

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

**SOLIDÃO E DEPRESSÃO: O SEU ESTUDO SEGUNDO UMA
PERSPETIVA TEMPORAL**

Gonçalo Manuel Ribeiro Liberato Antunes

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra

2013



**SOLIDÃO E DEPRESSÃO: O SEU ESTUDO SEGUNDO UMA
PERSPETIVA TEMPORAL**

Gonçalo Manuel Ribeiro Liberato Antunes

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre

em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Esmeralda Macedo

Coimbra, Novembro de 2013

Índice

Introdução	- 1 -
Solidão	- 1 -
Depressão	- 5 -
Depressão e Solidão	- 7 -
Objetivos.....	- 9 -
Materiais e Métodos	- 9 -
Participantes.....	- 9 -
Instrumentos	- 11 -
Procedimentos	- 12 -
Análise Estatística	- 12 -
Resultados Prévios	- 13 -
Resultados	- 15 -
Discussão e Conclusão.....	- 19 -
Bibliografia.....	- 23 -
Anexos	- 27 -

Índice de Tabelas

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA SEGUNDO O GÉNERO	10
TABELA 2: DISTRIBUIÇÃO DA AMOSTRA POR CLASSES ETÁRIAS	10
TABELA 3: CONSISTÊNCIA INTERNA DA UCLA – ALPHA DE CHRONBACH	14
TABELA 4: CONSISTÊNCIA INTERNA DE EDG – ALPHA DE CHRONBACH	14
TABELA 5: CORRELAÇÃO DE PEARSON PARA UCLA E EDG	15
TABELA 6: DISTRIBUIÇÃO DE UCLA FACE AO GÉNERO	16
TABELA 7: DISTRIBUIÇÃO DE EDG FACE AO GÉNERO	16
TABELA 8: DISTRIBUIÇÃO UCLA SEGUNDO A IDADE	17
TABELA 9: DISTRIBUIÇÃO EDG SEGUNDO A IDADE	17
TABELA 10: TESTE T PARA COMPARAR A SOLIDÃO AO LONGO DO TEMPO	18

Índice de Siglas e Abreviaturas

EDG: Escala de depressão geriátrica

GDS: Escala de depressão geriátrica

INE: Instituto Nacional de Estatística

SPSS: Programa estatístico para as ciências sociais

UCLA: Escala da Solidão UCLA

Agradecimentos

Este trabalho de dissertação coincide com o término de uma etapa da minha vida que há algum tempo ansiava e que tenho que agradecer sobretudo aos meus pais e avós, por me terem proporcionado com sacrifício esta formação profissional que me realiza muito pessoalmente.

Agradeço à Sofia por toda a paciência, compreensão e ajuda que me deu durante estes anos.

Na vertente académica teria que agradecer a muitos Professores deste instituto, por todo o conhecimento que me transmitiram durante a minha formação. Agradeço em particular à Professora Doutora Margarida Pocinho que me deu uma ajuda essencial na análise e interpretação dos dados utilizados para a realização deste trabalho final, bem como à Professora Doutora Esmeralda Macedo que me orientou nesta etapa final.

Não posso esquecer de agradecer às minhas “mestres” que me acompanharam neste ano em que preparei este trabalho final e enquanto estive a realizar trabalho como voluntário no serviço de Psicologia do Hospital Amato Lusitano em Castelo Branco, Dr^a Graça Caldeira, Dr^a Patrícia Bernardo e Dr^a Eneía Bechiga que muito me têm ensinado sobre a realidade da prática da Psicologia Clínica e Psicoterapias.

A toda a minha família e amigos.

Resumo

Objetivos: Este trabalho pretendeu averiguar a relação existente entre a solidão e a depressão e sobretudo se são entidades que ocorrem de forma separada, ou se pelo contrário estão intrinsecamente relacionadas. Pretendeu-se verificar a forma como estas entidades se relacionam com o género e a idade e verificar se a solidão se altera com o tempo.

Resultados: Verificou-se que a depressão e a solidão se manifestam em simultâneo e que nenhuma é dependente do género. A solidão ocorre de forma independente da idade. Para a depressão os dados analisados mostram manifestações diferentes consoante a faixa etária.

Conclusão: Fica lugar para investigação mais aprofundada e detalhada acerca dos objetivos propostos. Considera-se importante continuar a estudar a solidão uma vez que pode ser causa de outras patologias e ser um fator eventualmente modificável.

Palavras-Chave: Depressão; Género; Idade; Solidão; Perspetiva Temporal

Abstract

Objectives: This study intends to investigate if depression and loneliness are dependents or independent from each other and how loneliness manifests in time. It also investigates if loneliness and depression are dependent on age and gender.

Results: It was verified that depression and loneliness exist and manifests simultaneously and none is dependent from genre. Loneliness is independent from age, while depression changes among different age groups.

Conclusion: There is room for deeper and detailed investigation about the proposed objectives. It is important to continue studying loneliness since it may be the cause of other diseases and possibly be a modifiable factor.

Key-Words: Depression; Genre; Age; Loneliness; Time

Introdução

*“Quando estou só reconheço
Se por momentos me esqueço
Que existo entre outros que são
Como eu sós, salvo que estão
Alheados desde o começo.
E se sinto quanto estou
Verdadeiramente só,
Sinto-me livre mas triste.
Vou livre para onde vou,
Mas onde vou nada existe.
Creio contudo que a vida
Devidamente entendida
É toda assim, toda assim.
Por isso passo por mim
Como por coisa esquecida.”*

Fernando Pessoa

Solidão

O presente trabalho visa fazer uma abordagem ao tema da solidão em geral e da perspetiva temporal da solidão. As raízes da solidão, segundo alguns autores, parecem encontrar-se na infância e nos processos de vinculação precoce (Cacioppo et al., 2002).

São milhões os indivíduos que vivem a solidão todos os dias. Uma vez que a solidão é essencialmente debilitante, é adequado que tanto para especialistas clínicos como investigadores tenham como meta perceber se este estado é uma patologia e de que forma se relaciona com outras condições. A solidão foi incluída pela associação de diagnósticos de enfermagem da América do Norte (NANDA), sendo esta associação a considerar pela primeira vez a solidão como uma entidade nosológica independente. (Booth, 2000, Pocinho, Farate & Dias, 2010).

A solidão parece facilmente percebida pois qualquer indivíduo é capaz de a definir de uma forma própria revelando que qualquer um a pode experimentar em algum momento da sua vida. A solidão, para Fernandes (2007), é um termo que tem um significado intuitivo para a maior parte das pessoas. Este autor diz que “ à semelhança do amor, a solidão é um conceito vago, revestindo-se assim de muitos significados dependendo da forma que aparece e do modo como cada um lida com ela” e que “apesar da diversidade de abordagens parece existir um consenso sobre a sua dimensão temporal, podendo sentir-se a solidão em relação ao passado, presente e futuro.”

