

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

A SOLIDÃO E A DEPRESSÃO NOS IDOSOS: ESTUDO
NUMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO PORTUGUESA



CLAUDIA MARINA OLIVEIRA RODRIGUES

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Coimbra, 2013



A solidão e a depressão nos idosos: estudo numa amostra da
população portuguesa

CLAUDIA MARINA OLIVEIRA RODRIGUES

Dissertação de Mestrado apresentada ao ISMT para a Obtenção do Grau de
Mestre em Psicologia Clínica

Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Esmeralda Macedo

Coimbra, novembro de 2013

Imagem da capa: Representa a solidão na velhice.

Ao Tiago

Agradecimentos

Os meus primeiros agradecimentos são sem dúvida para os que sempre me acompanharam ao longo da minha vida e que estão, e sempre estarão no meu coração: os meus pais que eu tanto amo. Sem eles não era nada e sem eles não chegava a esta pequena, grande etapa da minha vida. A vocês, que ao longo destes 5 anos tantos euros desembolsaram, acreditando sempre em mim e encorajando-me a seguir sempre em frente rumo ao meu objetivo. À minha mãe que sempre me confortou com as suas palavras “ *tu consegues, filha*” e ao meu pai “ *tantos anos a estudar e depois nem emprego tens, mas se é isso que tu queres!*”. Vocês são o meu pilar! Um pilar construído à base de amor, humildade mas... sobretudo de imensa alegria! Um obrigada não é nada, pois devo-lhes tudo. Se hoje fizeram tudo por mim, amanhã tudo farei por vocês. Nada vos faltará! Amo-vos hoje e sempre.

Ao meu irmão, resmungão e teimoso “ *só pensas em estudar! Mas nunca mais acabas isso?*” apesar do mau feitio e desavenças próprias de irmãos, eu amo-te, és-me muito e tudo farei por ti, sempre.

Aos meus avós que sempre me apoiaram e deram forças para continuar. Ao meu avô que não estando aqui neste plano, estará com certeza a iluminar-me. De ti, vieram os genes: da força, teimosia e coragem em percorrer o caminho neste tão vasto e difícil mundo da psicologia.

Ao meu grande amigo e revisor de todos os trabalhos realizados ao longo desta etapa: tantos trabalhos de psicologia que leste e releste! Acompanhaste-me ao longo desta jornada universitária, tiveste sempre comigo nos meus momentos de desespero. A ti, desejo-te do fundo do meu coração toda a sorte do mundo. De mim, terás sempre o apoio e ajuda que necessitares. Obrigada pela paciência e dedicação que tens comigo Tiago.

Aos meus colegas e amigos de psicologia, nomeadamente a Helena, a Ana, o Paulo, a Eulália. Vocês foram e continuam a ser os meus psicólogos lindos que eu tanto gosto. Cresci imenso com vocês a nível profissional, mas sobretudo a nível pessoal. Se hoje sou uma pessoa menos impulsiva e mais suave nas palavras foi com certeza com o vosso ensinamento. Obrigada!

À minha amiga e psicóloga Selma, que eu tanto gosto e que estaria aqui a eternidade a agradecer por todas as palavras e ensinamentos. Obrigada por tudo.

À Diana, pelos momentos de partilha de conhecimentos mas também de boa disposição. Obrigada.

Às minhas colegas de casa, Sara e Sílvia que tantos momentos de risota me proporcionaram, aliviando me assim o stress. Obrigada pelas vossas palavras de apoio.

Ao Wilson que tantos cafés ficaram para trás, por tantas saídas à noite em que me cortei, mas o empenhamento escolar assim o mandava! Obrigada pela compreensão.

Ao Fábio que, apesar de muitas desavenças ao longo deste ano, quase sempre tiveste lá, obrigada pela preocupação.

Ao Frederico, pelo apoio e atenção nestes últimos meses. Obrigada.

À Lurdes que sempre se preocupou comigo, telefonando-me e reconfortando-me sempre nesta longa etapa. Os meus sinceros agradecimentos.

Por fim, e não menos importante, à minha orientadora, Doutora Esmeralda Macedo pelo interesse, apoio, disponibilidade e transmissão de conhecimentos ao longo deste ano, e à Doutora Margarida Pocinho, pela sua inteira disponibilidade, amabilidade e apoio neste trabalho.

A todos, o meu enorme obrigada.

Resumo

Daqui por 40 anos viverão em Portugal quase 3 pessoas com mais de 65 anos para cada jovem com menos de 15 anos. O nosso país estará assim, dentro de poucos anos, com uma pirâmide etária invertida. Enquanto país maioritariamente idoso, temos que saber lidar com os problemas da velhice. Com o avançar da idade é inevitável que estas pessoas sejam confrontadas com inúmeras mudanças quer físicas, psicológicas e sociais, mas também com dificuldades inerentes à velhice, como é o caso da solidão e depressão. Estas duas entidades são consideradas os principais problemas que alteram significativamente a qualidade de vida das pessoas idosas.

Este estudo, de natureza exploratória, visa perceber se a solidão é uma entidade isolada da depressão. Participaram neste estudo 84 indivíduos com idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos. Aplicaram-se as escalas UCLA e GDS de forma a averiguar se existem sujeitos sem depressão que apresentam elevados níveis de solidão. O principal resultado permite-nos constatar que se pode ter solidão, sem ter depressão. Constatou-se também que quanto mais se avança na idade maior são os sentimentos de solidão, e que as mulheres apresentam maiores níveis de solidão.

Palavras-chave: Solidão, Depressão, Idosos, Envelhecimento.

Abstract

Forty years from now, Portugal will have a ratio of 3 people aged over 65 years old for 1 aged 15 years old. This means that Portugal will have an inverted age pyramid. The ageing process, inevitably, brings changes and difficulties whether physical, psychological or social. Among the problems that significantly change the quality of life of elderly people we will find depression and loneliness. In the present study, the main objective is to understand if loneliness is independent from depression or if they are concomitant entities. We also examine if loneliness changes with age and gender.

The study, exploratory in nature, was constituted by 84 participants aged between 65 years old and 90 years old. It was administrated the UCLA and GDS scales. The main results show that there are people with loneliness but without depression, that loneliness feelings are higher as people advance in age and that women score higher in the loneliness scale.

Keywords: Loneliness, Depression, Elderly, Aging.

Para ser grande, sê inteiro: nada
Teu exagera ou exclui.
Sê todo em cada coisa. Põe quanto és
No mínimo que fazes.
Assim em cada lago a lua toda
Brilha, porque alta vive

Ricardo Reis

Índice

Dedicatória	
Agradecimentos	
Resumo	
Epígrafe	
Este país não é para novos. Envelhecer em Portugal	1
Long life span.	2
O processo de envelhecimento	3
Ser-se velho	4
Sozinho no meio de tanta gente: O peso da solidão.....	4
Solidão	5
A solidão nos idosos.	7
Quando o sol não brilha: A depressão.....	8
Depressão.....	8
A depressão no idoso.	9
Definição do Problema e Objetivos do Estudo	11
Material e Método	12
Participantes.	12
Instrumento.....	12
Procedimentos e Análise dos Dados	13
Apresentação de resultados.....	15
Discussão e Conclusão	18
Bibliografia	20
Anexos	
Anexo 1 Critérios para Episódio Depressivo Major	
Anexo 2 Instrumento de colheita de dados -UCLA	
Anexo 3 Instrumento de colheita de dados-GDS	

Índice de tabelas

Tabela 1	Frequências relativas aos estímulos indutores idoso, velho e idoso ativo	P. 2
Tabela 2	Sentimentos associados à solidão	P.5
Tabela 3	Caraterização da amostra segundo o sexo	P.12
Tabela 4	Média de idades da população em estudo	P.12
Tabela 5	Validade da escala	P.13
Tabela 6	Prevalência da depressão	P.15
Tabela 7	Prevalência da solidão	P.15
Tabela 8	Relação entre a solidão e depressão	P.16
Tabela 9	Prevalência da solidão segundo o sexo	P.17
Tabela 10	Prevalência da solidão segundo escalões etários	P.17

Lista de siglas

ET AL: E outros

INE: Instituto Nacional de Estatística

UCLA: UCLA Loneliness Scale

GDS: Geriatric Depression Scale

DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais

NANDA: North American Nursing Diagnosis Association

SPSS: Statistical Package for Social Sciences

Este país não é para novos. Envelhecer em Portugal

Cada vez mais a velhice e os assuntos relacionados com ela são alvo de grande pesquisa no campo da gerontologia e a suscitar o interesse da sociedade em geral. Se retrocedermos na história, encontramos diferentes representações sociais desta fase da vida. Antigamente ser “velho” significava ser fonte de sabedoria. Em muitas culturas e civilizações, principalmente a oriental, o velho era visto com respeito e veneração por parte dos mais novos, pois representava uma fonte de experiência adquirida ao longo da vida (Araújo e Carvalho, 2005). Noutras culturas, como a ocidental, o idoso representa o velho com sentido negativo e depreciativo, porque representa o fim do potencial humano: perante os olhos da sociedade, essa pessoa deixou de ser produtiva (Cruz, Fontes, Santos e Bergo, 2003). Scott (cit in Jardim, Medeiros & Brito, 2006) alerta para a importância da cultura ao salientar que este negativismo “depende da sociedade pois esta constrói diferentes práticas e representações sobre a velhice” (p. 3).

