

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO – PÓLO DE CHAVES



# *Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado*

---

*A Intervenção da Animação Sociocultural*

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Especialização em Animação Sociocultural

*Liliana Patrícia Teixeira Pereira*

*Chaves, Setembro, 2010*

UNIVERSIDADE DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO – PÓLO DE CHAVES



# *Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado*

---

*A Intervenção da Animação Sociocultural*

Dissertação de Mestrado em Ciências da Educação: Especialização em Animação Sociocultural

*Liliana Patrícia Teixeira Pereira*

*Orientador: Professor Doutor Armando Paulo Ferreira Loureiro*

*Chaves, Setembro, 2010*

*Dissertação de Mestrado elaborada com vista à  
obtenção do grau de Mestre em Ciências da Educação,  
na especialidade de Animação Sociocultural em  
conformidade com a legislação que o enquadra.*

*Dedico este trabalho à minha avó Angélica, que já não se encontra entre nós, mas que foi um anjo na terra. Porque me demonstrou, que apesar do sofrimento a vida era especial e tinha de ser vivida com um sorriso. Porque me permitiu ter uma avó tal como as das histórias de encantar.*

## **Agradecimentos**

Este trabalho não seria possível sem o apoio daqueles que contribuíram, directa ou indirectamente, para a sua realização.

- À UTAD, principalmente aos professores do curso de Licenciatura em Animação Sociocultural e do Mestrado em Ciências da Educação: Especialização em Animação Sociocultural, pelos conhecimentos transmitidos;
- Ao Professor Doutor Armando Loureiro por todo o apoio prestado na realização deste trabalho, sem ele não teria sido possível chegar até aqui;
- À instituição que permitiu desenvolver este estudo. Sem o seu consentimento a realização deste trabalho não teria sido possível;
- Aos idosos da instituição pelo que me ensinaram nos dois anos em que com eles trabalhei e pela possibilidade que me deram de os poder estudar, pelo que me permitiram aprender e desenvolver e pelo imenso carinho que sempre me deram;
- Ao meu companheiro e amigo Diogo Pimentel por todo o apoio prestado no decorrer deste trabalho, por nunca me ter permitido desistir e por ter estado presente nos momentos mais difíceis;
- Aos meus pais pelo apoio que sempre me deram, por me terem permitido chegar onde estou e acima de tudo por me terem ensinado a ser a pessoa que hoje sou;
- À minha irmã Soraia por todo o apoio que me tem dado e por toda a amizade demonstrada.
- À Laurentina e ao Valentim por todo o apoio prestado e carinho demonstrado nos últimos anos;
- Ao Pedro, por ter sempre um sorriso para me dar;
- À minha colega e amiga Marisa Alves pelo incentivo e apoio na realização deste trabalho e pelos conhecimentos que partilhou comigo nos últimos 5 anos;
- À Assistente Social e ao Psicólogo da instituição onde ocorreu a investigação pelo apoio que me deram na realização deste trabalho;

- A todos os meus amigos, por sempre me demonstrarem carinho e amizade e acima de tudo por acreditarem em mim;
- A todos aqueles que não estão aqui mencionados, mas que eu sei que sempre acreditaram em mim e sempre me deram uma mão amiga quando eu precisei;
- A todos quantos me ajudaram e apoiaram o meu mais sincero agradecimento.

## Resumo

Este trabalho consiste num estudo, sobre a Solidão e a Depressão no Idoso Institucionalizado, bem como, a eventual resolução/evicção destes estados psicológicos através da Animação Sociocultural. Este interesse surgiu do contacto directo com idosos institucionalizados, e da sua referência frequente à solidão sentida, mesmo estando diariamente rodeados de pessoas (outros idosos, funcionários e restante pessoal da instituição); por outro lado, algumas destas pessoas apresentavam evidentes sintomas de depressão.

A metodologia de investigação utilizada neste trabalho é a *investigação-acção*. São também utilizadas as técnicas de inquérito e conversas informais, bem como, a Escala Geriátrica de Depressão de Yesavage (1983) e a Escala de Solidão da UCLA (University of California, Los Angeles).

Como animadora sociocultural, o objectivo principal foi o de procurar meios de intervenção junto destas pessoas. No entanto, a prática da Animação Sociocultural como meio de intervenção e combate a estas situações psicossociais é dificultada pela especificidade deste grupo da população pelo tipo de problemas que apresenta e ainda pela escassez de informação disponível.

Neste trabalho começa-se, na sua introdução, por apresentar a problemática em análise e os objectivos do estudo; passa-se, de seguida ao enquadramento teórico do mesmo, no qual se destaca a análise sobre o envelhecimento, os temas solidão e depressão, bem como a intervenção da animação sociocultural no combate a estas problemáticas dentro das instituições direccionadas para a terceira idade; desenvolve-se o capítulo da metodologia, apresentam-se e discutem-se os resultados da investigação; e, por fim, termina-se com as conclusões.

## **Abstract**

This work consists in a study, focused on the Solitude and Depression of the institutionalized elderly, and also the possible resolution/eviction of psychological states through the Sociocultural Animation. This interest arose from direct contact with the institutionalized elderly and they frequent reference to the loneliness felt when being surrounded by people every day (other seniors, personnel and staff of the institution), on the other hand, some of them had obvious symptoms of depression.

The research methodology used in this study is action research. They are also used survey techniques and informal conversations, as well as the Geriatric Depression Scale Yesavage (1983) and the UCLA Loneliness Scale (University of California, Los Angeles).

As a sociocultural animator, the main objective was to seek ways of intervention with these people. However, the practice of sociocultural animation as an intervention and combat way to these situations is complicated by the psychosocial specificity of this population group by the type of problems they presents and also by the scarcity of available information.

We begin this work by presenting at introduction the issue in analysis and the study objectives. Next we have the theoretical framework in which stands the analysis on aging, loneliness and depression, as well as of cultural intervention in fighting these problematic within the institutions targeted for seniors. Then, for last, we develop the methodology chapter, present and discuss the research results, and finally we end this work with the study conclusions.



# Índice

INTRODUÇÃO.....	1
<b>I. TERCEIRA IDADE/ENVELHECIMENTO .....</b>	<b>3</b>
1.1. CONCEITO DE ENVELHECIMENTO .....	4
1.1.1. CONCEITO CRONOLÓGICO .....	6
1.1.2. CONCEITO BIOLÓGICO .....	6
1.1.3. CONCEITO PESSOAL .....	6
1.2. FACTORES RELACIONADOS COM O ENVELHECIMENTO .....	8
1.2.1. FACTORES PESSOAIS.....	9
1.2.1.1. IDADE .....	9
1.2.1.2. PERDAS.....	9
1.2.1.3 ADAPTAÇÃO.....	10
1.2.2. FACTORES SITUACIONAIS .....	11
1.2.2.1. AMBIENTE.....	11
1.2.2.2. INSTITUCIONALIZAÇÃO .....	11
<b>II. SOLIDÃO NO IDOSO .....</b>	<b>13</b>
2.1. CONCEITOS DE SOLIDÃO.....	14
2.2. CAUSAS DA SOLIDÃO NOS IDOSOS INSTITUCIONALIZADOS .....	16
2.2.1. SENTIMENTOS ASSOCIADOS À SOLIDÃO.....	18
<b>III. DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO.....</b>	<b>19</b>
3.1. CONCEITO DE DEPRESSÃO .....	20
3.2. DEPRESSÃO NO IDOSO .....	22
3.3. CAUSAS DA DEPRESSÃO .....	24
3.4. SINTOMAS DA DEPRESSÃO.....	27
3.5. TIPOS DE DEPRESSÃO.....	29
3.6. TRATAMENTO DA DEPRESSÃO .....	31
<b>IV. INTERVENÇÃO DA ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL.....</b>	<b>32</b>
4.1. CONCEITO DE ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL .....	33
4.2. INSTITUCIONALIZAÇÃO .....	35
4.3. ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL NA TERCEIRA IDADE .....	38
4.3.1. PARTICIPAÇÃO DAS PESSOAS IDOSAS.....	40
4.3.2. COMO INCENTIVAR AS PESSOAS IDOSAS A PARTICIPAR? .....	40

4.4.	IMPORTÂNCIA DA ESTIMULAÇÃO AO IDOSO.....	43
4.5.	ACTIVIDADES DE ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL PARA PESSOAS IDOSAS .....	45
4.5.1.	ACTIVIDADES FÍSICAS .....	45
4.5.2.	PRÁTICA DA ACTIVIDADE .....	46
4.5.2.1.	TIPOS DE ACTIVIDADES FÍSICAS .....	46
4.5.3.	ACTIVIDADES COGNITIVAS.....	47
4.5.3.1.	TIPOS DE ACTIVIDADES COGNITIVAS .....	47
4.5.4.	ACTIVIDADES DE EXPRESSÃO E COMUNICAÇÃO .....	48
4.5.4.1.	TIPOS DE ACTIVIDADES DE EXPRESSÃO E COMUNICAÇÃO .....	48
4.5.5.	ACTIVIDADES DE EXPRESSÃO PLÁSTICA .....	49
4.5.5.1.	TIPOS DE ACTIVIDADES DE EXPRESSÃO PLÁSTICA .....	49
4.5.6.	ACTIVIDADES SOCIOCULTURAIS .....	50
4.5.6.1.	TIPOS DE ACTIVIDADES SOCIOCULTURAIS.....	50
4.5.7.	ACTIVIDADES DOMÉSTICAS.....	51
4.5.7.1.	TIPOS DE ACTIVIDADES DOMÉSTICAS .....	51
4.5.8.	ACTIVIDADES ESPIRITUAIS .....	52
4.5.8.1.	TIPOS DE ACTIVIDADES ESPIRITUAIS.....	52
<b>V.</b>	<b>METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO.....</b>	<b>53</b>
5.1.	OPÇÕES METODOLÓGICAS.....	54
<b>VI.</b>	<b>CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....</b>	<b>56</b>
6.1.	CONTEXTUALIZAÇÃO GEOGRÁFICA E ABORDAGEM HISTÓRICA DA INSTITUIÇÃO .....	57
6.2.	CARACTERÍSTICAS DA INSTITUIÇÃO .....	59
<b>VII.</b>	<b>APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....</b>	<b>61</b>
7.1.	CARACTERIZAÇÃO DA POPULAÇÃO.....	62
7.1.1.	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	63
7.2.	INSTRUMENTOS UTILIZADOS NA RECOLHA DE RESULTADOS.....	65
7.2.1.	ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA (ADAPTAÇÃO PORTUGUESA).....	65
7.2.2.	APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS .....	65
7.2.3.	SOLIDÃO VS ESTADO CIVIL.....	66
7.3.	ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO .....	69
7.3.1.	APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DE RESULTADOS .....	70
7.4.	SOLIDÃO E DEPRESSÃO .....	71
7.5.	INQUÉRITO.....	73
7.5.1.	IMPORTÂNCIA DA PRÁTICA DA ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL .....	73

7.5.2. ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL VS OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE .....	74
7.5.3. ALTERAÇÃO DO ESTADO EMOCIONAL, PESSOAL E COGNITIVO .....	75
7.5.4. MELHORIA NA RELAÇÃO COM OS COMPANHEIROS.....	76
7.5.5. SENTIR QUE PERTENCE A UM GRUPO DE AMIGOS .....	77
7.5.6. MOTIVAÇÃO PARA AS ACTIVIDADES DE ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL .....	78
7.6. CRIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL .....	79
7.6.1. ACTIVIDADES DA PREFERÊNCIA DOS IDOSOS.....	79
7.7. CONVERSAS INFORMAIS .....	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
<b>VIII. ANEXOS.....</b>	<b>87</b>
ANEXO 1 .....	88
ANEXO 2 .....	90
ANEXO 3 .....	92

## Índice de Gráficos

<b>Gráfico 1:</b> Estado Civil .....	62
<b>Gráfico 2:</b> Habilitações Literárias.....	64
<b>Gráfico 3:</b> Solidão .....	66
<b>Gráfico 4:</b> Solidão vs Estado Civil (Homens) .....	67
<b>Gráfico 5:</b> Solidão vs Estado Civil (Mulheres) .....	68
<b>Gráfico 6:</b> Depressão.....	70
<b>Gráfico 7:</b> Importância da Prática da Animação Sociocultural.....	73
<b>Gráfico 8:</b> Animação Sociocultural vs Ocupação dos Tempos Livres .....	74
<b>Gráfico 9:</b> Alteração do Estado Emocional, Pessoal e Cognitivo .....	75
<b>Gráfico 10:</b> Melhorias na Relação com os Companheiros .....	76
<b>Gráfico 11:</b> Sentir que pertence a um grupo de amigos.....	77
<b>Gráfico 12:</b> Motivação para as Actividades de Animação Sociocultural .....	78

## **Índice de Tabelas**

<b>Tabela 1:</b> Habilitações Literárias .....	63
<b>Tabela 2:</b> Solidão e Depressão (Níveis elevados) .....	71
<b>Tabela 3:</b> Solidão e Depressão (Níveis baixos).....	72
<b>Tabela 4:</b> Actividades da preferência dos idosos.....	79

## **Lista de Siglas**

UCLA: University of California, Los Angeles

UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization

ANASC: Associação Nacional de Animadores Socioculturais

## **Introdução**

Esta dissertação foi elaborada no âmbito do Mestrado em Ciências da Educação: Especialização em Animação Sociocultural. O tema escolhido foi “Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado: Intervenção da Animação Sociocultural”.

Depois de uma pesquisa bibliográfica prévia e do contacto com uma instituição onde se reflectia a solidão e onde uma parte dos seus idosos se encontravam depressivos, propusemo-nos a estudar quatro questões que nos pareceram relevantes, sendo elas: “*Como pode um idoso sentir-se só, mesmo estando rodeado de pessoas?*”; “*Por que motivo estas pessoas ficam depressivas?*”; “*A Animação Sociocultural pode intervir de forma a ajudar estes idosos a combater estes problemas?*” e “*Como e quando deve intervir o animador sociocultural junto desta população?*”

Com esta investigação pretende-se enquadrar conceptualmente o tema em estudo; realizar um trabalho de campo que permita ter um contacto mais alargado com os idosos de uma instituição; caracterizar a instituição; contextualizar o idoso e a instituição; observar o comportamento dos idosos em causa; analisar as causas e consequências da solidão e depressão no idoso institucionalizado; compreender em que medida a Animação Sociocultural pode intervir para fazer face à problemática da solidão e depressão no idoso institucionalizado e finalmente procurar meios e técnicas de Animação Sociocultural para o combate destas problemáticas junto dos idosos.

Numa fase inicial, para esta investigação foi necessário desenvolver uma investigação e análise aprofundadas sobre os temas solidão e depressão na pessoa idosa. Numa segunda fase, foi necessário trabalhar junto de uma instituição onde se pretendia utilizar a metodologia *investigação-acção*, uma vez que com esta seria possível verificar a origem dos problemas em estudo, permitindo assim, criar meios de intervenção, sendo possível desenvolver um processo de ensino-aprendizagem.

As técnicas utilizadas neste estudo foram inquéritos com questões fechadas e conversas informais com os idosos da instituição. Foram ainda utilizadas as seguintes escalas: Escala de Solidão da UCLA e Escala Geriátrica de Depressão.

Esta dissertação está dividida em seis capítulos que abordam temas como Terceira Idade/Envelhecimento, Solidão, Depressão no Idoso Institucionalizado; Intervenção da Animação Sociocultural; Metodologia de Investigação, Caracterização da Instituição e Apresentação de Resultados.

Cada um dos capítulos aborda assuntos que foram estudados e analisados de forma extensa. É de salientar que na Apresentação de Resultados estão referidos os valores obtidos no trabalho realizado junto dos idosos que aceitaram participar neste estudo. Resultados esses obtidos nas escalas referidas anteriormente, no inquérito que surgiu como forma de avaliação às actividades de animação sociocultural que foram desenvolvidas junto dos idosos que demonstraram sintomas de solidão e depressão, bem como, a apresentação de algumas das conversas informais.



---

## **I. TERCEIRA IDADE/ENVELHECIMENTO**

---

A qualidade de vida que uma pessoa idosa pode alcançar é o principal factor a ter em consideração quando se pensa no envelhecimento, de acordo com a revista Acção Social – O despertar das consciências, de Outubro de 2009. Durante vários anos a grande preocupação da investigação médica foi a longevidade e como tal o esforço dos cientistas organizava-se (tal como actualmente), em torno do desejo de viver o maior número de anos possível. *“Hoje, para além da preocupação com a longevidade, há cada vez mais a preocupação com a qualidade de vida; e não se trata só da ausência de doenças físicas que causam mal-estar, mas sobretudo de qualidade de vida em termos de bem-estar psíquico”*. (2009:4)

## **1.1. Conceito de Envelhecimento**

O universo conceptual de velhice é difícil de ser categorizado. Fernandes, (2002) refere que não é fácil definir “velhice” com exactidão, uma vez que existem três conceitos diferentes a considerar: o da idade cronológica, à qual corresponde a idade oficial; o da idade biológica, correspondente ao estado orgânico e funcional dos diferentes órgãos, aparelhos e sistemas, referido à situação mais frequente observada em cada grupo etário e finalmente o da idade psicológica, que pode não depender da idade nem do estado orgânico.

A mesma autora (2002:25) menciona também que:

Apesar da dificuldade de definir com exactidão “velhice”, podemos dizer que a mesma não é uma doença, mas sim a comprovação de que houve suficiente saúde para a atingir. Se é bem verdade que o idoso, tal como todo o ser humano saudável, permanece em equilíbrio com o meio, também é verdade que os dois extremos de vida são caracterizados por resistência à agressão. Trata-se, sobretudo, da noção de que a velhice não é sinónimo de doença ou incapacidade, mas sim de uma menor capacidade orgânica e psíquica, pelo agravamento dos fenómenos escleróticos e atrofiadores do sistema regulador do organismo.

Segundo Zimerman (2000:21), *“Envelhecer pressupõe alterações físicas, psicológicas e sociais no indivíduo. Tais alterações são naturais e gradativas. É importante salientar que essas transformações são gerais podendo se verificar em idades mais precoces ou mais avançadas e em maior ou menor grau, de acordo com as características genéticas de cada indivíduo e, principalmente, com o modo de vida de cada um.”*

De acordo com Costa (1998), a chamada “terceira idade” é para alguns um aprisionamento, um espaço da vida em que qualquer acto fecundo é impossível. Para outros, é a consciencialização do seu momento actual, que deve ser vivido com o mesmo amor e dedicação que viveu nos seus anos de juventude. Para outras tantas pessoas, esta fase da vida é complexa, ora vista de maneira preconceituosa, ora analisada como uma conquista, um mérito por ter podido atingi-la e, ainda, poder experienciar interesses.

Segundo Caldas (2006), considera-se a velhice uma “terceira idade”, no entanto, a autora refere ainda, que com o aumento da expectativa de vida a chegar perto do limite biológico da espécie humana, fala-se da “quarta idade”. Esta seria um período difícil de se determinar, uma vez que foge do critério cronológico. A quarta idade seria uma fase da vida em que o organismo não conseguiria dar conta das exigências feitas pelo meio ambiente e pelos recursos externos, tais como, meios de apoio e suporte, que se tornariam insuficientes, ou seja, na quarta idade é válido o conceito de idade funcional e não o conceito de idade cronológica.