Apesar de aparentemente fácil de definir sob ponto de vista linguístico, segundo o dicionário online Priberam da língua portuguesa (www.priberam.pt), “ solidão provém do latim (*solitudo,-inis*)” podendo ser “Estado do que está só. Lugar solitário. = RETIRO. Isolamento. Lugar despovoado. = ERMO”, de uma perspetiva emocional e cognitiva a definição de solidão pode ser bem mais elaborada.

Para além de uma discussão sobre o sentido ontológico do termo solidão, atualmente devido aos avanços tecnológicos e científicos reforçados pela abrangência dos meios de comunicação e internet, tem-se gerado uma fase marcada de solidão no ser humano, uma vez que a comunicação entre as pessoas está debilitada devido ao estilo de vida individualista, competitivo e consumista que persiste neste século. (Moreira & Callou, 2006)

Na opinião de Peplau & Perlman (1984), a solidão é uma experiência desagradável que acontece quando a rede de relações sociais de uma pessoa é significativamente deficiente em qualidade ou em quantidade. Esta definição partilha três pontos concordantes para a maioria dos eruditos que estudam a solidão. Numa primeira abordagem, a solidão resulta de uma deficiência nas relações sociais de uma pessoa, ocorrendo quando as relações sociais atuais de um indivíduo não correspondem às suas expectativas. Em segundo lugar, a solidão é uma experiência subjetiva, um indivíduo pode ser só sem ser solitário, ou sentir-se só entre uma multidão. Em terceiro, a experiência da solidão é aversiva. Embora a solidão possa ser uma etapa do crescimento pessoal, é uma experiência desagradável.

A pesquisa sobre a solidão tem vindo a ter alguma saliência na era contemporânea, uma vez que esta é experienciada por todo o ser humano em algum momento da sua vida. Para Neto (1989), a definição de solidão proposta por Peplau e Perlman é válida considerando este autor que a solidão não é simplisticamente o que se sente quando se está sozinho. Podemos sentir a solidão quando estamos sozinhos no caso de querermos estar com alguém, mas também a podemos sentir quando estamos com outras pessoas. Um dos focos da solidão é a insatisfação em relação ao nosso relacionamento social.

Para Peapleau (1985), são diversas as características pessoais e ambientais que podem predispor um indivíduo à solidão. A experiência da solidão é despoletada por alguma mudança na vida da pessoa, por exemplo “ o adolescente tímido que esteve no mesmo sistema escolar desde o infantário, pode durante esses anos ter desenvolvido uma vida social satisfatória, apesar de ser tímida, apenas quando o adolescente é confrontado com o fazer novos amigos, possivelmente quando avança para o ensino secundário, a timidez será um problema”.

Para Pocinho (2007) apesar da definição de solidão ser diversa, as pessoas continuam a descrever e a sentir a sua solidão, mesmo que não tenham um conhecimento completo sobre ela e sobre as suas causas ou consequências.

Fundamentalmente, a solidão pode ser conceptualizada como uma condição afetiva adversa acompanhada por possíveis cognições problemáticas, circunstâncias de vida, estratégias de resolução de problemas e vários outros fatores de carácter individual e/ou social. Da mesma fonte fica a ideia de que apesar de não existir um consenso universal sobre a definição de solidão, fica excluído deste estado emocional o isolamento voluntário, pois a pessoa em solidão não entra voluntariamente nesse estado emocional; pelo contrário, sente que se encontra desesperadamente só sem compreender o porquê (Pocinho, 2007).

Os seres humanos por natureza são uma espécie dependente e estão durante toda a sua vida dependentes das relações para sobreviver e prosperar. A recompensa social do sentimento de ligação a outros e a dor social do sentimento de desligamento servem uma função adaptativa, ou seja, para motivar a formação, manutenção e alimentando-se de relações sociais que promovem a sobrevivência. (Hawkey, Gu, Luo, Y-J & Cacioppo, 2012)

Jong Grieveld definiu solidão como “uma situação vivida pelo indivíduo onde existe uma desagradável ou inadmissível falta de (qualidade de) certas relações. Isto inclui situações em que o número de relações existentes é menor do que o considerado desejável ou aceitável, bem como situações em que a intimidade que o indivíduo deseja não foi atingida”. Segundo este autor e seus colaboradores esta perspetiva a solidão engloba a maneira pela qual a pessoa percebe, experiência e avalia o seu isolamento e a falta (ou falha) de comunicação com outras pessoas. Esta definição de solidão considera-a como um fenómeno multidimensional onde três dimensões se individualizam. A primeira dimensão, “privação” diz respeito às sensações associadas à ausência de um acessório íntimo, sentimentos de vazio ou abandono, sendo a base de todo o conceito. A segunda dimensão refere-se à perspetiva temporal (será que as pessoas interpretam a sua solidão como sendo inerente à Vida ou como mutável e tratável, que elas culpam os outros ou a si próprias pela situação em que se encontram?). A terceira dimensão envolve

diferentes tipos de aspetos emocionais, como tristeza, sentimentos de vergonha, culpa, frustração e desespero). (Gierveld, 1998)

Depressão

A depressão acontece tanto em crianças como em adolescentes, adultos e idosos. Manifesta-se como uma combinação de sentimentos de tristeza, solidão, irritabilidade, inutilidade, desesperança, agitação, e culpa, acompanhada de uma matriz de sintomas físicos. (Sharp & Lipsky, 2002)

A depressão caracteriza-se como um distúrbio da área afetiva ou do humor, que exerce forte impacto funcional em qualquer faixa etária. É um distúrbio de natureza multifatorial, que envolve inúmeros aspetos de ordem biológica, psicológica e social. É um estado de humor vivenciado por um grande número de indivíduos em algum momento de suas vidas, sendo muitas vezes relatada como tristeza, saudade, angústia, desânimo, entre outros. (Irigaray & Schneider, 2007)

As primeiras referências às perturbações de humor datam já desde tempos imemoriais. Na Grécia Antiga, a palavra “distimia” significava “dificuldade (*dis*) de ânimo/humor (*thimos*)”, ou seja, “mal-humorado”. Hipócrates, o médico grego, designava-a por “temperamento melancólico”. Na Idade Média, com a prevalência do pensamento mágico, a doença mental passou a ser encarada como uma manifestação demoníaca. (Pocinho, 2007)

A depressão grave é atualmente a principal causa de incapacidade em todo o mundo, ocupando o quarto lugar a nível mundial entre as dez principais causas de patologia e segundo as projeções, ocupará o segundo lugar nos próximos 20 anos. (Vaz & Gaspar, 2011) Atualmente, a depressão é considerada o sintoma principal em mais de 50% das pessoas que vão a consultas externas. Este facto faz da

depressão numericamente significativa e muito importante do ponto de vista humano, assumindo a forma de vida ou de morte, quando esta está associada à intenção suicidária (Pocinho 2007 citando Bellak, 1993).

