

INSTITUTO SUPERIOR MIGUEL TORGA

Escola Superior de Altos Estudos

SOLIDÃO E DEPRESSÃO

ESTUDO NUMA AMOSTRA DE ADULTOS E IDOSOS DA  
POPULAÇÃO PORTUGUESA



SUSANA FERNANDES FONSECA

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica

Ramo de Especialização em Psicoterapia e Psicologia Clínica

Coimbra, 2014





## Solidão e Depressão

Estudo numa amostra de adultos e idosos da população portuguesa

SUSANA FERNANDES FONSECA

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, dezembro 2014

“Enquanto não atravessarmos a dor de nossa própria  
solidão, continuaremos a nos buscar em outras metades.

Para viver a dois, antes, é necessário ser um.”

Fernando Pessoa

## **Agradecimentos**

A realização deste trabalho não seria possível sem o contributo de diversas pessoas, que ao longo da investigação me foram apoiando direta ou indiretamente e que sem elas a finalização deste trabalho não teria o mesmo significado.

Em primeiro lugar, quero agradecer à Professora Doutora Esmeralda Macedo pelo seu elevado conhecimento, apoio, disponibilidade e paciência.

Agradeço à Professora Doutora Margarida Pocinho sem ela não seria possível a realização deste trabalho, agradeço o seu apoio, confiança e sabedoria que me transmitiu.

Agradeço ao meu pai tudo o que tem feito por mim do fundo do coração com muito amor, agradeço a força incondicional que me dá todos os dias ao longo desta caminhada.

Obviamente não posso esquecer os meus amores, o meu marido e o meu filho que tanta dedicação e paciência tiveram comigo.

Um especial agradecimento ao Cristóvão e à Ana Gabriela e a todos os meus amigos que me apoiaram neste longo percurso...

## *Índice*

A Solidão .....	10
A Solidão nos idosos .....	12
A Depressão .....	14
Objetivos .....	19
Material e Método.....	20
Definição da amostra.....	20
..	
Procedimentos e Análise dos Dados .....	23
Apresentação de resultados.....	24
Análise descritiva dos aspetos clínicos da amostra .....	24
Discussão e Conclusão.....	29
Bibliografia .....	31
Anexos .....	34
Anexo A .....	35
Anexo B .....	36

## Índice de tabelas

Tabela 1	Definição da amostra e sua distribuição	P.20
Tabela 2	Valores de consistência interna relativa à Escala UCLA	P.21
Tabela 3	Prevalência da depressão	P.24
Tabela 4	Prevalência da solidão	P.25
Tabela 5	Contingência entre solidão e depressão	P.26
Tabela 6	A influência da idade na solidão	P.27
Tabela 7	Contingência entre sexo e solidão	P.28

## **Lista de Siglas**

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

## **Resumo**

Ao fazer uma revisão da literatura constata-se que a solidão é um conceito vago influenciado por determinantes sociais, pessoais e situacionais. Como se pode compreender, a solidão tem muitos significados que derivam da forma como cada pessoa diante de cada situação avalia o seu estado de solidão, e do modo como lida com a mesma.

Com o avançar da idade a maioria das pessoas idosas reduzem a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos ao nível da integração social e familiar, e ao nível da saúde física e psíquica.

O objetivo deste trabalho é perceber se os constructos solidão e depressão são entidades independentes ou se, pelo contrário, estão intimamente ligadas. Pretende-se também verificar a relação entre a solidão e as variáveis sexo e idade.

O presente trabalho é um estudo quantitativo e descritivo, que pretende avaliar a possibilidade de se encarar a solidão e a depressão como duas dimensões separadas e independentes.

Para tal foram utilizados dois instrumentos de medida: as escalas de Depressão Geriátrica (GDS) e de Solidão (UCLA). Estas escalas foram aplicadas sobre uma amostra, constituída por 53 sujeitos (27 Mulheres - 49,1% e 29 Homens - 50,9%), com idades entre os 45 e os 90 anos e sem diferenças significativas entre os sexos.

Os resultados obtidos por esta metodologia, mostram que a solidão pode existir sem a presença de depressão. Verificámos também que a solidão é independente das variáveis sexo e idade.