De acordo com Zimerman, (2000:19-20):

O velho é aquele que tem diversas idades: a idade do seu corpo, da sua história genética, da sua parte psicológica e da sua ligação com a sua sociedade. É a mesma pessoa que sempre foi. Se foi um batalhador, vai continuar batalhando; se foi uma pessoa alegre, vai continuar alegrando; se foi uma pessoa insatisfeita, vai continuar insatisfeita; se foi ranzinza, vai continuar ranzinza.

Sempre digo que o velho é um mais: tem mais experiência, mais vivência, mais anos de vida, mais doenças crónicas, mais perdas, sofre mais preconceitos e tem mais tempo disponível. No momento em que utiliza mais sua experiência, a vivência adquirida ao longo da sua vida, aprende a conviver com suas doenças crónicas e próprias da sua idade; *elabora*

suas perdas não esquecendo os seus ganhos, dribla os preconceitos e aprende a utilizar seu tempo. Ele continuará curtindo a vida, gozando as coisas boas e sendo feliz. Fazer planos para amanhã é viver.

Zimmerman (2000) refere ainda que, com o passar dos anos, o desgaste é inevitável. Refere que a velhice não é uma doença, mas sim, uma fase na qual o ser humano fica mais susceptível a doenças. Nesta fase as pessoas adoecem mais rapidamente e, quando adoecem demoram mais tempo para recuperar.

### **1.1.1. Conceito Cronológico**

O conceito cronológico é o mais fácil de definir, uma vez que este se refere apenas à idade que consta na certidão de nascimento de cada indivíduo e que não pode ser alterada.

Como refere Costa (1998:32) *“Todos nós, dentro da nossa cultura, nascemos em determinado dia, mês e ano, e isso nos fornece uma idade real, tomando por base a comparação (subtração) da data de nascimento com a data actual. Portanto, a idade cronológica é aquela que consta a partir da nossa certidão de nascimento e que não pode ser negada (presumindo-se a veracidade dos dados constantes nessa certidão”*.

### **1.1.2. Conceito Biológico**

No que concerne a idade biológica, considera-se aquela idade que o nosso corpo biológico apresenta.

De acordo com Fontaine (2000:23), *“A idade biológica está ligada ao envelhecimento orgânico. Cada órgão sofre modificações que diminuem o seu funcionamento durante a vida, e a capacidade de auto-regulação torna-se também menos eficaz”*.

### **1.1.3. Conceito Pessoal**

Para Costa (1998:33), este é o conceito mais difícil de definir e também não é mencionado entre os estudiosos. Assim, a *“idade pessoal é, portanto, aquela que a*

*própria pessoa determina, que o seu “espírito sente”, em que a sensação de “estar” com uma determinada idade é mais forte do que qualquer ruga na face. Desta forma, não existe a avaliação ou impressão do outro, ou seja, nessa situação ela não é revelada. É o indivíduo que determina a sua idade em função daquilo que sente interiormente”.*

## 1.2. Factores Relacionados com o Envelhecimento

As manifestações de envelhecimento de cada indivíduo são desenvolvidas e/ou condicionadas pelas características pessoais e pelo ambiente familiar, social e económico que o rodeia.

Santos (2002), refere que o envelhecimento é influenciado por factores intrínsecos e factores extrínsecos, sendo os primeiros, os factores inerentes ao próprio indivíduo e os segundos os factores inerentes ao meio ambiente.

Ainda de acordo com Santos (2002), citando Barreto (1984), no que concerne ao envelhecimento, são vários os factores e condicionalismos como sendo responsáveis pelas perturbações mentais da população idosa. Por exemplo, refere-se à reforma, ao isolamento, às perdas, à falta de recursos económicos entre outros, como causas que não comprometem apenas o bem-estar da pessoa idosa, como lhe podem provocar doença psíquica.

Ainda no dizer do mesmo autor, “(...) *verifica-se, nesta fase da vida, grandes transformações a nível físico, psíquico e social. Cada uma delas, é susceptível de afectar de maneira mais ou menos significativa a saúde mental do idoso. Importa ainda acrescentar que as transformações a nível físico, psíquico e social.*” (2002:34).

Segundo Zimerman (2000), o envelhecimento da população traz uma modificação no status do idoso e no relacionamento dele com outras pessoas em função da crise de identidade, mudanças de papéis, aposentadoria, perdas diversas, diminuição de contactos sociais.

A crise de identidade é provocada pela falta de papel social, o que levará o idoso a perder a sua auto-estima.

As mudanças de papéis acontecem na família, no trabalho e na sociedade. Com o aumento do seu tempo de vida o idoso deverá adequar-se a novos papéis.

A aposentadoria, uma vez que ainda restam muitos anos de vida aos idosos aquando da sua aposentação, pode ser factor de isolamento e depressão, por isso é importante que estejam preparados para esta nova fase das suas vidas.

As perdas diversas, que vão desde a condição económica, ao poder de decisão, à perda de parentes e amigos, da independência e da autonomia.

A diminuição dos contactos sociais, que ocorrem em função das suas possibilidades, distâncias, vida agitada, falta de tempo, circunstâncias financeiras e a realidade da violência nas ruas.

### **1.2.1. Factores Pessoais**

#### **1.2.1.1. Idade**

A idade pode ser entendida em diversas perspectivas, idade cronológica, idade biológica, idade social e finalmente idade psicológica.

De acordo com Santos (2002:35-36):

Idade cronológica: determinada pelo calendário e pelo passar do tempo;

Idade biológica: definida como a posição actual do individuo no ciclo de vida e que pode não coincidir com a idade cronológica; a sua avaliação implica a observação das capacidades funcionais do organismo;

Idade social: refere-se aos papéis e hábitos do indivíduo em relação com o seu grupo social; pode avaliar-se através de padrões de comportamentos, como por exemplo, o desempenho de funções sociais.

No que respeita à idade psicológica, Santos (2002), refere que a mesma diz respeito às capacidades que o indivíduo tem de se adaptar ao meio ambiente e inclui o uso de capacidades adaptativas, tais como a motivação, a aprendizagem, entre outros.

#### **1.2.1.2. Perdas**

A perda é uma experiência universal, que afecta todo o ser humano desde o nascimento até à morte. Considera-se que existe uma perda cada vez que uma situação é vivenciada como um insucesso, uma variação, uma separação, uma privação afectando o status do indivíduo, os seus papéis, os seus objectivos ou os seus sonhos e ilusões.

*“As perdas são frequentemente palpáveis em diversas situações como, por exemplo, desaparecimento de uma pessoa (morte), de um órgão (amputação de um*

*membro), ou de um objecto (roubo). Mas a esta perda palpável associam-se, muito frequentemente uma rede de perdas simbólicas de natureza abstracta, psicossocial, como a perda de auto-estima.” Santos, (2002:37).*

De acordo com a mesma autora (2002), citando Carrol (1991), para além das alterações cognitivas e físicas com as quais muitos idosos têm que se confrontar, as inúmeras perdas económicas e sociais, podem também influenciar um temor emotivo, mágoa, depressão, dependência, abandono, sensação de fracasso, humilhação, etc.

Zimerman, (2000:97) fala-nos da perda e da morte nos seguintes termos:

Apesar de a morte ser um acontecimento quase diário nas instituições para velhos, existe uma grande resistência a aceitá-la. A negação do staff em relação à morte é resultado da dificuldade de elaborá-la, o que deve ser trabalhado, até porque, para os velhos, a morte é vista com maior naturalidade, uma vez que passaram por diversas situações de perda ao longo da vida. É preciso que os velhos institucionalizados possam falar sobre a morte e trabalhar as questões da perda constante de pessoas com quem criaram laços afectivos e também da sua própria morte.

### **1.2.1.3 Adaptação**

Segundo Santos (2002), citando Simões, a adaptação pode ser entendida como a maneira de responder às exigências do mundo exterior e interior. Porém nem todo o indivíduo se adapta bem e com facilidade.

Também Zimerman, (2000:32) se refere à necessidade de adaptação por parte dos idosos à mudança social e como esse processo é importante para se encarar esta nova fase da vida:

Outra conclusão a que cheguei com a minha convivência com os velhos é que a maneira de encarar a terceira idade tem muito a ver com a capacidade de adaptação às mudanças da vida. É preciso ver o envelhecimento como um processo que vai ocorrendo de forma gradual. Desde de que nascemos estamos envelhecendo um pouco a cada dia. Uma pessoa não se torna velha de um dia para o outro (...) Tudo é um processo. Se soubermos nos adaptar às mudanças físicas, psíquicas e sociais que vão ocorrendo connosco ao longo da vida, o envelhecimento aos poucos irá se tornar uma realidade. Talvez seja necessário mudar comportamentos, adquirir hábitos e criar outra postura. É preciso ter coragem para



enfrentar a terceira idade, para superar as perdas, continuar amando e tendo prazeres na vida.

## **1.2.2. Factores Situacionais**

### **1.2.2.1. Ambiente**

Para Santos (2002:46) o ambiente *“não representa apenas o espaço em que a pessoa vive (a sua casa ou instituição-lar) mas também o meio em que evolui.*

*Sabemos que quando um idoso é deslocado, seja por que razão for (institucionalização, mudança de residência, permanência no hospital, etc.) todo o ambiente deve ser reorganizado com o objectivo de satisfazer as suas necessidades.”*

Segundo a mesma autora, o ambiente é um factor importante a ter em conta na problemática da pessoa idosa. Se elas se sentirem em perigo, refugiam-se para a segurança de um mundo interior, entram em regressão e a sua saúde pode ser afectada por tal facto.

Este factor deve ser avaliado, quer no domicílio, quer nas instituições, de modo a assegurar que este é suficientemente eficaz e simultaneamente estimulante. As pessoas idosas são particularmente vulneráveis às modificações do ambiente, dado que sofrem frequentemente défices sensoriais e ou outros problemas. Quando o ambiente é inadequado e ameaça a integridade do idoso, este pode regredir e o seu estado de saúde deteriorar-se de forma rápida.

### **1.2.2.2. Institucionalização**

De acordo com Zimerman (2000), as instituições de terceira idade são um mal necessário, para dar resposta aos problemas com que o envelhecimento da população se depara. A falta de tempo, de condições de espaço físico e de disposição/preparação das famílias para tomarem conta dos seus idosos, cria a necessidade de recorrer aos lares. Por outro lado, muitas das vezes por melhores que sejam as condições económicas, as famílias não conseguem proporcionar um ambiente agradável, impossibilitando a convivência com pessoas da mesma geração, com quem estes possam trocar experiências de vida e saberes.

Como nos diz Santos (2002:48), *“Poder-se-á considerar que a institucionalização tem os seus riscos e perigos, podendo causar regressão e desintegração social, falta de privacidade, perda de responsabilidade por decisões pessoais, rotinas rígidas, ausência de estimulação intelectual e privação espiritual. Tudo isto pode levar à perda de amor próprio, interesses e respostas emocionais diminuídas, dependência excessiva, comportamento automático e perda de interesses pelo mundo exterior.”*

---

## **II. SOLIDÃO NO IDOSO**

---

## 2.1. Conceitos de Solidão

De acordo com Rebelo (2009:167), define solidão como “ (...) *um estado mental angustiante e persistente através do qual um individuo se sente afastado ou rejeitado pelos seus pares, embora se encontre faminto da intimidade que sabe existir nos relacionamentos emocionais profundos e na actividade com os outros.*”

Segundo Barroso & Tapadinhas (2006), citando Coreeira (1993), a solidão é completamente contrária ao conceito do “humano”. No entanto, a solidão e o abandono entre as pessoas idosas são mais comuns do que se pensa, operando no conceito capitalista da sociedade, “o que não serve deita fora.”

Soares (2005) refere que à primeira vista a palavra solidão indica situações de desamparo e abandono. Quando se revela necessário tomar decisões importantes ou quando é preciso fazer uma escolha, estas situações levam quase sempre à solidão. A solidão é um tema muito vasto que nos leva a depararmo-nos com uma série de investigações quando pensamos sobre o tema. O autor refere que as questões são muitas, no entanto, menciona também que se pode constatar que a vida moderna aguça esse estado de um vazio indefinido.

De acordo com Neto (2004), num artigo publicado no Diário de Notícias, solidão procura solidão e à medida que o tempo vai passando, quanto mais uma pessoa se isola, mais isolada quer estar. Quando as pessoas se apercebem que a sua companhia é a solidão, o seu rosto entristece, a alma enfraquece e o seu pensamento parece ser invadido por um forte pesar. A sua vida torna-se num cenário deprimente e não existe esperança para o futuro.

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

Para as mesmas autoras (2004:39-40) a relação entre solidão, isolamento e viver sozinho são complexas uma vez que todos os conceitos estão relacionados, sem serem sinónimos. Assim, o facto de existir uma grande rede social, não quer dizer que não possa existir solidão; viver sozinho não significa estar sozinho nem solidão, no entanto, a ligação com a solidão é maior, ou seja, *“nem todos os que vivem sozinhos estão isolados, mas a maior parte dos isolados vivem sós.”*

Neto (2004) refere que:

Para a psicóloga Paula Marques «a solidão é um conceito vago que se reveste de muitos significados». E adianta: «Weiss (1973) afirma que a solidão não é apenas um desejo de relação mas da relação certa, podendo ocorrer concomitantemente com actividades sociais». Já «para Perlman e Peplau (1982), é ‘uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é deficiente nalgum aspecto importante, quer quantitativamente quer qualitativamente».

## 2.2. Causas da Solidão nos Idosos Institucionalizados

Segundo Costa (2009:131), as queixas mais frequentes dos idosos estão ligadas ao desaparecimento progressivo de interacção e ao isolamento social, ou seja, à solidão.

Sousa *et al.* (2004:39), identificam vários factores que se associam à solidão:

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

Num estudo realizado por Barroso & Tapadinhas (2006), verificou-se que os idosos solteiros e divorciados apresentam maiores níveis de solidão do que os casados. O mesmo acontece relativamente ao nível da percepção pessoal de preocupação familiar e dos amigos, bem como na recepção de visitas dos amigos, sendo aqueles que tinham mais contacto e percepção de preocupação dos amigos e de familiares, quem apresentou menos sentimentos de solidão.

As mesmas autoras constataram que os idosos que referiam mais contacto com amigos apresentaram menos sentimentos de solidão. Referem ainda que no que respeita aos elos de amizade, a situação é diferente da familiar, ou seja, de acordo com os autores Giles, Glonek, Luszcz e Andrews, citados pelas mesmas autoras (2006:6):

tanto a percepção de preocupação por parte dos amigos, como o próprio contacto com eles, através de visitas influenciou substancialmente os sentimentos de solidão dos idosos. Os amigos parecem assumir uma cumplicidade geracional, no que respeita a código de valores, dificuldades, receios e dúvidas, que os familiares não encetam, para além de proporcionar uma sensação de juventude e independência da família tradicionalmente cuidada.

Uma notícia publicada no Portal da Educação do Brasil<sup>1</sup> no dia 27 de Março de 2009, refere que de acordo com um estudo realizado pela Universidade Cornell, nos Estados Unidos, os idosos que não têm família ou aqueles que se sentem sozinhos, apesar de terem outras pessoas por perto, tendem a ter pior saúde física e mental.

Na mesma notícia é referida uma avaliação feita a cerca de três mil americanos com idades compreendidas entre os 57 e os 87 anos, os investigadores descobriram que as pessoas que referiam menos conexões sociais tinham menos tendência a descrever a sua saúde física e mental como boa ou excelente. Aqueles que, mesmo tendo família, amigos e actividades sociais, se sentiam socialmente isolados, também referiam de uma forma mais negativa o bem-estar físico e mental.

Os investigadores referem que os resultados apresentam a importância das ligações sociais para a saúde dos idosos, mesmo que essas ligações passem apenas por um acompanhamento ao médico ou até mesmo no auxílio para a toma de um medicamento. No entanto, indicam também que a percepção dos idosos em relação a esse apoio bem como à sua capacidade de superar as perdas cumprem um papel importante na saúde.

Os especialistas destacam que a sensação solidão e o isolamento afectam a saúde dos idosos de diversas formas, podendo, por exemplo, aumentar o stress, reduzir a auto-estima ou contribuir para a depressão.

Neto (2004) refere que nas grandes cidades da Europa e da América, as pessoas que vivem sozinhas (sem família ou companheiro) são cada vez mais. Refere também que segundo alguns psicólogos, este grupo está cada vez mais exposto a sofrer de doenças físicas e psíquicas, mostrando-se o seu sistema imunológico menos estável, ou seja, menos forte e mais propício a contrair doenças crónicas. Este grupo está também mais exposto a sofrer de doenças físicas e psíquicas.

---

<sup>1</sup> <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/noticias/38075/solidao-e-isolamento-pioram-saude-fisica-e-mental-de-idosos>

De acordo com Costa (2009), as queixas mais frequentes por parte dos idosos estão ligadas ao desaparecimento progressivo de integração e isolamento social, ou seja, à solidão.

### 2.2.1. Sentimentos associados à Solidão

São muitos os sentimentos pelos quais uma pessoa solitária é invadida. No quadro que se segue descriminaremos esses sentimentos.

<b>Desespero</b>	<b>Depressão</b>	<b>Aborrecimento Impaciente</b>	<b>Autodepreciação</b>
Desespero	Triste	Impaciente	Pouco atractivo
Aterrorizado	Deprimido	Aborrecido	Severo consigo
Desamparado	Vazio	Desejo de estar em outro local	Estúpido
Assustado	Isolado	Inquieto	Envergonhado
Sem esperança	Pesaroso	Zangado	Inseguro
Abandonado	Melancólico	Incapaz de se concentrar	
Vulnerável	Alienado		

**Fonte:** Fernandes (2007:38), citando Neto (2000)



---

### **III. DEPRESSÃO NO IDOSO INSTITUCIONALIZADO**

---

### 3.1. Conceito de Depressão

A depressão é uma doença mental que se caracteriza por tristeza mais marcada ou prolongada, perda de interesse por actividades habitualmente sentidas como agradáveis e perda de energia ou cansaço fácil.

Ter sentimentos depressivos é comum, sobretudo após experiências ou situações que nos afectam de forma negativa. No entanto, se os sintomas se agravam e perduram por mais de duas semanas consecutivas, convém começar a pensar em procurar ajuda.

**Fonte:** Portal da Saúde do Ministério da Saúde (2006)<sup>2</sup>

Fontaine, (2000:160) afirma que *“Qualquer que seja a sua forma, as depressões duram na maior parte dos casos menos de três meses. Elas estão muitas vezes associadas com acontecimentos traumáticos da vida diária: acidente, divórcio, luto, viuvez, desemprego, nascimento.”*

Barroso & Tapadinhas (2006), citando Ramos & Neto (2005), referem que a depressão geriátrica é pouco reconhecida. Ocorre frequentemente na presença de condições médicas gerais ou doenças neurológicas, cujas manifestações são similares a sintomas depressivos (por exemplo, falta de energia, fadiga, cansaço, diminuição da libido). Os idosos ainda obscurecem o diagnóstico quando não evidenciam o sintoma de humor deprimido ou tristeza e enfatizam irritabilidade, ansiedade, dificuldades cognitivas e sintomas somáticos.

