

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**SENTIMENTOS DE SOLIDÃO, CORRELATOS E
PREDITORES**



MARLENE DIAS DA COSTA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2012



**SENTIMENTOS DE SOLIDÃO, CORRELATOS E
PREDITORES**

MARLENE DIAS DA COSTA

**Dissertação apresentada ao ISMT para obtenção do grau de Mestre
em Psicoterapia e Psicologia Clínica**

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito Santo

Coimbra 2012

AGRADECIMENTOS

Chegada ao fim esta etapa, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que contribuíram para o meu sucesso e me apoiaram nos momentos mais difíceis.

Gostaria assim de agradecer à Professora Doutora Helena Espírito Santo por todos os ensinamentos e partilha de experiências que em tanto contribuíram para o meu crescimento não apenas enquanto mestranda, mas como pessoa individual e futura psicóloga.

Ao Miguel, pela sua dedicação, disponibilidade e paciência. Agradeço com todo o carinho a sua ajuda na presente dissertação.

Á minha colega de mestrado e grande amiga Diana Simões, por todo o apoio nas horas difíceis e por nunca me ter deixado baixar os braços mesmo quando partilhava desse mesmo desejo. Um grande obrigado por esta amizade tão sincera.

Á minha melhor amiga Ana Pinto, por todas as horas passadas ao telefone em desabafos que levaram a uma visão mais clara das coisas. Obrigado Ana Lúcia.

Aos meus pais, por me terem dado sempre apoio, coragem e amor em todos os momentos e por me terem ajudado monetariamente na conquista do meu sonho. A vós o meu profundo agradecimento pela pessoa que sou hoje e por todos os ensinamentos que me transmitiram.

Ao meu irmão, por todas as gargalhadas e desvalorização das dificuldades, tornando sempre as coisas mais fáceis. Agradeço-te por me dares força.

Ás minhas tão queridas amigas Carla e Carolina, pelo carinho e todos os momentos especiais que me encheram de força e alegria.

Aos idosos do Centro Operário Católico da Conchada, por me sensibilizarem para o tema da presente dissertação e pelo dom de conseguirem tocar no meu coração. Obrigado a todos.

Por fim, e não menos importante, queria agradecer a cooperação de todos os idosos sob resposta social do Distrito de Coimbra, sem os quais não teria sido possível a realização da presente dissertação. Obrigado pela colaboração e disponibilidade.

RESUMO

Contexto: A solidão relaciona-se com o aumento dos sentimentos depressivos e ansiosos, diminuição da satisfação com a vida e pobre qualidade subjetiva de sono. Dada a relação entre depressão e funcionamento cognitivo, fomos averiguar a possível relação entre solidão e o funcionamento cognitivo e os preditores de cada uma destas variáveis.

Objetivos: Avaliar a gravidade da solidão, da sintomatologia depressiva e ansiosa, da qualidade do sono e do declínio cognitivo; a relação entre a solidão e as variáveis sociodemográficas e as variáveis sociorrelacionais; a relação entre solidão e sintomas depressivos e ansiosos, qualidade do sono, controlando o efeito das variáveis sociodemográficas e sociorrelacionais; as correlações entre solidão e funções cognitivas, controlando o efeito das variáveis sociodemográficas, variáveis emocionais, resposta e suporte social; o impacto das variáveis que se mostrarem relevantes; e o impacto da solidão no funcionamento cognitivo.

Metodologia: A amostra incluiu 539 idosos, 127 (23,6%) do sexo masculino e 412 (76,4%) do sexo feminino; grande parte dos idosos é viúva ($n = 327$; 60,8%), 102 ainda são casados (19%); a maioria dos idosos possui o ensino básico primário ($n = 213$; 39,5%). Como instrumentos utilizámos um Questionário Sociodemográfico, a *Avaliação Breve do Estado Mental*; a Escala de Depressão Geriátrica; Inventário de Ansiedade Geriátrica; Escala de Satisfação com a Vida; Escala de Solidão; Questionário sobre o Sono na Terceira Idade e Questionário Geriátrico da Convivência/Solidão.

Resultados: A solidão relacionou-se de forma positiva e significativa com os sintomas ansiosos ($r = 0,15$, $p < 0,05$) e depressivos ($r = 0,29$, $p < 0,01$), com a qualidade do sono ($r = 0,21$, $p < 0,05$), com o sexo ($r = 0,16$, $p < 0,05$) e de forma negativa e significativa com a satisfação com a vida ($r = -0,27$, $p < 0,01$) e com o estado civil ($r = -0,25$, $p < 0,01$). A única variável que predisse a solidão e também o défice cognitivo foram os sintomas depressivos (1,19 vezes e 1,07 vezes respetivamente).

Conclusão: Não se verificou impacto da solidão no funcionamento cognitivo no nosso estudo. Falta-nos saber se esta ausência de relação se deve à natureza do estudo e se não poderemos esperar que os idosos solitários e também que têm significativamente mais sintomas ansiosos, depressivos e pior qualidade de sono poderão, daqui as uns anos, estar pior cognitivamente.

Palavras-chave: Solidão, Idosos, Institucionalização, Funcionamento Cognitivo.

ABSTRACT

Context: Loneliness is related with increased feelings of depression and anxiety, decreased life satisfaction and poor subjective sleep quality. Given the relationship between depression and cognitive functioning, we investigated the possible relationship between loneliness and cognitive functioning and predictors of each of these variables.

Objectives: To assess the severity of loneliness, depressive and anxious symptoms, sleep quality and cognitive decline, the relationship between loneliness and sociodemographic variables and socio relational variables, to relate loneliness, depressive and anxiety symptoms and sleep quality controlling the effect of sociodemographic and sociorelacional variables and; to correlate loneliness and cognitive functions, controlling the effect of sociodemographic variables, emotional variables, social response and support, to determine the impact of variables that prove to be relevant, and also the impact of loneliness on cognitive functioning.

Methods: Our sample included 539 elderly, 127 (23.6%) male and 412 (76.4%) female; many elderly people are widowed ($n = 327$, 60.8%), 102 are still married (19%), most seniors have primary basic education ($n = 213$, 39.5%). As instruments we used the Sociodemographic Questionnaire, the Mini-Mental State Examination, the Geriatric Depression Scale, the Geriatric Anxiety Inventory; the Satisfaction with Life Scale; Loneliness Scale; Sleep Questionnaire Questionnaire in Elderly and the Geriatric Questionnaire for Living/Loneliness .

Results: Loneliness was related positively and significantly with anxiety ($r = 0.15$, $p < 0.05$) and depression symptoms ($r = 0.29$, $p < 0.01$), sleep quality ($r = 0.21$, $p < 0.05$), sex ($r = 0.16$, $p < 0.05$) and negatively and significantly with life satisfaction ($r = -0.27$, $p < 0.01$) and marital status ($r = -0.25$, $p < 0.01$). The only variable that predicted loneliness and also cognitive deficit were depressive symptoms (1.19 times and 1.07 times respectively).

Conclusion: No impact was found of loneliness on cognitive functioning in our study. However, this lack of relation may be due to the nature of the study and perhaps we can expect the lonely elderly and that also have significantly more symptoms of anxiety, depression and poorer quality of sleep, to be worse cognitively in a few years.

Keywords: Loneliness, Elderly, Institutionalization, Cognitive Functioning

Introdução

Nas últimas décadas constatou-se um aumento acentuado do envelhecimento da população derivado do aumento da esperança de vida e da diminuição do índice de natalidade (Albuquerque e Tróccoli, 2004; Berger e Mailloux-Poirer 1995). Em várias investigações verifica-se que, em quase todas as sociedades, o envelhecimento é um fator impulsionador de mudanças profundas nas interações dos indivíduos (Balandin, Berg e Waller, 2006; Berger e Mailloux-Poirer, 1995).

Os idosos são alvo de discriminação social e de situações deficitárias tanto em relações familiares como sociais e que condicionam a vivência de um envelhecimento normal, com uma boa qualidade de vida, conduzindo-os ao isolamento (Costa, 2005; Furstenberg, 2002; Lloyd-Sherlock, 2002; Puijalon e Trincaz, 2000; Silvestre, 2003). Deste modo pode referir-se que a pessoa socialmente isolada é caracterizada como não tendo muitos amigos ou família, tendo um contacto limitado com os outros e como uma pessoa que vive completamente sozinha (Shankar, McMunn, Banks e Steptoe, 2011).

É relevante, desde já, tornar clara a definição de *solidão*, sendo esta caracterizada por muitos como a percepção de um estado de resposta a um défice de qualidade e quantidade das relações sociais existentes (Peplau e Perlman, 1982), o que implica sentimentos de ansiedade (Weiss, 1973), de inferioridade face aos outros (Horowitz, French, e Anderson, 1982), resultando da diferença existente entre o seu próprio desejo e a realidade experienciada (Peplau e Perlman, 1982). De acordo com Weiss (1973), a *solidão* pode ser dividida em duas dimensões, a emocional e a social. A emocional está relacionada com insatisfações nas relações familiares e românticas (relações mais íntimas). No que diz respeito à dimensão social, esta refere-se a um sentimento de falha nas relações sociais, em que a perda de um cônjuge e da ampla rede social que esta acarreta, não é mais que um entre muitos exemplos, consistindo a *solidão* numa consequência secundária da *solidão* emocional. Com a análise destas duas dimensões, verifica-se que o suporte social tem impacto na *solidão* social e o estado civil na *solidão* emocional (Weiss, 1973). Num estudo desenvolvido por Stroebe e equipa (1996), na análise do papel do suporte social na viuvez, verificou-se que com a perda, o suporte social não equilibra o vazio sentido pelo indivíduo. Posteriormente, DiTommaso e colaboradores (2004) concluíram que os diversos tipos de *solidão* são consequência de distintos défices e experiências; que existe associação entre os resultados elevados na *solidão* emocional familiar e

a qualidade das relações parentais; e que existe uma relação entre os resultados elevados na solidão emocional romântica e as falhas nas relações a dois.

O indivíduo, ao longo da sua vida, depende do grupo social no qual está inserido, necessitando deste para a sua sobrevivência e desenvolvimento (Furstenberg, 2002; Lloyd-Sherlock, 2002; Silvestre, 2003). Hoje em dia é usual associar os indivíduos idosos a pessoas solitárias. No entanto, o facto de muitos estarem mais isolados socialmente não significa necessariamente solidão, podendo a solidão estar relacionada com situações de vida como a existência de doença crónica, a viuvez (Havens et al., 2004; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, e Pitkala, 2005) e a institucionalização (Smith, 2007). Segundo Scocco e equipa (2006), os idosos que se encontram institucionalizados apresentam uma qualidade de vida mais baixa quando comparados com os indivíduos que vivem na comunidade, quer porque já apresentavam sintomas psiquiátricos e demenciais antes da institucionalização, quer pela falta de autonomia decorrente da mesma (Cacioppo e Hawkey, 2009; Luanaigh e Lawlor, 2008; Sampson, Bulpitt e Fletcher, 2010).