De facto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) previu que depressão será a segunda maior causa de incapacidade após a doença cardíaca em todos os países até 2020 (Barg et al., 2006)

A depressão parece existir com maior frequência na população mais envelhecida sendo um dos problemas psiquiátricos mais comuns e importantes em idosos. Os fatores de risco para a depressão nos idosos são a história clínica de depressão crónica, uma ou a associação de múltiplas doenças médicas, o género feminino, a situação de viuvez e divórcio, uma doença cerebral, o uso abusivo de álcool, a utilização de determinados medicamentos, e uma história de vida com vivências stressantes. (Birrer & Vemuri, 2004)

O género tem sido identificado como um fator de risco para a depressão, tendo sido avaliado em estudos epidemiológicos realizados, através de métodos e meios de diagnóstico semelhantes em diferentes nações, culturas e etnias, e revelando a depressão como sendo aproximadamente duas vezes mais prevalente em mulheres que em homens. Muitas teorias têm sido propostas, no entanto, ainda nenhuma conseguiu explicar completamente essa diferença de género. Fatores biológicos, psicossociais e metodológicos podem contribuir para esse fenómeno. (Vaz & Gaspar, 2011) Alguns indicadores da Organização Mundial de Saúde (OMS) alertam para o facto de a depressão constituir a doença mais frequente entre as mulheres com proporções bastante significativas em idades avançadas. O rácio médio é de 1,5 mulheres por cada homem, embora em determinados países esta proporção seja de 3. O isolamento físico e psicológico a que grande parte dos idosos estão entregues, juntamente com acontecimentos fulcrais que afetam o modo de vida, podem proporcionar sentimentos de solidão, baixa autoestima, dificuldades

em enfrentar a situação e encontrar formas alternativas de ultrapassar positivamente o problema. (INE, 2002)

Quando as pessoas estão clinicamente deprimidas, sentem-se tristes e muitas vezes chorosas. Sentem-se culpadas e acreditam que estão sempre a desiludir as outras pessoas. Podem ficar mais irritadas, mais ansiosas e tensas do que é normal. Quando a depressão atinge quase o seu limite, podem mesmo perder a capacidade de reagir em termos emocionais. Torna-se difícil tirar prazer ou interessar-se por atividades normais que outrora se mostravam agradáveis. Domina a ausência de energia e tudo requer um esforço extraordinário. As atividades que faziam normalmente são abandonadas, passando longas horas sentadas numa cadeira ou deitados na cama. Existem grandes dificuldades de concentração, pelo que as pessoas deixam de conseguir ler o jornal ou ver televisão. Ficam muito preocupadas com quão mal se sentem e com as dificuldades (aparentemente insolúveis) que têm de enfrentar. Mesmo as funções corporais básicas podem ser afetadas. O sono torna-se difícil, o apetite diminui e o desejo sexual desaparece. A sensação que tal não terá fim, que nada melhorará a situação, que estão condenados, assume-se como extremamente perigosa e delicada na medida em que muitas vezes conduz a ideias suicidas e mesmo à sua consumação. (Pocinho, 2007)

Depressão e Solidão

Nem todas as pessoas solitárias estão deprimidas, nem todas as pessoas deprimidas são solitárias, contudo as duas condições partilham uma variação intrínseca significativa em muitos dos estudos que analisaram ambas. Algumas pessoas experimentam a solidão de forma passageira, outros vivenciam uma solidão mais permanente. Aqueles que sofrem de formas crónicas de solidão são mais propensos a serem mais deprimidos do que aqueles cuja solidão é mais fugaz,

reativa e situacional. Uma vez a solidão e a depressão partilham algumas características, o diagnóstico diferencial pode ser um desafio. (Booth, 2000)

Uma pesquisa fenomenológica transcultural sobre a experiência da depressão foi realizada no Brasil, no Chile e nos Estados Unidos, sendo a solidão uma das temáticas emergentes nos três países. O objetivo foi aprofundar essa temática e descrever a relação entre solidão e depressão na experiência vivida, a fim de compreender até que ponto a solidão é causa (etiologia) ou consequência (sintoma) da depressão. Os resultados mostram o significado ambíguo da solidão na experiência da depressão. (Moreira & Callou, 2006)

A solidão tem sido identificada como um fator de risco para sintomas depressivos em estudos transversais e longitudinais realizados com adultos mais velhos. A solidão revelou-se como um fator de risco para uma vasta gama de problemas em adultos de meia-idade e idosos, incluindo a falta de independência, o alcoolismo, a pressão arterial elevada e problemas com o sono (Cacioppo et al, 2002). A ocorrência em simultâneo de sintomas de solidão e sintomas depressivos já é largamente observada, e os itens que medem a solidão foram incluídos em algumas medições de sintomas depressivos em idosos (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006).

Pesquisas posteriores estabeleceram que a solidão e os sintomas depressivos são, na verdade, construções distintas (Weeks, Michela, Peplau & Bragg, 1980), mas a especificidade da solidão como um fator de risco para sintomas depressivos não foi previamente abordada em estudos de base populacional multiétnicas de homens e mulheres de meia-idade e mais velhos.

De acordo com estudos anteriores, Lim & Kua (2011), verificaram que a solidão é um contributo forte para a saúde mental. Este estudo sugere que o facto de morar sozinho contribuiu para um bem-estar psicológico diminuído sendo a maioria atribuída a solidão.

Objetivos

O objetivo geral deste trabalho é o de perceber a relação que existe entre a solidão e a depressão e compreender se surgem de forma independente ou se são concomitantes. Como objetivos específicos pretendeu-se entender a forma como a depressão e a solidão se relacionam com o género e a idade e, perceber se com o decorrer do tempo, existem alterações nos valores relativos à solidão.

Materiais e Métodos

Após a cedência, pela primeira autora da versão portuguesa (M. Pocinho, Farate, & Dias, 2010), dos questionários previamente administrados, em situação de entrevista individual, com os cuidados éticos necessários ao desenvolvimento do estudo, respeitando o estado emocional dos participantes, foi iniciado a elaboração de uma matriz dos dados no *Statistics Program Package for Social Sciences - SPSS*, versão 19, com a informação necessária a persecução deste estudo. Os dados foram depurados e recodificados na presença da autora no final do 1º semestre de 2013.