No entender de Gordilho (2002:204) *“A depressão é um distúrbio da área afectiva ou do humor, com forte impacto funcional em qualquer faixa etária, reconhecidamente de natureza multifatorial, envolvendo inúmeros aspectos de ordem biológica, psicológica e social.”*

Gordilho (2002:204) refere também que de acordo com a literatura, apenas existe uma minoria de idosos que tem o seu problema de depressão diagnosticado e que

---

<sup>2</sup> <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>

estão a ser acompanhados pelos seus médicos, apesar de esta ser uma “*doença de forte prevalência, podendo interferir significativamente na capacidade funcional*”.

Segundo Lurie (2007), a depressão pode afectar o comportamento das pessoas de diferentes formas. A curto prazo, pode ficar em casa ou na cama a maior parte do tempo, procurando solidão. A médio prazo o comportamento pode incluir não perseguir oportunidades, porque pensa “nada vale a pena”. O comportamento a longo prazo pode incluir mau desempenho em diversas áreas. De um modo geral, é normal que o individuo fique menos activo e menos interactivo que o normal. Estas situações derivam em grande parte de pensamentos e sentimentos depressivos.

Lurie (2007:10) refere também que:

A tristeza é diferente da depressão. A tristeza não implica desinteresse, enquanto a depressão muitas vezes implica. De facto, quando alguém está triste, muitas vezes está bastante interessado no que conduziu à tristeza. O mesmo se aplica ao pesar. Por muito doloroso que seja, o pesar, bem como o menos intenso luto, não implica depressão. Algumas pessoas pesarosas ou enlutadas podem desenvolver depressão, mas, regra geral, isso não acontece. Para compreender a depressão é tão importante saber o que não o é, como o que é.

### 3.2. Depressão no Idoso

Zimerman (2000:108) defende que *“A depressão é uma doença que ocorre na criança, no adolescente, no adulto e no velho. A diferença entre a depressão nas diversas faixas etárias reside no facto de que talvez o velho não tenha tanto apoio e motivação para sair dela. As depressões na velhice são quase sempre ligadas as perdas, doenças, carências e aspectos sociais.”*

De acordo com Santos (2002), a depressão nas pessoas idosas é um motivo de hospitalização tão frequente quanto a demência. O quadro clínico que desencadeia é geralmente parecido com o que se pode encontrar nas outras idades, sendo no entanto, menos vulgar o sentimento de culpa e a incapacidade grave e mais frequentemente certas características como a hipocondria, a agitação, sintomas obsessivos e medo de indigência.

Chaves, (s/d:6) identifica vários aspectos ligados ao envelhecimento que provocam estados depressivos:

É de salientar alguns aspectos/modificações provocadas pelo envelhecimento desencadeadores de quadros depressivos: Falta de motivação pela vida; afastamento dos filhos e parentes; progressiva limitação física por causa do envelhecimento; sensação progressiva de impotência; perda de controlo sobre os seus; sensação de inutilidade; sentir-se um peso para os filhos e família; perda da capacidade económica e consequente dependência financeira; perda do cônjuge; questionamentos relativos à morte; modificações cerebrais.

Ainda de acordo com Chaves (s/d) no que respeita a idosos institucionalizados a depressão tem maior ênfase. Esta situação verifica-se devido ao facto dos idosos se encontrarem afastados do ambiente familiar e habitacional, devido à situação de abandono, inutilidade, dependência e isolamento da actualidade cultural. A baixa qualidade de vida (falta de intimidade, insegurança, tristeza silenciosa, entre outras), oferecida pelas instituições, o insuficiente grau de bem-estar pessoal, a reduzida auto-estima, contribui para o agravamento estado depressivo.

São vários os autores que de acordo com Chaves (s/d:6) avançam com os seguintes critérios para diagnosticar a depressão no idoso:

Vários sintomas de depressão pelo menos por duas ou mais semanas; sentimento de desânimo; presença de pelo menos quatro dos sintomas seguintes – aumento ou diminuição do apetite, aumento ou diminuição do sono, diminuição da energia, sensação contínua de fadiga ou cansaço, perda de interesse, perda de prazer nas relações sociais, perda de prazer nas actividades do quotidiano, sentimentos de reprovação ou culpa de si mesmo, lentificação ou agitação psicomotora, queixas ou evidência de diminuição na capacidade de concentração; alterações no funcionamento quotidiano da pessoa – interacção social, nível de actividade profissional, como causa ou consequência da depressão.

### 3.3. Causas da Depressão

De acordo com Fernandes, *et al.*<sup>3</sup>, na predisposição para a depressão existem:

- Importantes elementos genéticos;
- Distúrbios dos neurotransmissores;
- Acontecimentos de vida desagradáveis e algumas doenças físicas.

Todos estes contribuem para precipitar e manter a depressão através de mecanismos bioquímicos e psicológicos.

Aparecem também como sendo causas de depressão o stress, certos acontecimentos traumáticos, efeitos de uma situação de infelicidade, a personalidade depressiva. Há alguns distúrbios mentais e psicológicos que ocorrem fundamentalmente com a depressão.

Chaves (s/d), refere que se manifestam mudanças cognitivas e comportamentais características. As pessoas tornam-se apáticas, desmotivadas e sensíveis aos aspectos negativos da vida, o que lhes cria um feed-back de reforço do seu estado, tendo frequentemente ideias suicidas, que por vezes acabam por acontecer realmente.

Para Costa (2009:131), a reforma, o isolamento, a crescente incapacidade, o sentimento de perda, e o aumento da esperança de vida podem ser causas de depressão:

A reforma, o isolamento, a crescente incapacidade e o inevitável sentimento de perda, aumentam a vulnerabilidade à doença e aumenta o risco de depressão. Se o aumento da esperança de vida é uma das maiores mudanças sociais dos nossos tempos, o que é certo é que aumentaram também as doenças como a ansiedade crónica, a depressão (invariavelmente ligada ao sentimento de perda) e as co-morbilidades associadas às doenças crónicas. Sendo doenças com uma incidência tão alargada na população (é difícil não encontrar alguém que sofra ou tenha sofrido uma depressão, ainda que a chame pelos nomes que tão frequentemente a mascaram como esgotamento, princípio de esgotamento ou doença nervosa) (...).

---

<sup>3</sup> **Fonte:** [http://max.uma.pt/~EdSenior/index\\_ficheiros/Page1206.htm](http://max.uma.pt/~EdSenior/index_ficheiros/Page1206.htm)

Chaves (s/d), menciona que no idoso a depressão é considerada como uma das patologias mais frequentes, que normalmente é apresentada de maneira atípica ou indirecta, ou seja, encoberta por múltiplas e variadas queixas somáticas e também associadas a quadros de ansiedade.

De acordo com a mesma autora, com o passar dos anos e o avanço da idade, o ser humano pode começar a ver a velhice como a fase final da sua vida, podendo desencadear um estado depressivo com a percepção do envelhecimento, valorizando negativamente, se estiverem presentes, a sensação de inutilidade, insuficiência, ansiedade e irritabilidade.

O idoso está, do ponto de vista vivencial, numa situação de perda contínua provocadas pela “*diminuição sócio-familiar*”, pela “*perda do status ocupacional e económico*”, pelo “*declínio físico continuado*”, pela “*maior frequência de doenças físicas*”, pela “*incapacidade pragmática crescente*”, bem como pelo “*aparecimento de fenómenos degenerativos ou doenças físicas incapacitantes*”, o que contribui “*para desenvolver um quadro de sintomatologia depressiva.*” Chaves, (s/d:5-6).

Zimerman (2000:109) refere que:

“ (...) às vezes as causas da depressão são externas: perdas do marido, de um filho, amigos, irmãos, de papéis sociais. Outras vezes, a causa é a dificuldade de adaptar-se à velhice e à proximidade da morte. Também existe a possibilidade, bastante frequente, de as causas serem internas (endógenas), quando se faz necessário o uso de medicamentos e acompanhamento de um médico que dê suporte para o trabalho de acompanhamento do idoso”.

Chaves (s/d), refere ainda que alguns aspectos ou modificações provocadas pelo envelhecimento desencadeadores de quadros depressivos são a falta de motivação pela vida, afastamento dos filhos e parentes, progressiva limitação física provocada pelo envelhecimento, sensação progressiva de impotência, perda de controlo sobre os seus, sensação de inutilidade, sentir-se um peso para os filhos e família, perda de capacidade económica e conseqüente dependência financeira, perda do cônjuge, questionamentos relativos à morte e modificações cerebrais.

De acordo com Nunes (2008) para se diagnosticar um estado depressivo é necessário que durante duas semanas consecutivas exista humor depressivo, bem como, pelo menos quatro dos seguintes sintomas: alteração do sono; falta de interesse; sentimentos de culpa; pouca energia, diminuição do apetite; agitação ou lentificação psicomotora e ideias suicidas.

Nunes (2008), num estudo realizado no concelho de Vila Nova de Gaia, com idosos inseridos na comunidade e com idosos institucionalizados, avaliou a prevalência da depressão e relacionou-a com os rendimentos económicos e o grau de escolaridade, concluindo que:

- a) a taxa de prevalência de depressão minor encontrada em pessoas com mais de 65 anos foi de 62,9%;
- b) em ambos os grupos, os rendimentos económicos eram extremamente baixos, (inferiores a 500 euros mensais). Situação verificada em 73,2% dos idosos institucionalizados e em 100% dos idosos inseridos na sociedade;
- c) a taxa de analfabetismo e a baixa escolaridade eram muito elevadas, (apenas 4% da amostra tinha mais do que a instrução primária e havia 42% de analfabetos no grupo dos institucionalizados e 34,9% no grupo de idosos inseridos na sociedade.

De acordo com a autora (2008:69) estes *“factores eram obviamente muito limitativos de qualidade de vida satisfatória, ao diminuírem o acesso a bens culturais, fechando o idoso cada vez mais na sua comunidade, isolada dos avanços tecnológicos e científicos.*

*Nesse sentido não é difícil entender que a vida seja cada vez mais encarada como uma sucessão de dias idênticos e monótonos.”*



### 3.4. Sintomas da Depressão

De acordo com Balone (2006), os três sintomas depressivos básicos que dão origem a múltiplas manifestações desta alteração afectiva são o sofrimento moral, a inibição global e o estreitamento vivencial. Outros sintomas de doenças depressiva podem ser o desânimo, a insónia, a apatia, a tristeza, a falta de apetite, a falta de vontade de fazer as coisas mais simples do quotidiano e a perda de interesse pelas coisas que lhe davam mais prazer.

O mesmo autor refere ainda que as perturbações mais presentes nos distúrbios afectivos das pessoas idosas são os sintomas somáticos ou vegetativos da depressão. As queixas físicas, com distúrbios do sono, insónias ou mais vontade de dormir, são os primeiros sinais de depressão.

Para Zimerman (2000:108) *“Alguns dos principais sintomas de depressão são tristeza, falta de motivação, desânimo, perturbações do sono, perturbação na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, perda de gosto pela vida (daí que em casos mais extremos, a depressão possa vir acompanhada do risco de suicídio)”*.

A mesma autora refere ainda que no geral as pessoas deprimidas são angustiadas, afectivamente vulneráveis, inibidas, tristes ou com algum sintoma físico, como inapetência, problemas de sono, dificuldade de sair da cama, tomar banho, arranjar-se, vestir-se e sair de casa, fraqueza, dificuldade de convívio com amigos, colegas e familiares.

A depressão pode ter sintomas muito diversos, que podem ser de natureza mais física ou mais psíquica. Eis a lista dos sintomas psíquicos e físicos mais comuns:

**Sintomas psíquicos** mais comuns:

- Humor triste, falta de prazer com a vida, sensação de falta de valor;
- Sensação de solidão, sentimento de abandono, vontade de estar sozinho, ausência de momentos de alegria, sensibilidade interpessoal à rejeição;
- Indecisão, ansiedade, falta de concentração, hipervigilância, agitação, antecipação do perigo, opressão no peito, irritação, alucinações;
- Lentidão, preocupação excessiva, desesperança, culpa;
- Ideação suicida passiva, ilusões hipocondríacas, ideação suicida activa.

**Sintomas físicos** mais comuns:

- Choro fácil, perda de apetite/perda de peso, aumento de apetite;
- Cansaço generalizado, cansaço nos membros;
- Diminuição do interesse sexual;
- Dificuldades de sono, dormir demasiado;
- Impressão de cabeça oca, dores de cabeça, tonturas;
- Dores abdominais, dores lombares, mal-estar generalizado.

Nunes, (2008:70)

### 3.5. Tipos de depressão

De acordo com Breton (2002), até há muito pouco tempo, a depressão era classificada como reactiva ou como endógena. Acreditava-se que a depressão reactiva seria causada por um determinado acontecimento na vida de uma pessoa. Por outro lado, a depressão endógena era o tipo de depressão que se abatia sobre uma pessoa por nenhuma razão óbvia, uma vez que tanto quanto uma pessoa conseguia lembrar-se, não tinha nada que a pudesse deprimir.

Actualmente, segundo a mesma autora, temos depressões unipolares e bipolares. Unipolar significa simplesmente só com um pólo e a expressão é utilizada para descrever todas as formas de doença depressiva em que o paciente se sente em baixo. As depressões unipolares não possuem uma fase maníaca. As pessoas deprimidas que passam por essa fase são diagnosticadas como tendo uma depressão bipolar, ou com dois pólos.

De acordo com Ballone (2006)<sup>4</sup> embora os factores bio-psico-sociais agravantes possam ser associados à diminuição de humor nos idosos, podem gerar confusão no que respeita às características clínicas da depressão nesta faixa etária. O autor refere também que na depressão no idoso os conceitos clássicos de depressão reactiva, secundária ou endógena se confundem “(...) *pelas condições existenciais a depressão do idoso bem que poderia ser, de facto, reactiva. Poderia igualmente ser secundária às condições físicas do idoso e, finalmente, pelos eventuais antecedentes, poderia ser endógena.*”

A tabela que se segue sintetiza a tipologia do autor.

---

<sup>4</sup> <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=124>

<b>TIPOS DE DEPRESSÃO</b>		
<b>DEPRESSÃO REACTIVA</b>	Reactiva a alguma situação vivencial traumática.	O idoso passa por uma condição existencial problemática e, muitas vezes, sofrível.
<b>DEPRESSÃO SECUNDÁRIA</b>	Secundária a alguma condição orgânica.	O idoso costuma desenvolver estados patológicos e degenerativos que facilitam o desenvolvimento da depressão.
<b>DEPRESSÃO ENDÓGENA</b>	Endógena é constitucional, atrelada à personalidade.	As pessoas com depressão endógena ou constitucional envelhecem e continuam depressivas.

Adaptado de Ballone (2006)

### 3.6. Tratamento da Depressão

Para o tratamento da depressão nos idosos, os médicos recomendam a combinação de medicamentos com uma psicoterapia de curta duração. Como refere Chaves (s/d:7) o tratamento da depressão nesta faixa etária *“passa pela farmacologia e psicoterapia. Sabendo-se que a depressão está ligada, de um ponto de vista neurofisiológico, a uma anomalia de dois sistemas neurotransmissores, a serotonina e noradrenalina, utilizam-se dois tipos de medicamentos, os anti-depressivos e os inibidores.”*

De acordo com Zimerman (2000), os psiquiatras para além usarem os anti-depressivos, costumam também utilizar a electroconvulsoterapia que por razões culturais costumam ser mal interpretadas. A utilização dos electrochoques é visto como um recurso traumático e cruel, quando na realidade dá excelentes resultados, sem traumas e prejuízo para o paciente, quando bem indicado e administrado. Este tipo de terapia deve ser indicado quando exista um grande risco para o paciente, principalmente o de suicídio.

---

## **IV. INTERVENÇÃO DA ANIMAÇÃO SOCIOCULTURAL**

---

## 4.1. Conceito de Animação Sociocultural

Nesta fase do trabalho serão apresentados alguns conceitos de animação sociocultural de acordo com alguns autores.

De acordo com Ander-Egg (1999:9):

A animação sócio-cultural nasce como uma forma de promoção de actividades destinadas a encher criativamente o tempo livre, corrigir o desarraigamento que produzem os grandes centros urbanos, evitar que se aprofunde ainda mais a fenda ou fossa cultural existente entre diferentes sectores sociais, desbloquear a comunicação social mediante a criação de âmbitos de encontro que facilitem as relações interpessoais, alentar as formas de educação permanente e criar as condições para a expressão, iniciativa da mesma gente.

Segundo APDASC<sup>5</sup>, cit. UNESCO, a

Animação Sócio-Cultural é um conjunto de práticas sociais que têm como finalidade estimular a iniciativa, bem como a participação das comunidades no processo do seu próprio desenvolvimento e na dinâmica global da vida sócio-política em que estão integrados.

Segundo Lopes (2006:144), cit. Garcia, a:

Animação Sociocultural é um processo que visa a consciencialização participante e criadora das populações. É um método de intervenção, destinado a estimular as pessoas e os grupos no sentido do autodesenvolvimento e da mobilização das faculdades que permitam resoluções criativas para alguns dos seus problemas colectivos. É a aquisição de capacidade necessária para que as comunidades sejam, elas próprias, agentes de mudança e de criatividade cultural.

---

<sup>5</sup> [http://www.apdasc.com/pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=32&Itemid=76](http://www.apdasc.com/pt/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=76)

Ainda de acordo com Lopes (2006:148), cit. ANASC, a:

Animação Sociocultural é um conjunto de práticas desenvolvidas a partir do conhecimento de uma determinada realidade, que visa estimular os indivíduos, para a sua participação com vista a tornarem-se agentes do seu próprio desenvolvimento e de comunidades em que se inserem. Animação sociocultural é um instrumento decisivo para um desenvolvimento multidisciplinar integrado (social, económico, cultural, educacional, etc.) dos indivíduos e dos grupos.



## 4.2. Institucionalização

O envelhecimento é um processo natural e universal que afecta qualquer um no decorrer do ciclo natural de vida. A velhice é uma fase de muitas dificuldades para o idoso, tendo em conta o estereótipo, onde o idoso é desprezado e rejeitado, por perder muitas das suas funções, adquirirem muitas doenças, requerendo assim, muitos cuidados por parte dos seus familiares e da sociedade em geral.

Segundo Garcia (2009), a velhice traz consigo diversas limitações biológicas, funcionais, psíquicas ou sociais, ou seja, fragilidade de memória, sono leve, perda de visão, perda de agilidade nos seus movimentos e articulações. No entanto, os avanços geriátricos e gerontológicos não têm travado essa deterioração de forma ostensível. Na Europa, existem cada vez mais idosos sozinhos, muitos deles em condições financeiras precárias, ou seja, esta precariedade faz também com careçam de adequados cuidados de higiene, alimentação, entre outros. Também os direitos, a liberdade e a dignidade dos idosos doentes não são respeitados pela sociedade e por outro lado a família devido às mudanças na sua estrutura e dinamismo, tem menos possibilidade para a unidade e coesão interna da família.