Assim, as duas entidades (solidão e depressão) podem ser consideradas como independentes uma da outra. Nesse sentido, consideramos ser útil que no futuro possam ser feitos mais estudos nesta área, que permitam clarificar a relação entre a solidão e a depressão.

Palavras-chave:

Solidão; depressão e idosos

## **Abstract**

When doing a review of the literature it appears that loneliness is a vague concept influenced by social, personal and situational. As can be appreciated, loneliness has many meanings that derive from the way each person in front of each situation assesses your state of loneliness, and how you handle it.

With advancing age the majority of older people reduce their participation in the community, which may lead to feelings of loneliness and devaluation, with effects on the social and family integration, and on physical and mental health.

The objective of this study is to understand whether the constructs loneliness and depression are independent entities or, on the contrary, are closely linked. We also intend to verify the relationship between loneliness and sex and age.

This study is a quantitative and descriptive study aims to evaluate the possibility to face the loneliness and depression as two separate and independent dimensions.

For this we used two measurement instruments: Geriatric Depression scales (GDS) and Solitude (UCLA). These scales were applied to a sample consisting of 53 subjects (27 women - 49.1% and 29 Men - 50.9%), aged 45 to 90 years, with no significant differences between the sexes.

The results of this method show that loneliness can exist without the presence of depression. We also found that loneliness is independent of gender and age.

Thus, the two entities (loneliness, depression) could be considered as independent of each other. In this sense, we consider it useful in the future can be made more research in this area, to clarify the relationship between loneliness and depression.

**Keywords:**

loneliness; depression and the elderly

## A Solidão

A definição de solidão é de facto, um problema, uma vez que a solidão é um estado mais fácil de descrever do que definir.

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 pode ser analisada pela dor e sofrimento oriundos da perda como pela capacidade de estar só na ausência do outro (Seewald e Halperin, 1995).

Para melhor compreender o conceito de solidão, Gomes (2001) tenta defini-la em termos sociológicos, de acordo com os quais é subproduto da construção social do indivíduo. Ao afirmar a sua individualidade, o Homem afirma também a fragmentação do universo social e o isolamento do outro. Esse isolamento, porém, pode tornar-se insuportável e gerar a tentativa de ser superado por meio da relação interpessoal. Do ponto de vista sociológico a solidão é o resultado da produção social dum Homem narcisista.

A solidão, em termos psicológicos, pode caracterizar-se pela ausência afetiva do outro e estar intimamente relacionada com o sentimento, com a sensação de se estar só. O outro pode até estar próximo geograficamente mas não há proximidade psicológica. Falta interação e comunicação emocional.

De acordo com Tamayo e Pinheiro (1984), a solidão é uma reação emocional de insatisfação.

Em todas as áreas das ciências sociais, incluído a Psicologia, e na área das ciências médicas, e das ciências humanas em geral, a nosologia sucede à epistemologia, isto é, o método de nomear uma determinada condição deriva da forma de a pensar. Assim, por exemplo, as explicações sociológicas referem que as causas de solidão se situam fundamentalmente fora do indivíduo, sendo este estado percebido com um atributo distribuído normalmente entre a população.

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

Booth (2000) refere que a solidão não pode ser vista unidimensionalmente, mas antes como um problema multidimensional envolvendo, não somente, défices nos papéis sociais e

esquemas prototípicos disfuncionais, mas também problemas cognitivos, alteração dos padrões de atribuição, problemas situacionais, expectativas irrealistas, entre outros fatores.

Uma definição de solidão aceitável terá que conjugar estas situações multifatoriais. Apesar da diversidade de definições da solidão, as pessoas continuam a descrever e a sentir a sua solidão, mesmo que não tenham um conhecimento completo sobre este estado de espírito. Fundamentalmente, a solidão pode ser conceptualizada como uma condição afetiva adversa acompanhada por cognições problemáticas, circunstâncias de vida desfavoráveis, estratégias inadequadas de resolução de problemas, padrões interativos disfuncionais, entre outros fatores de caráter individual e/ou social. Por vezes a experiência de solidão é tão intensa que o indivíduo não consegue pensar em mais nada. O sentimento de vazio sentido pela pessoa em solidão é confundido com a própria solidão.

