intencionais, interagindo com o funcionamento físico, mental e social, que vai permitir o desenvolvimento de diversos papéis sociais, garantir a manutenção de uma boa saúde mental e qualidade de vida (Dias, Andrade, Duarte, Santos & Lebrão, 2015).

Quando falamos de declínio cognitivo destacam-se de imediato algumas perdas funcionais, observando-se inicialmente danos no desempenho de actividades avançadas no dia-a-dia, posteriormente verificam-se perdas no desenvolvimento de actividades instrumentais e, por último, observamos disfunções na realização de actividades básicas. Segundo alguns estudos, sempre que verificamos no indivíduo alterações na realização de actividades avançadas/complexas, significa que estamos perante os primeiros sinais do início de comprometimentos cognitivos leves (Dias et al., 2013). Os processos fisiológicos do envelhecimento influenciam o declínio cognitivo leve, que por sua vez podem favorecer o desenvolvimento de demência (Petersen, 2010). A ocorrência de

declínio cognitivo pode potenciar um comprometimento no desempenho das suas tarefas diárias e de cuidar de si, perdendo assim a sua independência (Rabelo, 2009).

Têm surgido vários estudos onde realçam a existência de factores de protecção relativamente à progressão de funcionamento cognitivo, sendo que um dos factores com maior importância é a manutenção de relacionamentos interpessoais e de uma vida socialmente activa (Rozenthal, Engelhardt, & Laks, 1995). Actividades de grupo e de lazer beneficiam a estimulação destas relações, protegendo assim o estado psicológico e físico do idoso, e promovem a melhoria da qualidade de vida do mesmo (Junior, Silva, Gomes, Paes, & Bastos, 2010). A estimulação cognitiva tem sido testada por vários autores nos últimos anos, com o objectivo de diminuir o risco de declínio cognitivo, depressão e demência (Niu et al., 2010; Raes, Williams & Hermans, 2009). Por exemplo, idosos viúvos têm mais predisposição para a progressão da doença Alzheimer e conseqüentemente declínio cognitivo, do que idoso que ainda mantenham uma relação conjugal (Vigário, 2012).

Estudos que comparam idosos institucionalizados com idosos não institucionalizados verificaram que idosos institucionalizados apresentam maior índice de declínio cognitivo, nomeadamente em questões relacionadas com a memória. Esta conclusão deve-se ao facto de idosos não institucionalizados beneficiarem de relações interpessoais com mais frequência, sendo que este contacto com o exterior proporciona uma maior probabilidade de ocorrência de estimulações relacionais, físicas e psicológicas (Plati, Covre, Lukasova, & Macedo, 2006). Idosos institucionalizados ao mudarem para uma residência coletiva, acabam por ter que seguir toda uma rotina que é comum a essa comunidade (Galhardo, Mariosa, & Takata, 2010), levando a uma perda

de estimulação, autonomia e independência por parte do idoso (Pavan, Meneghel, & Junges, 2008).

Da literatura apresentada depreende-se que a integração social é determinante, quer para a percepção de qualidade de vida, quer para o bom funcionamento cognitivo da população idosa. Apesar destes dois factores serem centrais, na sua maioria a literatura anterior aborda-os separadamente. O objectivo desta investigação foi verificar as consequências da solidão e da qualidade das relações sociais no funcionamento cognitivo e na qualidade de vida do idoso. Ainda de acordo com os resultados apresentados por outros autores, prevemos que idosos com maiores índices de solidão apresentem menor qualidade de vida e, conseqüentemente, um decréscimo da capacidade cognitiva.

## **Método**

### **Participantes**

O presente estudo baseia-se numa amostra não probabilística, de conveniência, constituída por 112 idosos, 62.5% ( $n = 70$ ) do sexo feminino e 37.5% ( $n = 42$ ) do sexo masculino, entre os 65 e os 95 anos ( $M = 73.81$ ,  $DP = 6.67$ ). Destes idosos, 47.3% eram viúvos ( $n = 53$ ), 45.5% casados ( $n = 51$ ), 6 solteiros ( $n = 5.4$ ), 2 em união de facto ( $n = 1.8$ ), não havendo qualquer divorciado. A maioria dos idosos era de nacionalidade Portuguesa (98.2%,  $n = 110$ ) (ver tabela 1). Os dados foram recolhidos através de um questionários com vários instrumentos que iremos enumerar em baixo. A recolha foi feita presencialmente e de forma individual, junto dos idosos, nas instituições ou casa própria, no período de Setembro a Dezembro de 2016. Relativamente à localização, a recolha foi feita a idosos residentes em Lisboa e na região norte centro do país, Vagos (Aveiro).

### **Procedimento**

A duração da aplicação de cada questionário variou entre 30 a 60 minutos.

Todos os participantes contribuíram de forma voluntária e assinaram um termo de consentimento informado, respeitando assim, os códigos deontológicos da American Psychological Association (APA, 2010) e da Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011). Foi também explicado qual o objectivo de estudo, o facto da participação ser voluntária, o anonimato e confidencialidade dos dados, assim como o direito de esclarecimentos relativamente aos resultados da investigação. Inicialmente a amostra era composta por 120 participantes, porém oito participantes foram excluídos, pois apresentavam sinais bastante visíveis da doença Alzheimer, o que impossibilitou respostas conscientes aos nossos instrumentos.

Para as variáveis em análise, verificou-se uma baixa percentagem de valores omissos (<5.0%). A fiabilidade das escalas utilizadas foi avaliada através da consistência interna com alfa de Cronbach, segundo os critérios de DeVellis (1991), em que valores <.6 indicam consistência interna insatisfatória. Foi utilizada a correlação bivariada de Pearson para examinar as associações lineares entre as variáveis e a regressão linear múltipla, com o objectivo de estimar a capacidade o impacto da solidão e da satisfação com as relações sociais no funcionamento cognitivo e qualidade de vida com base. Os testes paramétricos foram utilizados porque as variáveis de interesse não apresentaram valores de assimetria e curtose superiores a 1, garantindo, assim, uma distribuição aproximada á normal (Pestana & Gageiro, 2014). Toda a análise estatística foi efetuada através do SPSS V.22.0 para o sistema operativo Windows 32 bits, sendo todos os testes realizados para um nível de significância de.05.

### **Medidas/Instrumentos**

**Questionário sociodemográfico e clínico.** No âmbito deste estudo, foi desenvolvido um questionário sociodemográfico com questões fechadas e abertas, adaptado às necessidades da nossa investigação. Este questionário permitiu-nos reunir informações relacionadas com a idade, sexo, estado civil, número de filhos, se vive sozinho ou acompanhado; antecedentes profissionais, escolaridade, informação de institucionalização e participação na comunidade. Com o intuito de obter informação dos dados clínicos de cada participante, foi aplicado um curto questionário com questões relacionadas com o historial de doença neurológica e ou psiquiátrica e presença de algum tipo de invalidez física/motora.

### **Solidão**

Para avaliar a solidão (variável independente) foi utilizada a escala de solidão de UCLA, numa adaptação portuguesa da escala original “Revised UCLA Loneliness scale, de Russel, Peplau e Cutrona (1980), validada por Neto (1989). Esta versão é composta por 18 itens, onde o principal objectivo é avaliar a solidão e os sentimentos associados a esta. As respostas centram-se numa escala tipo Likert de quatro pontos: nunca (1), raramente (2), algumas vezes (3) e muitas vezes (4). A pontuação pode variar entre 18 pontos (mínimo) e 72 pontos (máximo), com um valor médio de 45 pontos. Para obtermos a pontuação da escala é feito um cálculo de soma de todos os itens, sendo que, metade dos itens (1, 4, 5, 8, 9, 13, 14, 17 e 18) são calculados de forma inversa. Quanto maior for o resultado final, maior o nível de solidão e sentimentos associados ao mesmo. Uma pontuação mais baixa pode traduzir-se numa maior satisfação social.