De acordo com Lopes (2006:332), os lares públicos e privados são lugares onde as famílias “depositam” os idosos, que são possuidores de uma enorme sensibilidade, memórias, vivências e experiências. Estes idosos vêm-se levados para um espaço que muitas das vezes não foram criados para o efeito e onde permanece a frieza e a apatia. Deste modo, os idosos depois de abandonados pela família, resta-lhes esperar pela morte, através dos momentos em que passam fechados nas instituições à espera que o tempo passe. O autor afirma ainda que:

os lares e os centros de dia, tal como funcionam, maioritariamente, em Portugal parecem interpretar o convencional “merecido descanso” da terceira idade, como se este se reduzisse a uma situação humana de seres mumificados e acamados. É uma situação perfeitamente desadaptada das necessidades da terceira idade. Para inverter esta situação, é necessário promover programas de Animação Sociocultural que respondam, a partir dos domínios:

- Social, não só através de relações interpares, mas, sobretudo, com o meio, porque a terceira idade não se pode situar à margem da sociedade;
- Cultural, potenciando e estimulando a memória viva dos idosos, e que se pode reflectir em actividades como teatro, dança, criação de cançoneiros, artesanato, histórias de tradição oral, jogos e partilha de saberes;
- Educativo, no sentido de estimular a criação e a respectiva participação em Universidades Seniores, que promovam um sistema de ensino bidimensional, assente na aprendizagem e no ensino, fruto de uma partilha de saberes entre formandos e formadores.

No dizer de Barreto, in Lopes (2006:336):

(...) são cada vez mais os idosos que deixam a casa da família, vivem sozinhos, residem em lares, arrastam-se por hospitais e casas de saúde. Enfim, morrem sozinhos. Felizes os que não duram para perceberem que são um fardo. Felizes os que não são objecto de encarniçamento médico. Felizes os que morrem depressa. Os idosos, esses amanhã não serão nada. Eles próprios não têm esperança. Deles nada se espera. Ou antes, os outros esperam que os velhos os não incomodem, os não impeçam de trabalhar, divertir-se, passar férias, viajar e sair à noite. E às vezes esperam heranças. (...) Conhecemos neste século, mil e um progressos: culturais, políticos, sanitários, tecnológicos e de bem-estar. Mas, num caso, talvez num só, o dos idosos, conhecemos mais regressos e crueldade do que progressos. As gerações activas separam-se dos seus idosos de modo irreversível. A sociedade está organizada para quem produz. Eventualmente para quem virá a render amanhã. Mas não está, definitivamente não está organizada para quem cumpriu o seu tempo e os seus deveres, para quem rendeu e produziu, para quem espera acabar com algum calor e morrer em paz. Para esses, as famílias e os poderes preparam instituições e mecanismos capazes, não de lhes dar o que precisam, mas de lhes fornecer aquilo de que nós precisamos: ver os velhos à distância. Sozinhos ou em lares. Arrumados. As sociedades da eficácia e da competitividade querem os velhos estacionados, tão imóveis quanto possível, tão amestrados quanto imaginável e tanto de boa saúde quanto for útil para os outros, os mais novos: a isso chamam-lhe conforto. Ou solidariedade...

Zimerman (2000) refere que as instituições para os idosos criam normalmente alguma polémica. Muitos criticam as instituições porque as consideram verdadeiros guetos, depósitos de idosos para onde são enviados para morrer passando por maus-tratos, sendo mal alimentados e recebendo pouco carinho e atenção.

*“ (...) pergunto-me: o que é melhor – o velho ser hostilizado, indesejado, viver amarrado a uma cama, suportar hostilidades e repreensões o tempo inteiro ou ser encaminhado a uma instituição? Acredito que as instituições são uma resposta à sociedade, que precisa desenvolver mecanismos para lidar com os problemas criados por ela própria.” Zimerman, (2000:94).*

A mesma autora (2000), refere também que o que se pode tentar fazer é tentar mudar a mentalidade da sociedade e das pessoas que responsáveis pela instituição, bem como, das pessoas que nela trabalham, tentando que o idoso seja compreendido e respeitado nas suas necessidades, tentar que estas pessoas consigam colocar-se no lugar do idoso, senti-lo, compreendê-lo e entendê-lo. A autora afirma que nem todas as casas correspondem à imagem de desleixo que se tem, sendo que, há instituições muito boas, tanto do ponto de vista do conforto quanto da afectividade.

### 4.3. Animação Sociocultural na Terceira Idade

Segundo Lopes (2006), cit. Elizasu (1999), a Animação Sociocultural na terceira idade surge em resposta a uma ausência ou diminuição da sua actividade e das suas relações sociais. Assim, a Animação Sociocultural surge para preencher esse vazio, trata de favorecer a emergência de uma vida centrada à volta do indivíduo ou do grupo. A ideia de progresso das pessoas idosas é concebida através da sua integração e participação voluntária em tarefas colectivas nas quais a cultura joga um papel estimulante.

De acordo com Osório, in Elizasu (1999), as acções conduzidas para compreender as pessoas idosas têm que relacionar as necessidades de saúde e de higiene, económicas e psicossociais, pois a terceira idade confronta-nos com características especiais:

- Idade;
- Reforma;
- Diferentes situações de convivências (viuvez, solidão...);
- Situações de saúde geral e condições físicas muito diferentes;
- Contexto residencial (habitação própria com familiares, lares de terceira idade, centros de dia...).

Deste modo, e de acordo com o mesmo autor são necessários existirem diversos programas de animação sociocultural, bem como, a adaptação às mais variadas necessidades. Tem que se ter consciência das situações pessoais e comunitárias, para descobrir as causas e consequências das mesmas comprometendo-se na resolução de problemas.

Jacob (2007:36-37) alerta-nos para o papel que a animação pode ter na qualidade de vida dos idosos institucionalizados, embora nos diga também que, normalmente, ela tem assumido um papel menor na maior parte das instituições:

A instituição deve responder às necessidades mais proeminentes do idoso, mas estas não são só a alimentação, a higiene, os cuidados médicos e de enfermagem e a guarda é,

igualmente importante a participação, a ocupação e a vida social dos utentes. Afinal, se retirarmos as tarefas básicas (sono, higiene e alimentação) sobram em média oito horas diárias. Estes tempos não devem ser de ocupação, o que tem por vezes uma conotação negativa, mas tempos de lazer e de comunicação. (...)

Mas a animação é quase sempre o «parente pobre» das prioridades das instituições, sejam públicas ou privadas com ou sem fins lucrativos. Estas dirigem os seus recursos (humanos, materiais e financeiros) principalmente para a higiene, saúde e alimentação do idoso, e só se sobrar tempos e alguns meios se preocupam com a animação. Esta é sempre considerada secundária e sem grande validade. A maioria das organizações limita-se a fazer alguns passeios, duas ou três festas anuais e a comemorar o aniversário dos idosos se tanto.

No entanto se a animação for encarada ao nível dos outros serviços pode contribuir, e muito, para o cuidado do idoso e para a melhoria da sua qualidade de vida.

Pereira e Lopes (2009) referem que um programa de Animação Sociocultural para a terceira idade deve ser criado não para trabalhar para a terceira idade, mas sim com a terceira idade, fazendo dos utentes protagonistas levando-os à projecção e à partilha das suas vivências, memórias, saberes e inquietações. A Animação Sociocultural assenta numa trilogia: Social, Cultural e Educativa. É nesta trilogia que o Animador Sociocultural entra como um técnico que vai trabalhar na terceira idade identificando os problemas, mas simultaneamente, com a envolvência dos usuários, superá-los. Os mesmos autores (2009:10-11) alertam-nos ainda para o facto de não podermos:

ignorar o carácter terapêutico e paliativo da Animação Sociocultural na Terceira Idade, porque um programa de Animação Sociocultural é um programa de intervenção em grupo, onde as pessoas interagem, criam dinâmicas, mobilizam-se e vencem medos, temores, inibições, bloqueios...

A acção compartilhada gera alento, vida e gera guerra aos antidepressivos, à intoxicação de fármacos (...) Um programa de Animação Sociocultural na Terceira Idade pode não servir para dar mais anos à vida, mas estamos certos que serve para dar mais vida aos anos que restam.

#### **4.3.1. Participação das pessoas idosas**

De acordo com Elizasu (1999), a participação das pessoas idosas é muito importante, na medida em que permite aos idosos passar o seu tempo de uma forma activa. Deste modo, devem ser desenvolvidas actividades que possibilitem a participação do idoso e ainda que lhe dê gosto fazê-la.

Para se obter uma participação positiva por parte das pessoas idosas, é fundamental ter muita paciência e desenvolver um contacto directo com as pessoas. É de extrema importância o conhecimento do gosto e das capacidades de cada um, para evitar que ocorram situações de comparação com o fracasso.

É necessário que o animador esteja muito atento, que estimule as capacidades de cada um ao máximo. É ainda muito importante elogiar as prestações realizadas de modo a valorizar as suas capacidades.

As actividades não devem ser só de acordo com os gostos de cada indivíduo, mas sim com os de todos, pois as actividades visam o convívio entre eles.

Deve ser sempre a actividade a adaptar-se ao idoso e não o contrário, pois as pessoas idosas têm que ser solicitados a participar.

#### **4.3.2. Como incentivar as pessoas idosas a participar?**

Como foi referido anteriormente, a participação por parte das pessoas idosas é fundamental, por isso, o animador para criar as condições ideais de participação por parte destes, deve, de acordo com Elizasu (1999):

- Conhecer bem os idosos, quais os seus gostos, desejos, possibilidades e expectativas;
- Fazer-se aceitar pelos idosos;
- Propor actividades adaptadas às capacidades de cada um;
- Estabelecer um clima de confiança;
- Ajudá-los a vencer os medos;

- Ajudar os idosos a ultrapassar as problemáticas barreiras, nomeadamente, o medo da solidão;
- Colocar um fim nos velhos costumes;
- Criar relações de confiança e valorizar as suas capacidades;
- Fazer circular a informação.

Segundo Jacob (2007:34-35) é ao animador que compete motivar os idosos:

- Criando condições que orientem a sua vontade de participação nas actividades propostas.
- Conhecendo muito bem todos os membros do grupo ao qual se dirige, propondo actividades adaptadas aos desejos dos residentes.
- Sendo aceite por parte dos idosos, não se mostrando superior. Devendo estabelecer um clima de confiança, ajudando-os a vencer os medos.
- Quebrando hábitos dos idosos, favorecendo o dinamismo, ajudando a renovar a sua confiança e valorização. O animador tem, também, de perceber que a recusa de um idoso revela muitas vezes medo e insegurança. Porém, a partir do momento em que se sinta mais à vontade, participará com mais à vontade nas actividades.
- Utilizando um vocabulário adaptado e apresentando os seus projectos e explorando os seus conteúdos e objectivos.
- Solicitando a participação. Cabe, por conseguinte, ao animador ir ao encontro dos mais velhos.

O quadro que se segue foi adaptado de Zimmerman (2000) e nele são apresentados alguns cuidados a ter com os idosos. Segundo a autora, deveremos consciencializar-nos de alguns pontos básicos se quisermos aprender a entender, respeitar e valorizar os idosos.

### **Cuidados com os Idosos**

1. Respeitar as individualidades, evitando as generalizações.
2. Não os infantilizar.
3. Não os tratar como doentes.
4. Não os tratar como incapazes.
5. Oferecer-lhes os cuidados específicos para a sua idade.
6. Preservar a sua independência e autonomia.
7. Ajudá-los a desenvolver aptidões.
8. Ter paciência.
9. Trabalhar as suas perdas e as suas vitórias.
10. Promover muita estimulação biopsicossocial.

Adaptado de Zimerman (2000)



#### 4.4. Importância da Estimulação ao Idoso

Zimerman (2000:133) diz que a estimulação é a maneira mais eficaz de fazer com que o idoso tenha a qualidade de vida, a aceitação e a inserção na família e na sociedade: “*Estimular, entre outras coisas, quer dizer excitar, incitar, instigar, activar, animar, encorajar.*” A autora refere ainda que para ela, estimular é também criar meios de manter a mente, as emoções, as comunicações e os relacionamentos em actividade. A estimulação é o melhor meio para minimizar os efeitos negativos do envelhecimento e levar as pessoas a viverem em melhores condições. Ainda de acordo com a mesma autora (2000:134):

(...) com o avançar da idade existe menos confiança, mais dificuldades, mais limitações, menos projectos para o futuro, mas também há ponto importante que é bom lembrar: cada um tem a idade que sente ter, existem grandes diferenças individuais em função das vivências, do temperamento e das oportunidades. O velho precisa se liberar de complexos gerados pelo preconceito que vem dos outros e que acaba sendo introjetado por ele. Deve criar forças para não se deixar levar pela pressão social, que a meu ver, existirá sempre.

Para Barroso & Tapadinhas, (2006:7) a estimulação/motivação do idoso em estado de depressão é difícil de ser efectuada, mas existem caminhos para evitar tal estado, um deles será a leitura e o desenvolvimento cognitivo do idoso:

A depressão gera sérias dificuldades para manter a motivação e a ansiedade leva á fuga e desinteresse precipitado. De entre uma lista de ocupação dos tempos livres, foi um entretenimento solitário: “a leitura” que proporcionou diferenças estatisticamente significativas na nossa amostra e os resultados permitiram afirmar que os idosos que liam mais apresentaram menos depressividade. Este resultado pode levar-nos para a importância de motivar os nossos idosos a ler e a estimular as suas capacidades cognitivas, com o ganho de poderem diminuir sentimentos depressivos.

Zimerman (2000), refere que o seu trabalho com idosos deprimidos consiste em estimulá-los em todos os aspectos, utilizando jogos de memória (auditiva, visual, táctil,

etc.), passeios, discussões, leitura e conversas com o objectivo de aumentar a sua auto-estima, ajudá-los a organizar a sua vida, resgatar os seus aspectos positivos, descobrir actividades que lhe dêem prazer e recuperar e desenvolver novos relacionamentos.

Osório, in Elizasu (1999:256), realça a função primordial da animação que é levar à participação:

Uma das funções chave da animação sociocultural consiste no facto de as pessoas e os colectivos se transformarem em agentes e protagonistas do seu próprio desenvolvimento. O que particularmente interessa nos processos de animação é gerar processos de participação, criando espaços para a comunicação dos grupos e das pessoas, tendo em vista estimular os diferentes colectivos a empreenderem processos de desenvolvimentos social (resposta às suas necessidades num espaço, tempo, situações determinadas...) e cultural (construindo a sua própria identidade colectiva, criando e participando nos diferentes projectos e actividades culturais).

## 4.5. Actividades de Animação Sociocultural para Pessoas Idosas

O Animador Sociocultural pode desenvolver diversas actividades junto das pessoas idosas, tais como:

- Actividades Físicas;
- Actividades Cognitivas;
- Actividades de Expressão e Comunicação;
- Actividades de Expressão Plástica;
- Actividades Socioculturais;
- Actividades Domésticas;
- Actividades Espirituais.

### 4.5.1. Actividades Físicas

As actividades físicas na terceira idade são sem dúvida muito importantes, por isso, é fundamental que os animadores procurem inserir na rotina das instituições a prática da mesma.

De acordo com Choque e Choque (2004) para a realização de actividades físicas é necessário ter em atenção algumas condições:

- **Vestuário:** Este deve permitir a liberdade de movimentos do corpo e não tem que ser necessariamente roupa apropriada. Deve essencialmente usar-se roupas leves, claras e frescas, bem como, sapatos confortáveis e macios.

- **Duração:** O tempo ideal para a realização das actividades deveria ser uma hora por dia, três vezes por semana, preferencialmente por volta do meio-dia ou da parte da tarde.

- **Acessórios:** Como acessórios podemos utilizar colchões de ginástica (para os substituir podemos utilizar cobertores) e toalhas dobradas debaixo da nuca.

- **Lugar:** Qualquer lugar, desde que reúna as condições mínimas, tais como, um quarto, uma sala, uma associação, um ginásio ou um polidesportivo.

#### **4.5.2. Prática da actividade**

Segundo Choque e Choque (2004), para se poder efectuar uma actividade desta categoria com um idoso, este tem que ser portador de um certificado médico que lhe permita a realização deste tipo de actividades e ainda deve ser submetido a uma prova de esforço.

As mesmas autoras referem também que animador deve estar atento ao aparecimento de sinais de fadiga, como a palidez, o vermelhão excessivo do rosto, a falta de alimento, os desmaios, a aceleração excessiva do ritmo cardíaco, entre outros.

De acordo com Choque e Choque (2004) as regras têm que ser claras e simples e estarem adaptadas ao vocabulário, ao nível cultural e de compreensão da pessoa ou do grupo. Os movimentos devem ser lentos, calmos e o importante é a qualidade de cada gesto e não a quantidade.

##### **4.5.2.1. Tipos de Actividades Físicas**

Existem uma série de exercícios físicos que podem ser aplicados com pessoas idosas e que podem considerar-se de maior importância. Deste modo, nomeio as seguintes referidas por Choque e Choque (2004):

- Equilíbrio;
- Mobilidade;
- Flexibilidade;
- Reforço Muscular;
- Destreza e coordenação;
- Adaptação cardiorespiratória perante o esforço;
- Actividades aquáticas.

### **4.5.3. Actividades Cognitivas**

Segundo Jacob (2007), cit. Fernandes (2000), apesar de com o envelhecimento existirem perda das capacidades cognitivas, esses efeitos podem ser bastante atenuados se o idoso mantiver contactos sociais regulares e uma boa actividade cognitiva. O declínio das nossas aptidões cognitivas pode ser prevenido com treino frequente e alguns exercícios simples.

A actividade cerebral pode aumentar através do exercício mental regular, de modo a retardar os efeitos da perda de memória e da perspicácia.

#### **4.5.3.1. Tipos de Actividades Cognitivas**

De acordo com Jacob (2007), alguns tipos de exercícios que se podem realizar para o cérebro, são os seguintes:

- Individualmente:

- \* Ler e escrever;
- \* Jogos de computador
- \* Andar de olhos fechados em casa;
- \* Desenvolver novas capacidades (música, informática, pintura, línguas, etc.);
- \* Tentar escrever com a mão contrária;
- \* Ir por novos caminhos para casa;
- \* Outros.

- Em grupo:

- \* Jogos de estratégia.

#### **4.5.4. Actividades de Expressão e Comunicação**

Jacob (2007:91) realça a importância da animação expressiva de comunicação na intervenção a ter junto dos idosos:

A animação expressiva através da comunicação oral e corporal é uma das principais formas de dar movimento e sentido às necessidades de ocupação dos idosos. (...), na animação expressiva de comunicação eles transmitem os seus sentimentos e emoções através da voz, do comportamento, da postura e do movimento.

De acordo com Choque e Choque (2004) a comunicação é fundamental para o ser humano, no entanto, no caso das pessoas idosas, existem problemas que podem dificultar a comunicação. Estes problemas manifestam-se de uma forma muito variada de umas pessoas para as outras e são mais ou menos importantes.

