

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

A SOLIDÃO E A DEPRESSÃO NOS ADULTOS DE MEIA-  
IDADE: ESTUDO NUMA AMOSTRA DA POPULAÇÃO  
PORTUGUESA

ANA LUÍSA CARVALHEIRO MARTINS DOS SANTOS

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica no Ramo de  
Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2014



A Solidão e a Depressão nos Adultos de Meia-Idade: Estudo  
numa Amostra da População Portuguesa

ANA LUÍSA CARVALHEIRO MARTINS DOS SANTOS

Dissertação Apresentada ao ISMT para Obtenção do Grau de Mestre em Psicologia  
Clínica Ramo de Psicoterapia e Psicologia Clínica

Orientadora: Professora Doutora Esmeralda Macedo, ISMT

Coimbra, Fevereiro de 2014

*“Solidão é quando nos perdemos de nós mesmos  
e procuramos em vão pela nossa alma”.*

Fátima Irene

## **Resumo**

O nosso conhecimento e compreensão acerca da solidão tem aumentado e esta é fundamentalmente debilitante. Apesar de a solidão fazer parte da Associação de Diagnósticos de Enfermagem da América do Norte (Nanda), não foi ainda descrita no Manual de Estatística e Diagnóstico (DSM-IV), nem listado no índice de trabalhos. Uma razão para esta omissão pode ser a falta de familiaridade dos clínicos com o conceito como um constructo isolado/discreto, mas apenas ser compreendido como correlacionado com outras patologias, nomeadamente a depressão. Este estudo poderá possibilitar, quem sabe, intervenções futuras que venham a parar ou, pelo menos, diminuir a atual epidemia de depressão que invade o mundo contemporâneo.

Este estudo, de natureza exploratória, visa perceber se a solidão é uma entidade isolada da depressão. Participaram neste estudo 273 indivíduos de Portugal Continental com idades compreendidas entre os 41 e os 64 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 as mulheres apresentam maiores níveis de solidão. No entanto, não se confirmou que existe relação entre a solidão e a idade.

*Palavras-chave:* Solidão, Depressão, Adulto, Meia-idade, Isolamento.

## **Abstract**

Our knowledge and understanding of loneliness has increased and this is fundamentally debilitating. Although loneliness join the Nursing Diagnosis Association of North America (Nanda) has not yet been described in the Diagnostic and Statistical Manual (DSM - IV), and not listed in the table of jobs. One reason for this omission may be a lack of familiarity with the clinical concept as an isolated / low profile construct, but only be understood as correlated with other pathologies such as depression. This study may allow perhaps future interventions that would stop or at least reduce the current epidemic of depression that pervades the contemporary world.

This study was exploratory in nature, aims to realize if loneliness is a separate entity from depression. The sample consisted of 273 individuals from Portugal Continental aged between 41 and 64 years. Were applied UCLA and GDS scales in order to

ascertain whether there are subjects without depression with high levels of loneliness. The main result allows us to conclude that one can have loneliness, without depression. It was also found that women have higher levels of loneliness. However, it is not confirmed that there is a relationship between loneliness and age.

*Keywords:* Loneliness, Depression, Adult, Middle-aged, Isolation.

# Índice

Introdução .....	8
Adulto de Meia-idade .....	8
Desenvolvimento Humano .....	8
Características da Meia-Idade.....	9
Situação Demográfica dos Adultos em Portugal .....	10
Solidão .....	11
Tipos de Solidão .....	12
Prevalência e Etiologia da Solidão .....	13
Depressão.....	14
Prevalência e Etiologia da Depressão.....	16
Isolamento na Depressão .....	17
Definição do Problema e Objetivos do Estudo .....	18
Materiais e Métodos .....	19
Participantes.....	19
Instrumentos .....	19
Procedimentos.....	21
Resultados.....	22
Discussão e Conclusão .....	25
Bibliografia .....	27
Anexos .....	30
Anexo I - Instrumento de colheita de dados-GDS .....	31
Anexo II - Instrumento de colheita de dados -UCLA.....	33

## Índice de Tabelas

Tabela 1	Validade da escala	P.20
Tabela 2	Prevalência da depressão	P.22
Tabela 3	Prevalência da solidão	P.22
Tabela 4	Relação entre a solidão e depressão	P.23
Tabela 5	Prevalência da solidão segundo o sexo	P.23
Tabela 6	Prevalência da solidão segundo escalões etários	P.24

## **Introdução**

### **Adulto de Meia-idade**

#### **Desenvolvimento Humano**

Antigamente acreditava-se que o crescimento e o desenvolvimento humano terminavam na adolescência. Hoje, a maioria dos cientistas do desenvolvimento concordam que as pessoas têm potencial para mudar durante toda a sua vida (Papalia, Olds & Feldman, 2006). Este conceito de processo vitalício de desenvolvimento, que pode ser estudado cientificamente, é conhecido como desenvolvimento do ciclo vital (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Segundo Papalia, Olds e Feldman (2006), o ciclo vital é dividido em oito períodos: o período pré-natal (concepção ao nascimento), primeira infância (nascimento aos 3 anos), segunda infância (3 aos 6 anos), terceira infância (6 aos 11 anos), adolescência (11 aos aproximadamente 20 anos), jovem adulto (20 aos 40 anos), adulto de meia-idade (40 aos 65 anos) e terceira idade (65 anos em diante). Em cada período do ciclo vital, as pessoas possuem necessidades e tarefas características de desenvolvimento.

Os períodos do ciclo de vida são concebidos de uma forma horizontal, sucedendo uns aos outros, não sendo, necessariamente, um mais ou menos importante do que o outro. Assim, esta perspectiva acentua o facto de se poderem identificar períodos de transição e mudança na vida da pessoa, estando ligados não só à idade do indivíduo, como também às expectativas sociais que envolvem o mesmo. Assim, Papalia, Olds e Feldman (2006), afirmam que o conceito de períodos do ciclo de vida é uma construção social, ou seja, *“um ideal acerca da natureza da realidade aceite pelos integrantes de uma determinada sociedade em uma determinada época com base em percepções ou suposições subjetivas compartilhadas”*. As sociedades do mundo inteiro reconhecem diferenças no modo como pessoas de diferentes idades pensam, sentem e agem, dividindo o ciclo de vida de modos diferentes.