O isolamento voluntário não é solidão, porque a pessoa em solidão não entra voluntariamente nesse estado emocional pelo contrário, o sujeito sente que se encontra desesperadamente só e não compreende a causa desse sentimento. O isolamento voluntário conscientemente autorizado, para meditação, para ouvir música, afastar-se das contingências da vida moderna ou simplesmente o desejo de 'não fazer nada' (Weiss 1973; Walker 1987), também não são sinónimos de solidão. É bem sabido que algumas pessoas gostam de estar sozinhas. Segundo Sorr (1988), estão sós sem estar em solidão.

Neto (2000) refere que apesar de vários autores terem tentado definir o conceito solidão, não há uma definição que seja mundialmente aceite pelos especialistas. Este termo tem significado intuitivo para a maior parte das pessoas (Neto, 1992). Todavia, segundo Peplau e Perman (1982, Neto, 1992; 2000) nas definições presentes na literatura: a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo; esta experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente.

Num estudo sociológico da solidão, Ussel (2001, cit. por Fernandes, 2007) refere que é necessário tomar em consideração que o trabalho e a família são os dois eixos centrais que estruturam e definem a existência humana. Assim, o suceder de uma qualquer transformação nestes dois eixos, pode originar diversos problemas, quer de âmbito instrumental, quer emocional, entre os quais se deve incluir o sentimento de solidão.

Num estudo realizado por Rubenstein e Shaver (1982, cit. Por Neto, 2000), através de um inquérito, encontraram quatro conjuntos de sentimentos que as pessoas diziam ter quando

estão sós: desespero, depressão, aborrecimento impaciente e autodepreciação. Sendo que, associados a estes quatro principais aparecem outros tantos sinónimos, por exemplo, no desespero também temos: terror, desamparo, abandono, entre outros. Este vasto número de sentimentos suscetíveis de associarem-se à solidão dá-nos conta da sua complexidade.

Ao fazer uma revisão da literatura constata-se que a solidão é um conceito vago influenciado por determinantes sociais, pessoais e situacionais. Como pode-se compreender, a solidão tem muitos significados que derivam da forma como cada pessoa diante de cada situação avalia o seu estado de solidão, e do modo como lida com a mesma.

### **A Solidão nos idosos**

Com o avançar da idade a maioria das pessoas idosas reduzem a sua participação na comunidade, o que pode originar sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos ao nível da integração social e familiar, e ao nível da saúde física e psíquica.

Neto (1993 cit. por Melo e Neto, 2003) menciona que a satisfação com a vida está negativamente ligada com a solidão. Estudos empíricos comprovaram que as pessoas que estão maissatisfeitas com a vida encontram-se habitualmente melhor adaptadas e libertas de patologias.

Um estudo desenvolvido por Savikko e colaboradores (2005, cit. por Fernandes, 2007) em 2002, na Finlândia, com uma amostra de 3915 indivíduos idosos, com idade igual ou superior a 75 anos, deu uma grande colaboração para a investigação da solidão. Estes autores fizeram a análise da prevalência da solidão e das atribuições causais de que essa solidão é alvo. Os dados obtidos evidenciaram que 39% da amostra reportava sentimentos de solidão, era geralmente mais sentida entre os idosos mais velhos que viviam em zonas rurais, do que entre os que viviam nos grandes centros urbanos. Neste mesmo estudo, os autores também concluíram que existem agentes considerados potencializadores de solidão, sendo eles o fraco estado físico a nível funcional, a viuvez e baixos rendimentos. Por último referiram que as causas subjetivas mais comuns para sofrer de solidão são as próprias doenças, a morte do companheiro e a falta dos amigos.

Estas conclusões vão ao encontro da opinião defendida por Neto (1999): a reforma, a viuvez, e a diminuição de saúde privam as pessoas de muitos papéis e relações essenciais em torno dos quais as suas identidades tinham sido construídas. Estes parecem constituir-se como os principais determinantes da solidão nos idosos.

No entanto, relativamente às diferenças encontradas entre os idosos residentes em meio rural e em meio urbano, os estudos portugueses vão no sentido contrário destes resultados. Num estudo comparativo sobre a qualidade de vida e suporte social com idosos do meio rural e do meio urbano, Lopes (2004, cit. por Ferreira, 2009) observou que no meio rural a perceção de suporte social recebido era maior que no meio urbano. Também Paúl, Fonseca, Martin e Amado (2005) verificaram que os idosos de meio rural têm uma rede mais alargada de familiares e amigos.