##### **4.5.4.1. Tipos de Actividades de Expressão e Comunicação**

De acordo com Choque e Choque (2004), as actividades de expressão e comunicação pode ser desenvolvida através de:

- Expressão Corporal e Jogo Teatral;
- Canto;
- Música (por exemplo, jogos de ritmo);
- Dança;
- Jogos de Sociedade (por exemplo, Damas, Bingo, Dominó...);
- Leitura e Expressão Escrita.

#### **4.5.5. Actividades de Expressão Plástica**

De acordo com Jacob (2007), as actividades de expressão plástica permitem que os idosos se expressem através das artes plásticas e dos trabalhos manuais.

Choque e Choque (2004) referem que as actividades de expressão plástica permitem responder a necessidades como autonomia, comunicação e bem-estar de forma simples e rápida. Sem nenhuma técnica a pessoa idosa pode expressar facilmente o seu mundo interior, as suas angústias, e também comunicar-se através de outras formas de comunicação.

##### **4.5.5.1. Tipos de Actividades de Expressão Plástica**

Segundo Choque e Choque (2004), algumas das actividades de expressão plástica que podem realizar-se são as seguintes:

- Desenho;
- Pintura;
- Modelagem;
- Escultura;
- Bordado;
- Costura.

#### **4.5.6. Actividades Socioculturais**

Para Choque e Choque (2004), um dos meios mais seguros para envelhecer bem é manter o espírito aberto, aumentar a curiosidade, interessar-se pelos outros e pelo que acontece à sua volta. Na realidade, a verdadeira juventude consistiria em não deixar descansar nunca o espírito. Todas as actividades socioculturais respondem perfeitamente às necessidades fundamentais da pessoa idosa porque lhe permite aprender, observar, ouvir, descobrir.

##### **4.5.6.1. Tipos de Actividades Socioculturais**

Choque e Choque (2004), referem as seguintes actividades socioculturais:

- Visitas a museus;
- Exposições;
- Idas ao Cinema;
- Teatro;
- Concertos;
- Conferências;
- Passeios;
- Saídas de descobrimento;
- Projecção de vídeo;
- Outros.



#### **4.5.7. Actividades Domésticas**

Segundo Choque e Choque (2004), além do aspecto puramente nutricional, as comidas têm outras dimensões, tanto psicológicas como sociais e simbólicas. Representam mais ou menos um quarto do tempo em que os idosos estão despertos. A sala de jantar pode converter-se num lugar privilegiado de estimulação sensorial, um lugar adequado para a comunicação verbal, visual ou corporal.

##### **4.5.7.1. Tipos de Actividades Domésticas**

As mesmas autoras (2004) propõem as seguintes actividades junto dos idosos:

- Cozinha Terapêutica;
- Festas (por exemplo: Natal, Ano Novo, Carnaval, Páscoa...);
- Jardinagem e Bricolage.

#### **4.5.8. Actividades Espirituais**

De acordo com Choque e Choque (2004), a espiritualidade pode ser definida como uma busca de sentido. “Que sentido dei à minha vida?” “Como conduzi a minha vida?” Para os idosos trata sobretudo de se perguntar: “Como vivo este momento?” “Quais são os meus valores?” “Como posso preservá-los?”

As mesmas autoras referem também que para o ambiente familiar ou institucional, a missão é a de dar ao idoso os meios que lhe permitam manter estes valores vivos e se possível, desenvolver outros. Este ambiente não deve emitir nenhum juízo sobre os valores que regem a vida dos idosos.

##### **4.5.8.1. Tipos de Actividades Espirituais**

Segundo Choque e Choque (2004), as actividades espirituais que se podem desenvolver junto dos idosos são:

- Missa;
- Canto;
- Leitura;
- Visitas;
- Revistas;
- Cassetes;
- Livros;
- Debates;
- Reuniões entre idosos.

---

## **V. METODOLOGIA DE INVESTIGAÇÃO**

---

## 5.1. Opções Metodológicas

Para a realização deste estudo foi necessário trabalhar junto dos idosos de uma instituição. O método utilizado neste trabalho foi a *investigação-acção*. Este tipo de investigação permite evidenciar problemas, determinando a origem dos mesmos, sendo desta forma possível criar estratégias de intervenção, através do qual será exequível desenvolver um processo de ensino-aprendizagem.

Como refere Serrano in Trilla (1997:111):

A investigação-acção orienta-se para o aperfeiçoamento mediante a mudança e para a aprendizagem a partir das consequências das mudanças: é participativa; segue uma espiral de ciclos de planificação, acção, observação e reflexão; é um processo sistemático de aprendizagem orientado para a praxis; exige que esta se submeta a prova e permite dar uma justificação conclusiva do trabalho sociocultural, mediante uma argumentação desenvolvida, comprovada e criticamente examinada.

Serrano in Trilla (1997:112), refere ainda que no momento actual este tipo de investigação adquire uma grande importância, uma vez que nos oferece uma via especialmente “*significativa para superar os binómios teoria-prática, animador-investigador*”. A investigação-acção tenta tornar possível que a teoria e a prática encontrem um espaço de diálogo comum, para transformar o prático em investigador, pois ninguém melhor que o investigador pode conhecer os problemas que precisam de solução. “*Este espaço comum de confluência e de vinculação entre a teoria e a prática oferece múltiplas possibilidades no campo da animação sociocultural*”.

Para a concretização do estudo usaram-se várias técnicas de recolha de dados. Recorreu-se à Escala de Solidão da UCLA (University of California, Los Angeles) e à Escala Geriátrica de Depressão. Posteriormente, foi aplicado um questionário aos utentes da instituição que apresentaram sinais de solidão e depressão nas escalas referidas anteriormente, sobre a animação sociocultural e a sua intervenção como meio de combate à solidão e à depressão, e para os quais foi desenvolvido um programa de

animação sociocultural. Outra técnica utilizada no decorrer da investigação foram as conversas informais.

Os dados relativos às três primeiras técnicas foram objecto de tratamento estatístico, enquanto os que resultaram das conversas informais foram objecto de uma análise de conteúdo.

Participaram no preenchimento das escalas referidas anteriormente 80 idosos. Por outro lado, aos inquéritos responderam 24 idosos, sendo que todos os participantes estavam institucionalizados e tinham idades compreendidas entre os 60 e os 95 anos.

---

## **VI. CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO**

---

## 6.1. Contextualização Geográfica e Abordagem Histórica da Instituição

A instituição onde decorreu o estudo situa-se em Chaves. A cidade de Chaves é um dos seis concelhos da região do Alto Tâmega, situado no distrito de Vila Real. Esta cidade fica a 64 km da sede de distrito e a 8 km da fronteira com Espanha. A Norte faz fronteira com a Galiza, a Este com os concelhos de Valpaços e Vinhais, a Sul com o concelho de Vila Pouca de Aguiar e a Oeste com os concelhos de Montalegre e Boticas<sup>6</sup>.

A instituição<sup>7</sup> localiza-se num espaço urbano, numa zona residencial e comercial. Em seu redor encontra-se o Hospital Distrital, uma Clínica Dentária, entre outros equipamentos.

As ruas em redor são iluminadas, podendo-se passear nas suas imediações com segurança. Na área não existe poluição industrial ou urbana.

A instituição tem raízes na Congregação das Irmãzinhas dos Anciãos Desamparados. Esta congregação foi fundada em 1873 por D. Saturnino López Novoa em colaboração com a Santa Teresa de Jesus Jornet e Ibars. Durante os 135 anos de existência, a congregação foi dirigida por 10 “Madres Superiores Generales”.

O objectivo central da congregação é prestar cuidados e assistência espiritual e material a idosos desfavorecidos de ambos os sexos, sendo dada preferência aos mais necessitados. Actualmente, esta congregação conta com 210 casas, distribuídas em 17 países (Espanha, Portugal, Alemanha, Itália, México, Cuba, Porto Rico, República Dominicana, Colômbia, Venezuela, Equador, Peru, Bolívia, Chile, Argentina, Brasil e Moçambique) e três continentes (Europa, América e África), onde são acolhidos cerca de 26.000 idosos.

As Irmãzinhas dos Anciãos Desamparados encontram-se em Portugal, mais propriamente na cidade de Chaves, desde 1936. Com a Guerra Civil em Espanha, muitas congregações religiosas viram-se perseguidas e obrigadas a procurar lugares

---

<sup>6</sup> [http://pt.wikipedia.org/wiki/Chaves\\_\(Portugal\)](http://pt.wikipedia.org/wiki/Chaves_(Portugal))

<sup>7</sup> Informações facultadas pelos responsáveis da Instituição

mais seguros. Deste modo, várias irmãs da comunidade de Verín vieram para Chaves, em busca de maior segurança. Sendo Chaves uma cidade hospitaleira, acolheu as irmãs que se estabeleceram no bairro da Madalena.

Assim, e como forma de agradecimento, as irmãs começaram de imediato o seu trabalho. Trabalho este, que foi seguido de perto e em silêncio pelo Padre Manuel Pita. Pouco tempo depois da sua chegada, as irmãs foram convidadas a colaborar com a Santa Casa da Misericórdia de Chaves que já tinha asilo para idosos. Este convite foi aceite pelas irmãs desde logo, tendo estas colaborado durante algum tempo com a instituição. No entanto, a colaboração das irmãs com a Santa Casa da Misericórdia durou pouco tempo devido ao facto de existirem algumas divergências com a direcção da instituição, o que levou a que as irmãs criassem o seu próprio asilo situado no Bairro do Telhado. Este funcionava numa casa e quinta doada pelo Padre Manuel Pita, ficando a ser conhecido, durante muito tempo, como sendo o Asilo dos Velhinhos ou Asilo Padre Pita. A instituição teve esta denominação até 1972, tendo sido alterada, nesse mesmo ano, pelo nome que se mantém até hoje.

A instituição, que começou pela casa que existia na quinta, foi sofrendo algumas alterações/remodelações, até que nos anos 80 a congregação construiu um edifício de raiz no mesmo local e que deu lugar ao actual edifício. Este reúne todas as condições de acolhimento, tendo alas para mulheres, para homens e para casais, com salas de convívio, de estar, sala de reabilitação, capela, ginásio e todos os outros espaços necessários como refeitório, enfermaria, gabinete médico, cabeleireira, entre outros. No exterior, o edifício é rodeado por espaços amplos e ajardinados que possibilitam aos utentes passar algum do seu tempo a passear dentro da própria instituição.

O facto de alguns dos residentes viverem nesta casa á cerca de 20 ou 30 anos, faz com que a lista de espera seja bastante demorada e que exceda o número de utentes.

No ano de 1957, a instituição foi declarada pelo Centro Regional da Segurança Social de Vila Real como Instituição Particular de Solidariedade Social. Foi realizado um Acordo de Cooperação com o mesmo organismo, tendo sido feita a última actualização em Janeiro de 2000 (para 128 utentes).



## 6.2. Características da Instituição

Como foi referido anteriormente, esta é uma Instituição Particular de Solidariedade Social sem fins lucrativos e que tem como objectivo dar resposta às necessidades dos utentes, numa perspectiva de abertura e ligação com a comunidade, minimizando os problemas de afectos das pessoas idosas. Esta instituição presta serviços permanentes e adequados às necessidades dos idosos, contribuindo, deste modo, para a dignificação do processo de envelhecimento e criar condições que permitem preservar e incentivar a relação utente/família/comunidade.

A instituição oferece aos seus utentes meios humanos (comunidade religiosa, técnicos, auxiliares e voluntários), materiais e financeiros (mensalidades, acordos de cooperação com o CRSS de Vila Real, e outros...).

De acordo com o Regulamento Interno, o lar destina-se a pessoas da terceira idade, de ambos os sexos e de preferência necessitados. Refere que o candidato deverá ter *“idade superior aos 65 anos. Em situação de necessidade grave, devidamente ponderada, poderá ser admitida alguma pessoa com idade inferior”*.

Segundo o regulamento, o candidato deverá estar *“isento de doenças infecto-contagiosas e mentais, certificadas por atestado médico”*. Relativamente aos critérios de selecção, têm preferência, os mais carentes de recursos financeiros, os carentes de saúde, aqueles que têm falta de casa ou que residam em meios mais degradados e/ou isolados, os carentes de família ou do seu afecto e apoio.

No caso de existir uma longa lista de candidatos, a escolha recairá sobre aqueles que se encontrem numa situação mais difícil. Caso hajam situações em circunstâncias iguais, terão preferência as pessoas procedentes ou residentes no concelho de Chaves, ou os benfeitores da instituição.

Esta instituição tem quatro pisos e 63 quartos, os quartos podem ter uma, duas ou três camas, possuindo capacidade máxima para 137 idosos. O número de quartos está dividido da seguinte forma: 19 no andar das mulheres, 19 no andar dos homens, 11 na enfermaria dos homens, 12 na enfermaria das mulheres e 2 na hospedaria. No entanto, os quartos da hospedaria, numa situação normal, não se destinam a utentes.

Actualmente, a instituição conta com 131 idosos, sendo que 76 são mulheres e 55 homens, com idades compreendidas entre os 46 e os 97 anos.

No que diz respeito ao regime de comparticipação, o Contrato de Admissão de Utentes, refere que os utentes devem contribuir com as suas reformas, incluindo os subsídios de férias e 13º mês. Não há qualquer jóia de entrada.

No caso de o utente querer pagar os seus medicamentos, ser-lhe-á deixado 30% da reforma, caso contrário, ser-lhe-á deixado apenas 20%. Nos casos em que as reformas são muito reduzidas, se for possível, as mensalidades deverão ser com bens próprios ou dos seus familiares. O Contrato de Admissão refere também que as despesas extraordinárias (próteses auditivas, dentárias, aparelhos ortopédicos, telemóveis, entre outros), bem como roupas e objectos pessoais, serão por conta dos idosos ou dos seus familiares.

No que respeita a saídas e entradas no lar por parte dos utentes, estes só deverão sair da instituição num horário entre as 9h00 e as 19h00. Os utentes podem sair com os seus familiares desde que informem a irmã responsável.

Relativamente ao horário das visitas aos utentes, estas realizam-se todas as manhãs das 10h30 às 11h30 e de tarde das 16h30 às 17h30. No entanto, algumas visitas realizam-se fora deste período, uma vez que os utentes estando na parte exterior do edifício recebem visitas a qualquer hora, desde que não coincidam com as horas do pequeno-almoço, almoço, lanche ou jantar. O facto de a direcção não exigir que o horário de visitas seja cumprido conforme está estipulado, permite que os familiares ou amigos dos idosos, que têm horário de trabalho durante o dia, os possam visitar.

---

## **VII. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS**

---

## 7.1. Caracterização da População

Este estudo contou com a participação de 80 idosos institucionalizados, que correspondem a 61,07% do total de idosos, sendo que 40 dos idosos eram do género masculino e 40 do género feminino. Dos idosos participantes neste estudo, verificámos, quanto ao estado civil (ver **Gráfico 1**), que 13 homens eram solteiros, 5 casados/união de facto, 21 viúvos e 1 divorciado. Nas mulheres verificámos que 11 eram solteiras, 5 casadas/união de facto, 22 viúvas e 2 divorciadas. Os participantes tinham idades compreendidas entre os 60 e os 95 anos.

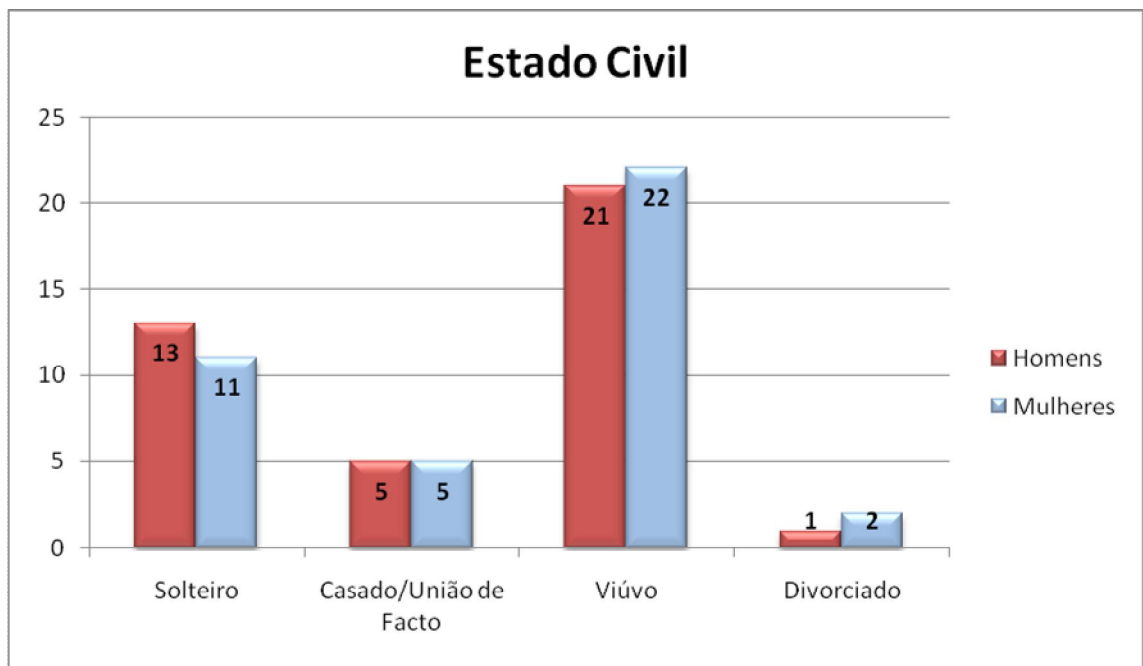


Gráfico 1

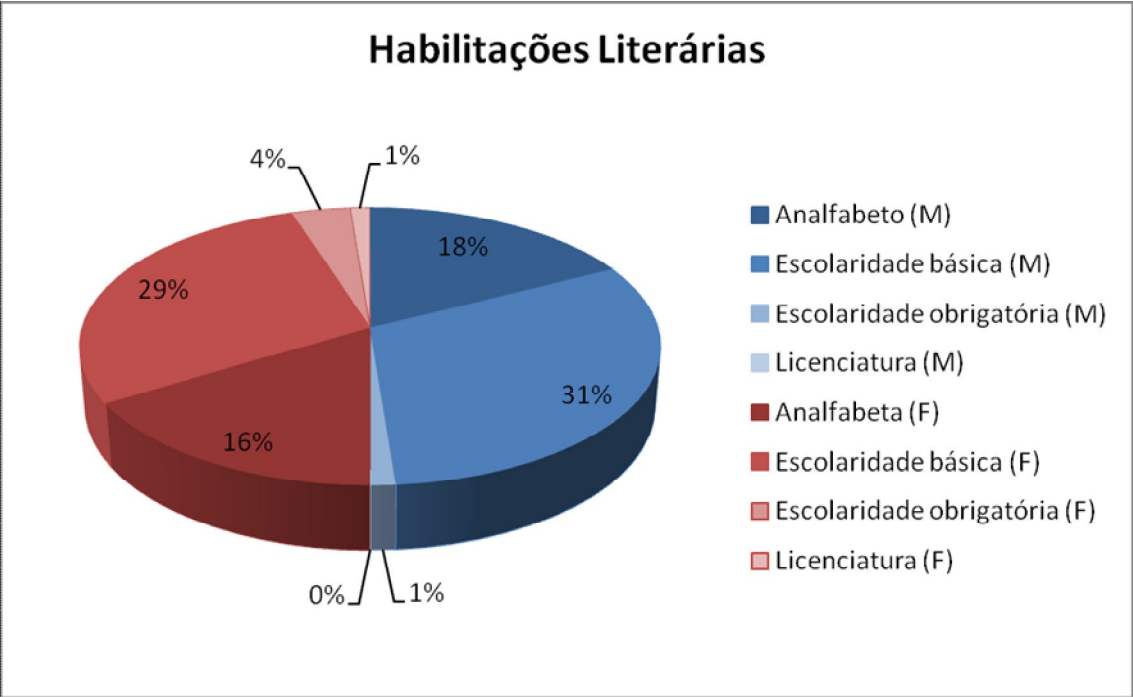
### 7.1.1. Apresentação de Resultados

No que concerne a habilitações literárias, na tabela que se segue (**Tabela 1**), podemos verificar as habilitações literárias dos idosos que participaram neste estudo.