Ainda assim, considera-se que o desenvolvimento é vitalício, isto é, cada período do tempo de vida é influenciado pelo que aconteceu antes e irá acontecer depois; o desenvolvimento depende da história e do contexto, sendo que cada pessoa se desenvolve dentro de um conjunto específico de circunstâncias ou condições definidas por tempo e lugar; o desenvolvimento é multidimensional e multidirecional, ou seja,

durante toda a vida existe um equilíbrio entre crescimento e declínio; e o desenvolvimento é flexível ou plástico, sendo que muitas capacidades, como a memória ou a persistência, podem ser significativamente aperfeiçoadas com treino e prática, mesmo em idade avançada (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

O desenvolvimento humano tem, ainda, três principais aspetos: físico, cognitivo e psicossocial. Estas formas de desenvolvimento não ocorrem isoladamente, sendo que, cada uma delas influencia as outras durante toda a vida. O crescimento do corpo e do cérebro, das capacidades sensoriais, das habilidades motoras e da saúde são parte do desenvolvimento físico e podem influenciar outros aspetos do desenvolvimento. A mudança e a estabilidade das capacidades mentais, como a aprendizagem, a memória, a linguagem, o pensamento, o julgamento moral e a criatividade constituem o desenvolvimento cognitivo e estão intimamente relacionadas ao crescimento físico e emocional. A mudança e a estabilidade na personalidade e nos relacionamentos sociais constituem o desenvolvimento psicossocial, o qual pode influenciar o funcionamento cognitivo e físico (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

### **Características da Meia-Idade**

O conceito de meia-idade é relativamente novo, sendo que o termo passou a ser utilizado na Europa no início do século XX. Papalia, Olds e Feldman (2006) referem que, em termos cronológicos, a meia-idade, é o período entre os 40 e os 65 anos, mas que essa definição é arbitrária, uma vez que este é um conceito socialmente construído, com significado culturalmente atribuído.

Uma pessoa de meia-idade, às vezes, é descrita como aquela que possui filhos crescidos e/ou pais idosos. Ainda assim, hoje em dia algumas pessoas com 40 anos, ou mais velhas, ainda têm filhos pequenos e aqueles que têm filhos crescidos podem ver o “ninho” esvaziar-se com a saída dos mesmos ou voltar encher-se. Assim, a meia-idade torna-se uma etapa distinta da vida com as suas próprias normas, oportunidades, com os seus próprios papéis e desafios (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

Gleitman, Fridlund e Reisberg (2007) afirmam que, na meia-idade, “*existe uma mudança na forma como se pensa acerca do tempo, de “Quanto tempo já vivi?” para “Quanto tempo ainda me resta?”*”. O indivíduo reaprecia o que fez da sua vida até esse momento, podendo reavaliar o seu casamento e a sua carreira.

Quanto ao desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, Papalia, Olds e Feldman (2006) referem que, na meia-idade, o desenvolvimento físico passa por alguma

deterioração das capacidades sensoriais, da saúde, do vigor e da destreza, sendo que nas mulheres, chega a menopausa. No desenvolvimento cognitivo a maioria das capacidades mentais atinge o máximo; a perícia e as capacidades de resolução de problemas práticos são acentuadas; o rendimento criativo pode diminuir, mas melhorar em qualidade. Já no desenvolvimento psicossocial, o senso de identidade continua a desenvolver-se mas pode ocorrer uma transição para meia-idade stressante. A dupla responsabilidade de cuidar dos filhos e dos pais idosos pode causar stresse ou a saída dos filhos deixa o “ninho vazio”.

À medida que os avanços médicos e nutricionais tornaram possível uma segunda metade de vida sem precedentes nas sociedades mais desenvolvidas, a ansiedade sobre perdas físicas e perdas de outro tipo tornou-se um tema importante nas descrições populares da meia-idade. Numa cultura orientada para os jovens, as expectativas dos adultos para esses anos podem ser mais influenciadas por imagens na literatura e nos meios de comunicação do que pelo que está a acontecer nos seus próprios corpos e mentes. Assim, a meia-idade pode ser um época não basicamente de declínio, mas de crescimento pessoal (Papalia, Olds & Feldman, 2006).

### **Situação Demográfica dos Adultos em Portugal**

Em Portugal, o fenómeno do duplo envelhecimento da população, caracterizado pelo aumento da população idosa e pela redução da população jovem, continua bem vincado nos resultados dos Censos 2011. Entre 2001 e 2011 verificou-se uma redução da população jovem (0-14 anos de idade) e da população jovem em idade ativa (15-24 anos) de, respetivamente 5,1% e 22,5%. Em contrapartida, aumentou a população idosa (com 65 anos ou mais), cerca de 19,4%, bem como o grupo da população situada entre os 25-64 anos, que cresceu 5,3% (INE, 2011).

A população em idade ativa dos 25-64 anos aumentou a importância relativa entre 2001 e 2011, passando de 53,4% para 55,1%. Dentro da população em idade ativa ou adulta, ressaltam duas dinâmicas de evolução opostas, com a população mais nova a baixar e a população mais velha a aumentar. Este comportamento permite concluir que a população em idade ativa está a envelhecer (INE, 2011).

A distribuição da população por sexo, relativamente ao grupo etário, mantém um padrão semelhante ao da década passada. No grupo dos 25-64 anos de idade, a percentagem de mulheres é de 28,5% e a de homens é de 26,6% (INE, 2011).

## **Solidão**

A etimologia da palavra solidão é referida a ‘só’, termo que, por sua vez, vem do latim *solus* e pode significar tanto ‘desacompanhado’ e ‘solitário’ como ‘único’ (Cunha, 2001). A solidão é experienciada pelo ser humano em qualquer local que habite. É, provavelmente, difícil imaginar uma pessoa que não se tenha sentido sozinha alguma vez na sua existência (Neto, 1989). Assim, a importância da investigação sobre a solidão reside não só na ajuda para a compreensão de aspetos básicos do relacionamento social, como também do facto de ser um problema doloroso para muita gente (Neto, 1989).