Num estudo realizado por Sequeira e Silva (2003) com o objetivo de investigar quais os níveis de bem-estar de um grupo de idosos residentes em meio rural e identificar que variáveis se constituem como mais importantes para o bem-estar destes idosos, os autores verificaram que os meios rurais podem tornar-se um ambiente privilegiado de envelhecimento, uma vez que promovem as redes de relação, há maior contato, e uma maior rede de vizinhança, o que dita maior apoio instrumental, emocional e psicológico. Logo, nos meios rurais o nível de solidão tende a ser menor que nos meios urbanos.

Em relação ao estado civil, no estudo já citado de Sequeira e Silva (2003), os autores verificaram que esta característica demográfica influenciou os resultados. Estes observaram diferenças significativas entre casados e viúvos, onde o grupo de idosos casados manifestou menos sentimentos de solidão. Além disso, esse mesmo grupo avaliou subjetivamente de forma mais positiva o ambiente e o apoio das redes sociais, e apresentou níveis mais elevados de bem-estar do que os viúvos.

Sequeira e Silva (2003) viram também que o grupo que percebe um contato muito frequente com a família revela uma atitude mais positiva face ao próprio envelhecimento do que o grupo que afirma ter pouco contato com a família. Estes autores referem que outros estudos, nomeadamente Chatters (1988), chegaram a conclusões idênticas em que a situação de casado é um preditor de bem-estar.

O maior trauma com que se confrontam as pessoas idosas é a morte de um cônjuge. No entanto, se estas pessoas idosas dispuserem de forte redes de apoio social ultrapassam a perda com mais sucesso (Neto, 1999).

Segundo Weiss (1973 cit. por Neto, 2000) as pessoas que não estão casadas sofrem mais de solidão que as casadas. Caracteristicamente, são as mulheres que ficam viúvas, pois têm maior esperança de vida que os homens. Um estudo realizado por Gubrium (1974, cit. por Neto, 2000) concluiu que a solidão nas mulheres não casadas era maior nas pessoas

viúvas e divorciadas que nas solteiras. A solidão parece, pois, ser determinada mais pela perda de uma relação conjugal que pela sua ausência. No estudo exploratório e descritivo realizado por Fernandes (2007), o autor também observou numa população de idosos que os viúvos e os solteiros apresentavam maior percepção da solidão familiar que os casados.

Paúl (1991, cit. por Fernandes, 2007) refere que a viuvez é frequentemente associada à solidão, o que se deve principalmente à perda de uma relação íntima muito particular. Essa perda pode gerar sentimentos de solidão e de abandono, sendo às vezes os próprios idosos a privarem-se do convívio e da participação social ativa. Na viuvez também aparecem os sintomas depressivos, não só pela dor da perda, mas também pelo isolamento social a que ficam sujeitas. Christensen (1992, cit. por Ramos, 2002) vai mais além e diz-nos que as pessoas casadas têm melhor saúde que as pessoas com outros estados civis.

A solidão também pode ser evidenciada após a rutura com a atividade laboral, pois dá-se um declínio no padrão de vida e a perda de utilidade social. Tal como Neto (1999) afirma, a reforma conduz a várias perdas, nomeadamente, perda de rendimento, de prestígio, do sentido de competência e utilidade, e muitas vezes, de alguns contatos sociais. É neste sentido que a reforma favorece o isolamento social, a inatividade e a depressão. A retirada do mundo do trabalho tem efeitos a nível económico, gerando no idoso uma quebra no rendimento, e pode levar a um sentimento de falta de importância e utilidade que pode ter consequências ao nível da autoestima e do bem-estar.

Vários autores averiguaram nos seus estudos a importância das relações sociais, e observaram que estas oferecem suporte social, influenciando positivamente o bem-estar psicológico e a saúde percebida. Além disso, reduzem o isolamento social (e a solidão) e aumentam a satisfação com a vida (Carvalho e col., 2004 cit. por Resende, Bones, Souza e Guimarães, 2006; Ramos, 2002; Sequeira e Silva, 2003; Paúl, 2005; Carneiro, Falcone, Clark, Prette e Prette, 2007).