Os idosos institucionalizados tendem a sentir-se mais insatisfeitos e sós, uma vez que os dias passam a ser mais monótonos e se vêm afastados das suas redes sociais (De Jong-Gierveld e Havens, 2004; Fonseca, 2005). Em 2006, Scocco e colaboradores focaram o impacto da entrada para o lar e analisaram quais as mudanças que ocorrem ao nível da autonomia e da percepção da qualidade de vida dos idosos, quer a nível cognitivo, quer psicopatológico. Concluíram, que, aquando da entrada no lar, havia uma prevalência de sintomas de somatização, depressão, ansiedade e psicoticismo, e a qualidade de vida era percebida como baixa. É de considerar um outro estudo levado a cabo por Russel e equipa (1978) cujo objetivo foi avaliar a possível relação entre a admissão ao lar e a solidão, tendo concluído a existência de uma correlação forte entre ambos.

Na nossa sociedade, as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, zona de residência e nível socioeconómico) afetam o nível de percepção de solidão. Estudos desenvolvidos ao longo dos anos, evidenciaram uma maior percepção de solidão por parte do sexo masculino, em idosos viúvos, solteiros e com baixos rendimentos (DiTommaso, Brannen e Best, 2004; Neto, 2000), o mesmo acontecendo com os que viviam em zonas rurais (Savikko et al., 2005). O mesmo autor refere que a solidão aparenta diminuir com a instrução, tendo os indivíduos mais instruídos uma rede social mais ampla. Por fim, referindo-nos à idade, a solidão pode ocorrer muito cedo, como por exemplo aos sete e oito

anos (Neto, 1992), existindo estudos contraditórios sobre a sua prevalência. Estudos recentes concluíram que a solidão diminui com a idade, demonstrando o indivíduo uma maior habilidade social e uma vida mais estável (Neto, 2000). Contrariamente, DiTommaso e equipa (2004) referem que quanto maior é a idade do indivíduo idoso, maior é a influência que esta provoca na sua perceção de solidão romântica.

Existe também uma relação entre a solidão e os aspetos emocionais. A solidão e a depressão encontram-se profundamente relacionadas, podendo os níveis de solidão levar ao aumento ou diminuição de sintomas depressivos no idoso (Nunes, 2008). Considerada uma doença mental grave e incapacitante, a depressão, atinge indivíduos de todas as faixas etárias, interferindo em todos os aspetos do seu quotidiano (Zimmerman, 2000). Deste modo, o indivíduo deprimido pode expressar alterações cognitivas e comportamentais específicas deste distúrbio emocional (Barroso e Tapadinhas, 2006; Zimmerman, 2000), que no idoso consistem em sentimentos de tristeza, irritabilidade, ansiedade, problemas de sono, perda do gosto pela vida, sintomas somáticos e dificuldades cognitivas (Ballone, Ortolani e Pereira-Neto, 2007), e que podem dificultar a adaptação ao processo de envelhecimento (Martins, 2008). No sentido etiológico, a depressão pode ocorrer devido ao abandono, ao isolamento, à perda de estatuto, à morte de um cônjuge, a uma doença orgânica e à desvalorização social e profissional (Bruce, 2002; Fernandes, 2000; Lurie, 2007; Zimmerman, 2000). Numa investigação portuguesa, após a comparação entre o meio rural e urbano relativamente a sintomas depressivos e de solidão, a população rural evidenciou resultados significativamente inferiores ao nível da depressão e da solidão, sendo a depressão independente da sua condição socioprofissional (Teixeira, 2010). Outro estudo português refere também uma maior prevalência de depressão em idosos solteiros e uma menor em idosos reformados (Fernandes, 2000).

No sentido das consequências, a depressão na terceira idade distancia os idosos das atividades sociais e físicas do meio onde se encontram inseridos, provocando sentimentos de solidão (Zimmerman, 2000). Esta ausência de interação social pode levar o idoso a desenvolver para além de sintomas depressivos, sintomas de ansiedade, percepcionando o mundo como uma ameaça e dúvida constante (Fava, Kristensen, Melo e Araujo, 2009; Habib, 2000; Ito et al., 2008; Odriozola, 2001; Skinner e Vaughan, 1985).

Outro problema frequente no envelhecimento são as queixas relativas ao sono (Bloom et al., 2009; Goldman et al., 2007; Ryff et al., 2004). Sintomas depressivos e ansiosos

parecem encontrar-se fortemente associados com estas queixas (Cho et al., 2008; Naismith et al., 2009). Nos últimos anos, estudos desenvolvidos por Cacioppo e equipa (2002a; 2002b), referem uma associação entre solidão e uma pobre qualidade de sono subjetivo. A solidão e o sentimento de vulnerabilidade levam o idoso a uma menor satisfação com o sono, sem que seja diminuída a sua duração (Carskadon, 2002; Jacobs, Cohen, Hammerman-Rozenberg, e Stessman, 2006). Com o avançar da idade, é habitual ocorrer agitação durante a noite, menor eficiência e duração do sono (Cacioppo, Hawkley, Berntson et al., 2002), e disfunção diurna (Hawkley, Preacher e Cacioppo, 2010; Kelly, 2003), os quais se encontram altamente afetados pela solidão. Fatores internos, nomeadamente a ansiedade, o neuroticismo e a tendência para se preocupar (Freedman e Sattler, 1982); e fatores externos, tais como o aumento da toma da medicação (Willcox, Himmelstein, e Woolhandler, 1994) e a presença de comorbilidades, associam-se a uma redução da qualidade do sono (Foley, Ancoli-Israel Britz, e Walsh, 2004). A privação do sono em indivíduos que se encontram numa fase de solidão, leva à ativação psicológica (excitação cognitiva), a qual está provavelmente centrada na insuficiência das relações sociais (Akerstedt, Kecklund e Axelsson, 2007; Harvey, Tang, e Browning, 2005; Kelly, 2003; Tang e Harvey, 2004). Vários autores referem que as alterações do sono aliadas a outros sintomas neuropsiquiátricos (ansiedade e depressão) podem levar a uma deterioração do estado cognitivo e funcional, culminando na demência. Na atualidade, a solidão é vista como a mediadora entre a ligação do stress interpessoal, sintomas ansiosos, sintomas depressivos e queixas somáticas em vários graus (Aanes, Hetland, Pallesen e Mittelmark, 2011).

O aumento da idade encontra-se relacionado com inúmeros problemas que levam a uma diminuição da satisfação do indivíduo (Charles, Reynolds e Gatz, 2001; Herzog, Rodgers e Woodworth, 1981; Horley e Lavery, 1995; Kunzmann, Little e Smith, 2000; Mroczek e Kolarz, 1998). Sendo a satisfação definida como “*uma avaliação global da qualidade de vida*” que cada um faz dos seus critérios (Shin, Jonhson e Avowed 1978, p. 478), esta encontra-se também associada à qualidade das relações sociais, estados afetivos (Peplau e Perlman, 1982; Russell, Peplau, Ferguson, 1978) e insatisfação perante a vida (Neto, 1989). Investigações desenvolvidas referem que idosos com dificuldades de mobilidade e visão, apresentam sentimentos de solidão e conseqüentemente uma menor satisfação com a vida (Albuquerque e Tróccoli, 2004; Efklides, 2003; Grow, Alpass, Stephens e Towers, 2010; Paúl, Fonseca, Martin e Amado, 2003; Paúl e Fonseca, 2005; Tooth, et al., 2008; Westaway, Olorunju e Rai, 2007). De facto, comprova-se a

existência de uma correlação negativa entre solidão e satisfação com a vida (Melo e Neto, 2003). Outras investigações indicam que as dificuldades cognitivas, habituais no envelhecimento, implicam alterações nas atividades da vida diária e diminuição da autonomia que podem conduzir a consequências psicossociais determinantes de estados emocionais (Holmén, Andersson, Ericsson, e Wilblod, 1992; Johansson et al., 2012; Papalia e Olds, 2000).

Envelhecer, em toda a literatura revista, é visto como um processo onde a fuga à solidão, a ausência de sintomas ansiosos e depressivos, conduzem o idoso a compreender esta fase de permanentes mudanças, determinando um maior padrão de qualidade de vida e consequentemente uma maior satisfação com a vida (Queiroz e Trinca, 1983).

Objetivos

Em síntese, analisando a literatura existente, a solidão implica um déficit de qualidade e quantidade das relações sociais que pode ter um impacto em vários aspetos emocionais e comportamentais. Adicionalmente, sabe-se que muitos destes aspetos, tais como a depressão, ansiedade e o sono, têm um impacto no funcionamento cognitivo. Assim, se há uma relação entre solidão e as variáveis emocionais, e uma relação entre as variáveis emocionais e funcionamento cognitivo, será que há uma relação entre a solidão e o funcionamento cognitivo? Como se caracterizar esses aspectos e relação na população idosa institucionalizada portuguesa? Nesse sentido, os nossos objetivos são: 1) Determinar a gravidade da solidão, da sintomatologia depressiva e ansiosa, da qualidade do sono e do declínio cognitivo; 2) Avaliar se há relação entre a solidão e as variáveis sociodemográficas e as variáveis sociorrelacionais; 3) Verificar se existe relação entre solidão e sintomas depressivos e ansiosos, qualidade do sono, controlando o efeito das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, zona de residência e nível socioeconómico), valências e suporte social; 4) Ver as correlações entre solidão e funções cognitivas, controlando o efeito das variáveis sociodemográficas (sexo, idade, escolaridade, estado civil, variáveis emocionais (GAI, GDS, SWLS), resposta e suporte social; 5) Estimar o impacto das variáveis que se mostrarem relevantes (sociodemográficas, suporte social, variáveis emocionais e sono, na perceção da solidão); e 6) Determinar o impacto da solidão no funcionamento cognitivo.

Instrumentos

O **Questionário socio-demográfico** é realizado com o objetivo de recolher informações relativas à idade, sexo, estado civil, escolaridade, coabitação e visitas.