A solidão é um constructo muito complexo e subjetivo que facilmente se confunde com isolamento, abandono, clausura, entre outros. É, portanto, muito difícil defini-la, uma vez que se trata de um fenómeno complexo e amplo muito frequente na população, existindo diversas abordagens teóricas e metodológicas que se debruçam sobre este tema. Neto (2000) refere que vários autores têm tentado definir solidão. No entanto, salienta que este conceito tem um caráter intuitivo para a maior parte das pessoas, isto é, cada pessoa analisa o seu estado de solidão tendo em conta a situação em que se encontra exposta, pois para muitos o termo solidão significa estar só.

Peplau e Perman (1982, citados por Neto, 2000) consideram três aspetos: a solidão como uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; é psicologicamente desagradável para o indivíduo; e a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente.

Segundo Neto (2000), a solidão é uma experiência comum e é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos. Weiss (1973 citado por Neto, 2000) define que a solidão é causada não por se estar só, mas por se estar sem alguma relação precisa de que se sente a necessidade ou conjunto de relações. E Roock (1984 citado por Neto, 2000), diz que a solidão é uma condição estável de mau estar emocional que surge quando a pessoa se sente afastada, incompreendida ou rejeitada pelas outras pessoas, e/ou parceiros sociais apropriados, para as atividades desejadas, em particular atividades que lhe propiciam uma fonte de integração social e oportunidades, para intimidade emocional.

Assim sendo, a solidão não é muito simplisticamente o que se sente quando se está sozinho. A existência de uma vasta rede social não implica a existência de uma relação próxima ou ausência de solidão; viver sozinho não é sinónimo de estar sozinho nem de

solidão, isto é, nem todos os que vivem sozinhos estão isolados, mas a maior parte dos isolados vivem sós. O âmago da solidão é a insatisfação em relação ao nosso relacionamento social (Neto, 1989).

Visto a solidão poder ocorrer tanto na presença quanto na ausência do outro, Ruggero (2004) define a solidão sociológica, que se revela pela ausência dos outros, mas lembra, também, que a solidão pode ser ontológica (própria do ser enquanto ser) quando se revela na presença de outros, a também chamada 'solidão acompanhada'. A este respeito, Jones *et al.*, (1981 citado por Pocinho, 2007) nos seus estudos concluíram que as pessoas que sofriam de solidão prestavam menos atenção a conversas didáticas do que os seus parceiros, mudando o tópico de conversa mais frequentemente e colocando menos questões que os seus parceiros de conversa que não sofriam de solidão, o que segundo estes autores sugere uma falha de sensibilidade interpessoal e uma tendência para conversas difusas.

Relativamente ao défice social implicado na solidão, é de referir que a natureza unidimensional ou multidimensional da solidão é a característica que tem suscitado maior discussão e divergência na literatura (Bastos 2005 citado por Augusto, Oliveira & Pocinho, 2008). Assim, as pessoas que sofrem de solidão descrevem-se num sentido muito negativo com auto-depreciações, utilizam expressões como: vazio, inacessível, separado do outro, só, sozinho, vulneráveis, relações inadequadas, vazio espiritual, referem que se sentem passivos, não apreciados e, muitas vezes, dizem-se irritados quando alguém quer alterar este estado (Pocinho 2007). A investigação atual aponta para uma maior difusão da solidão e para os seus efeitos debilitantes (Jones; Rose & Russell, 1990; Rokach & Neto, 2000 citados por Neto & Barros, 2001). A solidão tem aparecido ligada à depressão, ao suicídio, à hostilidade, ao alcoolismo, a um fraco autoconceito e a doenças psicossomáticas (McWhirter, 1990 citado por Neto & Barros, 2001).

### **Tipos de Solidão**

Weiss (1957 citado por Pocinho, 2007) distinguiu dois tipos de solidão: solidão social (em que uma pessoa se sente só e insatisfeita, por causa da falta de suporte social de amigos e de pessoas conhecidas) e solidão emocional (em que está só e insatisfeito, por causa da falta de uma relação pessoal íntima).

Para Neto (2000), a solidão pode ser um traço de personalidade (um atributo estável ao longo do tempo, ou seja, pode representar uma Solidão Crónica) ou, então,

um estado psicológico (experienciado em diferentes momentos temporais da vida do indivíduo, isto é, a solidão pode definir-se como situacional).

Young (1982 citado por Augusto, Oliveira & Pocinho, 2008) identificou três tipos de solidão: transicional (pode durar entre alguns minutos e/ou algumas horas e os sintomas não são graves); situacional (aquela que resulta de um acontecimento importante, como o fim de uma relação, e apresenta sintomas como, por exemplo, a ansiedade, insónias ou dores de cabeça) e crónica (que dura há mais de dois anos e não resulta de um acontecimento traumático recente).

### **Prevalência e Etiologia da Solidão**

Nas sociedades direcionadas para o individualismo, os níveis de solidão são menores por contraposição com as sociedades mais orientadas para a comunidade que apresentam uma maior sensibilidade ao sentimento de exclusão. Assim, podemos concluir que a sensibilidade à solidão varia de cultura para cultura. Segundo estudos europeus, Portugal e a Grécia são os países onde os idosos apresentam maior frequência de sentimentos de solidão. No pólo oposto, encontramos a Dinamarca e a Suíça como os países que apresentam uma menor frequência deste sentimento na referida população (Augusto, Oliveira & Pocinho, 2008).