A solidão é experienciada pelo ser humano em qualquer que seja o lugar que habite. É, porventura, difícil imaginar uma pessoa que não se tenha sentido sozinha alguma vez na sua existência.

## **A Depressão**

Melancolia é o termo mais antigo para a patologia dos humores tristes. Entretanto nem sempre esteve sob o domínio do campo psiquiátrico, psicanalítico ou filosófico. O termo e as

suas diferentes formas de uso estão relacionados com a sua história. As suas origens remontam à Grécia antiga, alguns séculos antes de Cristo, época em que arte, tragédia e filosofia encontravam-se nas obras de arte, na escrita literária trágica, nos textos da antiga filosofia de Aristóteles e nas produções da pré-história médica de Hipócrates que naquele tempo foi considerado o pai da medicina.

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: falta de motivação, perturbações na vontade, desinteresse, perda de apetite, somatização, dores físicas, irritabilidade, dificuldade de concentração, problemas de sono, perda de gosto pela vida, fraqueza física, dificuldade de convívio com amigos, colegas e familiares (Zimerman, 2000). Pode ainda mostrar-se apática, desmotivada e muito sensível aos acontecimentos negativos da vida. Porém, é nas idades avançadas que a depressão compreende elevados índices de morbidade e mortalidade, pois adota formas atípicas, muitas vezes de difícil diagnóstico e, conseqüentemente, de difícil tratamento (Martins, 2008).

A depressão clínica, enquanto entidade diagnóstica, tem sido classificada sob diversas formas. Têm sido feitas algumas distinções entre distúrbios unipolares e bipolares, e entre depressões endógenas e reativas (neuróticas).

O episódio depressivo é constituído por diversos sintomas quer biológicos (alterações do sono, variação diurna do humor, perda ou aumento do apetite ou do peso, fadiga ou diminuição da energia, obstipação, diminuição do interesse sexual) quer psiquiátricos (humor depressivo, diminuição do campo de interesses, perda do gosto de viver, ideação suicida, ansiedade, alterações cognitivas, sentimentos de desvalorização, culpabilidade). A depressão deve ser diferenciada de estados reativos a situações de perda importantes como a morte de um familiar. É também importante ter em atenção os fatores desencadeantes ou precipitantes da depressão, tais como, as doenças físicas, o desemprego, os conflitos interpessoais ou outras situações de stress pessoal, familiar ou social.

Um episódio depressivo deve ser classificado, de acordo com a sua intensidade: ligeiro, moderado e grave. O episódio ligeiro tem como características a presença apenas de

alguns sintomas necessários para realizar o diagnóstico bem como uma incapacidade funcional pouco acentuada. Os episódios moderados são caracterizados pela presença de sintomas que excedem o mínimo para o diagnóstico e por um maior grau de incapacidade funcional. Os episódios graves são também caracterizados pela presença de sintomas que excedem o mínimo para o diagnóstico e por marcada incapacidade no funcionamento pessoal, familiar, profissional e social. Em situações extremas o doente poderá manifestar uma incapacidade global que o impeça de desempenhar qualquer atividade mesmo as relacionadas com os seus cuidados pessoais básicos (alimentação e higiene). A natureza dos sintomas tais como a ideação suicida e o comportamento devem também ser tomados em atenção na determinação da gravidade. (Relvas, 1999).

Apesar de os sujeitos deprimidos geralmente apresentarem o tipo de queixas que atrás referimos, alguns referem patologia aparentemente orgânica, tal como: dores várias, taquicardia, dispneia, cefaleias, alterações gastrointestinais, elevada fadiga e permanente e outras queixas somáticas para as quais não se encontra base fisiopatológica responsável. Também é muito frequente existir associação de queixas depressivas e de ansiedade, levando ao doente queixar-se ainda de irritabilidade, de palpitações, de tonturas, de falta de ar, etc. (Amaral, 1997).

No DSM – IV as Perturbações do Humor dividem-se em Perturbações Depressivas (a depressão unipolar), Perturbações Bipolares e em duas perturbações baseadas na etiologia – Perturbação do Humor Devida a Um Estado Físico Geral e Perturbação do Humor Induzida por Substância.