A adaptação portuguesa da escala revelou, em vários estudos, uma boa consistência interna e validade (Neto, 1989). No entanto, levanta possíveis problemas,

no que diz respeito ao possível enviesamento nas respostas, tendo em conta que, os itens estão formulados na mesma direção, em que, pontuações mais altas revelam sentimentos de insatisfação social. O nosso estudo apresentou uma adequada consistência interna ( $\alpha = .71$ ).

### **Relações Sociais**

Para avaliar a qualidade das relações sociais usámos o domínio social do Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) (Joshnloo, Wissing, Khumalo, & Lamers, 2013) e a questão dos dados sociodemográficos que se referia à participação na comunidade.

Escala do contínuo da saúde Mental (versão reduzida) foi desenvolvida por Keys e os seus colaboradores em 2005, com o objectivo de avaliar 3 dimensões da saúde mental: o bem-estar emocional (constituído pelos itens do 1 ao 3), o bem-estar psicológico (constituído pelos itens do 9 ao 14) e o bem-estar social (constituído pelos itens do 4 ao 8; Lamers, Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, & Keys, 2011) Trata-se de um questionário multidimensional, composta por 14 itens, apresentadas de forma positiva. Tem um formato de resposta do tipo Likert, que varia de um a seis pontos, em que 1 corresponde a “nunca” e 6 a “todos os dias”, representando assim, o nível de frequência com que o indivíduo experienciou o sentimento de bem-estar, em cada um dos itens. (Matos et al., 2010). No que diz respeito aos resultados de cada dimensão, podemos encontrar valores entre os 3 e os 18 na dimensão de bem-estar emocional, de 5 a 30 na dimensão de bem-estar social e de 6 a 36 na dimensão de bem-estar psicológico (Joshnloo et al., 2013). No que diz respeito às propriedades psicométricas do MHC–SF, os autores encontraram boas qualidades psicométricas (Keyes et al., 2008; Lamers,

Westerhof, Bohlmeijer, Klooster, & Keys, 2010). Relativamente à consistência interna, os índices alfa de Cronbach apresentam valores adequados para a escala total, com coeficientes entre .74 (Keyes et al., 2008) e .89 (Lamers et al., 2011). Estudos anteriores indicam que o domínio de Bem-estar emocional possui valores adequados de consistência interna, com valores entre .73 (Keyes et al., 2008) a .83 (Lamers et al., 2011), no domínio de Bem-estar psicológico apresentam valores aceitáveis .67 (Keyes et al., 2008) e adequados .83 (Lamers et al., 2011) e, por fim, o domínio de Bem-Estar-Social apresenta uma menor consistência interna, com coeficientes a variar entre .59, considerado um valor mais baixo (Keyes et al., 2008) e .74, considerado um valor adequado (Lamers et al., 2011). No nosso estudo a escala MHC-SF apresentou uma adequada consistência para o bem-estar emocional ( $\alpha = .77$ ) e psicológico ( $\alpha = .71$ ). No entanto, para o bem-estar social, a consistência foi questionável ( $\alpha = .68$ ).

### **Funcionamento Cognitivo**

Para avaliar o desempenho cognitivo usámos o instrumento Montreal Cognitive Assesment – MoCA (Nasreddine et al., 2005). Em 2005, Nasreddine e os seus colaboradores desenvolveram o instrumento MoCA, com o objectivo de avaliar oito domínios de funcionamento cognitivo: atenção, concentração, funções executivas, memória, linguagem, capacidades visuo-construtivas, capacidade de abstração, cálculo e orientação. Este instrumento é constituído por 11 exercícios e tem uma pontuação máxima de 30 pontos. Uma pontuação igual ou superior a 26 pontos é considerada normal (Freitas, Simões, Santana, & Martins, 2013). O tempo de administração é de aproximadamente 10 a 15 minutos. Neste estudo foi utilizada a versão portuguesa – 7.1 versão original, traduzida por Freitas et al., 2013. Quanto às suas qualidades psicométricas, o mesmo apresenta uma elevada consistência interna, com um alfa de



Cronbach de .83 (Nasreddine et al., 2005). Neste estudo, o MOCA apresentou uma consistência interna adequada ( $\alpha = .77$ ).

### **Qualidade de vida**

Para avaliar a qualidade de vida usámos o instrumento **WHOQOL – BREF**. O grupo WHOQOL World Health Organization of Life da OMS criou um instrumento transcultural, com o principal objectivo de avaliar a qualidade de vida do sujeito. O WHOQOL–100, foi o primeiro a ser criado e contem 100 questões (Canavarro, Simões, Pereira, & Pintassilgo, 2005). No entanto, dependia-se de muito tempo na sua administração e houve a necessidade de criar uma versão mais pequena, mas que contivesse as mesmas características psicométricas. Neste sentido, surgiu o WHOQOL-BREF – brief version of World Health Organization Quality of Life questionnaire (Canavarro et al., 2007). Este instrumento é multidimensional e constituído por dimensões negativas e positivas (Canavarro et al., 2007). Está dividido em quatro domínios de qualidade de vida, tais como, físico (constituído pelos itens 3, 4, 10, 15, 16, 17 e 18), psicológico (constituído pelos itens 5, 6, 7, 11, 19 e 26), relações sociais (constituído pelos itens 20, 21 e 22) e ambiente (constituído pelos itens 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 e 25). O total é composto por 26 questões. As duas primeiras referem-se à qualidade de vida em geral (item 1) e à percepção que o indivíduo tem da sua saúde (item 2) e as restantes 24 representam as facetas específicas da qualidade de vida, sugeridas pelo Grupo, sendo que, cada item representa uma faceta (Canavarro et al., 2005). No entanto, neste estudo trabalhámos apenas em função dos domínios e não nas 24 facetas individualmente.

As respostas seguem uma escala tipo Likert, são cotadas de um a cinco (nível de intensidade de concordância), no entanto, três questões (itens 3, 4 e 26) estão formuladas de forma negativa e devem, por sua vez, ser cotadas de forma invertida (Canavarro et al., 2007).

WHOQOL – BREF vai ao encontro das necessidades de avaliar a qualidade de vida definida pelo grupo em questão, defendendo que a qualidade de vida surge de experiências subjectivas, multidimensionais e constituídas por dimensões positivas e negativas (Canavarro et al., 2007).

Os resultados são atribuídos e avaliados pelos vários domínios e pelas facetas da qualidade de vida em geral, não havendo assim, uma pontuação total. Para obtermos o resultado de cada domínio é necessário calcular uma média dos resultados das questões de cada domínio, que por sua vez é multiplicada por 100, de forma a obtermos resultados compatíveis com o WHOQOL-100. Decidimos utilizar a versão adaptada por Canavarro e Vaz Serra em 2004, pois encontra-se validado e adaptado para a população portuguesa. Outra das razões centra-se no facto deste instrumento ser adaptado para a aplicação em idosos institucionalizados e não institucionalizados (Lai et al., 2005).

Este instrumento apresenta bons níveis de desempenho psicométrico (Canavarro et al., 2007). No entanto, os mesmos autores revelam alguma vulnerabilidade no que diz respeito à consistência interna do domínio das relações sociais, uma vez que o mesmo tem apenas 3 itens, um número menor que os restantes domínios, podendo ser a explicação para este facto. O nosso estudo apresentou uma boa consistência para o domínio físico ( $\alpha = .88$ ) e uma consistência adequada para o domínio psicológico. ( $\alpha = .70$ ). No entanto para o domínio do meio ambiente, a consistência foi questionável ( $\alpha = .68$ ) e para o domínio das relações sociais, inaceitável ( $\alpha = .45$ ). Por este motivo, a dimensão das relações sociais não foi usada nas análises posteriores.