É sabido que, quando se foca o envelhecimento, existe uma conotação negativa deste processo da vida. Desde há poucos anos, no entanto, esta conotação tem vindo a alterar-se não só devido ao conhecimento acumulado sobre fisiologia e anatomia, como também à imagem que a cultura onde o indivíduo está inserido transmite (Paúl & Fonseca, 2005).

Há que distinguir os termos velho e idoso. Estas duas palavras referem-se a pessoas com idade acima dos 60/65 anos (Araújo e Carvalho, 2005). Magnabosco-Martins, Vizeu-Camargo e Biasus (2008), num estudo sobre representações sociais, propõem que “velho é aquele que se sente velho, idoso é aquele que tem idade avançada, mas não se sente velho” (p. 837). Classificar-se como velho refere-se ao viver o indesejado, com mal-estar, com doenças; já o termo idoso refere-se a um envelhecer saudável associado ao bem-estar.

A atitude que se tem perante o conceito de velhice é produto da cultura onde nos inserimos já que a construção social do conceito de velhice inscreve-se numa conjuturalidade histórica, que tem por base valores de cada sociedade, concordantes com a hierarquia de posições sociais dos indivíduos na estrutura económica e social sistematizado numa noção de pessoa (Lenoir, 1979).

Mais recentemente Ferreira, Maciel, Silva, Sá e Moreira (2010), procuraram saber qual o significado que os idosos atribuíam ao envelhecimento.

Tabela 1

Frequências relativas aos estímulos indutores idoso, velho e idoso ativo.

Estímulo 1 “idoso”	Estímulo 2 “velho”	Estímulo 3 “idoso ativo”
Abandonado (F = 30)	Chato (F = 60)	Atividade física (F = 102)
Aposentado (F = 30)	Depressão (F = 39)	Alegre (F = 105)
Cuidado (F = 30)	Desrespeito (F = 42)	Bom (F = 39)
Depressão (F = 36)	Discriminação (F = 33)	Conversa (F = 54)
Desprezo (F = 51)	Doença (F = 63)	Disposição (F = 66)
Discriminado (F = 30)	Doente (F = 39)	Independência (F = 126)
Doença (F = 66)	Experiência (F = 33)	Lazer (F = 105)
Doente (F = 39)	Limitação (F = 84)	Memória boa (F = 36)
Esquecimento (F = 36)	Morte (F = 42)	Trabalha (F = 153)
Experiência (F = 39)	Não trabalha (F = 51)	Saúde (F = 90)
Inútil (F = 54)	Respeito (F = 30)	Sábio (F = 63)
Limitação (F = 90)	Triste (F = 42)	
Respeito (F = 33)		
Velho (F = 84)		

Nota: Retirada de “Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo”, de O. Ferreira, S. Maciel, A. Silva, R. Sá e M. Moreira, 2010, *Psico-USF*, 15(3), p. 361.

Envolvendo 100 participantes com idades entre os 60 e os 93 anos, estes autores identificaram três significados distintos: idoso, velho e idoso ativo. Como podemos ver na tabela 1, embora o termo idoso tenha uma conotação mais positiva do que o termo velho, a associação de idoso com ativo é a que mais palavras positivas evoca. Ao analisarmos os significados dentro do estímulo 1 e 2, identificamos palavras como: abandonado, depressão, chato, esquecimento, desprezo, desrespeito. Em síntese, cada sociedade produz uma pessoa modelo e é deste modelo que depende a imagem que temos, positiva ou negativa da velhice.

Long life span. Para entendermos a velhice e o idoso é necessário fazer uma abordagem “*long life span*” (Fontaine, 2000), pois a construção da imagem do idoso acompanha o desenvolvimento do ser humano ao longo da vida, ou seja, a abordagem *long life span*, defende que o desenvolvimento é constituído por mudanças quantitativas e qualitativas ao longo de toda a vida do sujeito e que não devemos apenas centrar-nos nos aspetos negativos da velhice (Neri, 2007). De acordo com Abeles (citado por Paúl & Fonseca, 2005) existem quatro premissas que suportam esta óptica: i) desenvolvemo-nos ao longo da vida. Esse desenvolvimento tem início com o nascimento e término com a morte, o que significa que, qualquer que seja a idade, esta não é compreendida totalmente se for isolada das idades anteriores; ii) concorrem para o nosso desenvolvimento vários domínios, biológicos, psicológicos, sociais e funcionais, ou seja o desenvolvimento é multi-dimensional. Quando se envelhece, todos os domínios são afetados; iii) o desenvolvimento é multi-direccional, isto é,

cada indivíduo de uma determinada espécie terá variações ao longo da sua vida, quer seja no ritmo, extensão ou direção; iv) a maneira como os indivíduos se comportam é determinada pelos diversos domínios, daí que se possa afirmar que o desenvolvimento é multi-determinado.

Sabemos que o desenvolvimento de cada um é constituído simultaneamente por crescimento e declínio, implicando tanto ganhos como perdas, e mudanças biopsicosociais. Desde a concepção até à morte passamos por uma série de etapas que permitem perceber o que acontece ao ser humano a nível físico, cognitivo e social em cada período de vida. As mudanças que ocorrem num momento, qualitativas ou quantitativas, influenciam as outras, ou seja, o desenvolvimento está dependente das etapas anteriormente adquiridas. E apesar de, geralmente, passarem pelas mesmas etapas, as pessoas têm idiossincrasias, formas diferentes e específicas a cada indivíduo de viver cada uma dessas etapas (Papalia, Olds e Feldman, 2009).

O processo de envelhecimento. É importante compreender o envelhecimento de forma holística, olhando e analisando o percurso de toda a vida. Fernandez-Ballesteros (2009), diz-nos que ao envelhecimento subjaz um processo biológico, no qual ocorre uma diminuição tanto na eficiência como na eficácia de todos os sistemas biológicos. Este aspeto tem um lado mais visível, como os cabelos brancos, a pele enrugada, as manchas na pele, a diminuição da capacidade visual e auditiva, os problemas de equilíbrio e outros menos perceptíveis, como os problemas mnésicos, a menor capacidade pulmonar, as mudanças na maneira de ser e estar. Estas alterações, mais ou menos visíveis, podem ter consequências psicológicas. Quando o indivíduo não aceita o seu novo ser (a sua nova aparência mas também as suas novas limitações), poderá ter sintomas depressivos, maior sensibilidade às doenças ou, inclusive, apresentar problemas de índole ansiosa não só pelo facto de este novo processo ser desconhecido como também por sentimentos de medo e dúvida sobre o que fez na sua vida versus o que poderia ter feito.

Apesar da influência dos fatores acima descritos, Mannoni (psicanalista, citada por Roulin, 1993), defende que a velhice não tem a ver com a idade cronológica mas sim com o estado de espírito, pelo que é necessário abandonar o preconceito da idade cronológica. A “idade verdadeira” é mais do que a idade cronológica: há jovens com 20, 40 ou 90 anos de idade, tudo depende da atitude, positiva ou negativa, que se tem perante a vida (Papalia et. al., 2009). Na realidade, já em 1985 Birrem e Cuningham, alertaram para a necessidade de se ter

em consideração, na análise holística do ser humano, a existência de três idades: a idade biológica, a idade psicológica e a idade social.