<b>Habilitações Literárias</b>		
	<b>Homens</b>	<b>Mulheres</b>
<b>Analfabeto/a</b>	14	13
<b>Escolaridade básica</b>	25	23
<b>Escolaridade obrigatória</b>	1	3
<b>Licenciatura</b>	0	1

**Tabela 1**

No **Gráfico 2** verificámos que 34% dos idosos são analfabetos, 60% possuem a escolaridade básica (4º ano/4ª classe), 5% são detentores da escolaridade obrigatória (9º ano) e 1% possuem licenciatura. No que respeita ao ensino secundário (12º ano), curso técnico e pós-graduação verificámos que 0% dos idosos são portadores dos mesmos. No gráfico que se segue apenas apresentamos as habilitações literárias que os idosos inquiridos referiam possuir. Podemos verificar também que não existe uma diferença muito acentuada nas habilitações referidas entre homens e mulheres. No entanto, se por um lado os homens apresentam uma maior taxa de analfabetismo, por outro apresentam também uma maior taxa de escolaridade básica. No que respeita às mulheres verificámos também que apesar de terem uma menor taxa de analfabetismo e de escolaridade básica, também apresentam uma maior taxa de escolaridade obrigatória e licenciatura.



**Gráfico 2**

## 7.2. Instrumentos utilizados na recolha de resultados

### 7.2.1. Escala de Solidão da UCLA (adaptação portuguesa)<sup>8</sup>

A Escala de Solidão da UCLA é constituída por 18 perguntas, avaliadas numa escala de escolha múltipla de quatro (4) pontos, sendo que a cada um está atribuído um valor. Para cada questão os inquiridos seleccionam o item que melhor reflecta os seus sentimentos. A escala é constituída pelos seguintes pontos: Nunca, Raramente, Algumas vezes e Muitas vezes. Assim, nas questões de itens positivos a pontuação é a seguinte:

- “Nunca”: um (1) ponto;
- “Raramente”: dois (2) pontos;
- “Algumas vezes”: três (3) pontos;
- “Muitas vezes”: quatro (4) pontos.

A pontuação dos itens negativos é obtida através da inversão da escala, ou seja:

- “Nunca”: quatro (4) pontos;
- “Raramente”: três (3) pontos;
- “Algumas vezes”: dois (2) pontos;
- “Muitas vezes”: um (1) ponto.

Para a obtenção da pontuação final somam-se os 18 itens. Assim, a pontuação situa-se entre os 18 e os 72 pontos. Segundo esta escala, conclui-se que quanto maior for a pontuação final, maior é o nível de solidão.

### 7.2.2. Apresentação de Resultados

No gráfico que se segue (**Gráfico 3**) apresentamos os resultados obtidos através da Escala de Solidão da UCLA juntos dos idosos da instituição. Desta forma, podemos verificar que 55% dos idosos obtiveram resultados entre os 18 e os 30 pontos, sendo que

---

<sup>8</sup> Anexo 1

as mulheres apresentam 37,5% face aos homens com 72,5%. No seguimento da análise a esta tabela verificamos que 27,5% dos idosos obtiveram pontuação entre os 31 e os 40 pontos. Assim, as mulheres predominam nesta pontuação com 37,5% face aos homens com 17,5%. Entre os 41 e os 50 pontos estão 10% dos idosos tanto do género masculino como no feminino. Na variação entre 51 e 60, as mulheres representam 10% desta pontuação face aos homens com 0%. Finalmente, entre os 61 e os 72 pontos as mulheres prevalecem com 5% face aos homens com 0%.

Assim, podemos concluir que na instituição estudada as mulheres apresentam níveis de solidão superiores aos dos homens.

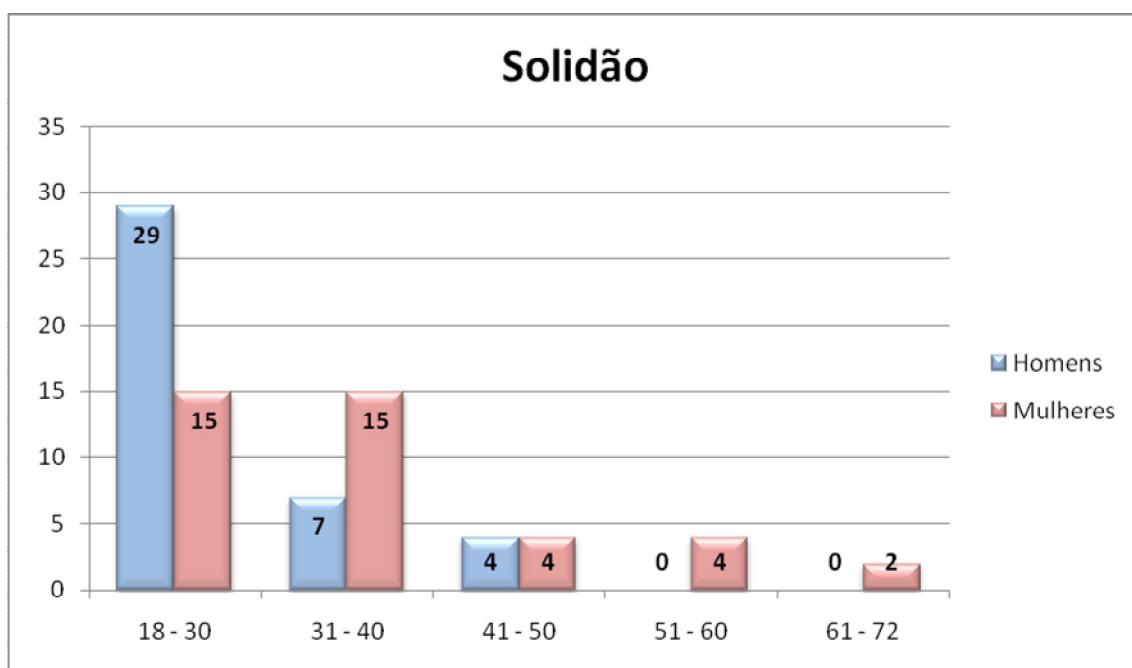


Gráfico 3

### 7.2.3. Solidão vs Estado Civil

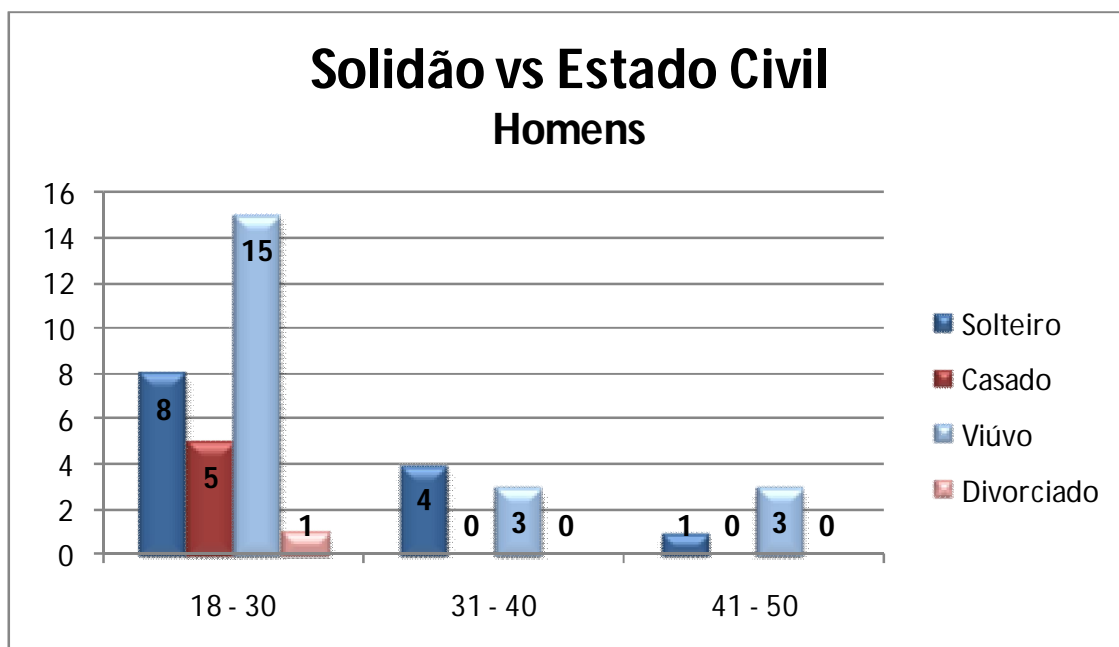
Os homens no que respeita à solidão em comparação com o estado civil (**Gráfico 4**) verificamos que nos níveis de solidão superiores apresentados, ou seja, 41-



50, os homens solteiros representam 2,5% e os viúvos 7,5%. Nos níveis de solidão de 31-40, os solteiros representam 10% face aos viúvos que representam 7,5%. Em ambos os casos os homens casados e os divorciados não representam qualquer valor.

Nos níveis de solidão mais baixos verificamos que os homens solteiros representam 20%, os casados 12,5%, os viúvos 37,5% e finalmente os divorciados 2,5%.

Neste gráfico não apresentamos os níveis de solidão mais elevados, ou seja, 51-60 e 61-72 uma vez que nos homens não existe qualquer valor apresentado.

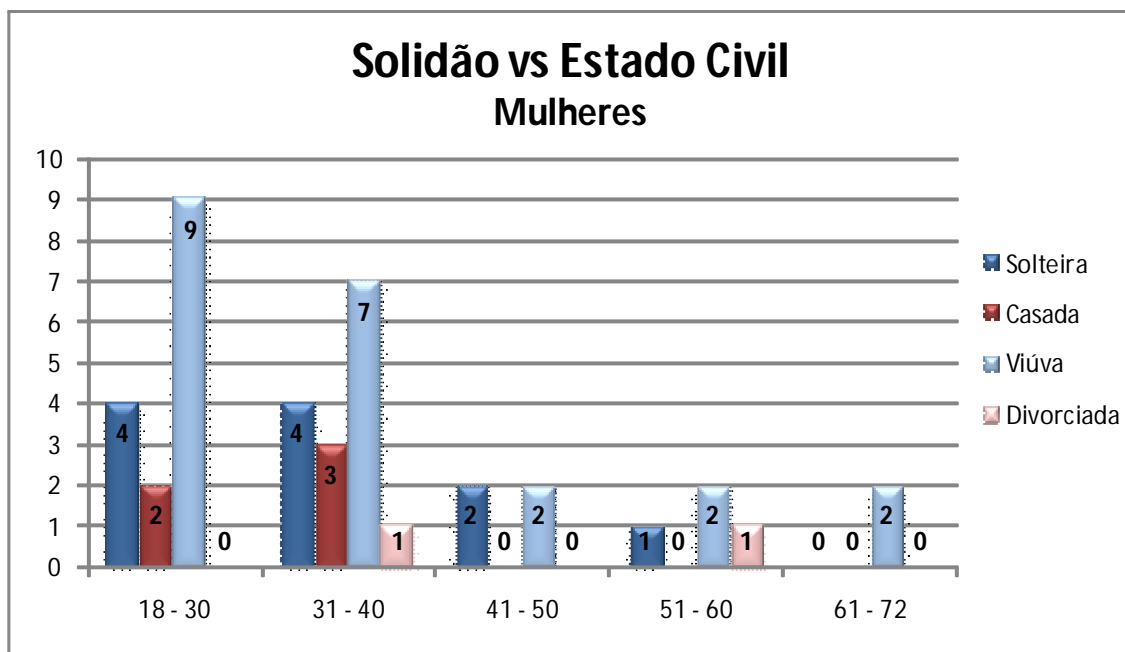


**Gráfico 4**

No que respeita às mulheres (**Gráfico 5**), podemos verificar que ao contrário do que acontece com os homens este gráfico apresenta os maiores níveis de solidão, ou seja, 51-60 e 61-72.

Nos níveis de solidão mais elevados (61-72) verificamos que 5% das mulheres são viúvas. Nos níveis de solidão de 51-60 encontramos 2,5% das mulheres solteiras, 5% das viúvas e 2,5% das divorciadas. Podemos verificar que 5% das mulheres solteiras e 5% das viúvas estão nos níveis de solidão de 41-50.

No que respeita aos níveis de solidão 31-40 encontramos 2,5% das mulheres divorciadas, 17,5% viúvas, 7,5% casadas e 10% solteiras. No que concerne aos níveis de solidão mais baixos (18-30) verificamos que 22,5% das mulheres são viúvas, 5% casadas e finalmente 10% solteiras.



**Gráfico 5**

Assim, podemos verificar que nesta instituição os homens viúvos apresentam os níveis de solidão mais elevados que os restantes, apesar de esta escala ir apenas até aos 41-50.

Nas mulheres, que, como vimos apresentam os níveis de solidão até aos 61-72, também são as viúvas que apresentam os maiores níveis de solidão.

### 7.3. Escala Geriátrica de Depressão<sup>9</sup>

De acordo com Barroso & Tapadinhas (2006), a Escala de Depressão Geriátrica foi construída por T.L. Brink, J.A. Yesavage, O. Lum, P. Huang, T.L. Rose, M. Adey e V. O. Leirer (1983).

O principal objectivo desta escala é medir os níveis de depressão na população idosa e é constituída por 30 itens simples que podem ser aplicados de forma oral ou escrita. No caso de ser aplicado de forma verbal, o entrevistador deve apresentar as perguntas de forma que a pessoa inquirida responda “sim” ou “não”.

Como referem Barroso & Tapadinhas (2006:3) *“Os autores definiram que um resultado entre 0 a 10 pontos revela um estado de humor normal enquanto que os resultados entre os 11 e os 20 pontos indicam uma depressão, de ligeira a severa. Dos 30 itens, 20 indicam a presença de depressão, quando respondidos afirmativamente, enquanto 10 (itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29, 30) indicam depressão, quando respondidos negativamente.”*

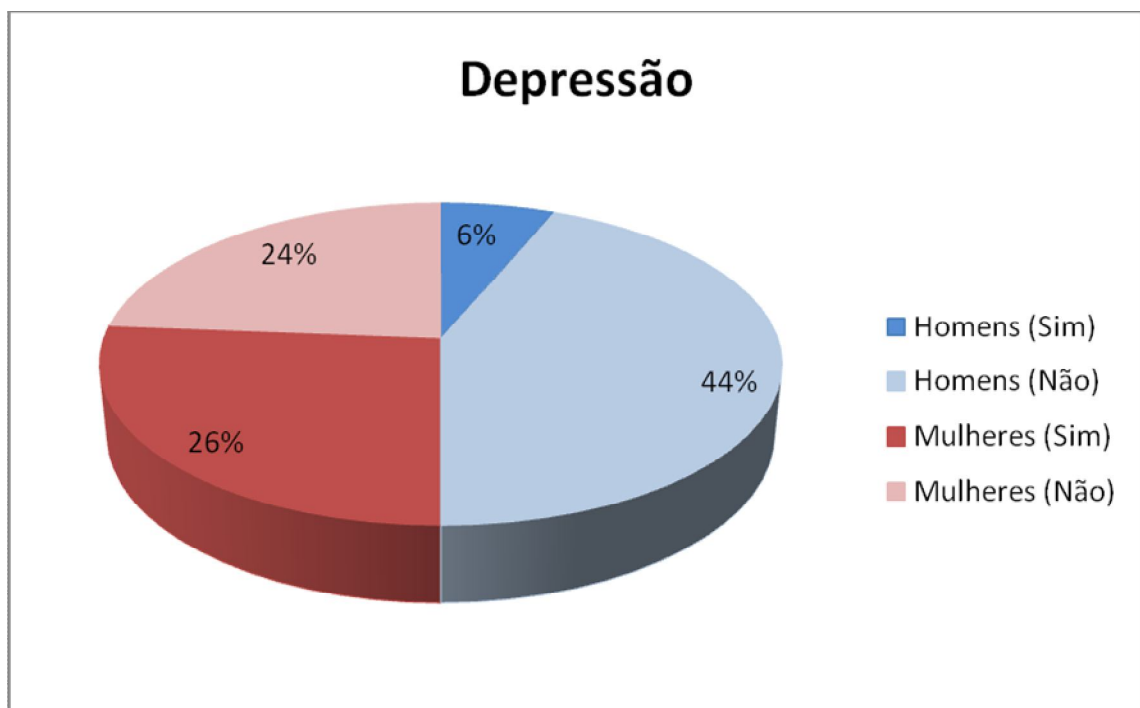
De acordo com a Escala Geriátrica de Depressão, a avaliação é feita através da atribuição de 1 ponto para cada item relativo à depressão e 0 para cada item não depressivo.

---

<sup>9</sup> Anexo 2

### 7.3.1. Apresentação e Análise de Resultados

Através da aplicação desta escala aos idosos da Instituição (**Gráfico 6**) verificamos que são mais as mulheres que apresentam sintomas de depressão (52,5%) do que as que não apresentam (47,5%). Nos homens verifica-se o contrário, ou seja, são mais os homens que não apresentam sintomas de depressão (87,5%) do que os que apresentam (12,5%). Atendendo que a população estudada de homens e mulheres era idêntica os valores referidos são o dobro dos observados graficamente.



**Gráfico 6**

Podemos assim concluir que na Instituição as mulheres apresentam uma taxa de depressividade superior à dos homens. De um modo geral, verificámos que no nosso objecto de estudo os sintomas de depressão são inferiores (32,5%) aos de não depressão (67,5%).

#### 7.4. Solidão e Depressão

Na tabela que se segue (**Tabela 2**), apresentamos as maiores pontuações na Escala Geriátrica de Depressão com os níveis de solidão obtidos na Escala de Solidão da UCLA nos mesmos idosos.

Depressão	Solidão	Depressão	Solidão
15	26	13	40
12	47	24	39
14	27	16	37
26	55	11	35
27	55	23	37
13	47	11	38
10	58	20	57
21	63	20	36
12	63	21	29
19	38	10	24
13	39	12	44
20	49	15	38

**Tabela 2**

Podemos verificar nesta tabela que os níveis de solidão são na sua maioria altos, o que nos permite constatar que a solidão é eminente em casos de depressão. Desta forma, pode-se inferir que existe uma tendência que nos leva a associar e interligar a solidão e a depressão. Assim, as pessoas solitárias, no caso institucional, aquelas que se afastam dos outros não permitindo que as outras pessoas se aproximem de si, podem acabar por serem levadas à depressão. Por outro lado, as pessoas que sofrem de depressão acabam por se isolar e afastar de si as outras pessoas, passando desta forma, a serem invadidas pela solidão.