## Resultados

### *Caracterização sociodemográfica, profissional e clínica da amostra*

Como é possível verificar através da tabela 1, amostra é constituída por 112 idosos.

**Tabela 1** Caracterização sociodemográfica, profissional e clínica da (N = 112)

Variável	Categoria	Frequência	
		N	Percentagem
<i>Sexo</i>	Masculino	42	37.5
	Feminino	70	62.5
<i>Nacionalidade</i>	Portuguesa	110	98.2
	Outra	2	1.8
<i>Estado Civil</i>	Solteiro	6	5.4
	Casado	51	45.5
	União de facto	2	1.8
	Divorciado	0	0.0
	Viúvo	53	47.3
<i>Filhos</i>	Sim	101	90.2
	Não	11	9.8
<i>Ver filhos</i>	Sim	92	91.1
	Não	9	8.9
<i>Vive sozinho(a)</i>	Sim	15	13.6
	Não	95	86.4
<i>Com quem vive</i>	Sozinho	38	63.3
	Cônjuge	17	28.3

---

	Filhos	5	8.3
	Cônjuge e filhos	0	0.0
<i>Centro dia</i>	Sim	6	5.4
	Não	106	94.6
<i>Instituição</i>	Sim	38	33.9
	Não	74	66.1
<i>Onde vivia antes</i>	Casa	33	84.6
	Casa dos filhos	4	10.3
	Outra instituição	2	5.1
	Casa dos sobrinhos	0	0.0
<i>Com quem vivia em casa</i>	Sozinha	20	51.3
	Cônjuge	12	30.8
	Filhos	5	12.8
	Sobrinhos	2	5.1
<i>Habilitações</i>	Ensino primário	84	75.0
	5º ou 6º ano	16	14.3
	7º, 8º ou 9º ano	0	0.0
	Ensino Secundário	5	4.5
	Ensino Pós-Secundário	1	0.9
	Ensino superior	2	1.8
	Analfabeto	4	3.6
<i>Vida Profissional</i>	Sim	0	0.0
	Não	112	100.0
<i>Profissão</i>	Domestica	20	17.9

---

---

	Agricultor	21	18.8
	Marinheiro	5	4.5
	Costureira	7	6.3
	Mecânico	5	4.5
	Professor(a)	3	2.7
	Contabilista	1	0.9
	Empregado(a) Fabril	7	6.3
	Tabaqueiro	1	0.9
	Auxiliar de educação	2	1.8
	Administrativo(a)/ Telefonista	10	8.9
	Fiscal de obras	1	0.9
	Pedreiro/Carpinteiro	6	5.4
	Comerciante/Empresário	12	10.7
	Padeiro(a)/Cozinheiro(a)	5	4.5
	Eletricista	1	0.9
	Atendimento ao Público	3	2.7
	Médico(a)	1	0.9
	Camionista	1	0.9
<i>Participação na comunidade</i>	Sim	72	64.3
	Não	40	35.7
<i>Enriquecimento pessoal</i>	Rancho	8	27.6
	Teatro	5	17.2
	Passeios	2	6.9
	Atividades Religiosas	6	20.7

	Sindicato de professores	1	3.4
	Zumba	2	6.9
	Ginástica	1	3.4
	Pintura	4	13.8
<i>Papel de apoio familiar</i>	Netos	16	72.7
	Bisnetos	6	27.3
<i>Ocupação</i>	Diária	5	19.2
	Semanal	19	73.1
	Quinzenal	1	3.8
	Mensal	0	0.0
	Outra	0	0.0
<i>Doença neurológica</i>	Sim	31	27.7
	Não	81	72.3
<i>Qual doença neurológica</i>	Alzheimer	1	3.0
	AVC	17	51.5
	Depressão	14	42.4
	PPST	1	3.0
<i>Invalidez física</i>	Sim	11	9.8
	Não	101	90.2
<i>Tipo de invalidez</i>	Acamada	2	18.2
	Diabetes	3	27.3
	Problemas de mobilidade	6	54.5
		Média	Desvio-padrão
Variável		M	DP
<i>Idade</i>		73.81	6.67
<i>Nº de filhos</i>		2.89	2.36

<i>Tempo de instituição</i>	29.21	22.0
<i>Tempo em outra instituição</i>	5	1.41

---

A Tabela 1 apresenta uma descrição detalhada das características da amostra.

A nossa amostra revelou bons níveis de integração familiar. A maioria dos participantes (90.2%;  $n = 101$ ) afirmou ter filhos e, destes, 91.1% ( $n = 92$ ) referiram que os viam. Em relação ao viver sozinho, verificou-se que a maioria afirmou viver acompanhada (86.4%;  $n = 95$ ).

Sobre o centro dia, 94% afirmou a frequência do mesmo ( $n = 106$ ). No que se refere a instituição, a maioria afirmou não viver numa (66.1%  $n = 74$ ). Dos participantes a viver em instituições, a maioria afirmou ter vivido em casa própria antes da institucionalização (84,6%;  $n = 33$ ) e, destes, 51.3 % afirmaram ter vivido sozinhos ( $n = 20$ ).

Sobre as habilitações literárias a maior parte dos participantes referiu ter o ensino primário. Em relação à vida profissional, todos mencionaram que já não estavam ativos (100%;  $n = 112$ ). Verificou-se sobre a profissão que, as profissões mais representativas foram: agricultor (18.8%,  $n = 21$ ), doméstica (17.9%;  $n = 20$ ) e comerciante (10.9%;  $n = 12$ ).

No que respeita à participação da comunidade, 64.3% afirmou participar ( $n = 72$ ). Sobre o enriquecimento pessoal, as atividades melhores representadas são o rancho (27.6%,  $n = 8$ ), atividades religiosas (20.7%,  $n = 6$ ), teatro (17.2 %,  $n = 5$ ) e pintura (13.8 %,  $n = 4$ ). A participação ocorre também no apoio prestado à família. Sobre o papel do apoio familiar, a maioria dos participantes afirmou ficar com os netos ou com os bisnetos. A respeito da ocupação, a maior parte referiu semanal (73.1%;  $n = 19$ ).

### **Análise Correlacional**

Foi efectuada uma correlação bivariada de Pearson com o objectivo de avaliar como a solidão e as várias dimensões do bem-estar se relacionam com as várias dimensões da qualidade de vida e com o funcionamento cognitivo. A Tabela 2 mostra a associação entre todas as variáveis de interesse neste estudo.

**Tabela 2.** Matriz de correlações entre a solidão, dimensões do bem-estar, dimensões da qualidade de vida e funcionamento cognitivo.



	1	2	3	4	5	6	7
Solidão (1)	-						
BE emocional (2)	-.36**	-					
BE psicológico (3)	-.39**	.56**	-				
BE social (4)	-.29*	.41**	.47**	-			
QV Físico (5)	-.38**	.45**	.46**	.43**	-		
QV Psic. (6)	-.36**	.63**	.61**	.54**	.65**	-	
QV Meio amb. (7)	-.54**	.49**	.45**	.50**	.59**	.55**	-
MOCA (8)	-.13	.39**	.29*	.32*	.48**	.48**	.28*

\* $p < .01$ , \*  $p < .001$ ; \*\* (teste bicaudal)

BE – Bem- Estar

QV – Qualidade de vida

Como se pode observar na Tabela 2, onde se apresentam as correlações bivariadas entre as variáveis de análise, de uma forma geral, existem correlações significativas e moderadas entre as variáveis. A solidão está correlacionada significativamente de forma negativa e moderada com todas as dimensões da qualidade de vida. Da mesma forma, o bem-estar relaciona-se de forma positiva, quer com a qualidade de vida, quer com o funcionamento cognitivo.