Savikko e colaboradores (2005), em 2002 na Finlândia realizaram um estudo com 3915 indivíduos idosos, com a idade igual ou superior a 75 anos, com o objetivo de observar a prevalência e as atribuições causais da solidão. Os dados demonstraram que 39% da amostra reportava sentimentos de solidão, sendo que 5% sofria de solidão sempre ou quase sempre e que esta sensação subjetiva de solidão era sentida mais intensamente entre os idosos mais velhos que viviam em zonas rurais do que os que viviam em meios urbanos. Verificou-se, ainda, que os fatores que potenciam a solidão foram o declínio físico a nível funcional, a viuvez e os baixos rendimentos. As causas subjetivas mais comuns que podem estar na origem da solidão são a doença, a morte do companheiro e a falta de amigos. Pode-se ainda concluir deste estudo que as mulheres sofrem mais de solidão do que os homens, não só porque estas exteriorizam mais os seus sentimentos, como também a suas esperança de vida é mais elevada o que as predispõe mais à viuvez e as outras perdas. Em resumo, neste estudo o autor afirma que a solidão pode estar ligada a acontecimentos de vida naturais (como a viuvez) e a fatores ligados ao envelhecimento (diminuição da saúde e capacidade funcional, por

exemplo). Por outro lado, pode também estar associado a mudanças sociais como a diminuição de rendimentos e o isolamento social.

Para Ruggero (2004), a solidão é, na atualidade, um dos mais graves problemas que desafiam a cultura e o ser humano. O mundo da tecnologia e da crescente expansão dos meios de comunicação tem, cada vez mais, produzido solidão no ser humano. O desenvolvimento técnico-científico, com suas extraordinárias potencialidades de humanização e de socialização, contrapõe-se à crescente solidão e ao individualismo gerados nas relações sociais (Moreira, 2002) e faz com que a comunicação entre as pessoas se encontre altamente comprometida devido ao estilo de vida individualista e consumista (Moreira & Callou, 2006).

## **Depressão**

A depressão tem sido bastante estudada, pesquisada e discutida devido à sua alarmante incidência em todo o mundo (Lima, 1999; Berlinck, 2000; Ehrenberger, 2000; Kleinman & Cohen, 2001; Shorter, 2001; Dawson & Tylee, 2001; Schumaker, 2001; Sam & Moreira, 2002; Moreira, 2002; Moreira & Freire, 2003; Moreira & Callou, 2006). Considerando que existe uma frequente confusão entre depressão e algum tipo de tristeza decorrente do modo e da experiência de vida das pessoas, o que contribui para um maior número de diagnósticos desta doença, a depressão tem sido, nos últimos anos, uma das mais contribuidoras para o mercado psicofarmacológico (Kleinman & Good, 1985; Kleinman, 1988; 1995; Kleinman & Cohen, 2001; Healy, 1997; Moreira, 2002, 2003a; 2003b; Moreira & Freire, 2003; Moreira & Callou, 2006).

A depressão é diferente da variação de humor experimentada pela grande maioria das pessoas como reação normal à perda, e que altera muitos aspetos do funcionamento normal do indivíduo (Salkovskis *et al.*, 1989 citado por Pocinho, 2007). Uma depressão pode ser definida como uma situação clínica que, surgida do entrecruzamento de fatores predisponentes e precipitantes, determina uma alteração semipermanente do humor, perspectivas pessoais e mecanismos de defesa biológica do indivíduo (Amaral, 1997 citado por Pocinho, 2007).

A depressão é considerada hoje em dia, um problema de saúde importante que atinge pessoas de todas as idades, conduzindo a sentimentos de tristeza e isolamento social (Martins, 2008). Mas a depressão é muito mais do que um sentimento. Ela pode ser uma doença mental grave e incapacitante, interferindo em todos os aspetos do dia-a-

dia de uma pessoa. Uma pessoa deprimida pode manifestar mudanças cognitivas e comportamentais características desta desordem emocional (Martins, 2008).

O facto de a depressão não ser uma doença homogénea faz com que não exista muitas vezes unanimidade acerca dos sistemas classificativos existentes. Ao longo do tempo tem-se feito um esforço no sentido de uma maior precisão e unanimidade nos diagnósticos psiquiátricos, e para tal têm contribuído as classificações internacionais. Os dois sistemas internacionais mais utilizados atualmente são a Classificação Internacional das Doenças [*Internacional Classification of Diseases* (ICD-10, ou CID-10, em português)], sistema proposto pela Organização Mundial de Saúde, e o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações [*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV)], proposto pela Associação Psiquiátrica Americana (Pocinho, 2007).

Segundo o ICD-10, a depressão caracteriza-se por humor deprimido e perda de interesse ou do prazer. Os sintomas associados, frequentemente presentes, são as perturbações do sono, os sentimentos de desvalorização ou de culpa excessivos, a fadiga ou a diminuição da energia, a dificuldade de concentração, a perturbação do apetite, os pensamentos ou atos suicidas, a lentificação ou agitação psicomotora (movimentos e discurso) com sintomas de ansiedade ou nervosismo frequentemente presentes (Pocinho, 2007).

A DSM IV-TR (2006) refere que numa Depressão Major pelo menos cinco dos seguintes sintomas estão presentes simultaneamente durante duas semanas, sendo que um deles é o humor depressivo ou perda de prazer ou do interesse:

1. Humor depressivo durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
2. Diminuição clara do interesse ou do prazer em todas ou quase todas as atividades durante a maior parte do dia, quase todos os dias;
3. Diminuição ou aumento do apetite ou do peso significativos;
4. Insónia ou hipersónia quase todos os dias;
5. Agitação ou lentificação psicomotora, quase todos os dias;
6. Fadiga ou perda de energia; quase todos os dias
7. Sentimentos de desvalorização, culpa excessiva ou inapropriada, quase todos os dias;
8. Diminuição da capacidade de pensamento, da concentração ou indecisão, quase todos os dias;

9. Pensamentos recorrentes acerca da morte ou ideação suicida recorrente sem planos específicos ou, uma tentativa de suicídio ou, um plano específico para cometer suicídio.