A **Avaliação Breve do Estado Mental** (MMSE, *Mini-Mental State Examination*; Folstein, Folstein e McHugh, 1975) é um instrumento de avaliação das funções cognitivas mais utilizado a nível mundial, sendo este de uma aplicação rápida de 5 a 10 minutos. Este instrumento encontra-se dividido em sete categorias: orientação temporal (5 pontos), retenção de três palavras (3 pontos), orientação espacial (5 pontos), atenção e cálculo (5 pontos), evocação das três palavras (3 pontos), capacidade construtivo visual (1 ponto) e linguagem (8 pontos). O MMSE apresenta uma pontuação que pode variar de um mínimo de zero pontos (elevado défice cognitivo) a um máximo de 30 pontos, referente à melhor capacidade cognitiva (Folstein, Folstein, e McHugh, 1975). É um teste administrado para rastreio cognitivo mas nunca para diagnóstico de demência (Folstein, 1998). O ponto de corte mais utilizado para indicar défice cognitivo é 24 (Kay et al., 1985), tendo sido ajustado conforme a escolaridade, visto haver a possibilidade da perda de casos entre indivíduos idosos de educação mais elevada e gerar falsos positivos nos indivíduos de escolaridade inferior (Murden, McRae, Kaner, e Bucknam, 1991). No MMSE, numa revisão de investigações decorrida ao longo de 25 anos, revelou uma consistência interna variada entre pobre (0,54) e excelente (0,96) (Tombaugh e McIntyre, 1992). No que diz respeito à população portuguesa, considerou-se como pontos de corte reveladores de défice cognitivo valores menor ou igual a 15 para analfabetos, menor ou igual a 22 para indivíduos com um a 11 anos de escolaridade e menor ou igual a 27 para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos (Folstein et al., 1975). Um estudo de Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins (2010), as pontuações médias apresentadas foram de $25,16 \pm 2,16$ para 0-2 anos de literacia; $27,82 \pm 1,78$ para 3-6 anos e $29,05 \pm 1,11$ para mais de 7 anos de escolaridade, sendo na amostra total de $28,05$ ($DP = 1,93$) apresentando o teste um valor moderado de consistência interna (α de Cronbach = 0,46).

A **Escala de Depressão Geriátrica** (GDS, *Geriatric Depression Scale*; Yesavage et al., 1983) é uma escala direcionada especificamente para indivíduos idosos. Ao longo dos anos tem sido considerada como a mais completa escala de rastreio na avaliação da depressão geriátrica (Baldwin e Wild, 2004). A versão original é composta por 30 itens (escala que

utilizámos), sendo cada item pontuado de 0 ou 1, variando a sua pontuação entre zero e 30. Uma resposta positiva nos itens 2-4, 6, 8, 10-14, 16-18, 20, 22-26 e 28 vale um ponto, e uma resposta negativa nos itens 1, 5, 7, 9, 15, 19, 21, 27, 29 e 30 também vale um ponto (Baldwin e Wild, 2004). Vários estudos efectuados evidenciaram a sua validade ($\alpha = 0,94$) e fidedignidade ($\kappa = 0,94$) (Coleman, Philip e Mulle, 1995). Em relação à população portuguesa, a GDS foi validada orientando-se pelos autores da escala, seguindo esses mesmos pontos de corte, cotando os resultados como normal (0 a 10 pontos), como depressão ligeira (11 a 20 pontos) e depressão grave (21 a 30 pontos) (Barreto, Leuschner, Santos Sobral, 2003).

O **Inventário de Ansiedade Geriátrica** (GAI; Pachana et al., 2007) trata-se de um instrumento de 20 itens de fácil administração, criado para a população idosa, na avaliação do rastreio e intensidade dos sintomas em indivíduos idosos com perturbação de ansiedade. Refere-se à última semana vivida pelo idoso, em que as opções de resposta variam entre concordo (1 ponto) ou discordo (0 pontos). A pontuação varia entre zero pontos (mínima) e 20 pontos (máxima) (Pachana et al., 2007). De acordo com estes autores, o GAI revelou boas propriedades psicométricas, mostrando boa consistência interna em idosos saudáveis ($\alpha = 0,91$) e em amostras psicogeriatrica ($\alpha = 0,93$), excelente fidelidade teste-reteste (1 semana $r = 0,91$) e fidelidade inter-observadores ($\kappa = 0,99$). No que se refere à validade de critério, o ponto de corte foi de 10/11 para o transtorno de ansiedade generalizada na amostra psicogeriatrica (Pachana et al., 2007).

A **Escala de Satisfação com a Vida** (*Satisfaction With Life Scale*, SWLS; Diener, Emmons, Larsen Griffin, 1985; Versão Portuguesa: Simões, 1992) permite avaliar o bem-estar subjetivo, ou seja, como os indivíduos vivenciam o seu dia-a-dia, podendo esta ser de forma positiva ou negativa. O teste original elaborado por Diener e equipa (1985) era constituído por 48 itens, no entanto a versão por nós utilizada apresenta cinco itens, que mantiveram a sua fidedignidade e validade. Em Portugal, foi validada pela primeira vez por Neto e colaboradores (1990), onde se obteve um alfa de Cronbach de 0,78, bons índices de validade, correlações significativas com a aceitação/rejeição pessoal, a eficácia, a auto-eficácia, a maturidade psicológica, a ansiedade psicológica e o auto-conceito total (Diener et al., 1985). Simões (1992) numa posterior investigação, reduziu a escala de sete para cinco alternativas de resposta. Esta escala, a SWLS, é formada por cinco itens (numa escala tipo *Likert*), tendo como opções de resposta: discordo muito (1), discordo um pouco (2), não concordo, nem discordo (3), concordo

um pouco (4) e concordo muito (5). O questionário apresenta um resultado que pode variar entre cinco e 25 pontos, em que uma menor satisfação com a vida equivale a cinco e uma maior satisfação com a vida à pontuação máxima de 25.

A **Escala de Solidão** (Russel, Replau e Ferguson, 1978; Versão Portuguesa: Margarida Pocinho e Carlos Farate 2005) é uma escala formada originalmente por 20 itens, com vista à avaliação dos sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social. A versão portuguesa está validada para idosos. É uma escala com quatro alternativas de resposta que variam entre *Nunca (1)*, *Raramente (2)*, *Algumas Vezes (3)* e *Frequentemente (4)* (Russel, Replau Ferguson, 1978). Todas as afirmações foram elaboradas com uma conotação negativa, relativamente às quais os indivíduos referem com que frequência apresentam sentimentos de solidão. A análise fatorial mostrou a existência de dois fatores (isolamento social e afinidade). As propriedades psicométricas mostraram-se adequadas (κ = entre 0,8 e 1; escala total: α = 0,91; subescala isolamento: α = 0,87; subescala afinidade: α = 0,81)

O **Questionário sobre o Sono na Terceira Idade** (Gomes, 2005; Adaptado por Rodrigues, Marques e Espírito-Santo, 2011) é um instrumento utilizado para medir a qualidade e padrões de sono. Este é constituído por dois grupos sendo o primeiro formado por sete questões com cinco opções de resposta cada e o segundo formado maioritariamente com questões de resposta dicotómica, à exceção de quatro que são de resposta breve. Da análise elaborada por Marques e Espírito-Santo (2011) obteve-se um alfa de Cronbach de 0,812, o qual segundo Pestana e Gageiro (2008) revela uma muito boa consistência interna.

O **Questionário Geriátrico da Convivência/Solidão** (QGCS; Costa e Espírito-Santo, 2011) é um instrumento de avaliação do nível de convivência dos indivíduos idosos consoante a valência em que se encontram, Centro de Dia/Casa ou Lar/ Centro de Noite. Este questionário é formado por dois grupos independentes de sete questões de resposta rápida, cuja administração depende se o idoso se encontra em centro de dia/casa ou lar/centro de noite.

METODOLOGIA

Âmbito Geral do Estudo

O presente estudo integra-se num projecto de investigação, do Instituto Superior Miguel Torga, “*Trajectórias do Envelhecimento de Idosos em Resposta Social: Estudo dos Factores Preditivos do Envelhecimento Saudável e da Demência*”, o qual decorre desde Novembro de 2010. O objectivo prende-se pelo rastreio cognitivo e a avaliação dos

indivíduos idosos que se encontram sob resposta social no concelho.

Os idosos voluntários, após terem dado consentimento (ou alguém responsável pelos mesmos), eram avaliados através de uma bateria de testes dividida em duas sessões e administrada por dois estudantes separadamente. Na 1ª sessão foram aplicados o MMSE, o GAI, o GDS, o SWLS e o PANAS por um aluno do 3º ano do 1º ciclo, com uma duração de 20 a 30 minutos. A segunda sessão, administrada por um estudante do 1º ano do 2º ciclo incluiu o MOCA, a Figura Complexa de Rey, três testes de Fluência Verbal, teste Stroop, Rey 15 -item e teste do toco e do dinheiro, durando aproximadamente 60 minutos.

Cada sessão era monitorizada por um mestrando que apoiava a administração de forma a corrigir eventuais erros.

Amostra

A população alvo do nosso estudo é constituída por idosos residentes em Lares e em Centros de Dia na Região de Coimbra (Tabela 1). A amostra é constituída por 632, mas com 93 idosos que não foram avaliados com o MMSE (2 por problemas sensoriais, 12 devido a problemas comportamentais ou cognitivos, 6 por se recusarem e 73 porque entretanto saíram da instituição, outros faleceram ou pioraram em termos de saúde). A amostra fica reduzida a 539 idosos, 127 (23,6 %) do sexo masculino e 412 (76,4%) do sexo feminino. A idade média dos indivíduos idosos é de 80,03 anos ($DP = 7,38$), sendo a idade mínima de 60 anos e a idade máxima de 100 anos. Porém, 16 idosos não souberam dar informações concernentes à sua idade. Relativamente ao estado civil, averiguámos que grande parte dos idosos é viúvo ($n= 327$; 60,8%), sendo que 102 são ainda casados (19%). No que se refere ao grau de escolaridade, constatámos que a maioria dos idosos relata possuir o ensino básico primário ($n= 213$; 39,5%), seguido dos idosos que relatam não saber ler nem escrever ($n= 172$; 31,9%).

Tabela 1. *Caracterização Sociodemográfica da Amostra dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra.*

	Total (N = 539)				Variação
	<i>n</i>	%	<i>M</i>	<i>DP</i>	
Idade			80,03	7,38	60-100
Sexo (Total)	(539)	(100)			
Masculino	127	23,6			
Feminino	412	76,4			
Estado Civil (Total)	(539)	(100,0)			
Solteiro(a)	72	13,3			
Casado(a)	102	19,0			
Divorciado	34	6,1			
Víuvo(a)	327	60,6			
União de facto	3	6,0			
Escolaridade	(539)	(100,0)			
Não sabe ler nem escrever	172	31,7			
Sabe ler e escrever s/ escolaridade	87	16,1			
Ensino básico primário	213	39,3			
Ensino básico preparatório	41	7,1			
Ensino básico secundário	11	2			
Ensino médio	3	6			
Ensino superior	12	2,2			

Na Tabela 2 averiguámos que em relação à coabitação, os idosos viviam maioritariamente em instituições (29,4%) e sozinhos (28,0%), estando a minoria com amigos/ vizinhos (0,8%). Ao investigar a caracterização da amostra a nível das pessoas que os visitam, há uma prevalência elevada de visitas por parte dos filhos (44,6%), sendo também relevante o facto da ausência de visitas ser o segundo valor mais elevado (21,2%).