### Análise Preditiva

Para confirmar os resultados correlacionais para a vinculação do tipo seguro efectuou-se quatro análises de regressão múltipla, uma para cada das variáveis dependentes (domínio físico, domínio psicológico e meio ambiente, da WHOQOL e funcionamento cognitivo (MOCA), tendo como potenciais predictoras a solidão, bem-estar social e participação na

comunidade. Esta última variável, por ter sido transformada em variável binária (sim vs não), entrou no modelo de regressão como variável *dummy*. A Tabela 3 mostra o quanto a qualidade de vida no domínio físico, variam em função da solidão, bem-estar social e participação na comunidade.

**Tabela 3.** Modelo de regressão linear da qualidade de vida no domínio físico para a solidão, MHC-SF bem-estar social e participação na comunidade

Variáveis independentes	Domínio físico			
	Beta	T	F	R <sup>2</sup>
Solidão	-.27	-3.07*		
MHC-SF bem-estar social	.30	3.38*	13.37**	.52
Participação na comunidade <sup>a</sup>	.14	1.64		

\*  $p \leq .01$ ; \*\*  $p \leq .001$  <sup>a</sup> Não é a categoria de referência

Os resultados revelaram que apenas a solidão ( $beta = -.27$ ;  $t(108) = -3.0$ ;  $p = .003$ ), e o bem-estar social ( $beta = .30$ ;  $t(108) = 3.5$ ,  $p = .001$ ), são as únicas preditoras significativas da qualidade de vida no domínio físico, sendo o modelo de regressão ajustado aos dados  $F(3,108) = 13.37$ ;  $p < .001$ , explicando 52,0% da variância da qualidade de vida no domínio físico.

**Tabela 4.** Modelo de regressão linear da qualidade de vida no domínio psicológico para a solidão, MHC-SF bem-estar social e participação na comunidade

Variáveis independentes	Domínio psicológico			
	Beta	T	F	R <sup>2</sup>
Solidão	-.22	-2.64*		
MHC-SF bem-estar social	.44	6.20**	18.77**	.585
Participação na comunidade <sup>a</sup>	.10	1.21		

\*  $p \leq .01$ ; \*\*  $p \leq .001$  <sup>a</sup> Não é a categoria de referência

Os resultados indicaram que a solidão ( $beta = .22$  ;  $t(108) = -2.64$ ;  $p = .01$ ) e o bem-estar social ( $beta = .4$ ;  $t(108) = 6,20$ ;  $p < .001$ ) são as únicas preditoras significativas da qualidade de vida no domínio psicológico, sendo o modelo de regressão ajustado aos dados  $F(3,108) = 18.77$ ;  $p < .001$ , explicando 58,5% da variância da qualidade de vida no domínio psicológico.

**Tabela 5.** Modelo de regressão linear da qualidade de vida no domínio meio ambiente para a solidão, MHC-SF bem-estar social e participação na comunidade

Variáveis independentes	Meio ambiente			
	<i>beta</i>	<i>T</i>	<i>F</i>	<i>R</i> <sup>2</sup>
Solidão	-.41	-5.45**		
MHC-SF bem-estar social	.33	4.24**	27.92**	.66
Participação na comunidade <sup>a</sup>	.15	1.91		

\* $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$  <sup>a</sup> Não é a categoria de referência

Para o meio ambiente, verificou-se, mais uma vez, que a solidão ( $beta = -.41$ ;  $t(108) = -5.45$ ;  $p < .001$ ), e o bem-estar social ( $beta = .33$ ;  $t(108) = 4.24$ ,  $p < .001$ ), são as únicas preditoras significativas da qualidade de vida no domínio ambiente, no entanto, a participação na comunidade apresentou uma tendência para a significância ( $p = .058$ ). O modelo de regressão mostrou-se ajustado aos dados  $F(3,108) = 27.92$   $p < .001$ , explicando 66.1% da variância da Qualidade de vida no domínio ambiente.

**Tabela 6** Modelo de regressão linear do funcionamento cognitivo para a solidão, MHC-SF bem-estar social e participação na comunidade

Variáveis independentes	Funcionamento cognitivo			$R^2$
	Beta	T	F	
Solidão	-.04	-.42		
MHC-SF bem-estar social	.30	3.02*	4.30**	.10
Participação na comunidade <sup>a</sup>	.03	0.35		

\* $p \leq .05$ ; \*\*  $p \leq .01$ ; \*\*\*  $p \leq .001$  <sup>a</sup>Não é a categoria de referência

Em relação ao funcionamento cognitivo, os resultados permitiram verificar que apenas o Bem-estar social ( $beta = .30$ ;  $t(108) = 4,30$ ;  $p = .003$ ) é a única preditora significativa do funcionamento cognitivo, sendo o modelo de regressão ajustado aos dados  $F(3,108) = 4.30$ ;  $p = .007$ , explicando apenas 10,7% da variância do funcionamento cognitivo.

### Discussão de resultados

O objectivo geral desta investigação foi perceber as consequências da solidão e das relações sociais (variáveis independentes), no funcionamento cognitivo e a qualidade de vida do idoso (variáveis dependentes). Nesse sentido formulámos como hipóteses que idosos com maiores índices de solidão e menor bem-estar social, apresentam menor qualidade de vida e um decréscimo do funcionamento cognitivo. Para verificarmos se as relações sociais afectam a qualidade de vida e o funcionamento cognitivo, utilizámos o domínio bem-estar social da medida MHC-SF e os dados do questionário sociodemográfico – participação na comunidade (variável preditiva - relações sociais), o MOCA (variável de resposta – funcionamento cognitivo) e o WHOQOL – Bref (variável de resposta – qualidade de vida). Concluindo com os nossos resultados, que o bem-estar social (MHC-SF) está associado positivamente e é um preditor significativo de todos os domínios de qualidade de vida e do funcionamento

cognitivo. Este resultado coaduna-se com o estudo de Lopes (2004), na medida em que, demonstrou correlações positivas entre a qualidade de vida e a satisfação com as relações sociais. Podemos assim afirmar que uma maior integração social é essencial para que os idosos sintam uma maior qualidade de vida.

No nosso estudo a participação comunitária não é preditora significativa dos domínios de qualidade de vida (WHOQOL) e do funcionamento cognitivo, embora esteja muito perto da significância para o domínio do meio ambiente. Tal facto pode ser explicado devido a esta variável ter sido transformada em binária, tornando-se muito abrangente. Tendo em conta a psicologia social, tudo indica que o mais importante é a forma como o idoso recebe o apoio comunitário.

Relativamente à solidão (variável preditora), verificámos que, a solidão (UCLA) está associada negativamente e é um preditor significativo de todos domínios de qualidade de vida (variável de resposta, avaliada com o UCLA). Indo ao encontro de estudos, como Teixeira (2010), onde verificou correlações positivas entre a solidão e qualidade de vida. No entanto, verificámos que a solidão não está associada ao funcionamento cognitivo e por isso não pode ser um preditor. Neste caso, a nossa amostra não vai ao encontro da literatura e estudos apresentados. Podemos concluir, que as nossas hipóteses não foram totalmente confirmadas.

No que diz respeito à nossa primeira variável preditora, a solidão, verificámos que maiores níveis de solidão estão associados a menores níveis de qualidade de vida. No entanto, não encontrámos nenhuma associação com o funcionamento cognitivo.