### **Prevalência e Etiologia da Depressão**

Segundo Gonçalves e Fagulha (2004), a depressão afeta 121 milhões de pessoas em todo o mundo e em Portugal estima-se que afete 20% da população, e que um em cada cinco utentes dos cuidados de saúde primários portugueses se encontra deprimido no momento da consulta. O risco ao longo da vida para a depressão em amostras comunitárias tem variado de 10% a 25 % para as mulheres e de 5% a 12% para os homens, isto é, aproximadamente o dobro da probabilidade para as mulheres (APA, 2006; Moreira & Callou, 2006; Barlow, 2009). A prevalência pontual em adultos de amostras na comunidade tem variado de 5% a 9% para as mulheres e de 2% a 3% para os homens. As taxas de prevalência parecem não estar relacionadas com a raça, educação, nível salarial ou estado civil (APA, 2006).

A depressão pode ter início em qualquer idade, no entanto a idade média de início é entre os 20 e os 30 anos. Os dados epidemiológicos sugerem que a idade de início está a diminuir para aqueles que nasceram mais recentemente. A evolução da depressão é variável sendo que algumas pessoas têm episódios isolados que são separados por muitos anos sem qualquer sintoma depressivo, enquanto outras têm conjuntos de episódios, e outras, ainda, têm episódios cada vez mais frequentes com o aumento da idade (APA, 2006). Em muitos casos a depressão é limitada no tempo. Os episódios que não são tratados, geralmente desaparecem entre 3 a 6 meses. Todavia, as recaídas são frequentes, e cerca de 15 a 20% chegam mesmo a deprimir (Pocinho, 2007).

No que respeita à etiologia da depressão é errado e ilusório procurar explicá-la com base num único fator. Ela resulta da interação de múltiplos fatores. O aparecimento e a evolução de um distúrbio depressivo implicam a interação de uma série de variáveis biológicas, históricas, ambientais, culturais e psicossociais. Essas variáveis podem incluir, por exemplo, um mau funcionamento a nível neurológico, uma história familiar de depressão ou alcoolismo, a falta de um suporte social adequado, a perda precoce de um dos pais, acontecimentos de vida negativos, uma constante ausência de autoestima, entre muitos outros (Salkovskis *et al.*, 1989 citado por Pocinho, 2007).

Assim, situações de vida desagradáveis (e mesmo extremamente adversas) não produzem necessariamente uma depressão, a menos que a pessoa seja particularmente

sensível àquele tipo específico de situação, pela natureza da sua organização cognitiva (Beck *et al.*, 1979 citado por Pocinho, 2007).

### **Isolamento na Depressão**

Coyne (1976 citado por Caballo, 2007) e Bandura (1977 citado por Pocinho, 2007) referiram, quanto às experiências interpessoais, que o comportamento de uma pessoa influencia outras pessoas, que por sua vez influenciam esse mesmo indivíduo. Uma pessoa que entra em depressão pode afastar-se de outras pessoas significativas. Afastados dessa maneira, os “outros significativos” podem responder com rejeição ou crítica, os quais por sua vez, ativam ou agravam a auto-rejeição e a autocrítica do próprio sujeito. Alternativamente, a rejeição por parte de outrem pode ser o primeiro elo na cadeia que conduz à depressão. As interpretações negativas daí resultantes levam o indivíduo (que agora pode estar clinicamente deprimido) a um maior isolamento. Assim, o círculo vicioso pode perdurar até que fique tão deprimido a ponto de poder tornar-se inacessível a tentativas de outrem no sentido de ajudá-lo e de lhe demonstrar amor e afeição (Coyne, 1976 citado por Caballo, 2007; Bandura, 1977 citado por Pocinho, 2007).

Uma relação interpessoal harmoniosa, por outro lado, pode fornecer proteção contra o desenvolvimento de uma depressão. O tratamento do deprimido é, com frequência, grandemente facilitado pelo uso de um membro da família ou amigo íntimo que sirva como representante da realidade social, para o auxiliar a testar a validade do seu pensamento negativista (Coyne, 1976 citado por Caballo, 2007; Beck *et al.*, 1979 citado por Pocinho, 2007). Paradoxalmente, um bom, forte e seguro sistema de suporte social pode fornecer uma prova da sua aceitação, impedindo as frequentes desvalorizações (Pocinho, 2007).

Já Moreira (2002) afirma que o problema da depressão, crescente nos nossos dias, pode ser explicado, entre outras formas, em termos da estrutura individualizada, característica da cultura ocidental contemporânea. Nela, o sujeito tende a personalizar estados internos de emoção, incluindo angústias resultantes da adversidade de eventos dolorosos da vida. Nessa linha de pensamento, um estilo de vida consumista, por sua vez, levaria à deterioração das relações interpessoais, corroborando o colapso do suporte social, com graves consequências para o desenvolvimento dos quadros patológicos ligados a essa sociedade individualista.

Assim, põe-se a questão: o indivíduo deprimido sente-se sozinho, ou fica deprimido porque está só?

## **Definição do Problema e Objetivos do Estudo**

O grande desafio que cabe aos clínicos e investigadores em saúde mental é saber se a solidão é uma entidade suficientemente consistente e independente para merecer diagnóstico diferencial ou se, pelo contrário, é uma circunstância secundária (Pocinho, 2007).

O nosso conhecimento e compreensão da solidão tem aumentado, ao ponto de começar a incorporar esta condição na prática clínica – porque milhões de pessoas sofrem de solidão todos os dias (Cutrona, 1982 citado por Pocinho, 2007) e esta é fundamentalmente debilitante, torna-se indicado que tanto os clínicos como os investigadores estejam atentos como condição em inter-relação com outras condições (Pocinho 2007). No entanto e apesar de a solidão fazer parte da Associação de Diagnósticos de Enfermagem da América do Norte (Nanda), não foi ainda descrita no Manual de Estatística e Diagnóstico (DSM-IV), nem listado no índice de trabalhos. Uma razão para esta omissão pode ser, segundo Booth (2000 citado por Pocinho, 2007), a falta de familiaridade dos clínicos com o conceito como um constructo isolado/discreto, mas apenas ser compreendido como correlacionado com outras patologias, nomeadamente a depressão.