Tabela 2. *Caracterização Sociorrelacional da Amostra dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra.*

		Total	
		n	%
Coabitação	Cônjuge	48	12,7
	Filho	35	9,3
	Filha	50	13,2
	Irmã	16	4,2
	Outros	9	2,4
	Amigos/Vizinhos	3	0,8
	Sozinho	106	28,0
	Instituição	111	29,4
Quem visita	Cônjuge	8	2,2
	Filho (s)	164	44,6
	Irmão (a)	32	8,7
	Outros	61	16,6
	Amigos/Vizinhos	25	6,8
	Ninguém	78	21,2

A distribuição dos idosos pelas categorias das variáveis sociodemográficas não era uniforme pelo que as recodificámos em duas categorias para proceder a algumas análises. Recodificámos as variáveis idade, estado civil, escolaridade e com quem vive e visitas (Tabela 3).

Na Tabela 3, procedemos à caracterização da amostra dos idosos sob resposta social do concelho de Coimbra ($N = 539$) com as variáveis *idade*, *estado civil*, *escolaridade*, *com quem vive* e *visitas* recodificadas, onde a amostra se mostrou equilibrada a nível da idade, escolaridade e com quem vive. Em relação ao estado civil e visitas, a amostra recodificada indica uma prevalência elevada de idosos sem companheiro e visitados.

Tabela 3. Caracterização da Amostra dos Idosos sob Resposta Social do Concelho de Coimbra (N = 539) com as Variáveis Idade, Estado Civil, Escolaridade, Com quem vive e Visitas Recodificadas.

		Total	
		<i>n</i>	%
Idade	Novos velhos	254	48,6
	Velhos velhos	269	51,4
Estado civil	Sem companheiro	432	80,1
	Com companheiro	107	19,9
Escolaridade	Sem escolaridade	259	48,1
	Com escolaridade	280	51,9
Coabitação	Acompanhado	159	42,4
	Ninguém	216	57,6
Visitas	Visitado	290	77,5
	Não visitado	84	22,5

Crítérios de definição de défice

Para a estratificação do MMSE utilizámos quatro pontos de corte para as pontuações das nossas medidas, ficando estas divididas pelos percentis 25, 50 e 75. Dado que a análise de frequências do MMSE mostrou não haverem idosos nos percentis 25 e 50, a nossa amostra foi dividida em dois grupos: grupo com défice cognitivo (percentil 75) e grupo sem défice cognitivo (acima de percentil 75).

Análise Estatística

Para a análise dos resultados do estudo foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Science (SPSS)*, versão 20.0 para Mac OS X SPSS Inc., 2011. Para a caracterização da nossa amostra foi realizada a estatística descritiva, com o cálculo das médias e desvios-padrão, sendo as variáveis de critério a solidão medida pela UCLA e a presença ou ausência de défice cognitivo medido pelo MMSE.

Seguidamente foi efetuado o cálculo da normalidade da distribuição da amostra, através do teste de Kolmogorov-Smirnov. No decorrer do nosso estudo foram efectuados testes paramétricos tendo em conta que a nossa amostra apresenta uma dimensão superior a 30 indivíduos, e que todas as pontuações totais apresentam uma distribuição normal (UCLA: $K = -0,75$; $AS = -0,06$; $KS = 0,060$; $p = 0,060$; SWLS: $K = -0,80$; $AS = -0,19$; $KS = 0,093$; $p = 0,000$; GAI: $K = -0,83$; $AS = -0,61$; $KS = 0,125$; $p = 0,000$; GDS: $K = -0,23$; $AS = -0,62$;

KS = 0,079; p = 0,003; MMSE: **K** = -0,52; **AS** = -0,21; **KS** = 0,090; p = 0,000) e QSTI: **K** = 0,01; **AS**: - 0,26; **KS** = 0,08; p = 0,089).

Através do teste t de Student para amostras independentes, foi-nos permitido comparar dois grupos de idosos (grupo sem solidão e grupo com solidão) através das pontuações médias da satisfação com a vida, dos sintomas ansiosos, depressivos, do sono e funcionamento cognitivo e para testar a influência das variáveis sociodemográficas nas variáveis de critério.

Utilizámos o r de Pearson para avaliar a intensidade das relações das variáveis em estudo, recorrendo também ao ponto-bisserial e ainda, ao cálculo das correlações parciais, controlando o efeito do funcionamento cognitivo. Neste estudo considerámos a tipologia de Pestana e Gageiro (2008) para analisar as correlações: de 0,20 a 0,39 considera-se uma correlação baixa, de 0,40 a 0,69 considera-se uma correlação moderada e entre 0,70 e 0,89 uma correlação alta.

Por fim, procedemos ao cálculo da regressão logística hierárquica multivariada a qual nos permitiu realizar a análise preditiva, inserindo na análise as variáveis que mostraram correlação com o MMSE.

Resultados Prévios

Concluimos que os instrumentos que usámos no nosso estudo possuíam as características psicométricas adequadas à sua aplicação (Pestana e Gageiro, 2008).

No que se refere à UCLA, esta apresentou um alfa de Cronbach de 0,93. A análise da confiabilidade do SWLS revelou um alfa de Cronbach de 0,78 e o GDS apresentou 0,85.

Nomeadamente em relação ao GAI, este mostrou um grau de concordância de 0,92 e o MMSE um grau de concordância elevado ($r = 0,74$) com o MOCA.

Por fim, a análise da confiabilidade do QSTI revelou um alfa de Cronbach de 0,812, revelando muito boa consistência interna.

Resultados

Na Tabela 4 observam-se as médias e os desvios-padrão das pontuações obtidas nas diferentes escalas. Uma vez que ainda não foram publicadas investigações com o QSTI, fomos analisar os seus valores de percentil, criando pontos de corte para dez grupos iguais. Verificámos assim que no percentil 10 a pontuação correspondia a 12,00 (11,3%); no percentil 20 correspondia a 14,00 (26,8%); no percentil 30 correspondia a 15,00 (32,0%); no

percentil 40 correspondia a 17,20 (40,2%); no percentil 50 correspondia a 19,00; no percentil 60 correspondia a 21,00 (61,9%); no percentil 70 correspondia a 24,00 (71,9%); no percentil 80 correspondia a 26,00 (82,5%) e no percentil 90 correspondia a 28,20 (90,7%).

Tabela 4. Pontuações Médias e do Desvio Padrão no Total da Escala da Solidão (UCLA), na Satisfaction With Life Scale (SWLS), na Geriatric Anxiety Inventory (GAI), na Geriatric Depression Scale (GDS), Questionário sobre o Sono na Terceira Idade (QSTI); do Mini Mental State Examination (MMSE).

	Total			
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	Varição
UCLA	223	37,48	10,47	16,00 - 59,00
SWLS	526	16,33	5,31	5,00 - 31,00
GAI	534	12,52	6,02	0,00 - 20,00
GDS	530	14,61	6,27	0,00 - 29,00
QSTI	97	19,99	6,03	9,00 - 33,00
MMSE	539	20,56	6,10	0,00 - 30,00

Notas: *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *p* = nível de significância.

Recodificámos a UCLA a partir do ponto de corte utilizado na validação portuguesa por Pocinho (2007) para assim definirmos dois grupos, um grupo sem solidão e outro com solidão. A partir daí fomos ver se as pontuações médias nas medidas de interesse se distinguem entre os dois grupos. Na Tabela 5 observamos que os idosos sem sentimentos de solidão se apresentam mais satisfeitos com a vida ($t = 3,52$; $p < 0,001$), com menos sintomas ansiosos ($t = 2,50$; $p < 0,01$) e depressivos ($t = 3,75$; $p < 0,001$) e melhor qualidade do sono ($t = 2,31$; $p < 0,05$). Não verificámos alterações significativas em relação ao funcionamento cognitivo ($t = 0,14$; $p > 0,05$) quando comparados com os idosos com solidão.

Tabela 5. Diferenças nas Pontuações Médias e do Desvio Padrão no total do Mini Mental State Examination (MMSE), na Satisfaction With Life Scale (SWLS), na Geriatric Anxiety Inventory (GAI), na Geriatric Depression Scale (GDS), QSTI = Questionário sobre o Sono na Terceira Idade entre Dois Grupos com e sem Solidão.

	Sem solidão			Com solidão			<i>t</i>
	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	
SWLS	67	17,72	4,90	145	15,04	5,27	3,52***
GAI	68	11,47	5,76	148	13,55	5,64	2,50**
GDS	68	12,37	5,76	147	15,73	6,27	3,75***
QSTI	37	18,00	5,70	54	21,19	6,95	2,31*
MMSE	68	21,15	6,21	149	21,03	5,74	0,14

Notas: *M* = média; *DP* = desvio-padrão; *p* = nível de significância; *t* = Test t de Student usado na comparação de 2 grupos.

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

Na Tabela 6 apresentamos as diferenças das pontuações médias dos nossos instrumentos pelas variáveis demográficas. Quando comparámos as pontuações relativamente ao sexo, observámos diferenças significativas na UCLA, na SWLS, no GAI e no GDS. Quanto à escolaridade, observámos diferenças no GAI, GDS e MMSE. Quanto à idade, só encontramos diferenças no MMSE. Quanto ao estado civil, observamos diferenças apenas na UCLA. Na coabitação, verificámos diferenças no GDS. Finalmente, no que se refere às visitas, não foram encontradas diferenças.