Relativamente à variável preditora – relações sociais, verificámos correlações positivas com ambas as variáveis de resposta, a qualidade de vida e o funcionamento cognitivo. O bem-estar social tem influencia no funcionamento cognitivo, uma maior degradação no funcionamento cognitivo pode afectar negativamente o bem-estar social. No

entanto, a relação também pode ser contrária, pelo que, seria interessante testar esta relação em estudos longitudinais.

O envelhecimento da população e as suas implicações são uma preocupação, que tem sido partilhada pela comunidade em geral. Foi nesse sentido, que procurámos perceber e relacionar o isolamento da população envelhecida, tendo em conta a solidão, relações sociais, qualidade de vida e funcionamento cognitivo, na terceira idade.

Em conclusão, verificámos que na vertente avaliativa, a solidão e as relações sociais têm um forte impacto na qualidade de vida do idoso, no entanto, não foi possível demonstrar com a nossa amostra, que a solidão tem influência no funcionamento cognitivo. No entanto, a integração social mostrou ter impacto em ambos os aspectos: na qualidade de vida e no desempenho cognitivo dos idosos. Apesar deste último resultado fundamentar as nossas hipóteses, é possível que esta relação se dê no sentido oposto. Isto significa que idosos com pior funcionamento cognitivo podem ter maior dificuldade em manter um nível de integração social satisfatória.

Considera-se que uma das limitações deste estudo foi a dimensão do questionário e instrumentos. Alguns idosos manifestaram sinais de cansaço, o que poderá ter influenciado algumas das respostas. Outra das limitações relevantes, foi o facto de não ter sido despistado previamente o funcionamento cognitivo da nossa amostra.

Deveria também ter em consideração a utilização de uma medida objectiva, para avaliar as relações sociais. Também, teria sido relevante termos comparado idosos institucionalizados e não institucionalizados, assim como o factor rural e urbano, uma vez que, a nossa amostra contém idosos em ambas as condições. Inicialmente o objectivo era avaliar apenas idosos institucionalizados, no entanto, toda a burocracia associada ao pedido e respostas das instituições não o permitiu. O facto de termos uma amostra com idosos

institucionalizados e outros não pode ter influenciado de alguma forma os nossos resultados, tendo em consideração factores que variam na integração social.

Embora não tenha sido demonstrado com os resultados, foi possível verificar durante a recolha, que a maioria dos idosos institucionalizados demonstravam mais sinais de isolamento e solidão, assim como maiores dificuldades de compreensão dos itens e realização do MoCA. Tendo em consideração, talvez, o fato destes idosos estarem mais afastados da comunidade e não receberem tantos estímulos do exterior.

De acordo com a literatura apresentada e os nossos resultados, seria interessante, a implementação de programas de estimulação cognitiva, treino de habilidades sociais, no sentido de favorecer as relações sociais, o combate ao isolamento social e baixos níveis do funcionamento cognitivo e proporcionar uma melhor qualidade de vida na terceira idade. Estes programas podem ser implementados nas instituições, como lares e centros dias. No que diz respeito a idosos que ainda vivam em comunidade, seria interessante as juntas de freguesia terem um papel mais activo neste campo, como proporcionar actividades comunitárias.

### **Referências**

American Psychological Association (2010a). Publication manual of the American Psychological Association (6th ed.). Washington, DC: Author.

- American Psychological Association (2010b). Ethical principles of psychologists and code of conduct [PDF]. Retirado de [www.apa.org/ethics/code/principles.pdf](http://www.apa.org/ethics/code/principles.pdf)
- Araújo, C. K. , Cardoso, C. M. C., Moreira, E. P., Wegner, E., & Areosa, S. V. C.(2012). Vínculos familiares e sociais nas relações dos idosos. *Revista Jovens Pesquisadores*, 97–107.
- Assis, L. P. P; Amaral, M. L. N. Do (2010). Envelhecimento e suporte social. In: COSTA, Geni de Araújo (Org.). *Atividade física, envelhecimento e a manutenção da saúde. Uberlândia: EDUFU, 207-217.*
- Assis, M. (2004) Aspectos sociais do envelhecimento. In A.L. Saldanha., Caldas, C.P (Ed.), *Saúde do Idoso: a arte de cuidar. 2a edição. Rio de janeiro: Interciência, 11-26.*
- Azeredo, Z. A. S, Afonso, M. A. N. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Rev. bras. geriatr. gerontol.* Vol.19, n.º2, 313-324.
- Barroso, V.L. (2006). Orfãos Geriatras: sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. (Monografia de Licenciatura), Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal
- Birren, J.E., E Schroots, J.J.F. (1996) History, concepts and theory in the psychology of aging. In J.E. Birren e K.W. Schaie (Eds.), *Handook of The Psychologu of aging . 4th Edition.* San Diego: Academic Press, 3-23.
- Brito, F.C, Litvoc, C. (2004.) C. J. Conceitos básicos. In F.C. Brito e C. Litvoc (Ed.), *Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde.* São Paulo: Atheneu, 1-16.
- Canavarro, M. C., Serra, A. V., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, &...e Paredes, T. (2006). Qualidade de Vida. <http://www.fpce.uc.pt/saude/index.htm>. Acedido em 22 de Abril de 2016.
- Canavarro, M. C., Simões, M. R., Vaz Serra, A., Pereira, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Gameiro, S., Paredes, T, & Carona, C. (2007). Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde: WHOQOL-Bref. Em L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa*, vol. III. Coimbra: Quarteto Editora.



- Canavarro, M. C., Simões, M., Pereira, M., e Pintassilgo, A. L. (2005). Desenvolvimento dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida na infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para português de Portugal: Apresentação de um projecto. Projecto apresentado no 6º Congresso Virtual HIV/AIDS, 17 Outubro 2005. Retirado a 14 Março, 2016 em de SIDAnet – Associação Lusófona Website: [http://www.aidscongress.net/pdf/whoqol\\_hiv\\_abstract\\_238\\_comunic\\_270.pdf](http://www.aidscongress.net/pdf/whoqol_hiv_abstract_238_comunic_270.pdf)
- Carmona, C. F., Couto, V. V. D., & Scorsolini-Comin, F. (2014). A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. *Psicologia em Estudo*, 681–691. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-73722395510>
- Carneiro, R. S., Falcone, E., Clark, C., Prette, Z. D., e Prette, A. D. (2007). Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: Relação com habilidades sociais. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(2), 229-237.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. A., Sacadura, M. J. (2012). O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade. (Relatório realizado no Centro de estudos dos povos e culturas de expressão portuguesa da faculdade de ciências humanas) Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.
- Coimbra, J. F. M. (2008). O sentimento de solidão em idosas institucionalizadas: A influência da autonomia funcional e do meio ecológico. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- DeVellis, R. F. (1991). *Scale Development: Theory and Applications* (Applied Social Research Methods Series, Vol. 26). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Dias, E. G., de Andrade, F.B., Duarte, Y. A. O., Santos, J. L. F., & Lebrão, M. L. (2015). Atividades avançadas de vida diária e incidência de declínio cognitivo em idosos: Estudo SABE. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(8), 1623–1635. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00125014>.
- Dias, D. S. G., Carvalho, C. S., Araújo, C. V. (2013). Comparação da percepção subjetiva de qualidade de vida e bem-estar de idosos que vivem sozinhos, com a família e institucionalizados. *Revista brasileira geriátrica gerontol.* vol.16.