A idade biológica, como o próprio nome indica, remete-nos para o processo físico de envelhecimento: à medida que a idade aumenta dá-se uma decadência orgânica e o corpo perde capacidade de plasticidade. Este processo não é linear: o envelhecimento difere consoante o indivíduo e a decadência orgânica não segue o mesmo ritmo em todas as pessoas. A idade psicológica está relacionada com as capacidades mnésicas ou cognitivas que o indivíduo utiliza para se adaptar às mudanças ambientais. O facto de as possuir mantém a auto-estima, a autonomia e o controlo pessoal em níveis elevados. Por fim, a idade social refere-se à classificação que é dada ao indivíduo por uma determinada cultura, esta classificação assenta no papel, estatuto e hábitos do indivíduo.

Ser-se velho. Apesar das várias idades acima expostas há uma idade imposta para o início da fase denominada por *velhice*. Segundo a World Health Organization, a velhice começa aos 65 anos (World Health Organization, s/d). Este é um dado com utilidade estatística mas aceita-se que não existe uma idade específica para transitar da idade adulta para a velhice. Sabe-se que a entrada na velhice varia de indivíduo para indivíduo: algumas pessoas sentem-se jovens aquando dos 65 anos enquanto outros começam a sentir certos desgastes bem antes (Paúl & Fonseca, 2005). A velhice é um processo gradual, desenrolando-se ao longo da vida e não de uma forma súbita. Para Pimentel (2001), o envelhecimento é um desacordo que existe entre o que é sentido não só pela própria pessoa como também pela imagem que os outros fazem dele. De acordo com Papalia, Olds & Feldman (2009) existem categorizações que atualmente se fazem em torno da velhice: idosos jovens (65- 74 anos), idosos velhos (75- 84 anos) e idosos mais velhos (> 85). Estas categorizações fazem sentido neste estudo, pois queremos saber se existem resultados díspares no que diz respeito à solidão nas diversas faixas etárias. Segundo Jylhä, (2004) e Neto (2000) é em idades mais avançadas (idosos mais velhos) que a solidão é mais comum.

Sozinho no meio de tanta gente: O peso da solidão

A sociedade está a mudar. Sabemos que a solidão sempre existiu e isso não mudará. Mas hoje, e cada vez mais na nossa sociedade, associado também à crise que nos assombra, as pessoas estão mais isoladas, quer seja por se encontrarem em áreas geográficas dispersas, quer pelas condições socioeconómicas que levam a que os jovens deixem este país à procura de melhores condições, deixando Portugal mais envelhecido.

Enquanto seres humanos, todos nós sabemos que é perfeitamente normal sentir solidão, faz parte do nosso percurso, e até, por vezes há momentos das nossas vidas que queremos estar sozinhos. Porém, solidão, isolamento e viver sozinho relacionam-se mas são conceitos que diferem entre si mas, como? O que é afinal a solidão? Que aspetos estão inerentes à solidão?

Solidão. Os primeiros passos dentro da temática da solidão são datados num artigo científico em 1959 pela psiquiatra alemã, contemporânea de Freud, Frieda Fromm-Reichmann (Pocinho, 2007). Já em 1973, Robert Weiss delineou a chamada teoria do apego de solidão (*attachment theory of loneliness*) em que refere que a solidão é tida como uma angústia crónica sem nenhuma característica positiva. Mais tarde, em 1982, Peplau & Perlman, editaram um trabalho que compreendia as pesquisas da solidão que existiam até à data. Para estes autores, a solidão “ é uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é deficiente nalgum aspeto importante quer quantitativamente quer qualitativamente”. Mais recentemente, Neto (2000) define solidão como sendo uma experiência que é normal, mas descreve-a como um sentimento penoso que os indivíduos têm quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que pretendemos e o tipo de relações sociais que detemos. Apesar do estudo não ser recente, já em 1982, Rubenstein e Shaver apontaram quatro conjuntos de sentimentos que os sujeitos referiam ter quando estavam sozinhos: desespero, depressão, aborrecimento impaciente e autodepreciação.

Tabela 2
Sentimentos associados à solidão.

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

Nota: Retirado de Rubenstein e Shaver (1982), citada por Neto (2000).

Assim, se verifica o quão complexo é encontrar uma única definição, ou um único sentimento para classificar a solidão, sendo por isso considerada um conceito negativo, subjetivo, e multidimensional, que poderá estar relacionada com a falta de suporte social e ou emocional e assim resulta de uma experiência que é sentida como sendo desagradável (Neto, 2000; Paúl, 1991; Peplau & Perlman, 1982; Pocinho, 2007; Weiss, 1973).

De acordo com Weiss (citado em Cacioppo & Hawkley, 2008), a solidão pode-se manifestar de duas formas: emocional e social. A solidão emocional está relacionada com a falta de relacionamento emocional íntimo, por exemplo a morte do cônjuge. A solidão social está relacionada com uma lacuna na rede social por exemplo, perda de amigos próximos. A solidão social e segundo Caccoppo & Hawkley (2008) pode causar problemas a longo prazo, desde neurológicos a espirituais.

Apesar de estes dois tipos de solidão poderem levar o indivíduo a isolar-se, a verdade é que mesmo que se tenha um conjunto de amigos e uma boa rede social, o indivíduo poderá sentir solidão emocional por não ter uma companhia íntima., - o que segundo Weiss (citado em Neto, 2000) a solidão emocional é “a forma mais dolorosa de isolamento” (p.324).

De acordo com Jong-Gierveld & Raadschelders (1982), existem três tipos de solidão: crónica, situacional e transitória. A primeira refere-se à incapacidade do indivíduo desenvolver relações sociais consideradas satisfatórias. A solidão situacional, e tal como o nome indica, faz alusão a um evento/ situação de vida, por exemplo- a perda de um ente querido, um divórcio. Após o período de luto de uma determinada perda, o indivíduo abandona a solidão. Por último, a solidão transitória, está relacionada com períodos curtos da vida em que o indivíduo experiência solidão.

A solidão tem inerente fatores externos como deficits sociais, expetativas irrealistas, eventualidades da vida e fatores internos, como fatores psicológicos desde disfunções cognitivas, afetiva, mas também os traços de personalidade: por exemplo, os indivíduos com uma personalidade evitante têm limitações nas habilidades sociais, fazendo com que sofram de solidão (Jones, 1992, Pocinho, 2007, Singh & Misra, 2009).

Importa ainda referir que, o estar sozinho e o isolamento voluntário, não são tidos como solidão, pois são premeditados e até podem ser benéficos. A solidão, não é algo deliberado, é um estado emocional doloroso, que contém aspetos negativos, provocando nostalgia, tristeza, saudade sendo por isso considerado um conceito subjetivo: as pessoas que sentem solidão sentem-se sozinhas, não sendo algo planeado. (Cutrona, 1982; Cutrona, Mcrae, Gomez, 2012;

Paloutzian & Janigan, 1987; Perlman & Peplau, 1982; Pocinho, 2011; Rubio & Alexandre, 2001; Russel, 1982).

A solidão nos idosos. Quase todos os dias somos bombardeados pela comunicação social com notícias assombrosas: em 2011 em Portugal, foram encontrados em casa quase 2.900 idosos, dias ou mesmo semanas depois de terem morrido. Se verificarmos os resultados dos Censos 2011 indicam que há 2,023 milhões de pessoas com mais de 65 anos a residir em Portugal. Destas, cerca de 60% vive só. Viver cada vez mais isolado, está a ser, nos dias de hoje e sobretudo na nossa sociedade uma realidade cada vez mais enraizada. Contudo, não podemos afirmar que exista uma relação causal em atingir a velhice e a solidão. Não. O que existe é uma maior vulnerabilidade nos idosos para sentirem solidão, devendo-se à associação de muitos fatores. A nossa personalidade que, de forma única, tem influência no processo cognitivo, comportamental e nas motivações, a diminuição das atividades sociais, quer pela perda de autonomia, perda de amigos, independência dos filhos, a saída do mundo laboral e a entrada na reforma poderão levar à solidão. Holmèn, Andersson, Ericsson, Rydberg & Winblad, realizaram um estudo em 1992, em Estocolmo, com 1725 idosos com mais de 80 anos e concluíram que a solidão está relacionada com a idade, sexo, estado civil, contactos sociais, amigos, saúde e função cognitiva. Os principais preditores para a solidão neste estudo foram a insatisfação com contatos sociais e de habitação, seguido pela perceção percebida de saúde baixa e insuficiência da função cognitiva (Holmèn, Andersson, Ericsson, Rydberg & Winblad, 1992).