Tabela 6. *Diferenças das Pontuações Médias da Escala da Solidão (UCLA), da Satisfaction With Life Scale (SWLS), da Geriatric Anxiety Inventory (GAI), da Geriatric Depression Scale (GDS), do Questionário sobre o Sono na Terceira Idade (QSTI) e do Mini-Mental State Examination (MMSE), em Função das Variáveis Sociodemográficas e Sociorrelacionais.*

	UCLA		SWLS		GAI		GDS		QSTI		MMSE	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Sexo												
Masculino	34,38	10,97	17,41	5,21	10,96	5,94	13,24	5,78	19,40	6,87	21,30	6,29
Feminino	38,50	10,26	15,99	5,32	13,02	5,97	15,03	6,38	19,89	6,24	20,33	6,03
Teste <i>t</i>	2,42*		2,62**		3,38***		2,79**		0,33		1,56	
Escolaridade												
S/ escolaridade	37,63	10,02	16	5,32	13,24	5,58	15,58	6,08	20,87	6,78	17,93	5,36
C/ escolaridade	37,54	11,07	16,63	5,32	11,88	6,34	13,74	6,35	18,67	5,83	22,99	5,73
Teste <i>t</i>	0,06		1,34		2,61**		3,38***		1,70		10,57***	
Idade												
≤ 80 anos	37,50	10,02	16,17	5,52	12,54	6,07	14,36	6,56	19,41	5,98	21,58	5,78
≥ 81 anos	37,28	10,94	16,53	5,17	12,48	6,02	14,71	6,04	20,26	6,96	20,09	5,91
Teste <i>t</i>	0,16		0,76		0,10		0,64		0,63		2,92**	
Estado Civil												
S/ Companheiro	38,74	10,16	16,11	5,27	12,70	5,94	14,85	6,08	19,92	6,40	20,46	5,90
C/ companheiro	31,38	10,51	17,16	5,44	11,87	6,32	13,63	6,98	18,94	6,40	20,97	6,84
Teste <i>t</i>	3,86***		1,81		1,28		1,79		0,56		0,78	
Coabitação												
Sozinho	37,42	9,96	15,95	5,14	13,29	5,72	15,46	6,18	19,50	6,12	20,57	5,97
Acompanhado	35,55	10,94	16,40	5,23	12,14	6,13	14,01	6,47	19,14	6,46	20,75	6,10
Teste <i>t</i>	1,13		0,81		1,84		2,17*		0,23		0,28	
Visitas												
Visitado	36,52	9,95	16,48	5,31	12,63	6,07	14,66	6,31	19,47	5,83	20,27	6,01
Não visitado	39,61	10,54	15,63	5,10	12,82	5,88	14,99	6,12	20,89	7,89	21,00	6,34
Teste <i>t</i>	1,73		1,28		0,25		0,41		0,82		1,10	

* $p < 0,05$.

** $p < 0,01$.

*** $p < 0,001$.

Estes resultados mostram-nos que tínhamos de controlar o efeito das variáveis sociodemográficas e sociorrelacionais quando fôssemos analisar as relações entre a solidão (UCLA) e as variáveis emocionais (GDS, GAI, SWLS), comportamentais (QSTI) e cognitivas (MMSE). Assim, fizemos primeiramente as correlações de Pearson e ponto-

bisserial (parte superior da Tabela 7) e depois as correlações parciais, controlando o efeito do sexo, escolaridade, idade, estado civil e coabitação (parte inferior da Tabela 7). A análise das correlações revela então que a solidão se relaciona de forma positiva e significativa com os sintomas ansiosos e depressivos, com a qualidade do sono, com o sexo e relacionou-se de forma negativa e significativa com a satisfação com a vida e com o estado civil. O funcionamento cognitivo relacionou-se negativa e significativamente com os sintomas ansiosos e depressivos, com a escolaridade e com a coabitação.

Tabela 7. *Correlações de Pearson e Correlações Parciais entre as Pontuações na UCLA e Restantes Provas Cognitivas.*

Variáveis de controle	Correlações											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. UCLA	—	-0,05	0,15*	0,29**	-0,27**	0,21*	0,16*	0,00	-0,03	-0,25**	0,09	0,14
2. MMSE		—	-0,12**	-0,17**	0,03	-0,01	-0,08	0,43**	-0,17**	0,03	-0,02	0,06
3. GAI			—	0,74**	-0,31**	0,14	0,15**	-0,11**	-0,03	-0,06	0,10	0,30
4. GDS				—	-0,52**	0,22*	0,12**	-0,15**	0,02	-0,08	0,11*	0,02
5. SWLS					—	-0,03	-0,11**	0,06	0,00	0,08	-0,04	-0,07
6. QSTI						—	0,03	-0,17	0,05	-0,06	0,03	0,01
Nenhuma*							—	0,05	0,06	-0,27**	0,08	0,02
8. Escolaridade								—	-0,19**	0,08	-0,06	0,00
9. Idade									—	-0,16**	0,11*	-0,04
10. Estado Civil										—	0,29**	0,05
11. Coabitação											—	0,11
12. Visitas												—
1. UCLA	—	0,26	0,15	0,43*	-0,09	0,09						
2. MMSE		—	-0,04	-0,14	0,25	0,09						
3. GAI			—	0,67	-0,10	0,11						
4. GDS				—	-0,17	0,13						
5. SWLS					—	-0,01						
6. QSTI						—						

Notas: MMSE = *Mini-Mental State Examination*; MoCa = *Montreal Cognitive Assessment*; SWLS = *Satisfaction With Life Scale*; GAI = *Geriatric Anxiety Inventory*; GDS = *Geriatric Depression Scale*; QSTI = Questionário sobre o Sono na Terceira Idade.

* Correlação é significativa ao nível de 0.05 (2-extremidades).

** Correlação é significante ao nível de 0.01 (2-extremidades).

Como podemos verificar na Tabela 7, não existe correlação entre a solidão e o viver ou não com alguém. Como tivemos interesse em perceber melhor a relação entre os sentimentos de solidão (UCLA) e a situação dos idosos em termos de coabitação, fomos reanalisar a relação entre estas duas variáveis em termos de frequências (Tabela 8). Como pudemos observar, a maior parte dos idosos com solidão (64,3%) são tanto idosos que vivem com alguém, como idosos que vivem sem ninguém, não havendo associação entre as duas variáveis ($\chi^2 = 1,27$; $p = 0,260$).

Tabela 8. Prevalência de Sentimentos de Solidão (UCLA) entre Dois Grupos, Sem Solidão e Com Solidão, em Termos de Coabitação.

		Coabitação					
		Total		Acompanhado		Ninguém	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
UCLA	Sem solidão	60	35,7	26	15,5	34	20,2
	Com solidão	108	64,3	38	22,6	70	41,7
	Total	168	100	64	38,1	104	61,9

Para a análise preditiva, procedemos ao cálculo da regressão logística hierárquica multivariada (Tabela 9), inserindo na análise as variáveis que mostraram correlação com a UCLA, em bloco único. Estando protegidos os pressupostos do tamanho da amostra¹, da ausência de multicolinearidade e da ausência de valores extremos (Pallant, 2007), o modelo de regressão logística para avaliar o impacto das variáveis na probabilidade dos idosos terem solidão, comprovou-se ser estatisticamente significativo ($\chi^2 = 18,07$; $p = 0,03$). O modelo global explicou entre 18,6 (R^2 de Cox e Snell) e os 25,2% (R^2 de Nagelkerke) da variância na solidão e classificou corretamente 70,5% dos casos. Como pudemos observar, os idosos com mais sintomas depressivos têm 1,19 vezes mais probabilidade de ter solidão do que os idosos com poucos ou nenhuns sintomas depressivos. Inserimos na

Tabela 9. Análise da Influência do Sexo, do Geriatric Anxiety Inventory (GAI), e do Geriatric Depression Scale (GDS), da Satisfaction With Life Scale (SWLS), do Sono (QSTI) na Solidão Medida pela UCLA.

		Variáveis na equação						
		β	<i>E.P.</i>	Wald χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>	OR	IC 95%
Etapa 1 ^a	Sexo	1,04	0,55	3,63	1	0,057	2,84	0,97-8,31
	GAI	-0,07	0,07	1,05	1	0,305	0,93	0,81-1,07
	GDS	0,17	0,07	6,11	1	0,013	1,19	1,04-1,36
	SWLS	0,01	0,05	0,05	1	0,819	1,01	0,91-1,12
	Sono	0,06	0,04	1,95	1	0,161	1,06	0,98-1,14

^a Variáveis inseridas na etapa 1: Sexo, GAI, GDS, SWLS e Sono

Para determinar quais os preditores do funcionamento cognitivo, realizámos mais uma vez o cálculo da regressão logística hierárquica multivariada (Tabela 10), mas inserindo na análise as variáveis que mostraram correlação com o MMSE. Estando protegidos os mesmos pressupostos, o modelo de regressão logística para avaliar o impacto das variáveis na probabilidade dos idosos terem défice cognitivo, comprovou-se ser estatisticamente significativo ($\chi^2 = 10,00$; $p = 0,04$). O modelo global explicou entre 1,9% (R^2 de Cox e Snell) e os 2,7% (R^2 de Nagelkerke) da variância no défice cognitivo e classificou corretamente 71,4%

¹ Utilizámos a fórmula de cálculo do tamanho ideal da amostra indicada por Tabachnick e Fidell (2007, p. 123) que tem em consideração o número de variáveis predictoras $50 + 8 \times M$; em que M = número de variáveis predictoras.

dos casos. Como pudemos verificar, os idosos com mais sintomas depressivos têm 1,07 vezes mais probabilidade de ter défice cognitivo do que os idosos com poucos ou nenhuns sintomas depressivos.

Tabela 10. *Análise da Influência da Idade, Escolaridade, do Geriatric Anxiety Inventory (GAI), e do Geriatric Depression Scale (GDS) no Funcionamento Cognitivo Medido pelo Mini -Mental State Examination (MMSE).*

		Variáveis na equação						
		β	<i>E.P.</i>	Wald χ^2	<i>gl</i>	<i>p</i>	<i>OR</i>	IC 95%
Etapa 1 ^a	Idade	-0,01	0,01	0,27	1	0,601	0,99	0,97-1,02
	Escolaridade	-0,07	0,20	0,12	1	0,734	0,93	0,63-1,39
	GAI	-0,04	0,02	2,97	1	0,085	0,96	0,91-1,01
	GDS	0,07	0,02	8,73	1	0,003	1,07	1,02-1,12

^a Variáveis inseridas na etapa 1: Idade, Escolaridade, GAI e GDS.

Discussão/Conclusão

Pretendíamos analisar o impacto da solidão no funcionamento cognitivo em idosos residentes no distrito de Coimbra, mas como existe um conjunto de variáveis com impacto no funcionamento cognitivo (ansiedade, depressão, sono e aspetos demográficos), procedemos a várias análises para controlar estes aspetos.

Gravidade da solidão, sintomatologia depressiva e ansiosa, satisfação com a vida, qualidade do sono e declínio cognitivo

No que respeita aos valores médios encontrados através da **UCLA**, obtivemos uma média de 37,48 (*DP* = 10,47), que é inferior à referida por Santos (2008) cuja média foi de 39,46 (*DP* = 11,04) e superior à média apresentada por Pocinho (2007) cuja média foi de 31 (*DP* = 10). Se no estudo de Santos (2008) as características sociodemográficas são similares às nossas, o mesmo não se verifica quanto ao estado civil, tendo esta autora uma maior percentagem de idosos casados, pelo que seria de esperar que os nossos idosos tivessem mais sintomas de solidão. No entanto, a amostra de Santos (2008) foi recolhida numa zona rural, e segundo Savikko e equipa (2005), há uma maior percepção de solidão por parte dos idosos que vivem nestas zonas, quando comparados com idosos de zonas urbanas (como os da nossa amostra residentes em Coimbra). O nosso estudo inclui, comparando com o estudo de Pocinho (2007), uma maior percentagem de idosos sem companheiro, pelo que não é de estranhar que os nossos idosos se apresentem com mais sentimentos de solidão.