No entanto, isto não é assim tão linear uma vez que encontramos pessoas com depressão que têm os níveis de solidão relativamente baixos, como podemos verificar acima na pessoa que obteve pontuação 15 na Escala Geriátrica de Depressão e obteve 26 pontos na Escala de Solidão da UCLA. O mesmo sucedeu no sentido oposto, ou seja,

neste estudo deparamo-nos com idosos com pontuações na Escala Geriátrica de Depressão baixas e níveis de solidão relativamente elevados. Por exemplo, idosos que obtiveram na Escala Geriátrica de Depressão 2 pontos e na Escala de Solidão da UCLA 41 pontos ou 4 na primeira e 41 na segunda (ver **Tabela 3**).

Depressão	Solidão	Depressão	Solidão	Depressão	Solidão
1	29	4	41	0	23
2	25	5	30	3	22
5	22	3	22	0	22
2	22	5	25	3	39
8	25	8	29	3	34
9	34	3	34	0	19
4	34	6	47	1	21
2	41	4	45	4	26
8	37	0	22	3	34
1	18	0	20	4	25
9	40	0	23	1	26
7	30	3	33	4	23
1	21	2	31	4	26
3	29	3	28	1	25
2	28	2	25	5	20
2	26	0	20	0	18
1	35	1	29	0	18
0	18	1	26	0	18
5	29	4	29		

**Tabela 3**

## 7.5. Inquérito<sup>10</sup>

O inquérito foi aplicado a 24 idosos, todos eles suspeitos de depressão de acordo com a Escala Geriátrica de Depressão. Este inquérito é constituído por 11 questões. (ver Anexo 3)

### 7.5.1. Importância da Prática da Animação Sociocultural

Dos idosos inquiridos, 25% consideram a prática da Animação Sociocultural bastante importante e 75% consideram-na muito importante. As respostas “Pouco” ou “Nada” não obtiveram qualquer resposta (Gráfico 7).

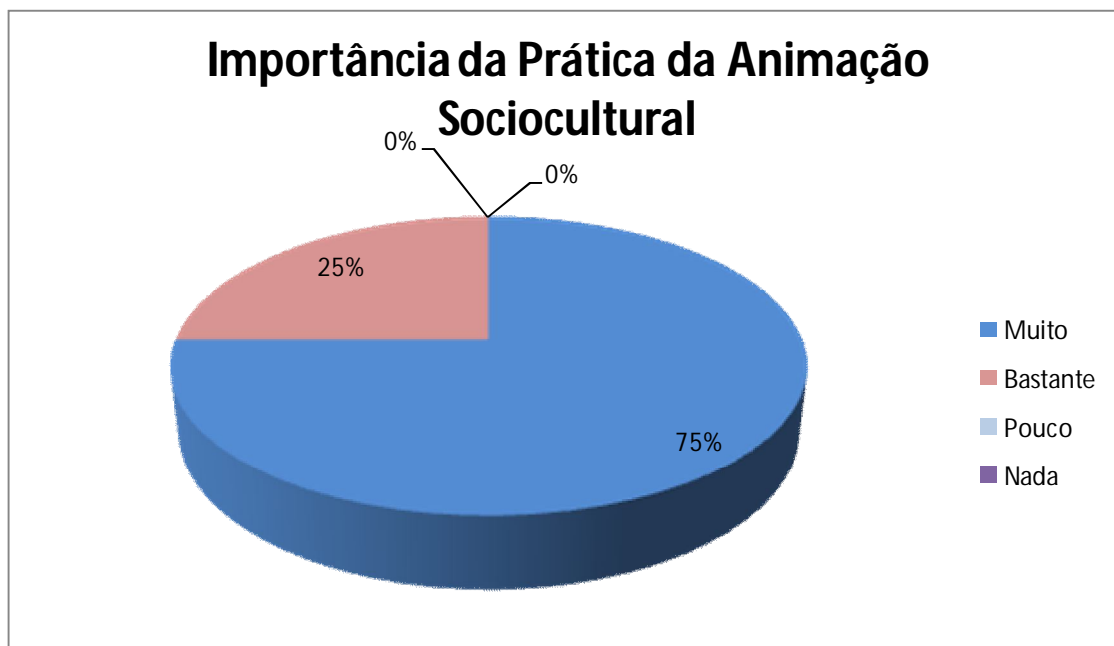


Gráfico 7

---

<sup>10</sup> Anexo 3

### 7.5.2. Animação Sociocultural vs Ocupação do Tempo Livre

Ao inquirir os idosos sobre a sua opinião no que respeita à prática de animação sociocultural na ocupação dos tempos livres (**Gráfico 8**), mais concretamente, se na sua opinião a animação sociocultural os ajuda a ocupar o tempo livre de uma forma mais positiva, as respostas foram as seguintes: 96% dos idosos consideram muito positiva e os restantes 4% que consideram bastante positiva.

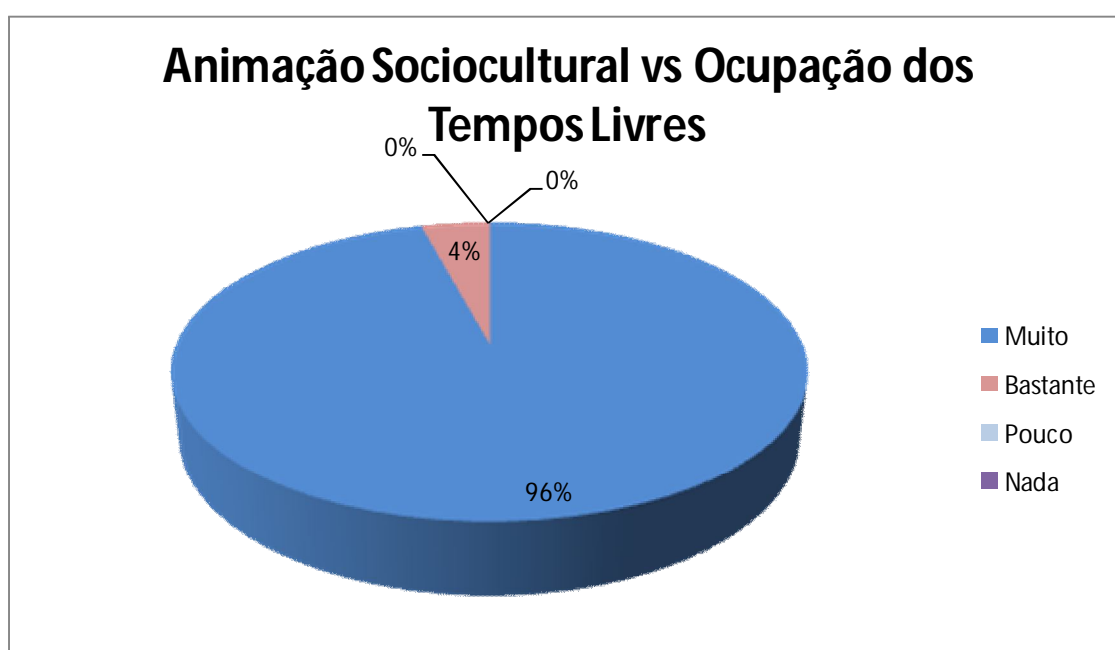
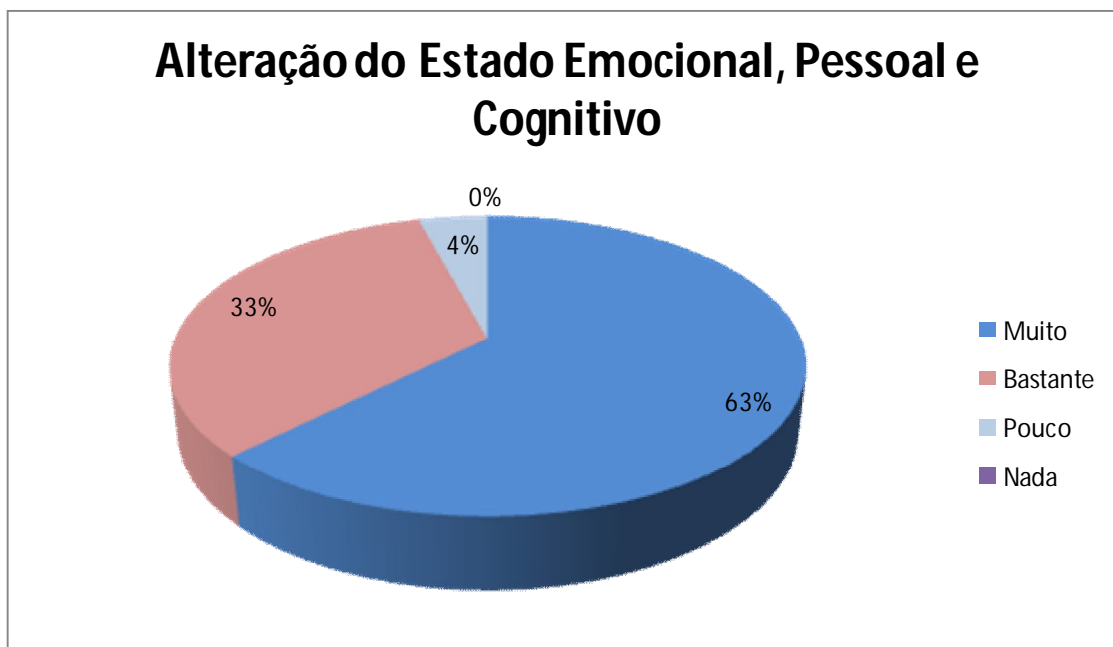


Gráfico 8



### 7.5.3. Alteração do Estado Emocional, Pessoal e Cognitivo

No que respeita às alterações do Estado Emocional, Pessoal e Cognitivo em face da intervenção da animação sociocultural, podemos verificar, no gráfico que se segue (**Gráfico 9**), que 63% dos idosos inquiridos responderam sentir muitas alterações no seu estado emocional, pessoal e cognitivo, seguidos de 33% dos idosos que consideraram bastantes alterações, e 4% consideram poucas alterações.



**Gráfico 9**

#### 7.5.4. Melhoria na Relação com os Companheiros

No gráfico seguinte (**Gráfico 10**), podemos analisar as respostas obtidas pelos idosos no que respeita à melhoria das suas relações com os seus companheiros. Desta forma podemos verificar que 42% dos idosos referem que a relação com os seus companheiros melhorou muito e 58% referem que melhorou bastante. As respostas pouco ou nada não obtiveram qualquer resposta.

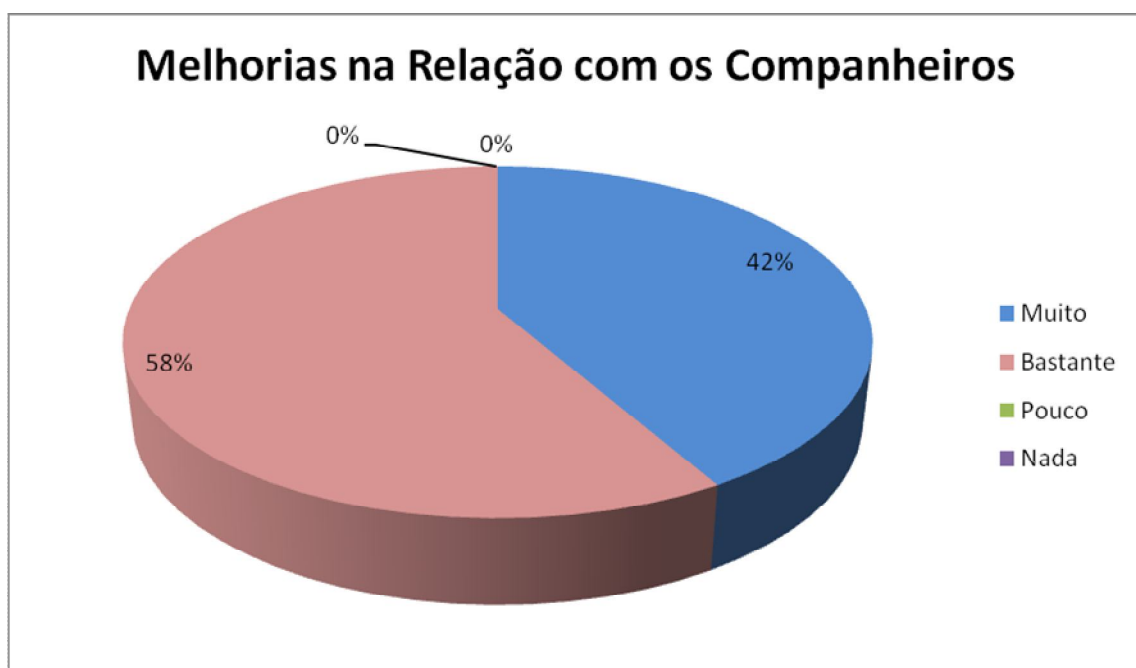
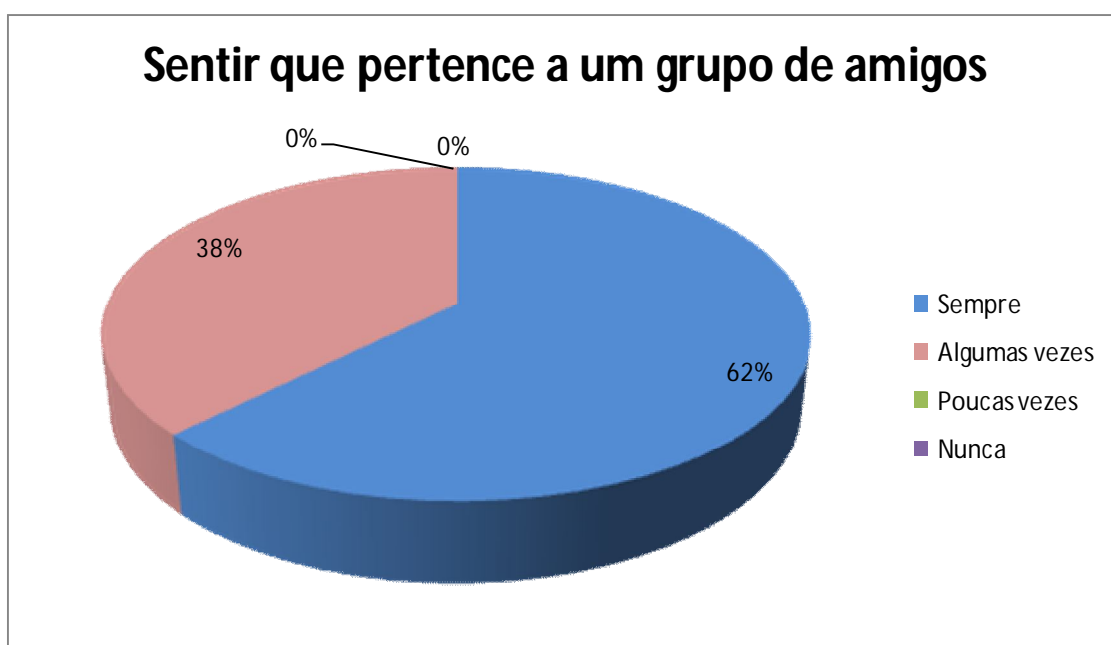


Gráfico 10

### 7.5.5. Sentir que pertence a um grupo de amigos

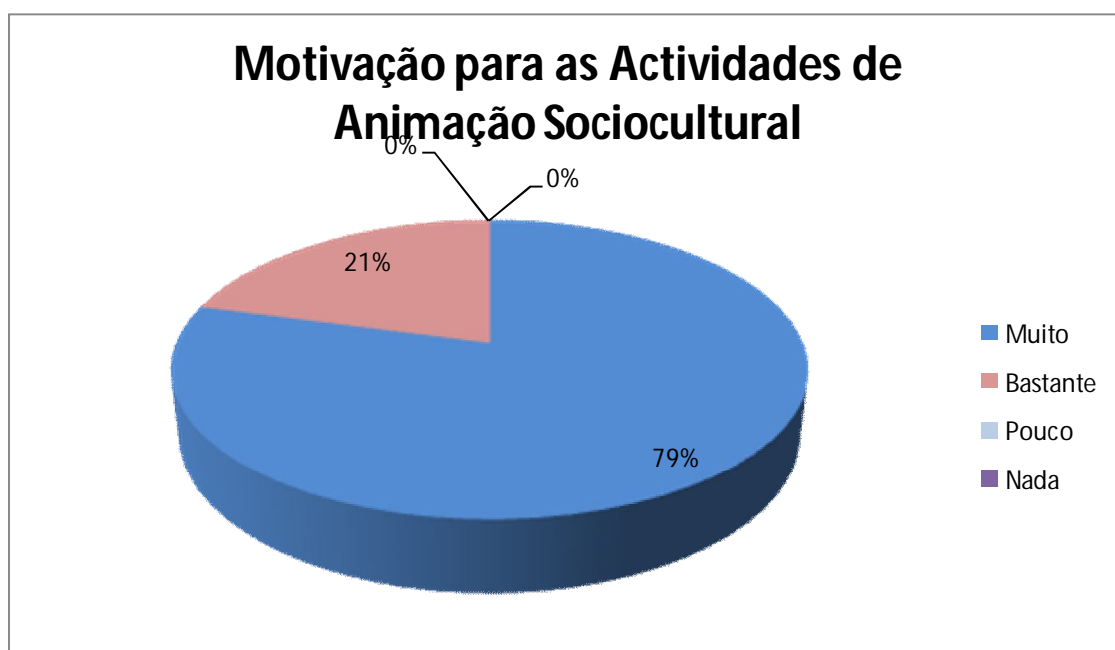
No que respeita ao facto de os idosos sentirem que passaram a fazer parte de um grupo de amigos (**Gráfico 11**), podemos verificar que 62% dos idosos inquiridos referiram sentir que pertenciam a um grupo de amigos sempre. Por outro lado, 38% referiram que sentiam pertencer a um grupo de amigos algumas vezes. As respostas “Poucas vezes” ou “Nunca” não obtiveram qualquer resposta por parte dos idosos inquiridos.



**Gráfico 11**

### 7.5.6. Motivação para as Actividades de Animação Sociocultural

No gráfico seguinte (**Gráfico 12**), podemos analisar a motivação dos idosos para a realização de actividades socioculturais. As respostas obtidas foram as seguintes: 79% dos idosos referiram sentirem-se muito motivados e 21% bastante motivados. Nenhum dos idosos inquiridos referiu sentir-se pouco ou nada motivado.



**Gráfico 12**

## 7.6. Criação de um Programa de Animação Sociocultural

Durante os meses de Março de 2010 a Junho de 2010 foi desenvolvido um programa de animação sociocultural com os idosos da Instituição que demonstraram sintomas de depressão e solidão. Este programa foi desenvolvido de modo a tentar ajudar as pessoas idosas nesta situação e ver em que medida a Animação Sociocultural os podia ajudar no combate a estas problemáticas.