A afirmação e manutenção de relações sociais são importantes para o bem-estar do idoso e para a sua própria saúde, ou seja, a forma como o idoso interpreta o apoio emocional e instrumental, é fundamental para um envelhecimento bem-sucedido e a menores níveis de solidão (Feldman, 2007; Monteiro & Neto, 2008; Paúl & Fonseca, 2005; Victor & Boldy, 2005). De acordo com Jaremka, Fagundes, Glaser, Bennett, Malarkey, Kiecolt-Glaser (2013), ter solidão traz consequências para o sistema imunitário, ficando este debilitado e podendo contribuir para o aumento de doenças crónicas. Sofrer de solidão contribui para o aumento de stress, diminuição da autoestima do idoso e pode desencadear sintomas depressivos. Assim, e segundo Perissinotto, Cenzer & Covinsky, 2012; Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, Van Der Mast & Westendorp, 2005; Udell, Steg & Bhatt, 2013, a solidão é considerada um fator preditor do declínio funcional e também um preditor de mortalidade.

Quanto ao género, e de acordo com Jylhä e Ussel (2004, 2001) as mulheres quando comparadas com os homens, relatam maiores níveis de solidão. Este aspeto poderá ser

explicado pela esperança média de vida nas mulheres ser superior à dos homens, que consequentemente enviúvam mais rapidamente. A viuvez altera a forma de vida dos idosos, tendo este que se adaptar à sua nova realidade. Na viuvez, perde-se a relação íntima (Ussel, 2001), podendo desencadear processos mórbidos graves e provocar a morte do enviuvado (Magalhães, 2003).

Assim, podemos concluir que a solidão, na velhice, é considerada um problema individual na medida em que atinge o próprio, e tem inerentes aspetos pessoais, mas também situacionais. Contudo, este também é um problema social, pois, enquanto técnicos de saúde devemos ter em conta esta temática, para que o idoso viva os seus dias com maior qualidade de vida.

Quando o sol não brilha: A depressão

Todos nós, em qualquer fase da vida podemos experienciar sintomas depressivos, sem que isso seja sinal de depressão. A depressão não tem idade nem género, e é considerada um problema de saúde. Atenua com uma psicoterapia adequada e, se for mesmo necessário, juntamente com a administração de psicofármacos.

Depressão. Mas, afinal o que é a depressão? A palavra depressão deriva do latim *depromere* e significa pressionar para baixo. Descrita pela população como uma tristeza, esta patologia ainda é pouco entendida na nossa sociedade. A verdade é que, todos nós em alguma fase da vida sentimos tristeza sem isso ser sinónimo de depressão. Sentir-se triste é uma resposta normal humana e universal! Porém, a depressão é muito mais que isso. É considerada um tipo de distúrbio mental que perturba o humor do indivíduo e afeta o funcionamento físico, mental e social (Beck & Alford, 2011; Penninx, Deeg, Van Eijk, Beekman & Guralnik, 2000). Estima-se que 20% da população portuguesa tem depressão. De acordo com um estudo da Aliança Europeia Contra a Depressão de 2011, Portugal é o segundo país da união europeia com a maior taxa de depressão. E apesar de Portugal ser um grande consumidor de antidepressivos, a verdade é que muitos indivíduos continuam sem tratamento adequado.

Segundo Beck & Alford (2011) os sintomas depressivos podem ser distinguidos na sua forma em emocionais, cognitivos e físicos, contudo de forma, resumida e, tendo sempre em conta as Classificações Internacionais de Doenças (CID 10) e pelo Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) a depressão apresenta os seguintes

sintomas: tristeza, diminuição do humor, pessimismo sobre o futuro, sentimentos de culpa, crítica em relação a si mesmo, agitação, lentificação de raciocínio, dificuldade de concentração e alterações de sono e apetite (Beck & Alford, 2011).

É evidente que, tal como na solidão e até mesmo nas demais perturbações psiquiátricas, a personalidade, história e os acontecimentos da vida têm peso. Por exemplo um indivíduo que seja predominantemente neurótico terá uma maior predisposição para desenvolver depressão. Por isso quando nos centramos em modelos explicativos da depressão (comportamentais, cognitivas, evolutivas, psicanalíticas, psicodinâmicas, neurológicas, existencialistas, bioquímicas) (Beck & Alford, 2011), é importante ter em conta que somos indivíduos biopsicossociais,- não podemos olhar para a depressão seguindo apenas um único modelo pois muitos fatores contribuem para o despoletar da depressão.

A depressão pode assumir vários tipos e subtipos cada uma com características específicas. Entre os tipos de depressão temos: Depressão Major, Distímia, Bipolar. Dos subtipos temos a depressão endógena, sazonal, atípica, depressão com sintomas psicóticos e depressão pós parto. Para este estudo, importa entender a Depressão Major (Anexo 1).

A depressão no idoso. A depressão e as demências são consideradas as psicopatologias mais comuns entre os idosos (Beekman, Copeland, & Prince, 1999; Burns & Hallwell, 2002; Fontaine, 2000). Segundo Jacoby, Oppenheimer, Denig & Thomas (2008) 10% a 15% dos idosos que vivem na comunidade apresentam sintomas depressivos. Em relação a Portugal, e apesar de não existir um valor recente capaz de ser o espelho da nossa sociedade atual, existe uma percentagem de 14% de sintomas depressivos em idosos que vivem na comunidade. Os valores alteram significativamente quando comparados a idosos institucionalizados com uma percentagem que vai dos 25% aos 73% (Fernandes, citado em Martins, 2008).

Entre as várias causas da depressão nos idosos inevitavelmente surgem as alterações biológicas, psicológicas, cognitivas, comportamentais e sociais próprias do envelhecimento normal. Tal como em todas as patologias, a depressão apresenta fatores de risco associados: fatores sociodemográficos (idade, ruralidade, o estado civil, a institucionalização, a escolaridade, a profissão, o status socioeconómico) fatores psicossociais (acontecimentos de vida, apoio familiar, rede social) e a própria saúde (doença física, doenças crónicas, deficiências). Dentro destes fatores, os que apresentam um maior relacionamento com a depressão são: estar solteiro, viúvo ou divorciado, viver em instituições, a baixa escolaridade, e o baixo rendimento social (Vaz, 2009).

Existe um conjunto de perdas que interferem na qualidade de vida do idoso e que poderão levar à depressão, nomeadamente a saída do mundo laboral, que traz consigo a perda de laços sociais que foram construídos em estreita relação profissional, bem como a perda da posição social após a reforma, as alterações a nível da acuidade visual e auditiva, bem como a dificuldade de mobilização poderão ser um fator indutor de depressão (Beck & Alford, 2011). A depressão também poderá despoletar doenças, nomeadamente cardíacas crónicas, doenças pulmonares, acidente vascular cerebral (AVC), doenças reumatológicas e doenças da tiróide (Chang-Quan, Bi-Rong, Zhen-Chan, Ji-Rong, & Qing-Xiu, 2010; Luanaigh & Lawlor, 2008).

Segundo vários autores (Angst, Gamma, Gastpar, Lépine, Mendlewicz & Tylee, 2002; Bertakis, Helms, Callahan, Azari, Leigh & Robbins, 2001; Nolen-Hoeksema, 2001; Piccinelli & Wilkinson, 2000) a depressão tem uma maior prevalência nas mulheres idosas. Uma possível explicação poderá ser devido às mulheres terem uma esperança média de vida superior à dos homens, conduzindo mais anos às mudanças biopsicossociais inerentes ao envelhecimento (Bergdahl, Allard, Alex, Lundaman & Gustafson, 2007). Também a utilização de estratégias de *coping* focadas nas emoções utilizadas pelo sexo feminino face a acontecimentos stressantes são um fator despoletante de depressão (Salokangasa, Vaahterab, Parcievc, Sohlmand & Lehtinen, 2002), um outro aspeto é o fato da acumulação de responsabilidades a nível de emprego mas também de tarefas domésticas, tendo assim uma sobrecarga de stress, podendo assim causar depressão (Justo & Calil, 2006). Por fim, as mulheres tendem a descrever com maior frequência sintomas relacionados com o humor (Kockler & Heun, 2002), enquanto que nos homens a depressão pode-se apresentar através de comportamentos impulsivos e/ ou abusivos (Rutz, Walinder, Von Knorring, Rihmer & Pihlgren, 1997).