Relativamente à satisfação com a vida, medida através do **SWLS**, a nossa amostra apresenta uma média de 16,33 (*DP* = 5,31) inferior à média encontrada no estudo de Siedlecki,

Tucker-Drob, Oishi e Salthouse (2008) com uma média de 26,04 ($DP = 5,94$), mas com idosos não-institucionalizados. Ora, a perda da autonomia, isolamento social e perda da privacidade, inerente à institucionalização, levam os idosos a ter sentimentos de impotência e inutilidade em relação às mudanças que se lhes deparam (Melo e Neto, 2003), podendo, por isso, diminuir a satisfação com a vida. Comparando os nossos grupos com e sem solidão, verificamos que os idosos sem sentimentos de solidão se encontram significativamente mais satisfeitos com a vida.

Nos sintomas ansiosos, medidos através da **GAI**, a nossa média foi de 12,52 ($DP = 6,02$), muito superior às médias observadas nos estudos de Matheson e equipa (2012) e Pachana, McLaughlin, Leung, Byrne e Dobson, (2010) cujas médias foram, respetivamente, 2,22 ($DP = 3,55$) e 5,03 ($DP = 6,06$). Ambas as amostras destes estudos são relativas a idosos não-institucionalizados. Aparentemente, habitar na comunidade parece associar-se a menos sintomatologia ansiosa. Os nossos idosos com sentimentos de solidão apresentam mais sintomas ansiosos. Uma vez que este estudo tem uma natureza correlacional não nos é permitido dizer se a solidão acarreta ansiedade, ou se há algum factor comum que as explique. Podemos hipotetizar, mais uma vez, que a institucionalização tenha um papel nesta associação, até pelos sentimentos de rejeição/abandono que poderão estar envolvidos aquando da admissão ao lar.

Em relação aos sintomas depressivos, avaliados pelo **GDS**, a nossa média foi de 14,61 ($DP = 6,27$), muito superior à média de Lim e Kua (2011), cuja média foi de 2,45 ($DP = 3,39$), mas com idosos não-institucionalizados e recrutados através de censos. No que se refere ao grupo com solidão, este apresentou uma média significativamente superior de sintomas depressivos quando comparado com o grupo sem solidão. Mais uma vez, a institucionalização terá uma função determinante nestes resultados.

No que se refere ao sono, medido através do **QSTI**, a nossa média foi de 19,99 ($DP = 6,03$). Esta média não pode ser comparada com outros estudos, visto ainda não terem sido publicadas investigações com este instrumento. Na análise da relação entre a solidão e o sono, e apesar da solidão predizer a eficiência do sono, investigações adicionais serão necessárias para averiguar se a mesma é a causa da pobre eficiência do sono. Quanto à comparação entre os grupos com e sem solidão, o grupo com solidão apresenta uma menor qualidade do sono.

Por fim, relativamente ao funcionamento cognitivo medido pelo **MMSE**, os nossos resultados mostram uma média de 20,56 ($DP = 6,10$), inferior à média observada no estudo de Liam e Kua (2011), cuja média foi de 26,5 ($DP = 6,63$). A nossa pontuação média

comparada com a pior pontuação do estudo português (Morgado, Rocha, Maruta, Guerreiro e Martins, 2010) obtido com idosos com 0-2 anos de escolaridade ($M \pm DP = 25,16 \pm 2,16$) é ainda muito inferior. O fator institucionalização torna-se mais uma vez determinante, dado que os idosos destes dois estudos não são institucionalizados. Ao analisar a nossa amostra, salienta-se não haverem diferenças entre o grupo sem solidão e o grupo com solidão.

Relação entre solidão e variáveis sociodemográficas e sociorrelacionais

As correlações entre as diferentes variáveis são apoiadas pelas comparações das nossas variáveis de critério pelos grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas.

Assim, quanto ao sexo, as mulheres apresentam maior tendência para se sentirem sós que os homens ($t = 2,42$; $p < 0,05$; $r = 0,16$; $p < 0,05$), facto sustentado por vários investigadores como Monteiro e Neto (2008) e Kivett (1979). Os homens parecem apresentar menos sentimentos de solidão talvez devido a uma maior dificuldade em expressar as próprias fraquezas emocionais, hipótese também sustentada por Kivett (1979). Outra explicação indica que para os homens acreditam a solidão provem da instabilidade social (por exemplo, contacto insuficiente com os amigos e filhos), enquanto as mulheres referem factores operacionais como deixar de realizar de tarefas domésticas ou perder a capacidade de ser independente (Beal, 2006; Bergdahl, Allard, Alex, Lundman e Gustafson, 2007). A maior tendência das mulheres para expor estados emocionais negativos (Clancy e Glove, 1974; Pinquart e Sorensen, 2001), ou ainda o facto de as mulheres da nossa amostra estarem mais deprimidas e com mais sintomas ansiosos que os homens, pode ser outra interpretação para os nossos resultados. Contudo os nossos resultados são contrariado pelas investigações de DiTommaso, Brannen e Best, 2004 e de Neto (2000), onde os idosos do sexo masculino evidenciaram uma maior percepção de solidão.

Apoiados no estudo de Savikko e colaboradores (2005), poderíamos supor que a um maior nível de instrução corresponderia uma diminuição de sentimentos de solidão, mas na nossa investigação observa-se a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre o grupo sem escolaridade ($M \pm DP = 37,6 \pm 10$) e com escolaridade ($M \pm DP = 37,5 \pm 11,1$) (a correlação apoia este resultado: $r = 0,00$). Contrariamente, um estudo realizado por Liu e Guo (2007) refere haver uma associação consistente entre a solidão e a baixa escolaridade.

Quanto à idade não observamos diferenças, nem correlação, em relação à percepção de solidão, aspeto também sustentado por Baum (1982). Tendo em consideração que a maioria dos

idosos, segundo o ponto de corte português (Pocinho, 2007), se sentem sós (64,3%), podemos não ter tido idosos com variação suficiente no grupo sem solidão para encontrar diferenças. Neto (2000) verificou que a percepção de solidão diminui com a idade, porque com a idade verifica-se uma maior habilidade social e uma vida mais estável (Baum, 1982; Victor et al., 2005). Em oposição, os estudos de DiTommaso (2004), Holmèn (1992) e respetivas equipas mostram um aumento gradual de solidão com a idade. Note-se que todos estes estudos foram realizados com indivíduos não institucionalização

De acordo com os resultados obtidos relativamente ao estado civil, verificamos que existem diferenças e correlações estatisticamente significativas ($t = 3,86$, $p < 0,001$; $r = 0,25$; $p < 0,01$), observando-se um predomínio de sentimentos de solidão em idosos sem companheiro ($M = 38,7 \pm 10,2$) quando comparados com idosos com companheiro ($M = 31,4 \pm 10,5$). A análise da literatura apoia este resultado (Berg, Mellstrom, Persson e Svanborg, 1981; Chipperfield e Havens, 2001; DiTommaso, Brannen e Best, 2004; Karen e Kaase, 1998; Kivett, 1979; Monteiro e Neto, 2008; Neto, 2000; Tjihuis e Jong-Gierveld, 1999). Contrariamente, Lopata (1973) refere que, com a perda de certas responsabilidades associadas com a morte do seu companheiro como cozinhar, lavar e limpar, algumas idosas podem descobrir uma nova e agradável liberdade adaptando-se melhor à viuvez e evidenciando menos sentimentos de solidão.

Os resultados obtidos na coabitação e nas visitas não se mostraram significativos na sua relação com os sentimentos de solidão; no entanto, segundo Liu e Guo (2008), após a perda do cônjuge, os idosos que vivem com a família são capazes de adoptar a sua nova realidade mais facilmente que os idosos que vivem sozinhos (divorciados/viúvos), sugerindo que há uma diminuição de sentimentos de solidão em idosos que vivem acompanhados com familiares. De acordo com Victor e equipa (2005), a solidão está relacionada com o viver sozinho, não tendo sido encontrados estudos publicados relativamente à solidão e visitas.

Relação entre solidão, variáveis cognitivas, emocionais e comportamentais

Apesar de no nosso estudo não terem sido encontradas correlações entre a solidão e o défice cognitivo, a literatura consultada refere o contrário (Holmèn et al., 1992; Victor et al., 2005). Essa relação faria sentido uma vez que o défice cognitivo habitualmente se acompanha de diminuição nas atividades diárias (Holmèn et al., 1992; Johansson, Marcusson e Wressle, 2012). Uma das explicações é, mais uma vez, a institucionalização.

A solidão correlacionou-se com a ansiedade, resultado que apoiamos na revisão da literatura, nomeadamente num estudo de Fees, Martin e Poon (1999). Tal como a ansiedade, a sintomatologia depressiva no nosso estudo correlaciona-se com a solidão, resultado este que se encontra de acordo com estudos desenvolvidos por Teixeira (2010) e Bowling (2001).

Ao estudar a relação entre solidão e satisfação com a vida, constatámos que estas variáveis se correlacionam negativamente. Dado o suporte da literatura (Baum, 1982; Bowling, 2001; Lee, 1987; Melo e Neto, 2003), este resultado parece indicar que os idosos mais satisfeitos com a vida se encontram melhor adaptados e apresentam menor probabilidade de sofrer de solidão.

O sono também se correlacionou com a solidão, tal como já tínhamos verificado na análise das diferenças, no entanto, após revisão da literatura, não encontramos nenhuma alusão a essa associação.

A natureza correlacional/transversal do nosso estudo não nos permite tirar ilações de causalidade, no entanto, parece-nos que o determinante comum que explica o aumento dos sentimentos de solidão, depressivos e ansiosos, diminuição da qualidade do sono e da menor satisfação com a vida poderá ser a viuvez, dado que é normalmente neste período da vida dos idosos que se deparam com a morte do cônjuge.

Preditores de Solidão e de Défice Cognitivo

Dos preditores possíveis para a solidão, foi encontrada associação somente com os sintomas depressivos, tendo os indivíduos com sintomas depressivos 1,19 vezes mais probabilidade de ter solidão. Tal como já tínhamos referido acima, esta associação é habitual (Bowling, 2001; Teixeira, 2010) e poderá dever-se ao fator institucionalização. A institucionalização corresponde a um afastamento do ambiente familiar derivado de estados de dependência, abandono e inutilidade (Teixeira, 2010). E então a associação entre as duas faz sentido à luz da ideia de que a depressão afasta os idosos das atividades sociais e físicas implicando sentimentos de solidão (Zimerman, 2000).