Participantes

Os questionários foram administrados, a indivíduos com uma aparência geriátrica (idade facial), sem qualquer diagnóstico clínico, em vários locais do país, em Centros de Dia, Centros de Saúde, Lares e domicílios, por pessoas previamente preparadas como assistentes sociais. No caso de idosos internados em lares os questionários foram administrados por estudantes finalistas de psicologia. Os

participantes residentes em suas casas foram informados sobre o objetivo do estudo, anonimato e confidencialidade das respostas. Com a recolha desta amostra pretendeu-se assim, criar um reflexo da população portuguesa em geral.

A amostra é constituída por 26 sujeitos do sexo masculino (50,98%) e 25 do sexo feminino (49,02%), com idades compreendidas entre os 41 e os 80 anos. A média de idades no total da amostra é de 54,04 (DP=14,96).

Tabela 1 – Distribuição da Amostra Segundo o Género

	Frequência	Percentagem
Feminino	25	49,0
Masculino	26	51,0
Total	51	100,0

Tabela 2 - Distribuição da Amostra por classes etárias

	Frequência	Percentagem
41-50 anos	23	45,1
51-60 anos	17	33,3
61-70 anos	9	17,6
71-80 anos	2	3,9
Total	51	100,0

Instrumentos

A **Escala de Depressão Geriátrica (EDG)** (GDS, *Geriatric Depression Scale*; Yesavage et al., 1983) é uma escala direcionada especificamente para a população idosa. Ao longo dos anos tem-se considerado como sendo a mais completa escala de rastreio na avaliação da depressão geriátrica. A versão original é composta por 30 itens, 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. Vários estudos evidenciaram a sua validade ($\alpha = 0,94$) e fidedignidade ($\kappa = 0,94$) (Costa, 2012). Existe ainda uma versão da EDG com 15 itens (EDG-15) é uma versão curta da escala original elaborada por Sheikh & Yesavage (1986), a partir dos itens que maioritariamente se relacionavam com o diagnóstico de depressão e que, em conjunto, mostraram boa sensibilidade de diagnóstico com confiabilidade adequada. Essa versão reduzida é bastante atraente para o rastreio das perturbações do humor no ambulatório pois exige pouco tempo para a sua administração (Paradela, Lourenço & Veras, 2005).

Neste estudo aplicamos a versão portuguesa adaptada da escala, validada recentemente por Pocinho et al. (2010). Esta escala é constituída apenas por 27 perguntas e não 30 como a original, e duas possibilidades de resposta (sim/não). A pontuação resulta da soma das pontuações obtidas e é feita a partir da atribuição de 1 ponto para cada “item depressivo” e 0 pontos para cada “item não depressivo”. Uma maior pontuação indica maior depressão e o ponto de corte acima do qual existe depressão é de 10 pontos., consoante represente maior ou menor risco para a depressão.

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, Peplau & Cutrona, 1980).

No presente estudo recorreu-se a esta escala como meio para conhecermos o nível de solidão da população em estudo. Foi escolhida esta escala porque trata-se de um instrumento que não questiona diretamente os sujeitos sobre se sentem solidão, mas procura avaliar a solidão indiretamente. Além disso, trata-se de uma escala curta e de fácil aplicação. Prevê-se, assim, uma relação significativa entre solidão, sexo, idade e Depressão. A depressão e a solidão, uma vez instaladas no seu hospedeiro, se encontrarem as condições ambientais propícias (insatisfação com o suporte social e má qualidade de vida) minam a vontade de viver. (Pocinho, 2007)

A solidão é avaliada por uma escala de 4 pontos, variando entre a valorização 1 atribuída às respostas que representam menor probabilidade de estar num estado de solidão e a valorização 4 para as respostas que representam uma elevada probabilidade de estar em estado de solidão involuntária. O somatório dos itens revela-nos a severidade do estado. (Pocinho, 2007)

Procedimentos

Análise Estatística

Para a análise psicométrica dos itens, estes foram inseridos no *Statistics Program Package for Social Sciences - SPSS*, versão 19 no qual os itens da escala foram submetidos a análises pelos princípios da estatística paramétrica (M. T. S. Pocinho, 2012). Para cumprir o desenho exploratório e correlacional proposto, foram selecionados diferentes procedimentos estatísticos, em tempos sequentes.

Numa primeira fase foi efetuada uma análise estatística descritiva, com medidas de tendência central e de dispersão, para tratar as variáveis de caracterização da amostra.

Na segunda parte do questionário, as duas escalas utilizadas para medir a Solidão e a Depressão, foram submetidas a procedimentos estatísticos diferentes. Inicialmente serão utilizados testes estatísticos que se referem à estatística descritiva, a fim de obter as frequências absolutas relativas com que os factos estudados acontecem, e também de encontrar algumas medidas de tendência central.

Para estudar a normalidade da distribuição da amostra recorreu-se ao teste de Kolmogorov-Smirnov.

Para verificar a relação entre a solidão e a depressão aplicou-se o teste R de Pearson.

De forma a relacionar os valores de depressão e solidão e a sua distribuição consoante o género, usámos o teste U de Mann Whitney para amostras independentes. Para verificar como a depressão e a solidão se manifestam em diferentes faixas etárias aplicou-se o teste Kruskal Wallis.

Por fim aplicou-se o teste T de student para amostras emparelhadas, com o objectivo de analisar se a solidão se mantém ou se altera ao longo do tempo.

Resultados Prévios

Verificou-se que os instrumentos usados durante este estudo possuíam as características psicométricas adequadas à sua aplicação.

O estudo da fidedignidade global mostra que esta é elevada. No que se refere a EDG, esta apresentou um alfa de Cronbach de 0,906. A análise de fidedignidade da UCLA apresentou um alfa de Cronbach de 0,890.

A observação dos quadros abaixo, dá-nos com maior objetividade os valores de confiança obtidos.