- Fernandes, J. H. (2007). Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança. (Dissertação de Mestrado) Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Findlay, R & Cartwright, C 2002, Social Isolation and Older People: A Literature Review, Australasian Centre on Ageing, The University of Queensland, Brisbane
- Fleck, M. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L. e Pinzon, V. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida "WHOQOL-BREF". *Revista de Saúde Pública*, vol.34 (2), 178-183.
- Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. .MoCA 7.3. Forma alternativa. Versão portuguesa [MoCA 7.3. Alternative version. Portuguese version]. 2013
- Galhardo, V. A. C.; Mariosa, M. A. S.; Takata, J. P. I. (2010) Depressão e perfis sociodemográfico e clínico de idosos institucionalizados sem déficit cognitivo. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 20, n. 1, p. 16-21.
- Glisky, E. L. Changes in Cognitive Function In Riddle, D. R. (editor). (2007) Human Aging In Brain Aging: Models, Methods, and Mechanisms, Chapter 1. Boca Raton (FL). CRC Press.
- Holmén, K., Kjerstin Ericsson, RN, & Winblad, B. (1999). Quality of Life among the Elderly State of Mood and Loneliness in Two Selected Groups. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*(10). <http://dx.doi.org/10.1111/j.1471-6712.1999.tb00521.x> –
- Jacob, L. (2007). Animação de idosos: actividades. Porto: Âmbar.
- Joshanloo, M., Wissing, M., Khumalo, I. & Lamers, S. (2013). Measurement invariance of the mental health continuum - short form (MHC-SF) across three cultural groups. *Personality and Individual Differences*, 55, 755-759.
- Junior, J. A. S. H., Silva, R. A., Gomes, G. C., Paes, E. T., & Bastos, O. (2010). Teoria da Mente e Depressão em Idosos Institucionalizados. *Neurobiologia*, 73 (3), 143-149.
- Kamiya Y, Doyle M, Henretta JC, Virmonen V. (2014) Early life circumstances and later life loneliness in Ireland. *Gerontologist*, 54(5), 773-83.
- Keyes, C. (1998). Social well-being. *Social Psychology Quarterly*, 61 (2), 121-140.

- Keyes, C. (2002). The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Research*, 43, 207-222.
- Keyes, C. (2004). The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: the complete mental health perspective and the moderating role of age and gender. *Aging & Mental Health*, 8 (3), 266-274.
- Keyes, C. (2005). Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 539-548.
- Keyes, C. (2006a). Mental health in the CDS youth: is America's youth flourishing?. PSID, 1-25.
- Keyes, C. (2006b). Subjective well-being in mental health and human development research worldwide: an introduction. *Social Indicators Research*, 77, 1-10.
- Keyes, C. & Shapiro, A. (2004). Social well-being in the united states: a descriptive epidemiology. O. G. Brim, C. D. Ryff & R. C. Kessler (Eds.), *How healthy are we? A national study of well-being at midlife*, (pp. 350-372). Chicago: IL The University of Chicago Press.
- Keyes, C. L. M., & Lopez, S. J. (2002). Toward a science of mental health: Positive directions in diagnosis and interventions. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 45–59). New York: Oxford University Press.
- Keyes, C., Dhingra, S. & Simoes, E. (2010). Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness. *American Journal of Public Health*, 100 (12), 2366-2371.
- Keyes, C., Eisenberg, D., Perry, G., Dube, S., Kroenke, K. & Dhingra, S. (2012). The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*, 60 (2), 126-133.
- Keyes, C., Wissing, M., Potgieter, J., Temane, M., Kruger, A. & Rooy, S. (2008). Evaluation of the mental health continuum – short form (MHC-SF) in Setswanaspeaking South Africans. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 181-192.

- Kim, O., Byeon, Y.-S., Kim, J.-H., Endo, E., Akahoshi, M., Ogasawara, H. (2009) Loneliness, Depression and Health Status of the Institutionalized Elderly in Korea and Japan. *Asian Nursing*. 3(2): 63-70.
- Lai, K. L., Tzeng, R.J., Wang, B. L., Lee, H. S., Amidon, R. L. e Kao, S. (2005). Health-related quality of life and health utility for the institutional elderly in Taiwan. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, Vol 14 (4), pp. 1169-1180.
- Lamers, S.M., Westerhof, G. J., Bohlmeijer, E.T., Klooster, P.M. & Keys C.L.M. (2011). Evaluation the psychometric properties of the Mental Health Continuum - Short Form (MHC-SF). *Journal of Clinical Psychology*, 67 (1), 99-110.
- Lopes, P. A. P. L. (2004). Qualidade de vida e suporte social do idoso no meio rural e no meio urbano: um Estudo comparativo e correlacional. (Dissertação de Mestrado) Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Lisboa, Portugal.
- Matos, A., André, R., Cherpe, R., Rodrigues, D., Figueira, C. & Pinto, A. (2010). Estudo psicométrico preliminar da Mental Health Continuum - Short Form – for youth numa amostra de adolescentes portuguesas. *Psychologica*, 53, 131-156.
- Miguel, N., & Gaspar, S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Referência – Revista de enfermagem*, 49–58.
- Melo, L. e Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia, Educação e Cultura*. III, 1, 107-121.
- Monte, K. P. (2014). Caracterização da Saúde Mental numa população jovem dos Açores: da psicopatologia ao bem-estar (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal.
- Naismith, S. L., Longley, W. A., Scott, E. M., e Hickie, I. A. (2007). Disability in major depression related to self rated and objectively-measured cognitive deficits: a preliminary study. *Biomed Central Psychiatry*, 7(32), 1-7. doi: 10.1186/1471-244X-7-32
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment,

- MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- Neto F. (1989). A escala de solidão da UCLA: adaptação portuguesa. *Psicol Clín.*, 2:65-79.
- Neto F. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estud. Interdiscip. Envelhec.*, 3:71-88
- Neto, F., & Barros, J. (1989). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento*, 71-78.
- Nikmat, A. W., Hashim, N. A., Omar, S. A., & Razali, S. (2015). Depression and Loneliness / Social Isolation Among Patients With Cognitive Impairment in Nursing Home. *ASEAN Journal of Psychiatry*, Vol. 16(2), July – December 2015, 222-231.
- Niu, Y.X., Tan, J.P., Guan, J. Q., Zhang, Z.Q., Wang, L. N. (2010) – Cognitive stimulation therapy in the treatment of neuropsychiatric symptoms in Alzheimer’s disease: a randomized controlled trial. *Clinical Rehabilitation*. Vol. 24, nº 12, 1102-1111.
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric theory* (2nd ed.). New York: McGraw-Hill.
- O’Luanaigh, C., O’Connell, H., Chin, A.-V., Hamilton, F., Coen, R. Walsh, C. Walsh, J.B., Caokley, D., Cunningham, C., Lawlor, B.A. (2011) Loneliness and cognition in older people: The Dublin Healthy Ageing study, Dublin. *Aging & Mental Health*. Vol. 16, No. 3, April 2012, 347–352
- Ordem dos Psicólogos Portugueses (2011, 20 Abril). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. Diário da República, 2ª série, 17931-17936. Retirado a 12 Janeiro, 2017, em [www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo\\_deontolaogico.pdf](http://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/caodigo_deontolaogico.pdf)
- Parente, M.A.M.P., Junior, A. A. O., Jaeger. A., Schuh, A. F. S., Holderbaum, C. S., et al. (Orgs). 2006). Qualidade de vida em idosos. In C. M. Trentini, F. M. F. Xavier & M. P. A. Fleck (Eds.), *Cognição e envelhecimento* (pp. 18-29). São Paulo: Artmed Editora.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social, 275-287
- Paúl, C. e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.

- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I. e Amado, J. (2005). Satisfação e qualidade de vida em idosos portugueses. Em, C. Paúl e A. Fonseca (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 77-95). Lisboa: Climepsi Editores.
- Pavan, F. J., Meneghel, S. N., Junges, J. R. (2008). Mulheres idosas enfrentando a institucionalização. *Caderno Saúde Pública*, Rio de Janeiro 24 (9), 2187-2190.
- Pavan, A. P. (2008). Avaliação da qualidade de vida e tomada de decisão em idosos participantes de grupos socioterápicos da cidade de arroio do meio (Dissertação de Mestrado). Instituto de Geriatria e Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.
- Petersen, R. C. (2010). Clinical trials for early (predementia) alzheimer 's disease: a case for mild cognitive impairment. *The Journal of Nutrition, Health e Aging*, 14 (4), 304-305.
- Pestana, M.H. & Gageiro, J.N. (2014). Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (6ª ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Pinheiro, A. A. A., & Tamayo, A. (1984). Conceituação e definição de solidão. *Revista de Psicologia*, 1(2), 29-37.
- Plati, M., Priscila, C., Lukasova, K., & Macedo, E. (2006). Depressive symptoms and cognitive performance of the elderly: relationship between institutionalization and activity programs. *Revista Brasileira Psiquiatria*, 28(2), 118-121.
- Rabelo, D. (2009). Declínio cognitivo leve em idosos: fatores associados, avaliação e intervenção. *Revista Kairós Gerontologia*, 1(1), 56-68.
- RAES, Filip ; WILLIAMS, J. Mark ; HERMANS, Dirk (2009) – Reducing cognitive vulnerability to depression: a preliminary investigation of memory specificity training (MEST) in inpatients with depressive symptomatology. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. Vol. 40, nº 1, 24-38.
- Rebello, H. (2007). Psicoterapia na idade adulta avançada. *Análise Psicológica*, 4 (XXV), 543-557
- Ribeiro, P. C., Oliveira, B. H., Cupertino, A. P., Neri, A. L., & Yassuda, M. S. (2010). Desempenho de Idosos na Bateria Cognitiva CERAD: Relações com variáveis sociodemográficas e saúde percebida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 102-109. [on

line] Retirado a 23 Novembro, 2016, em <http://www.scielo.br/pdf/prc/v23n1/a13v23n1.pdf>

- Rozenthal, M., Engelhardt, E., e Laks, J. (1995). Memória: aspetos funcionais. *Revista Brasileira Neurologia*, 31 (3), 157-160.
- Russel, D. W., Cutrona, C. E., Mora, A., & Wallace, R. B. (1997). Loneliness and nursing home admission among rural and older adults. *Psychology and Aging*, 12, 574-589.
- Salthouse, T.A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103: 403-428.
- Santos, A. F. A. (2008). Qualidade de vida e solidão na terceira idade. (Monografia de Licenciatura). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Univerdade Fenando Pessoa, Porto, Portugal.
- Shankar, A., Hamer, M., & Steptoe, A. (2017). Social Isolation and Loneliness : Prospective Associations With Functional Status in Older Adults. *Health Psychology* 36(2), 179–187.
- Shankar, A., McMunn. A, Demakakos, P., Hamer, M., Steptoe, A. (2016). Social Isolation and Loneliness: Prospective Associations With Functional Status in Older Adults, London. *American Psychological Association. Health Psychology*, Vol. 36, No. 2, 179–187
- Shephard. R.J. (2003). Envelhecimento, atividade física e saúde. São Paulo: Phorte Silva, T. E. e Rezende, C. H. A. (2005). Avaliação transversal da qualidade de vida de idosos participantes de Centros de Conveniência e institucionalizados por meio do questionário genérico WHOQOL-BREF. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, Brazil.
- Singh-Manoux, A., Kivimaki, M. (2010). The importance of cognitive ageing for understanding dementia. *Age*, 32 (4): 509-512
- Simões, M. R., Firmino, H., Vilar, M., & Martins, M. (2007). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão experimental portuguesa. Serviço de Avaliação Psicológica, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Coimbra.

- Simões, M. R., Freitas, S., Santana, I., Firmino, H., Martins, C., Nasreddine, Z., & Vilar, M. (2008). Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão final portuguesa.
- Sousa, L., Figueiredo, D. e Cerqueira, M. (2004). Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The Revised UCLA Loneliness Scale : Concurrent and Discriminant Validity Evidence, *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472–480.
- Teixeira, L.M.F. (2010). Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos: Um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. (Dissertação de Mestrado) Integrado da Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal
- TRIADÓ, C; VILLAR, F. (Org.) (2007). *Psicología de la vejez*. Madrid: Alianza Editorial,
- Vigário, V. R. (2012). Diferenças no funcionamento cognitivo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. (Dissertação de Mestrado) Instituto Superior Miguel Torga, Escola Superior de Altos Estudos, Coimbra, Portugal
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Wenger, G.C., Davies, R., Shahtahmasebi, & S., Scott, A. (1996) Social isolation and loneliness in old age: Review and model refinement. *Ageing and Society*, 16, 333-358. <http://dx.doi.org/10.1017/S0144686X00003457>
- WHOQOL-BREF (2009). Informação disponibilizada pelos autores do instrumento: Maria Cristina Canavarro, Adriano Vaz Serra, Mário Rodrigues Simões, Marco Pereira, Sofia Gameiro, Manuel João Quartilho, Daniel Rijo, Carlos Carona & Tiago Paredes.
- Zapata, P. C. R., & Arredondo, N. H. L. (2012). Percepción de soledad en la mujer. *Ágora USB (Medellín)*, 12(1), 143-164.
- Zimmerman, G. I. (2000). *Velhice, aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artemed Editora.

## Apêndices



## Apêndices I

### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Eu, \_\_\_\_\_ aceito participar de livre vontade no estudo da autoria de Verónica Almeida (Aluna da Faculdade de Psicologia da Universidade Lusófona), orientado pela Professora Doutora Cristina Camilo, no âmbito da dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica.

Foram-me explicados e compreendo os objectivos principais deste estudo, assim como a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, obtendo resposta satisfatória.

Compreendo que a minha participação neste estudo é voluntária, podendo desistir a qualquer momento, sem que essa decisão se reflecta em qualquer prejuízo para mim. Ao participar neste trabalho, estou a colaborar para o desenvolvimento da investigação científica em psicologia. Entendo, ainda, que toda a informação obtida neste estudo será estritamente confidencial e que a minha identidade nunca será revelada em qualquer relatório ou publicação, ou a qualquer pessoa não relacionada directamente com este estudo, a menos que eu o autorize por escrito.

Nome \_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

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

## Apêndices II

## QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

### A. DADOS BIOGRÁFICOS

1. **Idade:** \_\_\_\_\_

2. **Sexo:** Feminino  Masculino

3. **Nacionalidade:** Portuguesa  Outra  \_\_\_\_\_

4. **Estado Civil:** Solteiro(a)  Casado(a)  União de facto  Divorciado(a)  Viúvo(a)

5. **Tem filhos?** Sim  Não  Caso tenha, **quantos?** \_\_\_\_\_

6. **Caso tenha, vê os seus filhos com regularidade?**

7. **Vive sozinha?** Sim  Não , **Caso responda que não, com quem vive?**

8. **Frequenta um centro dia?** Sim  Não

9. **Vive numa instituição?** Sim  Não

10. **Há quanto tempo está na instituição?** \_\_\_\_\_

11. **Antes de viver na instituição, onde vivia?**

OPÇÕES: Em casa  ; Casa dos filhos  ; Outra instituição  ; Outra opção

12. **Caso tenha vivido noutra instituição, quanto tempo lá viveu?**

13. **Se vivia em casa, com quem vivia?** \_\_\_\_\_

### B. HISTORIAL CLÍNICO

14. **Possui ou já sofreu alguma doença neurológica e/ou psiquiátrica (Ex: AVC; Parkinson; Alzheimer; Depressão; Perturbação de Stress Pós-Traumático;etc.)?**

Sim  Não

Qual/Quais? \_\_\_\_\_

15. **Possui algum tipo de invalidez física/motora?** Sim  Não  **Se respondeu sim, qual?** \_\_\_\_\_