Apesar de existir um conjunto de sintomas próprios da depressão a verdade é que no idoso, o diagnóstico e o tratamento tornam-se por vezes um desafio, devido aos sintomas mascarados por queixas somáticas ou sintomas físicos que dificultam o diagnóstico (Barroso & Tapadinhas, 2006; Marques, 2011). A dificuldade em estabelecer um correto diagnóstico, conduz a consequências graves como ao aumento da morbilidade e mortalidade. 80 % dos casos de suicídio em idosos estão relacionados com a depressão (Ames, Chiu, Lindesay e Shulman, 2010); outros aspetos são a polimedicação, e a institucionalização desnecessária (Newhouse, Krishnan, Doraswamy, Richter, Batzar & Clary, 2000).

Após o exposto sobre a solidão e depressão verificamos que cada uma tem características e particularidades. Assim, não será pertinente tratar a solidão como uma entidade isolada da depressão?

Definição do Problema e Objetivos do Estudo

Dentro de 40 anos estaremos perante uma autêntica pirâmide etária invertida, com uma percentagem de 31,9% de indivíduos com 65 ou mais anos no topo da pirâmide (Paúl & Fonseca, 2005). Já em 2025 teremos, pela primeira vez na história, mais idosos do que crianças no nosso país (INE, 2009).

Viver até aos 100 ou 120 anos deixará, dentro de 40 anos, de ser exceção. Sabemos que a velhice sempre existiu e sempre existirá, contudo quando nos deparamos com uma sociedade maioritariamente idosa, há que saber lidar com este fato. E saber lidar com este fato, é perceber os problemas inerentes ao envelhecimento, e a solidão e a depressão são fatores preponderantes nesta etapa da vida. Mas, quando falamos em solidão e depressão falamos de uma só entidade?

Ainda que existam diversos investigadores desde os anos 50 que estudaram a solidão, um fator importante nasce na *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) que coloca a solidão como uma entidade isolada com procedimentos de diagnóstico e intervenção (Carpentino, citado em Pocinho, 2007).

Posto isto, torna-se plausível, verificar se a solidão e a depressão são entidades separadas, cada uma com as suas características. Só assim se evitam psicoterapias incorretas e até o uso e abuso de psicofármacos que são dispensáveis ou até mesmo incorretos.

Assim, algumas das questões que parecem pertinentes são perceber se existem idosos sem depressão que apresentam solidão. Visto este estudo ter uma população alvo com idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos haverá diferenças intra grupos? E em relação ao sexo, existiram diferenças entre homens e mulheres?

Nesse sentido, vamos testar as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: Existem idosos sem depressão que apresentam elevados níveis de solidão.

Hipótese 2: Os idosos do sexo feminino apresentam maiores níveis de solidão do que os do sexo masculino.

Hipótese 3: Existem diferenças intra grupos face à solidão.

Material e Método

Participantes. Neste estudo de natureza exploratória, participaram 84 indivíduos pertencentes ao continente português com idades compreendidas entre os 65 e 90 anos, sendo que 45 indivíduos são do sexo feminino e 39 pertencem ao sexo masculino.

A tabela 3 indica a distribuição da amostra segundo o sexo, evidenciado o maior número de elementos do sexo feminino (N=45), respetivamente 53,6 %.

Tabela 3

Caraterização da amostra segundo o sexo.

Sexo	Frequência	%
Feminino	45	53,6
Masculino	39	46,4
Total	84	100,0

De acordo com a tabela 4, a idade mínima dos inquiridos é de 65 anos e a idade máxima é de 90 anos, sendo a média de 74,49 anos, com desvio padrão de 7,61.

Tabela 4

Caraterização da amostra de acordo com a idade.

Idade	Inquirido	N	Xmin	Xmáx	M	DP
		84	65	90	74,49	7,61

Instrumento. Para este estudo foram utilizadas as seguintes escalas: UCLA Loneliness Scale (UCLA) e Geriatric Depression Scale (GDS) ambas validadas para a população portuguesa.

A UCLA é considerada uma escala que tem uma fidedignidade elevada como instrumento de diagnóstico da solidão geriátrica (Pocinho, Farate & Dias, 2010). É uma escala de heteroadministração, sendo composta por 27 itens (versão portuguesa). As respostas variam entre o “nunca e o frequentemente”, em que o nunca tem pontuação de 1 e o frequentemente tem a pontuação de 4. A UCLA tem como ponto de corte 40 (até 39 sem solidão, mais de 39 com solidão). (Anexo 2).

A GDS é considerada a escala mais completa na avaliação da depressão geriátrica (Baldwin & Wild, 2004). É uma escala de heteroadministração, composta por 27 itens (versão portuguesa). É validada clínica e psicometricamente para os idosos portugueses por Pocinho, Farate, Dias; Lee & Yesavage, 2009, no sentido de triar dois grupos: com depressão

e sem depressão. A GDS tem como ponto de corte 11 (até 11 sem depressão, mais de 11 com depressão). (Anexo 3).

Como se pode verificar, pela tabela 5, o valor apresentado pelo Alpha de Cronbach's no presente estudo é elevado (Alpha Cronbach's =0,933), indo ao encontro dos critérios psicométricos e das resoluções do Conselho Federal de Psicologia desde 2003, no que diz respeito à apresentação de evidências empíricas de validade, fidedignidade e de fundamentação teórica necessárias a um instrumento de avaliação psicológica.

Os valores que se apresentam de seguida permitem uma leitura mais objetiva, isto porque correlacionam cada item com as restantes, o que dá para além da correlação corrigida, o Alpha, se o item for eliminado.

Tabela 5
Validade da escala.

Itens	M	Escala de Variância se o item for apagado	Correlação corrigida	Alfa de Cronbach's
UCLA1	36,27	172,417	,610	,930
UCLA2	36,36	168,429	,747	,927
UCLA3	36,01	165,134	,739	,927
UCLA4	36,25	169,216	,724	,927
UCLA5	36,45	170,494	,741	,927
UCLA6	36,29	171,062	,617	,930
UCLA7	36,76	174,331	,628	,929
UCLA8	36,53	176,935	,544	,931
UCLA9	36,47	179,228	,412	,933
UCLA10	36,72	170,300	,758	,927
UCLA11	36,55	168,494	,765	,926
UCLA12	36,86	179,857	,449	,932
UCLA13	36,37	178,603	,443	,933
UCLA14	36,19	170,401	,700	,928
UCLA15	36,53	177,618	,479	,932
UCLA16	36,69	171,779	,655	,929
UCLA17	36,49	168,570	,746	,927
UCLA18	36,89	179,366	,495	,932
UCLA19	36,84	175,158	,633	,929
UCLA20	36,71	181,281	,401	,933

Procedimentos e Análise dos Dados

Numa primeira fase, foi cedido, pela primeira autora da versão portuguesa (Pocinho, Farate, & Dias, 2010), os questionários previamente administrados (em situação de entrevista individual, com os cuidados éticos necessários ao desenvolvimento do estudo, respeitando o estado emocional dos participantes). Os questionários foram administrados, em locais como:

Centos de Dia, Centros de Saúde, Lares, IPSS e domicílios, por pessoas previamente preparadas (assistentes sociais, no caso de idosos internados em lares, estudantes finalistas de psicologia para os residentes em suas casas). De destacar que, os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, anonimato e confidencialidade das respostas.

Após isso foi elaborada uma matriz dos dados no *Statistics Program Package for Social Sciences - SPSS*, versão 19, com a informação necessária à persecução deste estudo.

Depois dos dados estarem depurados e recodificados, no final do 1º semestre, procedeu-se à análise psicométrica dos itens. Assim, 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 (Pocinho, 2012). De forma a cumprir o desenho exploratório e correlacional proposto selecionámos diferentes procedimentos estatísticos, em vários momentos. Assim, foi seguida a seguinte especificidade metodológica:

Num primeiro momento, procedemos à estatística descritiva, com medidas de tendência central e de dispersão, para tratar as variáveis de caracterização da amostra. Num segundo momento, e na segunda parte do questionário, as duas escalas utilizadas para medir a solidão e a depressão, foram submetidas a procedimentos estatísticos diferentes.