Tabela 3 Consistência Interna da UCLA - Alpha de Chronbach

Valores métricos se o item for apagado	Média	Variância	Correlação Corrigida	Alpha
Ucla1-Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	33,94	89,136	0,592	,880
Ucla2-Sente que não tem alguém com quem falar	33,90	86,970	0,614	,879
Ucla3-Sente que é insuportável estar só	33,65	90,713	0,448	,885
Ucla4-Sente que tem falta de companhia	33,78	84,893	0,749	,874
Ucla5-Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	33,73	90,803	0,509	,883
Ucla6-Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone	33,98	92,900	0,357	,888
Ucla7-Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	34,43	96,050	0,231	,890
Ucla8-Não se sente íntimo de qualquer pessoa	34,20	93,241	0,391	,886
Ucla9-Sente que os que o rodeiam já não partilham dos seus interesses	34,08	90,474	0,487	,883
Ucla10-Sente-se abandonado	34,63	93,758	0,557	,883
Ucla11-Sente-se completamente só	34,47	92,654	0,481	,884
Ucla12-É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	34,29	93,532	0,339	,888
Ucla13- As suas relações sociais são superficiais	33,69	92,220	0,361	,888
Ucla14-Sente-se com muita vontade de ter companhia	34,00	88,520	0,593	,880
Ucla15- Considera que na realidade ninguém o conhece bem	33,88	93,346	0,369	,887
Ucla16-Sente-se isolado das outras pessoas	34,33	87,587	0,744	,876
Ucla17-Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	34,29	89,412	0,626	,879
Ucla18-É-lhe difícil fazer amigos	34,33	95,267	0,284	,889
Ucla19-Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	34,49	89,055	0,745	,877
Ucla20- Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	34,04	88,918	0,640	,879
Alpha de Cronbach total (20 itens)	0,890			

Tabela 4 - Consistência Interna da EDG - Alpha de Cronbach

Valores métricos se o item for apagado	Média	Variância	Correlação Corrigida	Alpha
GDS1-Está satisfeito com a sua vida actual	7,00	38,720	0,474	0,907
GDS2-Abandonou muitas das suas atividades e interesses	6,96	38,878	0,438	0,908
GDS3-Sente que a sua vida está vazia	7,16	38,455	0,623	0,905
GDS4-Anda muitas vezes aborrecido	6,96	37,838	0,614	0,904
GDS5-Encara o futuro com esperança	7,08	38,874	0,480	0,907
GDS6-Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar	6,94	37,056	0,744	0,902
GDS7-Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo	7,10	37,970	0,660	0,904
GDS8-Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má	7,14	38,921	0,511	0,907
GDS9-Sente-se feliz a maior parte do tempo	7,14	38,161	0,660	0,904
GDS10-Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido	7,18	38,308	0,679	0,904
GDS11-Fica muitas vezes inquieto e nervoso	7,00	37,720	0,647	0,904

GDS12-Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas	6,96	39,158	0,391	0,909
GDS13-Anda muitas vezes preocupado com o futuro	6,90	39,170	0,383	0,909
GDS14-Acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas	7,24	39,664	0,469	0,907
GDS15-Actualmente, sente-se muito contente por estar vivo	7,31	41,860	-0,025	0,913
GDS16-Sente-se muitas vezes desanimado e abatido	7,04	37,318	0,738	0,902
GDS17-Sente que, nas condições atuais, é um pouco inútil	7,16	39,535	0,408	0,908
GDS18-Preocupa-se muito com o passado	7,16	39,175	0,479	0,907
GDS19-Sente-se cheio de interesse pela vida	7,27	40,083	0,438	0,908
GDS20-Custa-lhe muito meter-se em novas atividades	7,12	38,866	0,506	0,907
GDS21-Sente-se cheio de energia	7,10	38,330	0,592	0,905
GDS22-Sente que para a sua situação não há qualquer esperança	7,24	40,904	0,183	0,911
GDS23-Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor	7,14	39,441	0,411	0,908
GDS24-Aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância	7,12	38,906	0,499	0,907
GDS25-Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar	7,14	39,801	0,343	0,909
GDS26-Sente dificuldade em se concentrar	7,08	37,794	0,677	0,903
GDS27-Evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)	7,08	40,234	0,239	0,912
Alpha de Cronbach total (27 itens) 0,906				

Resultados

Na tentativa de perceber se níveis elevados de depressão estão diretamente relacionados com níveis elevados de solidão, aplicámos a Correlação de Pearson e como mostrado na tabela abaixo, obtivemos um grau de associação positivo entre os dois scores, ou seja, temos uma correlação positiva para estas duas variáveis. Nos casos estudados se a solidão aumenta a depressão também aumenta e vice-versa.

Tabela 5 - Correlação de Pearson para UCLA e EDG

		Score Re-UCLA	Score R-GDS
Pontuação Re-UCLA	Correlação de Pearson	1	,526**
	Sig. (2 medidas)		,000
	N	51	50
Pontuação R-EDG	Correlação de Pearson	,526**	1
	Sig. (2 medidas)	,000	
	N	50	50

** . Correlação é significativa para o nível 0.01(2 medidas).

Quando pretendemos verificar se o género influenciava de alguma forma os níveis de solidão e depressão, medidos pela UCLA e EDG respetivamente, aplicámos aos dados obtidos o Teste U de Mann Whitney. Os resultados obtidos mostram que não existem diferenças significativas entre géneros nos níveis de depressão obtidos pela EDG (Sig =0,459 > 0,05) e o mesmo acontece para os níveis de solidão obtidos pela UCLA (Sig =0,858 > 0,05).

Tabela 6 Distribuição de UCLA face ao género

Hipotese Nula	Teste	Sig.
A distribuição da Pontuação Re-Ucla é a mesma entre as categorias de género	Teste U de Mann.Whitney para amostras independentes	0,858

Tabela 7 Distribuição EDG face ao género

Hipotese Nula	Teste	Sig.
A distribuição da Pontuação Re- EDG é a mesma entre as categorias de género	Teste U de Mann.Whitney para amostras independentes	0,459

Com os dados recolhidos quisemos perceber se havia alterações nos níveis de depressão e de solidão nas diferentes classes etárias em que se encontrava dividida a amostra, para isto analisamos os dados recorrendo ao teste Kruskal Wallis. Para o teste UCLA obtivemos sig=0,459 > 0,05 não havendo diferenças significativas para o nível de solidão entre diferentes classes Etárias. Para a EDG obtivemos um valor de Sig =0,039 <0,05, existindo assim diferenças significativas nos níveis de depressão entre as diferentes faixas etárias.