Este estudo poderá possibilitar, quem sabe, intervenções futuras que venham a parar ou, pelo menos, diminuir a atual epidemia de depressão que invade o mundo contemporâneo. Apesar dos progressos importantes das pesquisas epidemiológicas e psicofarmacológicas nessa área, a doença aumenta a cada dia, o que indica a urgência de formas mais sólidas e fundamentadas de intervenção (Moreira & Callou, 2006). Podemos aprender sobre a depressão com quem a vive ou sente. Quem melhor do que o próprio doente para falar da experiência vivida com a sua doença? Essa parece-nos ser a maior contribuição deste pequeno estudo, fruto de uma pesquisa anterior maior: aprofundar a temática emergente dessa pesquisa – a relação entre solidão e depressão - no sentido de compreender melhor como se dá tal relação.

Posto isto, o objetivo geral deste estudo consiste na sugestão da pesquisa anterior: estudar a relação entre depressão e solidão nos adultos de meia-idade, procurando

compreender melhor se a solidão é consequência (sintoma) ou causa da depressão (etiológica).

Neste sentido, vamos testar as seguintes hipóteses:

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

Hipótese 2: Existem maiores níveis de solidão nos sujeitos do sexo feminino.

Hipótese 3: A solidão e a idade apresentam uma relação positiva (quanto maior a idade, maior a solidão).

## **Materiais e Métodos**

### **Participantes**

Neste estudo a amostra foi constituída por 273 sujeitos pertencentes a Portugal Continental (159 Mulheres - 58,2% e 114 Homens - 41,8%), com idades compreendidas entre os 41 e os 64 anos sem diferenças significativas entre os sexos. Aos participantes foram administradas duas escalas: UCLA e GDS.

### **Instrumentos**

Para este estudo foram utilizadas as seguintes escalas: UCLA Loneliness Scale (UCLA) (Anexo 2) e Geriatric Depression Scale (GDS) (Anexo 1) ambas validadas para a população portuguesa.

A Escala Geriátrica de Depressão (GDS) foi validada clínica e psicometricamente para os idosos portugueses por Pocinho, Farate, Dias, Lee e Yesavage (2009), e foi utilizada no sentido de triar dois grupos: com depressão e sem depressão. A GDS tinha como ponto de corte 11 (até 11 sem depressão, mais de 11 com depressão).

A UCLA é uma escala de heteroadministração constituída originalmente por 20 itens, todos elaborados no sentido do constructo da solidão com quatro alternativas de resposta variando entre o “nunca” e o “frequentemente”. Foi desenvolvida para avaliar os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social (Pocinho, 2007).

Como se pode verificar, pela tabela 1, o valor apresentado pelo Alpha de Cronbach's no presente estudo é elevado (Alpha Cronbach's =0,919), 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 1  
*Validade da escala.*

Itens	M	Escala de Variância se o item for apagado	Correlação corrigida	Alfa de Cronbach's
UCLA1	32,00	113,414	,543	,915
UCLA2	32,11	110,883	,664	,913
UCLA3	31,97	113,514	,470	,917
UCLA4	32,07	110,939	,643	,913
UCLA5	32,07	112,338	,600	,914
UCLA6	32,09	110,634	,645	,913
UCLA7	32,35	113,050	,564	,915
UCLA8	32,37	115,726	,368	,920
UCLA9	32,10	111,132	,645	,913
UCLA10	32,45	112,092	,663	,913
UCLA11	32,41	111,436	,706	,912
UCLA12	32,41	114,139	,523	,916
UCLA13	31,93	115,048	,413	,919
UCLA14	32,22	110,567	,682	,912
UCLA15	31,99	112,119	,560	,915
UCLA16	32,38	111,266	,695	,912
UCLA17	32,30	111,077	,656	,913
UCLA18	32,38	116,714	,319	,921
UCLA19	32,49	114,654	,643	,914
UCLA20	32,21	112,307	,628	,914

## Procedimentos

Os questionários foram administrados, em vários locais, em Centros de Dia, Centros de Saúde, Lares, IPSS e domicílios, por pessoas previamente preparadas, a saber: assistentes sociais (no caso de idosos internados em lares), estudantes finalistas de psicologia (para os residentes em suas casas). Os participantes foram informados sobre o objetivo do estudo, anonimato e confidencialidade das respostas.

Após a cedência, pela primeira autora da versão portuguesa (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 17, com a informação necessária à persecução deste estudo.

Para cumprir o desenho exploratório e correlacional proposto, foram selecionados diferentes procedimentos estatísticos. 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), a fim de obter as frequências absolutas e relativas e, também, as medidas de tendência central.

Para verificar a relação entre a solidão e a depressão bem como a distribuição da depressão pelas variáveis biográficas, será utilizado o teste do qui-quadrado da independência e respetivo coeficiente de associação ( $\phi^1$  quando as variáveis forem dicotómicas (2x2) e  $v$  de Cramer para tabelas com mais de 2 linha e ou 2 colunas<sup>2</sup>).

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

---


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

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

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

## Resultados

Tendo em conta o racional metodológico e estatístico supracitado, para dar cumprimento ao desenho do estudo, serão agora apresentados os resultados.

Serão apresentados inicialmente as principais características psicológicas da amostra, e de seguida as características referentes à contingência entre as variáveis a que constituem as hipóteses apresentadas. Finalmente serão apresentados os resultados referentes à contingência entre a solidão e a depressão.

Como se pode verificar pela tabela 2, dos 273 participantes neste estudo,  $\approx 26\%$  dos indivíduos têm depressão.

Tabela 2  
*Prevalência da depressão.*

<b>Prevalência da Depressão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
$\leq 11,00$ - sem depressão	201	73,6
$>12,00$ -com depressão	72	26,4
Total	273	100,0

Quanto à prevalência da solidão, e observando os valores da tabela 3, constata-se que  $\approx 29\%$  dos indivíduos apresentam solidão.