Assim, no início foram utilizados testes estatísticos (estatística descritiva) com a finalidade de auferir as frequências absolutas e relativas e também obter as medidas de tendência central.

Para averiguar a relação entre a solidão e a depressão, assim como também a distribuição da depressão pelas variáveis biográficas, utilizámos o teste qui-quadrado da independência e o respetivo coeficiente de associação (ϕ^1 quando as variáveis forem dicotómicas (2x2) e v de cramer para tabelas com mais de 2 linha e ou 2 colunas ²).

$$^1\phi = \sqrt{\frac{x^2}{n}}$$

$$^2V = \sqrt{\frac{\frac{x^2}{n}}{\min(\text{linhas}-1, (\text{colunas}-1)}}$$

Para a interpretação das relações entre as variáveis utilizamos os critérios de Byrman e Cramer, citados por Pocinho (2012) em que:

- se Eta, r, Rho, phi:
- $\leq 0,2$ Correlação muito fraca e sem significância
- $0,2 < r \leq 0,39$ Correlação fraca
- $0,4 < r \leq 0,69$ Correlação moderada
- $0,7 < r \leq 0,89$ Correlação forte
- $0,9 < r \leq 1$ Correlação muito elevada

Apresentação de resultados

Após o racional metodológico e estatístico acima exposto, segue-se a apresentação dos resultados: numa primeira fase apresentamos as principais características psicológicas da amostra, sendo depois apresentadas as características referentes à contingência entre a solidão e a depressão. Por fim, apresentamos os resultados alusivos à avaliação de solidão subjetiva por grupo.

Como se pode verificar pela tabela 6, dos 84 participantes neste estudo, $\approx 49\%$ dos indivíduos têm depressão.

Tabela 6
Prevalência da depressão.

Prevalência da Depressão	N	%
$\leq 11,00$ - sem depressão	43	51,2
$>12,00$ -com depressão	41	48,8
Total	84	100,0

Quanto à prevalência da solidão, e observando os valores da tabela 7, consta-se que $\approx 46\%$ dos indivíduos apresentam solidão.

Tabela 7
Prevalência da solidão.

Prevalência da Solidão	N	%
≤ 39 - sem solidão	45	53,6
>40 – com solidão	39	46,4
Total	84	100,0

Hipótese experimental 1: Existem idosos sem depressão que apresentam elevados níveis de solidão. Para verificar esta hipótese recorreremos ao teste do qui-quadrado da independência.

A observação da tabela 8, permite-nos constatar que existe uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e a depressão, contudo podemos verificar que de $\approx 10\%$ da amostra que não apresenta depressão apresenta solidão e que $\approx 12\%$ tem níveis muito elevados de depressão ($p > 0,05$).

Tabela 8
Relação entre a solidão e depressão.

		Solidão		Total	
		≤ 39	40+		
Depressão	$\leq 11,00$	N	35	8	43
		%	41,7	9,5	51,2
	12,00+	RA	5,2	-5,2	
		N	10	31	41
		%	11,9	36,9	48,8
		RA	-5,2	5,2	
Total	N	45	39	84	
	%	53,6%	46,4	100,0	

$\chi^2 = 27,421$ $\Phi = 0,571$ $p < 0,0001$ $ra =$ resíduos ajustados¹

Hipótese Experimental 2: Os idosos do sexo feminino apresentam maiores níveis de solidão do que os do sexo masculino. Para verificar esta hipótese recorreremos ao teste do qui-quadrado da independência. Os resultados podem ser observados de seguida.

¹ O resíduo ajustado é uma medida calculada para cada célula de uma tabela de contingência. Para cada célula, ou seja, para cada combinação possível entre as categorias das variáveis utilizadas, o resíduo ajustado indica se há ou não há significativamente mais (ou menos) casos do que seria esperado caso as variáveis não estivessem associadas. O resíduo ajustado indica que há significativamente mais casos do que o esperado quando é $> 1,96$. Por outro lado, o resíduo ajustado indica que há significativamente menos casos do que o esperado quando é $< -1,96$. Quando o resíduo ajustado se situa no intervalo entre $-1,96$ e $1,96$, não há diferença significativa entre o número de casos esperado e o número de casos observados. O SPSS para apresentar os cálculos dos resíduos ajustados arredonda o valor dos resíduos, apresentando-o com apenas uma casa decimal. Por tanto, o resíduo ajustado será considerado significativo quando for $\geq |2,0|$

A tabela 9 indica, que as mulheres idosas apresentam mais solidão ($\approx 49\%$) que os homens idosos ($\approx 44\%$).

Tabela 9

Prevalência da solidão segundo o sexo.

			Sexo		Total
			Feminino	Masculino	
Solidão	<=39	N	23	22	45
		%	51.1	56.4	53.6
		RA	-0.5	0.5	
	40+	N	22	17	39
		%	48.9	43.6	46.4
		RA	0.5	-0.5	
Total	N	45	39	84	
	%	100.00	100.00	100.0	

$\chi^2=0.236$

Phi=0.53

p=0.627

Hipótese Experimental 3: Existem diferenças intra grupos - a solidão e a idade apresentam uma relação positiva (quanto maior a idade, maior a solidão). Para verificar esta hipótese recorreremos ao teste do qui-quadrado da independência. Os resultados podem ser observados de seguida.

Conforme se verifica na tabela 10, quanto mais se avança na idade, maior é a solidão: 65- 74 (27,9%); 75-85 (65,6%) e >85 (66,7).

Tabela 10

Prevalência da solidão, segundo escalões etários.

			Idade			Total
			65-74	75-85	>85	
Solidão	<=39	N	31	11	3	45
		%	72.1	34.4	33.3	53.6
		RA	3.5	-2.8	-1.3	
	40+	N	12	21	6	39
		%	27.9	65.6	66.7	46.4
		RA	-3.5	2.8	1.3	
Total	N	43	32	9	84	
	%	100.00	100.00		100.0	

$\chi^2=12,15$

Phi=0.38

p=0.002

Discussão e Conclusão

O nosso país estará dentro de poucos anos com uma pirâmide etária invertida. Cabe-nos assim enquanto técnicos de saúde criar condições para que os nossos idosos vivam com qualidade de vida. É de todo importante conseguirmos avaliar corretamente a solidão, sabendo os aspetos que lhe correspondem e através disso delinear formas de intervenção e psicoterapias adequadas para a solidão, tal como já existe no Canadá, através da Associação De Diagnóstico De Enfermagem Da América Do Norte (NANDA) que encara a solidão como uma entidade isolada da depressão com um conjunto de sinais e sintomas próprios.

Ao retomar a hipótese central do estudo, afigura-se que esta foi confirmada: verificamos que existem sujeitos idosos sem depressão que apresentam elevados níveis de solidão. Apesar de o valor não ser elevado permite-nos questionar sobre a importância da solidão ser uma entidade separada da depressão. A verdade é que existem alguns estudos sobre a solidão e a depressão. Dos mais simples que demonstram que indivíduos que apresentam depressão e solidão têm um maior risco de mortalidade (Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, Van Der Mast, Westendorp, 2005), e também de declínio funcional (Perissinotto, Cenzer, Covinsky, 2012) aos que correlacionam a solidão e a depressão, mas com a presença de fatores, como o estatuto socioeconómico, escolaridade, estado civil. Segundo Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk & Aslan no seu estudo em 2012, observaram que existia uma correlação significativa entre a solidão e a depressão nas pessoas idosas que viviam em comunidade, a presença da segurança social e rendimentos mais elevados. Singh & Misra (2009) apontam que a depressão é um problema que acompanha a solidão mascarando os sintomas da solidão.

Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkey & Thisted em 2006, referem que a solidão e a depressão se relacionam entre si, e que até se influenciam mutuamente ao longo do tempo, contudo são constructos diferentes.