Tabela 8 Distribuição Ucla segundo a idade

	Idade por Classes	N	Mean Rank
Pontuação Re-UCLA	41-50 anos	23	23,46
	51-60 anos	17	29,97
	61-70 anos	9	27,00
	71-80 anos	2	17,00
	Total	51	

Testes Estatísticos^{ab}

	Pontuação Re-UCLA
Qui-quadrado	2,671
df	3
Asymp. Sig.	,445

a. Teste de Kruskal Wallis

b. Variáveis agrupadas: Idade por Classes

Tabela 9 Distribuição EDG segundo a idade

	Idade por Classes	N	Mean Rank
Pontuação R-GDS	41-50 anos	23	19,07
	51-60 anos	16	31,16
	61-70 anos	9	30,94
	71-80 anos	2	29,75
	Total	50	

Testes Estatísticos^{a,b}

	Score R-GDS
Qui-quadrado	8,373
df	3
Asymp. Sig.	,039

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Idade por Classes

Em último lugar tentamos perceber se a solidão é uma entidade que permanece fixa, ou se de alguma maneira se altera ao longo do tempo. Para isso analisamos os testes e os re-testes UCLA que foram administrados com uma diferença de cerca de duas semanas entre si e aplicou-se a estes dados o teste T para amostras emparelhadas, com objetivo de detetar se existem diferenças significativas entre os dois momentos da administração do teste UCLA. A análise é feita para o nível de confiança de 5%. Como mostra a tabela abaixo, não se observam alterações estatisticamente significativas entre a solidão em situações temporais distintas, com exceção dos itens 6 e 8 que embora apresentem uma variação significativa, não alteram o valor global da escala.

Tabela 10 - Teste T para comparar Solidão ao longo do tempo

	Teste $\bar{X} \pm DP$	Re-Teste $\bar{X} \pm DP$	p-value
Ucla1-Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	1,96 ± 0,916	1,94 ± 1,008	0,850
Ucla2-Sente que não tem alguém com quem falar	2,00 ± 1,058	2,02 ± 1,010	0,860
Ucla3-Sente que é insuportável estar só	2,25 ± 0,997	2,04 ± 0,958	0,109
Ucla4-Sente que tem falta de companhia	2,12 ± 1,032	1,92 ± 0,977	0,086
Ucla5-Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	2,18 ± 0,888	2,12 ± 0,993	0,472
Ucla6-Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone	1,92 ± 0,935	1,73 ± 0,874	0,049
Ucla7-Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	1,47 ± 0,784	1,45 ± 0,642	0,844
Ucla8-Não se sente íntimo de qualquer pessoa	1,71 ± 0,832	2,02 ± 1,029	0,008
Ucla9-Sente que os que o rodeiam já não partilham dos seus interesses	1,82 ± 0,953	1,82 ± 0,888	1,000
Ucla10-Sente-se abandonado	1,27 ± 0,568	1,24 ± 0,586	0,532
Ucla11-Sente-se completamente só	1,43 ± 0,755	1,39 ± 0,802	0,532
Ucla12-É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	1,61 ± 0,896	1,59 ± 0,876	0,892
Ucla13- As suas relações sociais são superficiais	2,22 ± 1,006	2,04 ± 0,916	0,151

Ucla14-Sente-se com muita vontade de ter companhia	1,90 ± 0,964	1,86 ± 0,960	0,719
Ucla15- Considera que na realidade ninguém o conhece bem	2,02 ± 0,860	1,98 ± 0,883	0,727
Ucla16-Sente-se isolado das outras pessoas	1,57 ± 0,855	1,49 ± 0,809	0,351
Ucla17-Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	1,61 ± 0,850	1,65 ± 0,913	0,699
Ucla18-É-lhe difícil fazer amigos	1,57 ± 0,781	1,57 ± 0,781	1,000
Ucla19-Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	1,41 ± 0,753	1,35 ± 0,716	0,261
Ucla20- Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	1,86 ± 0,872	1,92 ± 0,868	0,554
Score	35,902 ± 10,01	35,137 ± 10,419	0,310

Discussão e Conclusão

A solidão continua atualmente a ser difícil de definir, em termos médicos não é diagnosticável, não é considerada uma doença, podendo ter muitos fatores que a despoletam bem como pode estar relacionada com muitas alterações cognitivas. Sabemos que a solidão existe, e que altera e prejudica a vida de muitas pessoas, no entanto continua a existir uma lacuna imensa na investigação sobre a solidão e a forma como ela pode desenvolver-se em doença.

Muitas vezes a solidão surge como sombra da depressão, na medida em que muitas vezes os doentes com depressão referem sinais de solidão e isolamento social.

Para Moreira & Calliou (2006) solidão, em termos psicológicos, pode caracterizar-se pela ausência afetiva do outro e estar intimamente relacionada com o sentimento, com a sensação de se estar só. O outro pode até estar próximo geograficamente, mas não há aproximação psicológica; falta interação e comunicação emocional. No estudo realizado por estes autores, solidão é relatada como algo inerente, como parte constitutiva, da depressão.

A falta de amigos íntimos e contatos sociais escassos geralmente trazem desconforto emocional ou sofrimento conhecido como solidão. A solidão começa com a tomada de consciência de uma deficiência nos relacionamentos, ativando-se assim um alarme emocional que conduz à tristeza e a uma sensação de vazio. Apesar dos efeitos negativos da solidão, esta pode ser interpretada como uma sensação natural, contudo quando passa a ser uma solidão crónica pode ser a base de diversos problemas emocionais que perturbam a vida do indivíduo. Quando comparamos a solidão com a depressão, esta última é mais atraente e segura, uma vez que atualmente conhecem-se diferentes mecanismos quer psicoterapêuticos quer medicamentosos para se obter uma cura ou pelo menos atenuar os efeitos provocados. Atualmente a solidão continua a ser um poço sem fundo, uma vez que se trata difícil de diagnosticar e muito mais de tratar, sobretudo pela falta de bases terapêuticas que a definam.

Neste trabalho propusemo-nos a analisar a forma como a solidão e a depressão se relacionam e se se podem considerar entidades totalmente independentes ou se estão relacionadas e coexistem. Através dos resultados obtidos após a aplicação da correlação de Pearson obteve-se uma correlação positiva para estas duas variáveis. Ou seja, nos casos estudados neste trabalho se a solidão aumenta a depressão também aumenta e vice-versa, mostrando desta forma que as duas situações existem de forma concomitante, o que verifica as conclusões obtidas em outros estudos (Cacciopo et al. 2006, Jaremka et al. 2012) Para Barg et al. (2006), os idosos relacionam o sentimento de solidão a conceitos de depressão e consideram mesmo a solidão como predisponente da depressão. Resultados prévios mostram que quer a depressão quer a solidão podem ter resultados preditivos uma da outra (Cacciopo & Hughes 2006). Weeks et al. (1980) afirmam que se a solidão e a depressão se relacionam e uma vez que nenhuma é causa da outra, a melhor hipótese para justificar esta relação é a de partilharem diversas causas em comum.