A Perturbação Depressiva Major é caracterizada por um ou mais Episódios Depressivos Major, isto é, pelo menos duas semanas de humor depressivo ou perda de interesse, acompanhado pelo menos por quatro sintomas adicionais de depressão que inclui alterações no apetite ou peso, sono e atividade psicomotora; diminuição da energia; sentimentos de desvalorização pessoal ou culpa; dificuldades em pensar, concentrar-se ou em tomar decisões; ou pensamentos recorrentes a propósito da morte ou ideação, planos ou tentativas suicidas.

A DSM IV-TR (2002) 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 (pág. 356):

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 ou culpa excessiva ou inapropriada quase todos os dias
8. Diminuição da capacidade de pensamento ou 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.

No que respeita à etiologia da depressão é errado e ilusório procurar explica-la com base num único fator. Ela resulta da interação de vários fatores. Implica a interação entre uma série de variáveis históricas, biológicas, culturais, ambientais, psicossociais e culturais. Também pode estar na origem um mau funcionamento a nível neurológico, histórico de depressão e alcoolismo na família, falta de suporte social, perda precoce de um dos pais, acontecimentos de vida negativos, ausência permanente de autoestima, entre muitos outros. (Salkovskis et al., 1989)

A depressão pode ser vista como um resultado de variáveis de predisposição e precipitação biológicas, desenvolvimentais, sociais e psicológicas (Salkovskis *et al.*, 1989).

Beck e colaboradores encaram a vulnerabilidade para a depressão com o resultado de um estilo cognitivo caracterizado pela utilização de regras inapropriadas ou demasiado rígidas para definição da sua conduta, do seu valor ou da sua felicidade. Quando confrontado por acontecimentos negativos relevantes em relação a estas atitudes, um indivíduo com atitudes disfuncionais deste tipo terá mais possibilidades de deprimir do que outro indivíduo que não possua este estilo cognitivo (Pinto-Gouveia, 1990).

No que respeita às experiências interpessoais, Bandura (1977) referiu que o comportamento de uma pessoa influencia outras pessoas e a ação, por sua vez, influencia o indivíduo. Quando uma pessoa entra em depressão pode afastar-se de outras pessoas significativas o que pode levar a uma resposta crítica e de rejeição. Por sua vez, agravam ou

ativam a auto-rejeição e a autocrítica do próprio sujeito. A rejeição pode ser a principal causa que conduz à depressão clínica (Becket *al.*, 1979).

## Objetivos

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).

Este trabalho tem como objetivo principal compreender a relação entre o constructo solidão e o constructo depressão, no sentido de perceber se podem ser considerados independentes ou se, pelo contrário, se encontram intimamente ligados.

Como objetivos secundários, pretendemos averiguar se a solidão está ou não dependente das variáveis sexo e idade.

Neste sentido vamos verificar as seguintes hipóteses:

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

Hipótese experimental 2: A solidão é influenciada pela idade.

Hipótese experimental 3: A solidão é influenciada pelo sexo

## ***Material e Método***

### **Definição da amostra**

A amostra é constituída por 53 sujeitos (27 Mulheres - 49,1% e 29 Homens - 50,9%), com idades entre os 45 e os 90 anos sem diferenças significativas entre os sexos

(Tabela 1).

**Tabela 1: Definição da amostra e a sua distribuição.**

	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>Faixa etária</b>
<b>Mulheres</b>	27	49,1%	45<90
<b>Homens</b>	29	50,9%	

## Instrumento

Para avaliação da Solidão:

Escala da solidão UCLA

A fidedignidade global demonstrou ser elevada (Alpha Cronbach's =0,851); contemplando os critérios psicométricos e das diretrizes internacionais, no que diz respeito à apresentação de evidências empíricas de validade, fidedignidade e de fundamentação teórica necessárias a um instrumento de avaliação psicológica. A tabela que se segue dá-nos uma leitura mais objetiva, já que o faz correlacionando cada item com as restantes, e nos dá, para além da correlação corrigida, o Alpha, se o item for eliminado.