Da mesma forma, a depressão foi o único preditor do défice cognitivo: os indivíduos com depressão têm 1,07 vezes mais probabilidade de ter dificuldades ao nível do funcionamento cognitivo. Ora a depressão parece ter um efeito irrefutável em vários aspetos do funcionamento cognitivo. A memória é um desses aspetos, sendo afetada de várias formas, incluindo a motivacional, uma vez que, devido à depressão, a pessoa despende menos esforço

nas tarefas de recuperação da informação (Nunes, 2000). Adicionalmente, outros estudos já tinham mostrado que a depressão é um fator de risco para o défice cognitivo (Karttunen et al., 2010; Monastero, 2009). Contrariamente ao que supúnhamos, não se verificou impacto da solidão no funcionamento cognitivo. No entanto, os estudos realizados por Holmén e equipa (1992, 1993) referiram a existência de relação entre solidão e funcionamento cognitivo. Falta-nos saber se esta ausência de relação se deve à natureza do estudo e se não poderemos esperar que os idosos solitários e também que têm significativamente mais sintomas ansiosos, depressivos e pior qualidade de sono poderão, daqui a uns anos, estar pior cognitivamente.

O presente estudo deve ser lido com cautela visto apresentar algumas limitações. Primeiramente refira-se que a natureza transversal deste estudo impõe a reavaliação destes idosos passado algum tempo. Refira-se também o facto de a nossa amostra ser constituída maioritariamente por idosos do sexo feminino, o que poderá ter condicionado os nossos resultados. Uma outra limitação é relativa ao facto de não sabermos o período de institucionalização dos idosos, dado que, para muitos dos idosos, o tempo de institucionalização influencia o modo como se apresentam emocionalmente. Por fim, refira-se o facto de os instrumentos utilizados no presente estudo não apresentarem uma linguagem adequada a idosos com baixa ou nenhuma escolaridade, dado que muitos deles possuíam apenas a antiga quarta classe. Futuramente, deveriam ser reformuladas algumas dessas questões e adaptar o fraseado ao seu grau de escolaridade.

Visto alguns dos Lares e Centros de Dia não terem psicólogos ao dispor dos utentes, muitas vezes por falta de verbas, seria imprescindível a criação de equipas de intervenção multidisciplinar com o intuito de criar uma rede de suporte e apoio, um espaço acolhedor para falar sobre as suas vidas, com troca de experiências e melhora nos relacionamentos interpessoais, na qualidade de vida, na auto-estima e autoconfiança, bem como a diminuição de sentimentos de impotência e solidão. Dado que a solidão se encontra relacionada com a depressão, ao trabalharmos na prevenção dos sentimentos de solidão, estaremos a prevenir os sentimentos depressivos e consequentemente o declínio cognitivo, visto estes últimos se encontrarem associados.

Um outro aspecto suscitado no decorrer da nossa investigação prende-se com as diferenças demonstradas em vários estudos no que diz respeito a idosos que se encontram institucionalizados e em casa. Não conseguimos deixar de pensar que os idosos

institucionalizados não se encontram tão apoiados como seria de esperar, faltando-nos saber se não estarão até piores do que os que estão em casa sozinhos.

Referências Bibliográficas

- Aanes, M. M., Hetland, J., Pallesen, S., e Mittelmark, M.B. (2011). Does loneliness mediate the stress-sleep quality relation? The Hordaland Health Study. *International Psychogeriatric Association*, 23(6), 994-1002.
- Akerstedt, T., Kecklund, G., e Axelsson, J. (2007). Impaired sleep after bedtime stress and worries. *Biological Psychology*, 76, 170–173.
- Albuquerque, A. S. e Tróccoli, B. T. (2004). Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjectivo. *Psicologia: Teorias e Pesquisa*, 20, 153-164.
- Balandin, S., Berg, N., e Waller, A. (2006). Assessing the loneliness of older people with cerebral palsy. *Disability and Rehabilitation*, 28(8), 469-479.
- Baldwin, R. e Wild, R. (2004). Management of depression in later life. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 131-139.
- Ballone, G. J.; Ortolani, I. V., Pereira-Neto, E. (2007). Da emoção à lesão. São Paulo: Edição Manole.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F. e Sobral, M. (2003). Escala de Depressão Geriátrica. Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.
- Barroso, V. L., e Tapadinhas, A. R. (2006). Órfãos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *O Portal dos Psicólogos*, 1-13. Acedido em 15 de Junho em http://www.iscet.pt/sites/default/files/obsolidao/Artigos/Orfãos_Geriatras.pdf
- Baum, S. K. (1982) Loneliness in Elderly Persons: A Preliminary Study. *Psychological Reports*: 50, 1317-1318.
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: a review of literature. *Issues Mental Health Nursing*, 27, 795-813.
- Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B., e Gustafson, Y. (2007). Gender differences in depression among very old. *International Psychogeriatric Association*, 19, 1125-1140.
- Berger, S., Mellstrom, D., Persson, G. e Svanborg, A. (1981). Loneliness in the Swedish Aged. *Journal of Gerontology*, 36, 342-349.
- Berger, L., e Mailloux-Poirer, D. (1995). *Pessoas idosas – uma abordagem global*. Lisboa: Lusodidacta.
- Bloom, H.G. et al. (2009). Evidence-based recommendations for the assessment and management of sleep disorders in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 761–789.
- Bowling, A. (2001). *Measuring Disease*. Buckingham: Open University Press.

- Bruce, M. L. (2002). Psychosocial Risk Factors for Depressive Disorders in Late Life. *Biological Psychiatry*, 52, 175-184.
- Cacioppo, J. T. e Hawkley, L. C. (2009). Perceived social isolation and cognition. *Trends in Cognitive Science*, 13, 447-454.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Berntson, G. G., Ernst, J. M., Gibbs, A. C., Stickgold, R., e Hobson, J. A. (2002a). Do lonely days invade the night? Social modulation of sleep efficiency. *Psychological Science*, 13, 385–388.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., e Kowalewski, R. B., et al. (2002b). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407–417.
- Carskadon, M. (2002), Adolescent sleep patterns: Biological, social and psychological influences. Cambridge: Cambridge University Press, 69–117.
- Charles, S. T., Reynolds, C. A., e Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 136-151.
- Chipperfield, J.G. e Havens, B. (2001). Gender Differences in the Relationships between Marital Status Transitions and Life Satisfaction in Later Life. *Journal of Marriage and the Family*, 12(3), 176-186.
- Cho, H. J., Lavretsky, H., Olmstead, R., Levin, M. J., Oxman, M. N., Irwin, M. R. (2008). Sleep disturbance and depression recurrence in community-dwelling older adults: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 165, 1543-1550
- Clancy, K. e Gove, W. (1974). Sex Differences in Mental Illness: an analysis of responses bias in self-reports. *American Journal of Sociology*, 80, 205-216.
- Costa, M. A. e Carreira, L. (2005). *A produção de conhecimento científico em enfermagem gerontogeriatrica em Portugal*. *Sinais Vitais*, 60, 13-19.
- Costa, M. e Espírito-Santo, H. (2012) Questionário Geriátrico da Convivência.
- Coleman, P., Philip, I., e Mullee, M. (1995). Does the use of geriatric depression scale make redundant the need for separate measures of well-being on geriatrics wards? *Age & Aging*, 24(5), 416-420.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, J. e Griffin, S. (1985). The Satisfaction With Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71-75.
- De Jong-Gierveld, J. e Havens, B. (2004). Cross-national comparisons of social isolation and loneliness: Introduction and overview. *Canadian Journal of Aging*, 23, 109–113.
- DiTommaso, E., Brannen, C., e Best, L. A. (2004). Measurement and validity characteristics of the short version of the social and emocional loneliness scale for adults. *Educational and Psychological Measurement*, 64(1), 99-119.
- Efklides, A. K. (2003). Subjective Quality of Life in Old Age in Greece. *European Psychologist*, 8, 178–191.
- Fees, B., Martin, P. e Poon, L. (1999). A model of loneliness in older adults. *Journal of Gerontology*, 54(4): 231-9.

- Fava, D. C., Kristensen, C. H., Melo, W. V., e Arauji, L. P. (2009). Construção e validação de tarefa de Stroop Emocional para avaliação de vies de atenção em mulheres com Transtorno de Ansiedade Generalizada. *Cadernos de Psicologia e Educação Paidéia*, 19 (43), 159-165.
- Fernandes, P. (2000). *A depressão no idoso*. Lisboa: Quarteto Editora.
- Fonseca, A. M. (2005). *O envelhecimento bem sucedido*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Foley, D., Ancoli-Israel, S., Britz, P., Walsh, J. (2004). Sleep disturbances and chronic disease in older adults: Results of the 2003 National Sleep Foundation Sleep in America Survey. *Journal of Psychosomatic Research*, 56, 497-502.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E. e McHugh, P.R. (1975). "Mini-Mental State": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-98.
- Freedman, R. R. e Sattler, H. L. (1982) Physiological and psychological factors in sleep-onset insomnia. *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 380-389.
- Furstenberg, A. L. (2002). Trajectories of aging: imagined pathways in later life. *International Journal of Aging and Human Development*, 55, 1-24.
- Grow, S., Alpass, F., Stephens, C., e Towers, A. (2010). Factors affecting perceived quality of life of older persons with self-reported visual disability. *Quality Life Research*, 19, 1477-1486.
- Goldman, S. E. et al. (2007). Poor sleep is associated with poorer physical performance and greater functional limitations in older women. *SLEEP*, 30, 1317-1324.
- Habib, M. (2000). *Bases Neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., e Jivan, T. (2004). Social isolation and loneliness: Differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian Journal on Aging*, 23, 129-140.
- Harvey, A. G., Tang, N. K., e Browning, L. (2005). Cognitive approaches to insomnia. *Clinical Psychology Review*, 25, 593-611.
- Hawkey, L. C., Preacher, J. K., e Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness impairs daytime functioning but not sleep duration. *Health Psychology*, 29, 124-129.
- Herzog, A., Rodgers, W., e Woodworth, J. (1981). *Subjective well-being among different age groups*. Ann Arbor, Michigan: University of Michigan.
- Holmèn, K., Andersson, L., Ericsson, K., Rydberg, L., Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: A population study. *Journal of Advanced Nursing*, 17(1), 43-51.
- Holmèn, K., Andersson, L., Ericsson, K., Rydberg, L., Winblad, B. (1993). ADL capacity and loneliness among elderly persons with cognitive impairment. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 11(1), 56-60.
- Horley, J. e Lavery, J. (1995). Subjective well-being and age. *Social Indicators Research*, 34, 275-282.
- Horowitz, L. M., French, R. S., e Anderson, C. A. (1982). *The prototype of a lonely person*. New York: John Wiley e Sons.