Um outro objetivo deste estudo era o de perceber se a solidão e a depressão podem estar de alguma forma relacionadas com o género. Um dos fatores de risco que tem sido identificado para a depressão é o género, tendo sido avaliado em estudos epidemiológicos realizados, através de métodos e meios de diagnóstico semelhantes em diferentes nações, culturas e etnias, e revelando a depressão mais prevalente em mulheres que em homens. Muitas teorias têm sido propostas, no entanto, ainda nenhuma conseguiu explicar completamente essa diferença de género. Estas diferenças de género não são bem entendidas podendo estar relacionadas a uma combinação de fatores genéticos e biológicos, incluindo alterações hormonais bem como a partir do stress da vida ativa, responsabilidade familiar e papéis sociais (Ortiz et al. 2012, Vaz et al. 2011). Neste trabalho que levamos a cabo, verificou-se que não há diferenças significativas nos níveis de depressão bem como nos níveis de solidão entre géneros. No que concerne á solidão este resultado é equivalente ao que se concluiu noutros estudos (Grieveld, 1998; Beadle, Brown, Keady, Tranel & Paradiso, 2012).

Em alguns estudos consultados para a realização deste trabalho, a solidão e a depressão aparecem relacionadas com um fator de risco que é a idade. Apesar de existirem vários estudos a referir uma diferença na taxa de solidão presente em indivíduos de diferentes faixas etárias, no nosso estudo, cujos participantes apresentavam uma idade compreendida entre os 41 e os 80 anos, não foram encontradas diferenças significativas nos resultados UCLA, indo de encontro ao concluído em outros trabalhos (Beadle et al., 2012). Nos seus estudos, Neto & Barros (2001), verificam que a solidão é sobretudo um problema dos adolescentes e dos idosos. Estes resultados sobre os idosos não concordam com os de outras investigações levadas a cabo noutros contextos culturais (Ortiz et al. 2012). Relativamente á depressão, no nosso estudo encontramos diferenças significativas nos resultados da EDG nas diferentes faixas etárias em que segmentámos a nossa amostra, sendo mais prevalente a depressão nos indivíduos com mais de 51 anos. Este achado para esta amostra em particular encontra resultados semelhantes a

estudos realizados no passado em comunidades distintas (Beadle et al., 2012; Lim et al. 2011).

O último objetivo deste trabalho era o de perceber se os resultados relativos á solidão se mantinham estáveis durante um período de tempo relativamente curto (máximo de 15 dias). Concluímos que a solidão não se altera significativamente com o decorrer do tempo, e que pelo contrário se pode manter. Estes resultados são suportados por outros estudos como por exemplo o levado a cabo por Cacciopo et al. (2006).

Relativamente a este estudo levado a cabo para apresentação deste trabalho de dissertação, pensamos ser importante salientar as suas limitações, sobretudo no que respeita a amostra, sendo que a sua dimensão é pequena e a informação sobre a mesma é muito escassa, uma vez que não temos dados sociodemográficos (se os indivíduos vivem ou não sozinhos, se vivem em meio rural ou urbano, qual o seu estado civil, se sofrem de doenças e se são crónicas, sabendo a sua duração, ou agudas, sabendo a sua frequência e se tomam algum tipo de medicação), e isto iria permitir uma melhor compreensão da amostra.

Em jeito de conclusão, gostaríamos de sugerir a importância de se efetuarem novos estudos que partilhem os objetivos aqui propostos, nomeadamente estudos com uma amostra maior e mais bem definida face aos dados sociodemográficos. Pode alargar-se o estudo a outras zonas do País, estudar-se as diferentes faixas etárias. Pensamos que também é importante estudar se a solidão se mantém estável em períodos maiores de tempo do que aquele que se efetuou neste estudo. Consideramos importante a realização de estudos em Portugal que associem as variáveis estudadas com a medição de determinados parâmetros bioquímicos, por exemplo estudar a forma como a solidão e a depressão alteram a resposta do sistema imunitário de um individuo (Jaremka et al. 2012), de forma a perceber se estas podem ter alguma influência em outras doenças crónicas, nomeadamente cognitivas e também para identificar quais as causas comuns para a depressão e solidão.

Bibliografia

Barg, F. K., Huss-Ashmore, R., Wittink, M. N., Murray, G. F., Bogner, H. R., & Gallo, J. J. (2006). A mixed-methods approach to understanding loneliness and depression in older adults. *Journals of Gerontology: Psychological Sciences & Social Sciences*, 61(B), 329-339. Acedido em 18, Maio, 2013 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2782769/>

Beadle J.N., Brown V., Keady B., Tranel D. & Paradiso S. (2012). Trait empathy as a predictor of individual differences in perceived loneliness. *Psychological Reports*, 110 (1), 3-15. Acedido em 13,Julho,2013 em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3555404/>

Birrer RB, Vemuri SP. (2004).Depression in later life: a diagnostic and therapeutic challenge. *American Family Physician*, 69 (10), 2375-2382. Acedido em 15,Junho, 2013, em <http://www.aafp.org/afp/2004/0515/p2375.pdf>

Booth R. (2000) Loneliness as a Component of Psychiatric Disorders. *Medscape General Medicine*, (2),2. Acedido em 10, Julho, 2000 em <http://www.medscape.com/viewarticle/430545>

Cacioppo , J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 21 (1), 140-151.

Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Crawford, L. E., Ernst, J. M., Burleson, M. H., Kowalewski, R. B., Malarkey, W. B., Van Cauter, E., Berntson, G. G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64. (407-417).

Costa, M. (2012). Sentimentos de Solidão, Correlatos e Preditores. Tese de Mestrado. Escola Superior de Altos Estudos. Instituto Superior Miguel Torga.

Fernandes, H. (2007). Solidão em idosos do meio Rural do Conselho de Bragança. Tese de Mestrado em Psicologia do Idoso. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto

Gierveld, J.J. (1998). A review of loneliness; concept and definitions, determinants and consequences. *Reviews in Clinical Gerontology*, 8, 73-80.

Hawkley, L. C., Gu, Y., Luo, Y-J, & Cacioppo, J. T. (2012) The mental representation of social connections: Generalizability extended to Beijing adults. *PLoS ONE* 7(9): e44065. doi:10.1371/journal.pone.0044065 Acedido em 16, Junho, 2013

INE. Instituto Nacional de Estatística Departamento de Estatísticas. (2002) O envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas. *Revista de Estudos Demográficos* - 2.º Semestre p. 185 - 208. [On-Line]. Acedido em 5, Julho, 2013 em http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_estudos&ESTUDOSest_boui=106370&ESTUDOSmodo=2

Irigaray, T.Q.; Schneider, R. H. (2007). Prevalência de depressão em idosas participantes da Universidade para a Terceira Idade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 29(1), 19-27. http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082007000100008&lng=en&tlng=pt. 10.1590/S0101-81082007000100008. Acedido em 18, Maio, 2013

Jaremka, L.M., et al. (2012) Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology*. Em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psyneuen.2012.11.016> acedido em 13, Maio, 2013.