As restantes hipóteses colocadas neste estudo também foram confirmadas. De facto constatamos que as mulheres apresentam mais solidão que os homens. Berg, Mellstrom, Persson & Svanborg num estudo realizado em 1981, com uma amostra representativa de 1007 idosos com 70 anos, na Suécia demonstraram que a solidão afetava 24% das mulheres e 12% dos homens. Este estudo apontou que os fatores mais importantes relacionados ao sentimento de solidão foram a perda do cônjuge, depressão do humor e falta de amigos. O solitário tinha uma autoavaliação de saúde negativa e precisava de mais cuidados de ambulatório.

Por fim, a última hipótese levantada: se existem diferenças nos grupos idosos jovens (65-74 anos), idosos velhos (75- 84 anos) e idosos mais velhos (> 85). A nossa hipótese foi confirmada, é em idades mais avançadas (idosos mais velhos) que a solidão é mais comum. Num estudo representativo, realizado na Holanda em 2005 por Dykstra, Van Tilburg, & De Jong Gierveld, ao longo de um período de 7 anos demonstrou que a solidão aumentou ligeiramente entre os jovens de idade (55-75 anos no tempo 1), mas foi nas idades avançadas (> 75 anos no tempo 1) que aumentou drasticamente.

Como em qualquer estudo de carácter científico, aponto algumas limitações. Como principal limitação anoto o tamanho da amostra não ser maior – num futuro estudo deve-se aumentar o número de participantes, de forma a que os resultados sejam mais consistentes. Alargar o estudo pelas ilhas, Madeira e Açores, também seria um ponto a favor, de forma a perceber se existiriam diferenças entre o continente e as ilhas. Outro aspeto que é pertinente abordar: o preenchimento de dados sociodemográficos como por exemplo: estatuto socioeconómico, estado civil (se viúva/o, há quanto tempo), se vive em meio rural ou urbano, se vive sozinho ou não e com quem. Se está numa instituição, e se sofre de alguma perturbação psiquiátrica, para perceber se existe uma relação significativa com a solidão. Outra anotação e visto que a população idosa tem uma maior probabilidade à demência e a problemas cognitivos, seria a utilização do Mini-Mental State Examination (MMSE) antes da aplicabilidade da GDS ou UCLA. O MMSE é muito utilizado na prática clínica de forma a despistar de forma breve e simples, demência e o declínio funcional cognitivo. Avalia sete funções cognitivas: orientação espacial, orientação temporal, retenção de palavras, atenção e cálculo, evocação, linguagem e habilidade construtiva.

Conhecidas assim as respostas às hipóteses formuladas torna-se necessário existir um maior foco na temática da solidão, de forma a conhecer as suas especificidades. Ao se conhecer as especificidades torna-se plausível delimitar diagnóstico e consequentes estratégias de forma a permitir melhorar a qualidade de vida e o funcionamento dos nossos idosos de hoje, que amanhã seremos nós!

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Ames, D., Chiu, E., Lindesay, J., & Shulman, K. (2010). *The Cambridge guide to the psychiatry of old age*. Cambridge University Press.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: epidemiological findings from the European Depress I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252(5), 201-209.
- Araújo, F. L. & Carvalho, V. A. (2005). Aspectos sócio-históricos e psicológicos da velhice. *Revista de humanidades*, 6(13), 1-9.
- Baldwin, R. & Wild, R. (2004) Management of depression in later life. *Advances In Psychiatric Treatment*. 10, 131-139 doi: 10.1192/apt.10.2.131
- Barroso, V., & Tapadinhas, A. (2006). *Orfãos Geriatras: Sentimentos de Solidão e Depressividade –Estudo Comparativo entre Idosos Institucionalizados e não Institucionalizados*. Lisboa: Instituto Superior Psicologia Aplicada.
- Beck, A., & Alford, A. (2011). *Depressão – Causas e Tratamento*. (2ª ed.) Porto: Artmed.
- Beekman, A. T., Copeland, J. R., & Prince, M. J. (1999). Review of community prevalence of depression in later life. *British Journal of Psychiatry*, 174, 307-311.
- Berg, S., Mellstrom, D., Persson, G., & Svanborg, A. (1981). Loneliness in the Swedish Aged. *The Journal of Gerontology*. 36 (3), 342-349. doi: 10.1093/geronj/36.3.342.
- Bergdahl, E., Allard, P., Alex, L., Lundman, B., & Gustafson., Y. (2007). Gender differences in depression among the very old. *International Psychogeriatrics*, 19(6), 1125-1140. doi:10.1017/S1041610207005662.
- Bertakis, K.D., Helms, L.J., Callahan, E.J., Azari, R., Leigh, P., & Robbins J. A. (2001). Patient gender differences in the diagnosis of depression in primary care, *Womens Health Gen Based Med*. 10(7), 689-98.
- Birren, J.E., & Cunningham, W.R. (1985). Research on the psychology of aging: Principles, concepts, and theory, in J. Birren & K. Schaie (Eds.), *The handbook of the psychology of aging*. New York: Van Nostrand Reinhold, 3-38.
- Burns, A., & Hallwell, C. (2002). Reconhecer a depressão no idoso. *Nursing*, 163.
- Cacioppo, J. T., & Patrick, B. (2008). *Loneliness: human nature and the need for social connection*. New York: W.W. Norton & Company.

- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Ernst, J. M., Burleson, M., Berntson, G. G., Nouriani, B. (2006). Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. *Journal of Research in Personality, 40*, 1054–1085.
- Cutrona, C. E. (1982). Transition to college: Loneliness and the process of social adjustment. In L. A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*, 291-301. New York: Wiley Interscience.
- Cruz, J., Fontes, M., Santos, J., & Bergo, M. (2003). Cuidados com idosos: percepção de idosos e de profissionais de saúde sobre maus tratos no espaço familiar. *Textos sobre envelhecimento, 6*(2), 57-76.
- Chang-Quan, H., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y., & Qing-Xiu, L. (2010). Chronic diseases and risk for depression in old age: a meta analysis of published literature. *Age and Ageing, 9*, 131-141. doi: 10.1093/ageing/afp187.
- Feldman, R. S. (2007). *Introdução à psicologia* (6ª ed.). São Paulo: Mc Graw Hill.
- Fernández-Ballesteros, R. (2009). *Envejecimiento activo: Contribuciones de la psicología*. Ediciones Pirámide.
- Ferreira, O., Maciel, S., Silva, A., Sá, R., & Moreira, M. (2010). Significados atribuídos ao envelhecimento: idoso, velho e idoso ativo. *Psico-USF (Impr.) 15*(3), 357-364. doi: 10.1590/S1413-82712010000300009.
- Fontaine, R. (2000). *Aspetos psicológicos do Envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Holmén, K., Andersson, L., Ericsson, K., Rydberg, L., & Winblad, B. (1992). Loneliness among elderly people living in Stockholm: A population study. *Journal advanced nursing, 17* (1), 43-51. doi:10.1111/j.1365-2648.1992.tb01817.
- Instituto Nacional de Estatística. (2009). *Projeções de população residente em Portugal - 2008 – 2060*. Lisboa, Portugal.
- Jacoby, R., Oppenheimer, C., Dening, T., Thomas, A. (2008). *Oxford Textbook of Old Age Psychiatry* (3ªed). New York: Oxford University Press.
- Jardim, V., Medeiros, B., & Brito, A. (2006). Um olhar sobre o processo do envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista Brasileira de geriatria e gerontologia, 2*(9), 25-34.
- Jaremka, L.M., Fagundes, C.P., Glaser, R., Bennett, J. M., Malarkey, W.B., Kiecolt., & Glaser, J.K. (2013). Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. *Psychoneuroendocrinology, 38*(8):1310-7. doi: 10.1016/j.psyneuen.2012.11.016.