- Ito, L. M.; Roso, M. C.; Tiwari, S.; Kendall, P. C.; Asbahr, F. R. (2008). Terapia Cognitivo-Comportamental da fobia social. Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Brasil.
- Jacobs, J. M., Cohen, A., Hammerman-Rozenberg, R., Stessman, J. (2006). Global sleep satisfaction of older people: The Jerusalem Cohort Study. *Journal of the American Geriatric Society*, 54, 325-329.
- Johansson, M. M., Marcusson, J., E Wressle, E. (2012). Cognition, daily living, and health-related quality of life in 85-year-olds in Sweden. *Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 19(3), 421-432. doi:10.1080/13825585.2011.629290
- Karttunen, K., Karppi, P., Hiltunen, A., Vanhanen, M., Valimaki, T., Martikainen, J., ..., Pirttila, T. (2010). Neuropsychiatric symptoms and Quality of Life in patients with very mild and mild Alzheimer's disease. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(5), 473-482.
- Kay, K., Henderson, S., Scott, R., Wilson, J., Richwood, D., e Grayson, A. (1985). Dementia and depression among the elderly living in the Hobart community: the effect of the diagnostic criteria on the prevalence rates. *Psychological Medicine*, 15, 771-88.
- Kelly, E. W. (2003). Worry content associated with decreased sleep-length among college students: sleep deprivation leads to increased worrying. *College Student Journal*, 37, 93-95.
- Kivett, V.R. (1979). Discriminations of Loneliness Among the Rural Elderly: Implications for Intervention. *The Gerontologist*, 19, 108-115.
- Kunzmann, U., Little, T. D. e Smith, J. (2000). Is age-related stability of subjective well-being a paradox? Cross-sectional and longitudinal evidence from the Berlin Aging Study. *Psychology and Aging*, 15, 511-526.
- Lee, G. R. e Ishii-Kuntz, M. (1987). Social Interaction, Loneliness, and Emotional Well-Being among the Elderly. *Research on Aging December*, 9(4), 459-482.
- Liu, L. e Guo, Q. (2008). Life satisfaction in a sample of empty-nestelderly: a survey in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 17, 823-830.
- Liu, L. e Guo, Q. (2007). Loneliness and health-related quality of life for the empty nest elderly in the rural area of a mountainous county in China. *Quality of Life Research*, 16(8), 1275-1280.
- Lim, L. e Kua, E. E. (2011). Living Alone, Loneliness, and Psychological Well-Being of Persons in Singapore. *Current Gerontology and Geriatrics*, 1-9.
- Lloyd-Sherlock, P. (2002) *Ageing, development and social protection: a research agenda*. In: United Nations Research Institute for Social Development Conference on 'Ageing, Development and Social Protection', 8-9 April 2002, Madrid, Spain.
- Lopata, Helena Znaniecka. *Widowhood in an American City*. Cambridge, MA: Schenkman, 1973.
- Lopata, H.Z. (1973). *Widowhood in an American City*. Cambridge, Mass, Schenkman.
- Luanaigh, C., e Lawlor, B.A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(12), 1213-1221.
- Lurie, M. (2007). *Depressão. Respostas às suas perguntas. Assuma o controle, aumente a energia e recupere a vitalidade*. Porto: Dorkling Kindersley Editores.

- Matheson, S. F., Byrne, G. J., Dissanayaka, N. N. W., Pachana, N. A., Mellick, G. D., O'Sullivan, J. D., e Marsh, R. (2012). Validity and reliability of the Geriatric Anxiety Inventory in Parkinson's disease. *Australasian Journal on Ageing*, 31(1), 13-16. doi:10.1111/j.1741-6612.2010.00487.x
- Martins, J. et al., (2009). Avaliação da qualidade de vida de idosos que recebem cuidados domiciliares. *Acta Paul Enfermagem*, 22, 265-71.
- Martins, R. (2008). A depressão no idoso. *Millenium - Revista do Instituto Superior Politécnico de Viseu*, 34, 119-123.
- Melo, L. e Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. Porto: Universidade Fernando Pessoa. *Psicologia, Educação e Cultura*, 3(1), 107-121.
- Monastero, R., Mangialascheb, F., Camardaa, C., Ercolani, S. e Camardaa, R. (2009) A Systematic Review of Neuropsychiatric Symptoms in Mild Cognitive Impairment. *Journal of Alzheimer's Disease*, 18, 11-30.
- Monteiro, H. e Neto, F. (2008). Universidades da terceira idade: Da Solidão aos motivos para a sua frequência. Porto: Legis Editora.
- Morgado, J., Rocha, C. S., Maruta, C., Guerreiro, M., e Martins, I. P. (2010). Cut-off scores in MMSE: a moving target?. *European Journal of Neurology*, 17(5), 692-695
- Mroczek, D. K. e Kolarz, C. M. (1998). The effect of age on positive and negative affect: A developemntal perspective on happiness. *Jounal of personality and social psychology*, 75(5), 1333-1349.
- Murden, A., McRae, D., Kaner, S. e Bucknam, E. (1991). Mini-Mental State Exam Scores Vary with Education in Blacks and Whites. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39, 149-55.
- Naismith, S. L., Norrie, L., Lewis, S. J., Rogers, N. L., Scott, E. M., Hickie, I. B. (2009). Does sleep disturbance mediate neuropsychological functioning in older people with depression? *Journal of Affective Disorders*, 116, 139–143
- Neto, F. (1992). *Solidão, Embaraço e Amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.
- Neto, F. (1989). Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
- Neto, F., Barros, A. e Barros, J. (1990). Atribuição de Responsabilidade e Locus de Controlo. *Psiquiatria Clínica*, 11(1), 47-54.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social (Vol. II)*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Nunes, B. (2008). *Envelhecer com Saúde*. Lisboa: LIDEL Edições.
- Nunes, B. (2008). *Memória: Funcionamento, perturbações e treino*. Lisboa: Lidel.
- Odrizola, E. (2001). *Perturbações da ansiedade na infância*. Lisboa: Mcgraw-hill.
- Pachana, N. A., McLaughlin, D., Leung, J., Byrne, G. e Dobson, A. (2012). Anxiety ans depression in adults in their eighties: do gender diferences remain? *International Psychogeriatrics*, 24(1), 145-150.
- Pallant, J. (2007). *SPSS Survival Manual: A step by step guide to data analysis using SPSS*, Open University Press, England.

- Paúl, C., Fonseca, A. M., Martin, I., e Amado, J. (2003). Psychosocial profile of rural and urban elders in Portugal. *European psychologist*, 8, 160-167.
- Paúl, C., e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal, Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (1.ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Papalia, D.E. e Olds, S.W. (2000). *Desenvolvimento Humano* (7ª ed.). Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Peplau, L., e Perlman, D. (1982). *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley-Interscience.
- Pestana, M. H. e Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais. A Complementariedade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa: Edição Sílabo.
- Pinquart, M. e Sorensen, S. (2001). Influences on Loneliness in Older Adults: A Meta-Analysis. *Basic and Applied Social Psychology*, 23(4), 245-266.
- Pocinho, M. T. S. (2007). *Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no idoso Alentejano*. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.
- Puijalon, B. e Trincaz, J. (2000). *Le droit de vieillir*. Paris: Fayard.
- Queiroz, J.B. e Trinca, S.F. (1983). A influência do lazer sobre pessoas da terceira idade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 36, 95-106.
- Rodrigues, P., Marques, M., e Espírito-Santo, H. (2011). Relação entre a memória e função construtivo-prática e o défice cognitivo. *Sessão de poster apresentado nas 1ª Jornadas de Investigação do 2º Ciclo em Psicologia Clínica, Coimbra*.
- Russell, D., Peplau, L., Ferguson, M. (1978). Developing a Measure of Loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.
- Ryff, C. D., Singer, B. H., e Dienberg Lover, G. (2004). Positive health: connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London*, 359, 1383–1394.
- Sampson, E., Bulpitt, C., e Fletcher, A. (2010). Survival of community dwelling older people: The effect of cognitive impairment and social engagement. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57, 985–991.
- Santos, A. F. A. (2008). *Qualidade de vida e solidão na terceira idade*. Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Porto, Portugal.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E. e Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- Scocco, P., Rappattoni, M., e Fantoni, G. (2006). Nursing home institutionalization: A source of eustress or distress for the elderly? *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 281-287.
- Shankar, A., McMunn, A., Banks, J., e Steptoe, A. (2011). Loneliness, Social Isolation, and Behavioral and Biological Health Indicators in Older Adults. *Health Psychology*, 30(4), 377-385.

- Siedlecki, K. L., Tucker-Drob, E. M., Oishi, S. e Salthouse, T. A. (2008). Life satisfaction across adulthood: different determinants at different ages? *The Journal of Positive Psychology*, 3(3), 153-164.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida. (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26, 503-515.
- Skinner, F. e Vaughan, E. (1985). *Viva bem a velhice: aprendendo a programar a sua vida*. São Paulo: Summus.
- Shin, D., Jonhson, D., e Avowed Y. (1978). Happiness as an Overall Assessment of the Quality of Life. *Social Indicators Research*, 5, 474-492.
- Silvestre, J. A. e Costa-Neto, M. M. (2003). Abordagem do idoso em programas de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 839-847.
- Smith, H. M. (2007). Psychological service needs of older women. *Psychological Services Journal*, 4, 277-286.
- Stroebe, W., Stroebe, M., Abakoumkin, G. e Schut, H. (1996). The role of loneliness and social support in adjustment to loss: A test of attachment versus stress theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20, 1241-1249.
- Tang, N. K. Y. e Harvey, A. G. (2004). Effects of cognitive arousal and physiological arousal on sleep perception, *SLEEP*, 27, 69-78.
- Teixeira, L.M.F. (2010). *Solidão, Depressão e Qualidade de vida em idosos: um estudo avaliativo explorativo e implementação de um programa de intervenção*. Universidade de Lisboa: Faculdade de Psicologia, Lisboa, Portugal.
- Tijhuis, M. A., Jong-Gierveld, J. D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age and Ageing Journal*, 28(5), 491-495.
- Tombaugh, T. N. e McIntyre, N.J. (1992). The mini-mental state examination: a comprehensive review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 40, 922-935.
- Tooth, L., et al. (2008). Impact of cognitive and physical impairment on carer burden and quality of life. *Quality Life Research*, 17, 267-273.
- Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A. e Bonde, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, 25, 357-375.
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, Massachusetts: MIT Press.
- Wenger, G.C., Davies, R., Shahtahmesebi, S. e Scott, A. (1996). Social isolation and loneliness in old age: review and model refinement. *Ageing and Society*, 16, 333-58.
- Westaway, M. S., Olorunju, S. A., e Rai, L. C. J. (2007). Which personal quality of life domains affect the happiness of older South Africans? *Quality of Life Research*, 16, 1425-1438.
- Willcox, S. M., Himmelstein, D. U., Woolhandler, S. (1994). Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *Journal of American Medical Association*, 272, 292-296.

Yesavage, A., Brink, L., Rose, L., Lum, O., Huang, V. e Adey, B. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17, 37-49.

Zimerman, G. I. (2000). *Velhice, aspectos biopsicossociais*. Porto Alegre: Artemed Editora.