LIM, L. L.; Ee-Heok KUA,E.. Living Alone, Loneliness, and Psychological Well-Being of Older Persons in Singapore. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. (Vol. 2011) Article ID 673181, 9 pages, 2011. doi:10.1155/2011/673181 Acedido em 20, Julho, 2013

Moreira, V.; Callou, V.(2006). Fenomenologia da solidão na depressão. *Mental [online]*. (vol.4, 7, pp. 67-83). Acedido em 6, Maio, 2013 em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/mental/v4n7/v4n7a05.pdf>

Neto, F. (1989). Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.

Neto, F. & Barros, J. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos Interdisciplinaes do Envelhecimento*, Porto Alegre, 3, 71-88.

Ortiz, G. G; Arias, E; Saiffe, M.; Brizuela, I.; Islas, M.; Moisés, F.(2012). Prevalence of Cognitive Impairment and Depression among a Population Aged over 60 Years in the Metropolitan Area of Guadalajara, Mexico. *Current Gerontology and Geriatrics Research*. [On-Line] Acedido em 11, Junho, 2013 em: <http://www.hindawi.com/journals/cggr/2012/175019/cta/>

Paradela, E.; Lourenço, R.;Veras R. (2005). Validação da escala de depressão geriátrica em um ambulatório geral. *Rev. Saúde Pública [online]*. (Vol. 39, 6, pp. 918-923) ISSN 0034-8910. Availble: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n6/26986.pdf>

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. In L. A. Peplau & S. E. Goldston (Eds.), Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness (pp. 13-46). DHHS Publication No. (ADM) 84-1312. Washington, DC: U.S. Government Printing Office

Peplau, L. A. (1985). Loneliness research: Basic concepts and findings. In I. G. Sarason & B. R. Sarason (Eds.), *Social support: Theory, research and application* (pp. 270-286). Boston: Martinus Nijhof.

Pocinho, M. T. S. (2007). Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no idoso Alentejano. Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Portugal.

Pocinho, M., Farate, C., Dias, C. A., (2010), Validação Psicométrica da Escala UCLA - Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações* (18, 65-77). Acedido em 18, Maio, 2013 em <http://www.interacoes-ismt.com/index.php/revista/article/viewFile/304/316>

Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA loneliness scale: Concurrent and discriminant validity evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*. (Vol, 39, 3, 472-480). Acedido em 15, Maio, 2013 em: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Russel%20Peplau%20%26%20Cutrona%2080.pdf

Sharp, L.; Lipsky, M. (2002) Screening for depression across the lifespan: a review of measures for use in primary care settings. *American family physician* (Vol. 66, 6, 1001-8)

Vaz, S. e Gaspar, N. M. S. Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Rev. Enf. Ref.* [online]. 2011, vol.serIII, n.4, pp. 49-58. ISSN 0874-0283.

Weeks, D. G., Michela, J. L., Peplau, L. A., & Bragg, M. E. (1980). Relation between loneliness and depression: A structural equation analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*. (Vol. 39, 3, 1238-1244) Available: http://www.peplaulab.ucla.edu/Peplau_Lab/Publications_files/Weeks%20et%20al%201980.pdf

Anexos

Anexo I – Escala de Depressão Geriátrica (EDG)

Anexo II – Escala de Solidão (UCLA)

Anexo I

GDS Portuguese Version
Pocinho, M., Farate, C; Amaral Dias, C; Lee, T.; Yesavage, J

GDS	SIM	NÃO
1 - Está satisfeito com a sua vida actual	0	1
2 - Abandonou muitas das suas actividades e interesses	1	0
3 - Sente que a sua vida está vazia	1	0
4 - Anda muitas vezes aborrecido	1	0
5 - Encara o futuro com esperança	0	1
6 - Tem pensamentos que o incomodam e não consegue afastar	1	0
7 - Sente-se animado e com boa disposição a maior parte do tempo	0	1
8 - Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má	1	0
9 - Sente-se feliz a maior parte do tempo	0	1
10-sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido	1	0
11-fica muitas vezes inquieto e nervoso	1	0
12-prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas	1	0
13-anda muitas vezes preocupado com o futuro	1	0
14-acha que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas	1	0
15-actualmente, sente-se muito contente por estar vivo	0	1
16-sente-se muitas vezes desanimado e abatido	1	0
17-sente que, nas condições actuais, é um pouco inútil	1	0
18-preocupa-se muito com o passado	1	0
19-sente-se cheio de interesse pela vida	0	1
20-custa-lhe muito meter-se em novas actividades	1	0
21-sente-se cheio de energia	0	1
22-sente que para a sua situação não há qualquer esperança	1	0
23-julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor do que o senhor	1	0
24-aflige-se muitas vezes por coisas sem grande importância	1	0
25-dá-lhe muitas vezes vontade de chorar	1	0
26-sente dificuldade em se concentrar	1	0
28-evita estar em locais onde estejam muitas pessoas (reuniões sociais)	1	0

NB (Excluded items: 27, 29, 30)

Anexo II

Escala de Solidão - UCLA - Daniel Russell

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

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1 - Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	4	3	2	1
2 - Sente que não tem alguém com quem falar	4	3	2	1
3 - Sente que é insuportável estar só	4	3	2	1
4 - Sente que tem falta de companhia	4	3	2	1
5 - Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	4	3	2	1
6 - Já não está à espera que ninguém o (a) venha visitar, que lhe escreva ou telefone	4	3	2	1
7 - Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	4	3	2	1
8 - Não se sente íntimo de qualquer pessoa	4	3	2	1
9 - Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	4	3	2	1
10-sente-se abandonado	4	3	2	1
11-sente-se completamente só	4	3	2	1
12-É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	4	3	2	1
13-as suas relações sociais são superficiais	4	3	2	1
14-Sente-se com muita vontade de ter companhia	4	3	2	1
15-considera que na realidade ninguém o conhece bem	4	3	2	1
16-sente-se isolado das outras pessoas	4	3	2	1
17-sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	4	3	2	1
18-é-lhe difícil fazer amigos	4	3	2	1
19-sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	4	3	2	1
20- Mesmo quando existem pessoas à sua volta, sente que elas não estão consigo	4	3	2	1