- Jones, D.C. (1992). Parental divorce, family conflict and friendship networks. *Journal of Social and Personal Relationships*, 9, 219–235.
- Jong Gierveld., & J. Raadschelders. (1982). Types of loneliness. In: L.A. Peplau & D. Perlman (eds.), *Loneliness, A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, pp. 105-119. New York. Wiley-Interscience.
- Justo, L. P., & Calil, H. M. (2006). Depressão: o mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista psicologia clínica*, 33(2), 74-79.
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging*, 23(2), 157-6.
- Lenoir, R. (1979). L'invention du troisième âge. Constitution du champ des agents de gestion de la vieillesse. *Actes de la Rechercheen Sciences Sociales*, 26, 57-82.
- Luanaigh, C. O., & Lawlor, B. A. (2008). Loneliness and the health of older people. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 23(12), 1213-1221. doi: 10.1002/gps.2054
- Kockler, M., & Heun, R. (2002). Gender differences of depressive symptoms in depressed and nondepressed elderly persons. *International Journal of Geriatrics Psychiatry*, 17(1), 65- 72.
- Magalhães, M. (2003). *Quem vive só em Portugal*. *Revista de Estudos Demográficos*, 33, 55-68.
- Magnabosco-Martins, C. R., Vizeu-Camargo, B., & Biasus, F. (2008). Representações sociais do idoso e da velhice. *Universitas Psychologica*, 8, 831-847.
- Martins, R. M. (2008). A depressão no idoso. *Spectrum*, 119-123.
- Marques, L. (2011). Depressão no idoso. *Jornadas de Gerontopsiquiatria*, 43-49.
- Monteiro, H., & Neto, F. (2008). *Universidades da terceira idade: Da solidão aos motivos para a sua frequência*. Porto: Legis Editora.
- Neto, F. (2000). *Psicologia social, Volume II*. Lisboa: Universidade Aberta
- Neri, A. L. (2007). O legado de Paul, Baltes à psicologia do desenvolvimento e do envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14 (1), 17-34.
- Newhouse, P., Krishnan, K., Doraiswamy, P., Ricchter, E., Batzar, E., & Clary, C. (2000). A double-blind comparison of Sertralina and Fluoxamina in depression erderly outpatients. *The journal of clinical psychiatric*, 61(8), 559-568.

- Nolen-Hoeksema, S.(2001). Gender Differences in Depression. *American Psychological Society, 10*(5). 173-176.
- Paloutzian, R. F., & Janigan, A. S. (1987). Models and methods in loneliness research: Their status and direction. In M. Hojat & R Crandall (Eds.), *Loneliness: Theory, research, and applications. Journal of Social Behavior and Personality*,2, 31-36.
- Papalia, D., Olds, S., & Feldman, R. (2009). *Desenvolvimento humano* (10ª Ed.). Lisboa, Portugal: Editora McGraw-Hill.
- Paúl, C. (1991). *Percursos pela Velhice: uma Perspectiva Ecológica em Psicogerontologia*. Dissertação de Doutoramento, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, Portugal.
- Paúl, C. & Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa, Portugal: Climepsi Editores.
- Penninx, B. W., Deeg, D. J., Van Eijk, J. T., Beekman, A.T., & Guralnik, J. M. (2000). Changes in depression and physical decline in older adults: a longitudinal perspective. *Journal of Affective Disorders, 61*, 1–12.
- Peplau, L.A., & Perlman, D. (1982). *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research, and Therapy*. Nova York: Wiley Interscience.
- Perissinotto, C.M., Stijacic, C. I, & Covinsky, K.E. (2012). Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. *Archives of Internal Medicine, 172*(14), 1078-83.
- Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (2000). Gender differences in depression. *The British Journal of Psychiatry, 177*, 486-492.
- Pimentel, L. M. (2001). *O lugar do Idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lidel
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, A., (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações, 18*, 65-77.
- Pocinho, M. T. S., Farate, C., Amaral Dias, C., Lee, T. T. e Yesavage, J. A. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist, 32*(2), 223-236. doi:10.1080/07317110802678680

- Pocinho, M. T. S. (2007). *Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio*. Dissertação de Doutoramento, Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar. Porto, Portugal.
- Rubio, R., & Alexandre, M. (2001). Un estudio sobre la soledad en las personas mayores entre el estar solo y el sentirse solo. *Revista Multidisciplinar de Gerontología, 11*(1), 23-28.
- Russell, D. W., Cutrona, C.E., & Gomez, M. (2012). Is loneliness the same as being alone? *Journal Psychology, 146* (1-2), 7-22.
- Rutz, W., Walinder, J., Von Knorring, L., Rihmer, Z., Pihlgren, H. (1997). Prevention of depression and suicide by education and medication: Impact on male suicidality. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice, 1*(1), 39-46.
- Roulin, P. (1993). *Biodanza: Une approche integrale de la personne agée*. Acedido em 15, maio, 2013 em: <http://www.biodanza-paula.org/photos/monographie.pdf>
- Salgueiro, H. (2007). Determinantes psicossociais da depressão no idoso. *Revista Nursing, 222*. Acedido em 8 ,agosto, 2013 em: http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2939:determinantepsico-sociais-da-depressao-no-idoso&catid=156
- Salokangasa, R.K., Vaahterab, K., Pacrivec, S., Sohlmand, B., & Lehtinend, V. (2002). Gender differences in depressive symptoms: An artefact caused by measurement instruments? *Journal of affective disorders, 68* (2), 215-220.
- Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal, 18*(1), 51-55. doi: 10.4103/0972-6748.57861.
- Udell, J.A., Steng, P.G., & Bhatt, D, L. (2013). Impact of loneliness and living alone replay. *Jama Internal Medicine, 173*(4) 22-3. doi:10.1001/jamainternmed.2013.2011.
- Ussel, J. I. (2001). La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales: *Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.
- Vaz, S.F. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado: estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Tese de mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Victor, C., & Boldy, L. (2005). Measuring loneliness in later life: A comparison of differing measures. *Reviews in Clinical Gerontology, 15*(1), 63-70.
- Weiss, J. (1957). The Gamble with Death in Attempted Suicide. *Psychiatry, 20*(1), 17-25.
- World Health Organization (WHO), (s. d.). *Definition of an older or elderly person* Acedido em 15, maio, 2013, em: <http://www.who.int/healthinfo/survey/ageingdefnolder/en/>

Anexos

Anexo 1

Cr terios para Epis dio Depressivo Major (DSM-IV-TR, 2006)

A. Cinco ou mais dos seguintes sintomas estiveram presentes durante o mesmo per odo de 2 semanas e representam uma altera o a partir do funcionamento anterior. Os sintomas 1 ou 2 est o obrigatoriamente presentes.

Nota: n o incluir sintomas nitidamente devidos a um estado f sico geral ou alucina es ou ideias delirantes que s o incongruentes com o humor.

(1) Humor deprimido na maior parte do dia, quase todos os dias, indicado por relato subjetivo (por ex., sente-se triste ou vazio) ou observa o de outras pessoas (por ex., chora muito);

(2) Diminui o clara do interesse ou prazer por todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, quase todos os dias (indicado por relato subjetivo ou observa o feita por outros);

(3) Perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta (por ex., mais de 5% do peso corporal num m s), ou diminui o ou aumento do apetite quase todos os dias.

(4) Ins nia ou hipers nia quase todos os dias;

(5) Agita o ou inibi o psicomotora quase todos os dias (observ veis por outros, n o meramente sensa es subjectivas de inquieta o ou de estar mais lento);

(6) Fadiga ou perda de energia tipicamente di ria;

(7) Sentimento de desvaloriza o ou culpa excessiva ou inadequada (que pode ser delirante), quase todos os dias (n o meramente auto recrimina o ou culpa por estar doente);

(8) Diminui o da capacidade de se concentrar e pensar, ou indecis o, quase todos os dias (por relato subjetivo ou observa o feita por outros);

(9) Pensamentos recorrentes acerca da morte (n o apenas medo de morrer), idea o suicida recorrente sem um plano espec fico ou tentativa de suic dio

B. Os sintomas n o preenchem os crit rios de epis dio misto.

C. Os sintomas causam mal-estar clinicamente significativo ou defici ncia no funcionamento social, profissional, familiar ou em outras  reas importantes da vida do indiv duo.

D. Os sintomas não são explicados pelo efeito fisiológico direto de uma substância (por ex., droga de abuso ou medicamento) ou de uma patologia médica geral (por ex., hipotireoidismo).

E. Os sintomas não são melhor explicados por Luto, ou seja, após a perda de um ente querido, os sintomas persistem por mais de 2 meses ou são caracterizados por acentuado prejuízo funcional, preocupação mórbida com falta de valia, ideação suicida, sintomas psicóticos ou retardo psicomotor.

Anexo 2

Instrumento de colheita de dados – UCLA - Escala de Solidão - 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

Anexo 3

Instrumento de colheita de dados - 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-preferir 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)