Tabela 3  
*Prevalência da solidão.*

<b>Prevalência da Solidão</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
$\leq 39$ - sem solidão	195	71,4
$>40$ – com solidão	78	28,6
Total	273	100,0

**Hipótese Experimental 1:** Existem sujeitos sem depressão que apresentam elevados níveis de solidão.

Para verificar esta hipótese recorreremos ao teste do qui-quadrado da independência. A observação da tabela 4 permite-nos constatar que existe uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e a depressão, mostrando-nos que apesar de  $\approx 18\%$  da amostra ter depressão e solidão em simultâneo,  $\approx 10\%$  não têm depressão mas apresentam solidão e  $\approx 8\%$  dos indivíduos sem solidão têm depressão.

Tabela 4

*Relação entre a solidão e depressão.*

		Solidão		Total	
		$\leq 39$	40+		
Depressão	$\leq 11,00$	n	173	28	201
		%	63,4%	10,3%	73,6%
		RA	8,9	-8,9	
	12,00+	n	22	50	72
		%	8,1%	18,3%	26,4%
		RA	-8,9	8,9	
Total	n	195	78	273	
	%	71,4%	28,6%	100,0%	

$\chi^2 = 80,051$        $\Phi = 0,542$        $p < 0,0001$       ra = resíduos ajustados

**Hipótese Experimental 2:** Existem maiores níveis de solidão nos sujeitos do sexo feminino.

Para verificar esta hipótese recorreremos ao teste do qui-quadrado da independência. A observação da tabela 5, permite-nos constatar que existe uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e o sexo ( $p < 0,05$ ), contudo ela é muito fraca ( $\Phi < 0,2$ ). Isto é, as mulheres apresentam mais solidão ( $\approx 35\%$ ) que os homens ( $\approx 19\%$ ).

Tabela 5

*Prevalência da solidão segundo o sexo.*

		Sexo		Total	
		Feminino	Masculino		
Solidão	$\leq 39$	n	103	92	195
		%	64,8%	80,7%	71,4%
		RA	-2,9	2,9	

	40+	n	56	22	78
		%	<b>35,2%</b>	<b>19,3%</b>	28,6%
		RA	2,9	-2,9	
Total		n	159	114	273
		%	100,0%	100,0%	100,0%
X <sup>2</sup> = 8,248	Phi=-0,174	p<0,004	ra= resíduos ajustados <sup>3</sup>		

**Hipótese Experimental 3:** 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. Conforme se verifica na tabela 6, podemos constatar que não existe relação entre a solidão e a idade ( $p > 0,05$ ).

Tabela 6  
*Prevalência da solidão, segundo escalões etários.*

		Idade			Total	
		< 45	45 - 54	55 - 64		
Solidão	<= 39	n	6	114	75	195
		%	66,7%	70,8%	72,8%	71,4%
		RA	-,3	-,3	,4	
	40+	n	3	47	28	78
		%	<b>33,3%</b>	<b>29,2%</b>	<b>27,2%</b>	28,6%
		RA	,3	,3	-,4	
Total	n	9	161	103	273	
	%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
X <sup>2</sup> = 0,228	V=0,029	p=0,892	ra= resíduos ajustados			

<sup>3</sup> 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  $\hat{e} > 1,96$ . Por outro lado, o resíduo ajustado indica que há significativamente menos casos do que o esperado quando  $\hat{e} < -1,96$ . 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. Portanto, o resíduo ajustado será considerado significativo quando for  $\geq |2,0|$

## **Discussão e Conclusão**

Após a recolha dos dados e do tratamento estatístico, e tendo em conta os resultados obtidos é importante a realização da discussão e conclusão dos resultados, uma vez que, segundo Ribeiro (1999), o objetivo da discussão é discutir e interpretar os resultados, sem perder de vista a questão de investigação. Importa referir que no âmbito desta temática e de acordo com a pesquisa realizada, os estudos encontrados foram poucos e por isso a realização da discussão e conclusão dos resultados, será realizada tendo em conta estudos que mais se aproximam dos objetivos propostos.

É, assim, importante avaliarmos corretamente a solidão, sabendo os aspetos que lhe correspondem e através disso delinear formas de intervenção e psicoterapias adequadas, 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, apercebemo-nos que esta foi confirmada: verificamos que existem sujeitos 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 suficientemente consistente e independente para merecer diagnóstico diferencial da depressão. Cutrona, (1982 citado por Pocinho, 2007) refere que milhões de pessoas sofrem de solidão todos os dias e esta é fundamentalmente debilitante, tornando-se indicado que tanto os clínicos como os investigadores estejam atentos, a esta, como condição em inter-relação com outras condições.

A segunda hipótese colocada neste estudo também foi confirmada. De facto constatamos que existem maiores níveis de solidão nos sujeitos do sexo feminino. É frequentemente assumido do ponto de vista do senso comum que as mulheres, comparativamente aos homens, são mais emotivas e, conseqüentemente, com maior tendência para reações emocionais negativas. Por exemplo, estudos epidemiológicos demonstram, de modo consistente, uma maior incidência de depressão nas mulheres que nos homens (Weissman & Klerman, 1977 citado por Neto, 1989). Seria, pois, de esperar, tendo em conta a tendência geral para reações emocionais negativas serem mais frequentes nas mulheres, que estas sentissem mais frequentemente a solidão que os homens (Neto, 1989).

Por fim, a última hipótese levantada: a solidão e a idade apresentam uma relação positiva (quanto maior a idade, maior a solidão). A nossa hipótese não foi confirmada, uma vez que pudemos constatar que não existe relação entre a solidão e a idade. Relativamente à idade existe na nossa cultura o estereótipo que quanto mais idosas, mais solitárias são as pessoas (Neto,1992). Mas, segundo alguns autores, a solidão pode ocorrer desde cedo (Rubin, 1982 citado por Neto, 1992), podendo ocorrer até na infância (Ellison, 1978 citado por Neto, 1992).