### C. ESCOLARIDADE

16. **Que nível de escolaridade obteve?**

1º, 2º, 3º ou 4º ano (antiga instrução primária)

5º ou 6º ano (antigo ciclo preparatório)

7º, 8º ou 9º ano (antigo 3º, 4º e 5º liceal)

10º, 11º ou 12º ano (antigo 6º e 7º liceal/ano propedêutico)

Ensino pós-secundário (Cursos de especialização tecnológica, nível IV)

Ensino Superior

**D. VIDA PROFISSIONAL** (assinale a opção que se enquadra com a sua situação)

**17. Estou profissionalmente ativo(a)  Estou Aposentado(a)/reformado(a)**

**18. Qual é ou era a sua profissão?** \_\_\_\_\_

**E. PARTICIPAÇÃO NA COMUNIDADE** (assinale a opção que se enquadra com a sua situação)

**19. Qual o grau de participação que tem na comunidade?**

Não possuo nenhuma ocupação de carácter regular  (se escolher esta opção passe para a folha seguinte)

Frequento uma universidade Sénior

Faço Voluntariado

Frequento uma atividade de enriquecimento pessoal  Qual \_\_\_\_\_

Desempenho um papel determinante e regular no apoio à família

Qual? (ex. Tomo conta dos meus netos/bisnetos) \_\_\_\_\_

**20. Se possui uma ocupação, indique a regularidade da mesma:**

Diária  Semanal  Quinzenal  Mensal  Outra: \_\_\_\_\_

## Anexos

## Anexo 1

**MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)** Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 VERSÃO PORTUGUESA – 7.1 VERSÃO ORIGINAL Género: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Data de Avaliação: \_\_\_\_\_

VISUO-ESPACIAL / EXECUTIVA							Pontos
		Copiar o cubo					Desenhar um Relógio (onze e dez) (3 pontos)
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___/5	
NOMEAÇÃO							
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	___/3
MEMÓRIA	Leia a lista de palavras. O sujeito deve repeti-la. Realize dois ensaios. Solicite a evocação da lista 5 minutos mais tarde.	Boca	Linho	Igreja	Cravo	Azul	Sem Pontuação
	1º ensaio						
	2º ensaio						
ATENÇÃO	Leia a sequência de números. O sujeito deve repetir a sequência. [ ] 2 1 8 5 4 (1 número/segundo) O sujeito deve repetir a sequência na ordem inversa. [ ] 7 4 2						___/2
	Leia a série de letras (1 letra/segundo). O sujeito deve bater com a mão cada vez que for dita a letra A. Não se atribuem pontos se ≥ 2 erros [ ] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFaab						___/1
	Subtrair de 7 em 7 começando em 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65 4 ou 5 subtrações correctas: 3 pontos; 2 ou 3 correctas: 2 pontos; 1 correcta: 1 ponto; 0 correctas: 0 pontos						___/3
LINGUAGEM	Repetir: Eu só sei que hoje devemos ajudar o João. [ ] O gato esconde-se sempre que os cães entram na sala. [ ]						___/2
	Fluência verbal: Dizer o maior número possível de palavras que comecem pela letra "P" (1 minuto). [ ] _____ (N ≥ 11 Palavras)						___/1
ABSTRACÇÃO	Semelhança p.ex. entre banana e laranja = fruta [ ] comboio - bicicleta [ ] relógio - régua					___/2	
EVOCAÇÃO DIFERIDA	Deve recordar as palavras SEM PISTAS	Boca	Linho	Igreja	Cravo	Azul	Pontuação apenas para evocação SEM PISTAS
	Opcional	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
	Pista de categoria						
	Pista de escolha múltipla						
ORIENTAÇÃO	[ ] Dia do mês	[ ] Mês	[ ] Ano	[ ] Dia da semana	[ ] Lugar	[ ] Localidade	___/6
© Z.Nasreddine MD Examinador: _____						TOTAL	___/30

Versão Portuguesa: Freitas, S., Simões, M. R., Santana, I., Martins, C. & Nasreddine, Z. (2013). *Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Versão 1*. Coimbra: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

## Anexo II

### WHOQOL-BREF

(Adaptação de Canavarro & Vaz Serra, 2004)

---

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações.

Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas **DUAS ÚLTIMAS SEMANAS**.

		Nada	Pouco	Nem Muito Nem Pouco	Muito	Muitíssimo
<b>3</b>	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
<b>4</b>	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>5</b>	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
<b>6</b>	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
<b>7</b>	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
<b>8</b>	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>9</b>	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

<b>10</b>	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
<b>11</b>	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
<b>12</b>	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
<b>13</b>	Até que	1	2	3	4	5

	ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?					
14	Em que medida tem oportunidade de para realizar atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
15	Como avalia a sua mobilidade – [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]	1	2	3	4	5

		<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem Satisfeito Nem Insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>
<b>16</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
<b>17</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
<b>18</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
<b>19</b>	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
<b>20</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
<b>21</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida íntima/sexual?	1	2	3	4	5
<b>22</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5



<b>23</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
<b>24</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
<b>25</b>	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas **duas últimas semanas**.

		<b>Nunca</b>	<b>Poucas Vezes</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Frequentemente</b>	<b>Sempre</b>
<b>26</b>	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5

### Anexo III

#### MHC-SF

Por favor, responda às questões seguintes sobre a forma como se tem sentido, durante o **ÚLTIMO MÊS**. Assinale com uma cruz a situação que melhor representa quantas vezes teve os sentimentos indicados em baixo, usando para tal a escala que se segue:

**1 – Nunca 2 – 1 ou 2 vezes no mês 3 – Cerca de 1 a 2 vezes por semana. 4 – Cerca de 3 a 4 vezes por semana. 5 – Quase todos os dias. 6 – Todos os dias.**

Durante o ultimo mês quantas vezes (se) sentiu:

1	Feliz	1 2 3 4 5 6
2	Interessado(a) pela vida.	1 2 3 4 5 6
3	Satisfeito(a)	1 2 3 4 5 6
4	Que teve alguma coisa importante para contribuir para a sociedade.	1 2 3 4 5 6
5	Que pertencia a uma comunidade (grupo social, da paróquia, do bairro, etc...).	1 2 3 4 5 6
6	Que a nossa sociedade está a tornar-se num lugar melhor para pessoas como o(a) Sr./Sr. <sup>a</sup>	1 2 3 4 5 6
7	Que as pessoas são essencialmente boas.	1 2 3 4 5 6
8	Que a forma como a nossa sociedade funciona lhe faz sentido.	1 2 3 4 5 6
9	Que gostava da maior parte das características da sua personalidade.	1 2 3 4 5 6
10	Que geriu bem as responsabilidades da vida diária.	1 2 3 4 5 6
11	Que teve relações calorosas e de confiança com pessoas da mesma idade.	1 2 3 4 5 6
12	Que teve experiências que lhe permitiram crescer e tornar-se numa pessoa melhor.	1 2 3 4 5 6
13	Confiante para pensar ou exprimir as suas próprias ideias e opiniões.	1 2 3 4 5 6

14	Que a sua vida tem uma direção ou significado.	1 2 3 4 5 6
----	--	-------------

## Anexo IV

### ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA

(Russell, D. W., 1988; 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 ao 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.	1	2	3	4
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.	1	2	3	4
5	Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam.	1	2	3	4
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.	1	2	3	4
9	Há pessoas a quem me sinto chegado.	1	2	3	4
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.	1	2	3	4
14	Há pessoas que me compreendem realmente.	1	2	3	4
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.	1	2	3	4
18	Há pessoas a quem posso recorrer.	1	2	3	4