Este programa era desenvolvido durante 2 horas da parte da manhã, três vezes por semana. Durante esse período as actividades programadas eram realizadas e no final de cada sessão conversávamos sobre as actividades desenvolvidas nesse dia e sobre o que poderia eventualmente ter falhado e o que poderíamos melhorar. O bem-estar dos idosos e gosto de eles próprios estarem ali foi sempre o objectivo principal.

### 7.6.1. Actividades da preferência dos idosos

Na tabela que se segue podemos analisar as actividades referidas pelos idosos como suas preferidas. Do lado esquerdo podemos verificar os tipos de actividades desenvolvidas e do lado direito o número de idosos que referiram preferir essas actividades.

Tipos de Actividades	Número Idosos
Expressão Dramática	11
Dinâmicas de Grupo	15
Actividades Físicas	20
Actividades Musicais	15
Actividades Cognitivas	9
Expressão Plástica	13

Tabela 4

## 7.7. Conversas Informais

Durante vários meses em conversa com os idosos fez-se o levantamento das suas palavras. Muitas das suas declarações eram tristes, no entanto, e com o passar do tempo pudemos verificar diferenças significativas nos seus diálogos.

Os idosos são pessoas extremamente sensíveis, pessoas que têm experiências de vida fantásticas e a quem a vida ensinou tudo o que tinha para ensinar. Uma grande parte das pessoas com quem se contactou, são pessoas que se viram deixadas naquela Instituição por obrigação e que praticamente não mantêm contacto com os seus familiares. São pessoas sozinhas, que nos viram como alguém amigo, como alguém que lhes podia dar o carinho e atenção que precisavam.

Uma senhora uma vez disse, com lágrimas nos olhos:

Gosto do carinho que a menina me dá. É como o que me dava a minha mãe, o meu marido, os meus filhos. Tenho saudades! Se os meus filhos soubessem quantas saudades tenho deles não demorariam a vir ver-me. Já não os vejo há tantos anos (...) Só Deus sabe como sou infeliz agora.

Outra senhora disse:

A menina ao chegar à minha idade vai ver que é tudo muito triste. Deixei as minhas coisas e não confio nas pessoas aqui (...), estava habituada sozinha! Sinto-me mal aqui, é muito barulho. Mas sabe, já aceitei o que a vida me deu! Gosto da menina por ser tão amável, os mais jovens não gostam de falar com os velhos.

Uma outra referiu:

Oh minha filha, se soubesse como sofro! Todos os dias quando me deito penso na minha vida e choro tanto. Só queria que Deus me levasse! Ele levou as pessoas mais importantes da minha vida e porque me deixou aqui? Todos os dias rezo para que me venha buscar (...). Gostava que ficasse connosco para sempre, dá-nos o carinho que deveria ser a família que nos abandonou aqui a dar!

No momento em que começamos a desenvolver as actividades alguns dos idosos mostraram-se um pouco reticentes e referiam que não iriam ser capazes de fazer o que quer que fosse. No entanto, a cada dia que ia passando e que nos preparávamos para mais actividades, notava-se que se sentiam felizes por estarem ali, sentiam-se pessoas diferentes, sentiam quase como se aquele momento que passávamos junto fosse único, como ilustram as palavras de uma senhora no final de uma das nossas sessões:

Sabe menina, ultimamente sinto-me uma pessoa diferente. Gosto quando trás coisas novas para fazermos (...) Estou sempre à espera de a ver entrar naquela porta. Até já consegui criar novas amizades e agora falo com pessoas que nunca tinha falado. Sinto-me mais feliz e até me sinto mais nova!

Um outro idoso referiu:

Gosto de fazer esses trabalhos e os jogos que trás para nós. Até me sinto uma pessoa nova ao aprender coisas e a fazer coisas que nunca pensei fazer (...) É bom, porque criamos amigos e até andamos todos mais contentes.

A certo momento já eram os próprios idosos a propor aquilo que queriam fazer nas sessões seguintes. O trabalho desenvolvido com estes idosos tornou-se sem dúvida em algo muito gratificante.

O presente estudo teve em conta conhecer diversos aspectos da solidão e da depressão no idoso institucionalizado, mas essencialmente perceber em que medida a Animação Sociocultural poderia intervir junto deste grupo da população.

Fez parte deste estudo uma amostra de 80 idosos de uma instituição, sendo que 40 eram do género masculino e outros 40 do género feminino.

Em algumas das conversas informais tal como foi referido no trabalho pudemos observar situações de abandono e desamparo por parte dos idosos que nos demonstraram níveis de solidão superiores.

Barroso & Tapadinhas (2006) referiram que os homens solteiros e divorciados apresentavam os níveis de solidão mais elevados, no nosso estudo, verificamos que são os homens solteiros e viúvos que apresentam os níveis de solidão superiores. Pudemos ainda verificar que aqueles idosos que saíam todos os dias da instituição para ir passear, que iam visitar/ou recebiam visitas de amigos e familiares foram os que apresentaram os níveis de solidão mais baixos, tal como se verificou no estudo destas autoras.

Ao longo da investigação realizada pudemos verificar que os idosos que demonstraram os maiores níveis de solidão eram pessoas como uma auto-estima muito reduzida, por norma stressadas e em alguns dos casos verificamos que eram pessoas que sofriam de depressão. Tal como foi verificado na nossa investigação, também no Portal da Educação do Brasil pudemos analisar que no estudo realizado pela Universidade Cornell, nos Estados Unidos, também referiam que a baixa auto-estima, aumento de stress eram formas que afectavam a saúde dos idosos que destacavam a sensação de solidão e isolamento. Neste estudo referem também, que estes sentimentos podem contribuir para a depressão.

Na instituição onde foi realizada a investigação, verificamos que as mulheres tinham níveis de depressão mais elevados que os dos homens. No nosso ponto de vista e pelo que pudemos apurar ao longo da investigação, esta situação deve-se ao facto de as mulheres ficarem muito mais tempo sem saírem da instituição e pelo que pudemos verificar em algumas das suas conversas deve-se também ao facto de estarem afastados dos seus familiares, por se sentirem limitadas fisicamente. Chaves (s/d) como podemos



verificar no trabalho referiu algumas dessas situações como aspectos ligados ao envelhecimento que provocam estados depressivos.

No que concerne à prática da Animação Sociocultural junto dos idosos com estas problemáticas, pudemos verificar que esta é realmente importante e que pode ajudar o idoso a vencer e a olhar para a vida de uma forma diferente. A Animação Sociocultural deve acima de tudo agir não só de forma terapêutica, mas também, de forma a prevenir situações como a solidão e a depressão.

Ao longo desta investigação deparamo-nos com algumas dificuldades, principalmente na aplicação das actividades de Animação Sociocultural. No entanto, apesar de inicialmente os idosos se terem mostrado reticentes em relação às mesmas, acabaram por aderir e os resultados obtidos foram muito positivos.

Futuramente, seria interessante investigar sobre a importância da família na participação da Animação Sociocultural como meio de combate à solidão e à depressão.

Este foi sem dúvida um trabalho que nos deu imenso gosto fazer, essencialmente porque nos permitiu ter o contacto com dos idosos de uma instituição e porque nos permitiu torná-los um pouco mais felizes.

## Referências Bibliográficas

- ANDER-EGG, Ezequiel (1999), *O Léxico do Animador*, Edição ANASC;
- APDASC, [www.apdasc.com/pt/index.php?option=com\\_content&task=view&id=32&Itemid=76](http://www.apdasc.com/pt/index.php?option=com_content&task=view&id=32&Itemid=76);
- BALLONE, José (2006), *Depressão no Idoso*, In: <http://www.psiqweb.med.br/site/?area=NO/LerNoticia&idNoticia=124>;
- BARROSO, Vera; TAPADINHAS, Ana (2006), *Órfãos Geriatras: Sentimentos de Solidão e Depressividade – Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados*, in <http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/TL0091.pdf>
- BRETON, Sue (2002), *Guia Elementar – Depressão*, Rio de Mouro. Círculo de Leitores;
- CALDAS, C. P. (2006), *Introdução à Gerontologia. In: Renato Veras; Roberto Lourenço (Org.). Formação Humana em Geriatria e Gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar*. Rio de Janeiro, RJ: UnATI/UERJ;
- CHAVES, Inês (s/d), *Depressão no Idoso & Processo de Envelhecimento - Quando o entardecer chega...*, in [http://www.cpihts.com/PDF02/In%C3%AAs%20Chaves\\_01.pdf](http://www.cpihts.com/PDF02/In%C3%AAs%20Chaves_01.pdf)
- CHOQUE, Stella e CHOQUE, Jacques (2004), *Actividades de animación para la tercera edad*, Barcelona, Paidotribo.
- COSTA, Elisabeth (1998), *Gerontodrama – Velhice em cena*, São Paulo, Editorial Ágora;
- COSTA, J. C. Gomes (2009), Contexto Familiar e Envelhecimento, in *Animação Sociocultural para a Terceira Idade*, 1ª Edição, Chaves; Intervenção;
- ELIZASU, Carolina (1999), *La Animación con Personas Mayores*, Madrid, Editorial CCS;
- FERNANDES, Eduarda; RIBEIRO, Antonela; CONSTANTINO, Marta, in [http://max.uma.pt/~EdSenior/index\\_ficheiros/Page1206.htm](http://max.uma.pt/~EdSenior/index_ficheiros/Page1206.htm);

- FERNANDES, Helder Jaime (2007), *Solidão em Idosos do Meio Rural do Concelho de Bragança*, Dissertação de Mestrado em Psicologia do Idoso, Porto, Universidade de Psicologia e Ciências da Educação;
- FERNANDES, Purificação (2002), *A depressão no idoso*, 2ª Edição, Coimbra, Quarteto Editora;
- FONTAINE, Roger (2000), *Psicologia do Envelhecimento*, 1ª Edição, Lisboa, Climepsi Editores;
- GARCIA, Ángel Galindo (2009), *Animação Sociocultural na Terceira Idade. Voluntariado, Cidadania e Participação*, in *Animação Sociocultural para a Terceira Idade*, 1ª Edição, Chaves; Intervenção;
- GORDILHO, Adriano (2002) in FREITAS, Elizabete; PY, Ligia; NERI, Anita; CANÇADO, Flávio; GORZONI, Milton; ROCHA, Sónia (2002), *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, Rio de Janeiro, Guanabara Koogan;
- HOZ, Víctor Garcia (1993), *Alegria na Terceira Idade*, Coleção Temas de Hoje, 2ª Edição, Editorial A.O., Braga.
- JACOB, Luís (2007) – *Animação de Idosos – Actividades*. Coleção Idade do Saber, 2ª edição, Porto, Ambar;
- JACOB, Luís (2007), *Animação de Idosos – Actividades*, Coleção Idade do Saber, 2ª edição, Porto, Ambar.
- LIMA, Margarida (2004), *Posso Participar?* Coleção Idade do Saber, 1ª edição, Porto, Ambar.
- LOPES, Marcelino Sousa (2006), *Animação Sociocultural em Portugal*, 1ª Edição, Chaves, Intervenção.
- NETO, M. (2004), *Solidão (também) mata... não só idosos como jovens*, Diário de Notícias, in [http://dn.sapo.pt/inicio/interior.aspx?content\\_id=591870](http://dn.sapo.pt/inicio/interior.aspx?content_id=591870);
- NUNES, Belina (2008), *Envelhecer com Saúde*, Lisboa, LIDEL Edições;
- OSÓRIO, Agustín Requejo in TRILLA, Jaume (1997), *Animação Sociocultural – Teorias, Programas e Âmbitos*, Lisboa, Editorial Ariel;
- PEREIRA, J. Dantas e LOPES, Marcelino (2009), *Animação Sociocultural na Terceira Idade*. 1ª Edição, Chaves: Intervenção.

- PÉREZ, Serrano in TRILLA, Jaume (1997), *Animação Sociocultural – Teorias, Programas e Âmbitos*, Lisboa, Editorial Ariel;
- PINTO, Anabela (2001), *Envelhecer Vivendo*, Coleção Saúde e Sociedade, Editorial Quarteto, Coimbra.
- Portal da Educação do Brasil (2009), <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/noticias/38075/solidao-e-isolamento-pioram-saude-fisica-e-mental-de-idosos>;
- Portal da Saúde do Ministério da Saúde (2006), <http://www.portaldasauade.pt/portal/conteudos/enciclopedia+da+saude/saude+mental/depressao.htm>;
- Revista Acção Social – O despertar da consciências, Outubro 2009;
- SANTOS, Purificação (2002), *A depressão no idoso*, 2ª Edição, Quarteto Editora, Coimbra;
- SOARES, Sylvia (2005), *A solidão na pós-modernidade*, São Paulo, in <http://febrapsi.org.br/publicacoes.php?pubs=Artigos#>;
- SOUSA, Liliana; FIGUEIREDO, Daniela e CERQUEIRA, Margarida (2004), *Envelhecer em Família – Os cuidados familiares na velhice*. Coleção Idade do Saber 2ª edição, Porto, Âmbar;
- ZIMERMAN, GUILTE I. (2000), *Velhice – Aspectos Biopsicossociais*, São Paulo, Artmed Editora.

---

## **VIII. ANEXOS**

---

## Anexo 1

**Sexo:** Feminino  Masculino

**Idade:** \_\_\_\_\_

### Estado Civil:

Solteiro/a

Casado/a ou união de facto

Divorciado/a

Viúvo/a

### Habilitações Literárias:

Analfabeto/a

Escolaridade básica (4º ano / 4ª classe)

Escolaridade obrigatória (9ºano)

Ensino secundário (12º ano)

Curso Técnico

Licenciatura

Pós-graduação

## 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..	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

## Anexo 2

### ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESSÃO<sup>11</sup>

(Yesavage, 1983)

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Data da Avaliação: \_\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

1. Está satisfeito com a sua vida?	S ( )	<b>N ( )</b>
2. Pôs de lado muitas das suas actividades e interesses?	<b>S ( )</b>	N ( )
3. Sente a sua vida vazia?	<b>S ( )</b>	N ( )
4. Fica muitas vezes aborrecido(a)?	<b>S ( )</b>	N ( )
5. Tem esperança no futuro?	S ( )	<b>N ( )</b>
6. Anda incomodado (a) com pensamentos que não consegue afastar?	<b>S ( )</b>	N ( )
7. Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?	S ( )	<b>N ( )</b>
8. Tem medo que lhe vá acontecer qualquer coisa de mal?	<b>S ( )</b>	N ( )
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?	S ( )	<b>N ( )</b>
10. Sente-se muitas vezes desamparado(a)?	<b>S ( )</b>	N ( )
11. Fica muitas vezes inquieto(a) e nervoso(a)?	<b>S ( )</b>	N ( )
12. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer	<b>S ( )</b>	N ( )
13. Preocupa-se muitas vezes com o futuro?	<b>S ( )</b>	N ( )
14. Acha que tem mais dificuldade de memória que os outros?	<b>S ( )</b>	N ( )
15. Pensa que é muito bom estar vivo(a)?	S ( )	<b>N ( )</b>
16. Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?	<b>S ( )</b>	N ( )

<sup>11</sup> **Pontuação:** 0 quando for diferente da resposta em negrito

1 quando for igual à resposta em negrito

**Total**  $\geq 10$ : suspeita de depressão



17. Sente-se inútil?	<b>S</b> ( )	<b>N</b> ( )
18. Preocupa-se muito com o passado?	<b>S</b> ( )	<b>N</b> ( )
19. Acha a sua vida interessante?	S ( )	<b>N</b> ( )
20. É difícil começar novas actividades?	<b>S</b> ( )	<b>N</b> ( )
21. Sente-se cheio(a) de energia?	S ( )	<b>N</b> ( )
22. Sente que para si não há esperança?	<b>S</b> ( )	<b>N</b> ( )
23. Pensa que a maioria das pessoas passa melhor do que o (a) senhor (a)?	<b>S</b> ( )	<b>N</b> ( )
24. Aflige-se muitas vezes com coisas pequenas?	<b>S</b> ( )	<b>N</b> ( )
25. Sente muitas vezes vontade de chorar?	<b>S</b> ( )	<b>N</b> ( )
26. Tem dificuldade em concentrar-se?	<b>S</b> ( )	<b>N</b> ( )
27. Gosta de se levantar de manhã?	S ( )	<b>N</b> ( )
28. Prefere evitar encontrar-se com as pessoas?	<b>S</b> ( )	<b>N</b> ( )
29. Tem facilidade em decidir as coisas?	S ( )	<b>N</b> ( )
30. O seu pensamento é tão claro como era dantes?	S ( )	<b>N</b> ( )

**Pontuação:** \_\_\_\_\_

### Anexo 3

## INQUÉRITO

No âmbito do Mestrado em Ciências da Educação – Especialização em Animação Sociocultural, da Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Pólo de Chaves, está a ser desenvolvido um Projecto de Investigação, que tem como objectivo o estudo “Solidão e Depressão no Idoso Institucionalizado: Intervenção da Animação Sociocultural”. Para tal, e na sequência das escalas aplicadas anteriormente, “Escala Geriátrica de Depressão”, “Escala de Solidão da UCLA” e das actividades de Animação Sociocultural desenvolvidas surgiu a necessidade da realização do presente inquérito. Os dados recolhidos são confidenciais e serão utilizados apenas para o desenvolvimento do trabalho.

1. Género:  Masculino                       Feminino
  
2. Idade: \_\_\_\_\_
  
3. Habilitações Literárias:  
 1º Ciclo     Ensino Secundário  
 Ensino Superior                                       2º Ciclo  
 Ensino Tecnológico                                       Outra(s)  
Qual/ais? \_\_\_\_\_
  
4. Considera a prática da Animação Sociocultural importante?  
 Muito                       Bastante                       Pouco                       Nada
  
5. Das actividades desenvolvidas quais as que mais gostou? (pode assinalar as que pretender)  
 Expressão Dramática                                       Dinâmicas de Grupo  
 Actividades Físicas                                       Actividades Musicais  
 Actividades Cognitivas                                       Outra(s)  
Qual/ais? \_\_\_\_\_

6. Desde que existe a prática da Animação Sociocultural na instituição sente alguma diferença no seu estado emocional, pessoal e cognitivo?
- Muito                       Bastante                       Pouco                       Nada
7. Considera que a prática da Animação Sociocultural o ajuda a passar o tempo livre de uma forma mais positiva?
- Muito                       Bastante                       Pouco                       Nada
8. Sente que a sua relação com os seus companheiros melhorou?
- Muito                       Bastante                       Pouco                       Nada
9. Sente que passou a fazer parte de um grupo de amigos?
- Muito                       Bastante                       Pouco                       Nada
10. Sente-se à vontade para dizer à Animadora Sociocultural que não gosta ou não se sente capaz de realizar alguma das actividades propostas?
- Sempre                       Algumas vezes                       Poucas vezes                       Nunca
11. Sente-se normalmente motivado para realizar as actividades propostas pela Animadora Sociocultural?
- Muito                       Bastante                       Pouco                       Nada

Obrigada pela sua Colaboração!