Como em qualquer estudo de carácter científico, também este apresentou algumas limitações. A primeira limitação que apontamos é o facto de amostra não ser maior, deste modo, e em investigações posteriores, seria importante a realização de investigações neste âmbito, aumentando o número da amostra e considerando outras variáveis que não foram incluídas no estudo, mas também importantes. A segunda limitação que consideramos pertinente abordar é a falta de preenchimento de dados sociodemográficos; tendo sido a amostra deste estudo recolhida aleatoriamente, podem não ter sido controladas algumas variáveis parasitas. Seria, porventura, pertinente verificar a existência de filhos, a situação do agregado familiar ou a situação profissional, por exemplo. A terceira limitação é a desejabilidade social; isto porque no processo de recolha de dados, os questionários foram preenchidos pelo investigador e as respostas dadas pelo entrevistado poderão ser condicionadas. A partir do momento em que um estigma social está associado à solidão (Gordon, 1976 citado por Neto, 1989), os indivíduos podem distorcer as suas respostas para parecerem menos sozinhos (Neto, 1989).

Apesar de este estudo apresentar limitações, estas não devem ser desencorajadoras, mas sim, servir um ponto de partida para outros estudos, tão necessários. Seria pertinente, na nossa opinião, fazer um estudo comparativo entre a população urbana e rural ou entre pessoas medicadas para a depressão e pessoas não medicadas. Com isto, prende-se uma compreensão mais global para que futuramente se possa dar uma intervenção adequada, válida e objetiva a esta população, indo assim, ao encontro das suas motivações, necessidades e interesse.

Em conclusão, a solidão é um problema psicossocial grave, sendo necessário ainda conhecer-se melhor as suas causas e consequências com vista à sua prevenção e possível terapia.

## Bibliografia

- American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Augusto, S., Oliveira, R. & Pocinho, M. (2008). Solidão e Envelhecimento nos Doentes Reumáticos. *Interações*, 15, 69-94.
- Barlow, D. (2009). *Manual Clínico dos Transtornos Psicológicos – Tratamento Passo a Passo*. (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Berlinck, M. (2000). *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta.
- Caballo, V. (2007). *Manual para o Tratamento Cognitivo-Comportamental dos Transtornos Psicológicos*. São Paulo: Santos Editora.
- Cunha, A. (2001). *Dicionário Etimológico da língua portuguesa*. São Paulo: Nova Fronteira.
- Dawson, A. & Tylee, A. (2001). *Depression: Social and Economic Timebomb*. London: BMJ Publishing Group.
- Ehrenberger, A. (2000). *La fatigue d'être soi – Dépression et société*. Paris: Odile Jacob.
- Gleitman, H.; Fridlund, A. & Reisberg, D. (2007). *Psicologia*. (7ª ed). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gonçalves, B. , Fagulha T. (2004). Prevalência e diagnóstico da depressão em medicina geral e familiar. *Port. Clin. Geral*, 20, 13-27.
- Healy, D. (1997). *The Antidepressive Era*. Cambridge: Harvard University Press.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Kleinman, A. & Good, B. (1985). *Culture and depression. Studies in the anthropology and cross-cultural psychiatry of the affect and disorder*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking Psychiatry: Cultural Category to Personal Experience*. New York: Free Press.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. Berkeley: University of California Press.

- Kleinman, A. & Cohen, A. (2001). *A global view of depression from an anthropological perspective*. In: Dawson, A. & Tylee, A. *Depression: Social Economic and Timebomb*. London: BMJ Publishing Group.
- Lima, M. (1999). Epidemiologia e Impacto Social. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, (1), 1-5.
- Martins, R. (2008). A Depressão no Idoso. *Millenium - Revista do ISPV*, 34, 119-123.
- Moreira, V. (2002). *Psicopatologia Crítica – Parte II*. In: Moreira, V.; Sloan, T. *Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica*. São Paulo: Escuta.
- Moreira, V. (2003 a). The ideological meaning of depression in the contemporary world. *International Journal of Critical Psychology*, 9, 143-159.
- Moreira, V. (2003 b). *Poverty and Psychopathology*. In: Carr, S. & Sloan, T. *Poverty and psychopathology: from global perspective to local practice*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Moreira, V. & Freire, J. (2003). *La dépression dans la postmodernité: un désordre des affections ou l'ordre des désaffections?* In: Granger, B. & Charboneau, G. *Phénoménologie des sentiments corporels – v. II*. Paris: Circle Hermeneutique.
- Moreira, V. & Callou, V. (2006). Fenomenologia da Solidão na Depressão. *Mental*, IV, (7), 67-83.
- Neto, F. (1989). Avaliação da Solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Volume II. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. & Barros, J. (2001). Solidão em Diferentes Níveis Etários. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, (3), 71-88.
- Papalia, D.; Olds, S. & Feldman, R. (2006). *Desenvolvimento Humano*. (8ª ed). Porto Alegre: Artmed.
- Pocinho, M. (2007). Fatores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano. Dissertação de Doutoramento. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto.
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, C., Lee, T. & Yesavage, J. (2009). Clinical and Psychometric Validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32, (2), 223-236.
- Pocinho, M., Farate, C. & Dias, A. (2010). Validação Psicométrica da Escala UCLA Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações*, 18, 65-77.
- Pocinho, M. (2012). *Metodologia de Investigação e Comunicação do Conhecimento Científico*. Lisboa: Editora Lidel.

- Ruggero, N. (2004). A inevitável solidão para as personagens femininas. *Cadernos: Centro Universitário São Camilo*, 5, (4), 38-42.
- Sam, D. & Moreira, V. (2002). *The mutual embeddedness of culture and mental illness*. In: Walter, L.; Dale, D.; Hayes, S. & Sattler, D. *OnLine Readings in Psychology and Culture*. Western Washington University, Department of Psychology.
- Schumaker, J. (2001). *Cultural cognition and depression*. In Shumaker, J. & Ward, T. *Cultural cognition and psychopathology*. Westport: Praeger.
- Shorter, E. (2001). *Historical review of diagnosis and treatment of depression*. In Tylee, A. *Depression: Social economic and timebomb*. London: BMJ Publishing Group.
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R., Strandberg, T., Pitkala, K. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of gerontology and geriatrics*, 41, (3), 223-233.

## **Anexos**

## Anexo I

### GDS Portuguese Version

Pocinho, M., Farate, C; Amaral Dias, C; Lee, T.; Yesavage, J. (2009)

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