**Tabela 2: Valores de consistência interna relativa à escala UCLA**

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
UCLA1	35,08	102,187	,455	,843
UCLA2	35,30	96,599	,756	,832
UCLA3	35,17	103,951	,450	,844
UCLA4	35,23	101,409	,542	,841
UCLA5	34,91	102,664	,446	,844
UCLA6	35,40	104,628	,358	,847
UCLA7	35,66	99,844	,654	,837
UCLA8	35,49	103,947	,422	,845
UCLA9	35,06	105,516	,322	,848
UCLA10	35,57	97,866	,736	,834
UCLA11	35,55	99,176	,654	,837
UCLA12	35,36	103,657	,428	,845
UCLA13	34,81	103,271	,392	,846
UCLA14	35,36	103,273	,454	,844
UCLA15	34,87	103,040	,369	,846
UCLA16	35,43	97,673	,719	,834
UCLA17	35,00	93,423	,164	,909
UCLA18	35,30	99,215	,618	,837
UCLA19	35,30	97,292	,734	,833
UCLA20	34,96	98,768	,691	,835

- $0,7 < r \leq 0,89$  Correlação forte
- $0,9 < r \leq 1$  Correlação muito elevada

Neste estudo foram utilizadas as escalas de Depressão Geriátrica (GDS) e de Solidão (UCLA).

Em conjunto com a UCLA, foi administrada a Escala Geriátrica de Depressão (GDS) validada clinicamente 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 tinha como ponto de corte 11 (até 11 sem depressão, mais de 11 com depressão).

Para avaliação da Depressão:

Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (GDS)

Escala de hetero administração constituída originalmente por 30 itens (Yesavage, Brink, Rose, Lum, Huang, Adey, Leirer, 1983), validada por (Pocinho, Farate, Dias, Lee & Yesavage, 2009) com duas alternativas de resposta (sim ou não) consoante o modo “como o idoso se tem sentido ultimamente, em especial de há uma semana para cá”.

A fidedignidade global demonstrou ser elevada (Alpha Cronbach's =,851); contemplando os critérios psicométricos e das diretrizes internacionais, no que diz respeito à apresentação de evidências empíricas de validade, fidedignidade e de fundamentação teórica necessárias a um instrumento de avaliação psicológica.

- $\leq 0,2$  Correlação muito fraca e sem significância
- $0,2 < r \leq 0,39$  Correlação fraca
- $0,4 < r \leq 0,69$  Correlação moderada

## 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). 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 ( $\phi^1$  quando as variáveis forem dicotómicas (2x2) e  $v$  de Cramer para tabelas com mais de 2 linhas 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: se Eta, r, Rho, phi:

## Apresentação de resultados

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

Serão apresentados as características referentes à contingência entre a solidão e a depressão.

Finalmente serão apresentados os resultados referentes à avaliação de solidão subjetiva por grupo.

## Análise descritiva dos aspetos clínicos da amostra

Como se pode verificar pela tabela 3, dos 53 participantes neste estudo 24,5% dos indivíduos têm depressão.

**Tabela3: prevalência da depressão**

	n	%
<= 11,00 – sem depressão	40	75,5
> 12,00 – com depressão	13	24,5
Total	53	100,0

Quanto à prevalência da solidão, e observando os valores da tabela 4, consta-se que 30,2% dos indivíduos apresentam solidão.

**Tabela 4: Prevalência da solidão**

	n	%
<= 39 - sem solidão	37	69,8
>40 – com solidão	16	30,2
Total	53	100,0

## Relação entre solidão e depressão

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. Os resultados podem ser observados de seguida

**Tabela 5: contingência entre solidão e depressão**

			Solidão		Total
			Sem solidão	Com solidão	
Depressão	Sem depressão	N	34	6	40
		%	64,2%	11,3%	75,5%
		RA	4,2	-4,2	
	Com depressão	N	3	10	13
		%	5,7%	18,9%	24,5%
		RA	-4,2	4,2	
Total		N	37	16	53
		%	69,8%	30,2%	100,0%

$X^2 = 17,851$      $\Phi = 0,580$      $p < 0,0001$      $ra = \text{resíduos ajustados}^1$

A observação da tabela precedente, permite-nos constatar que existe uma associação estatisticamente significativa ( $p > 0,05$ ) entre a solidão e a depressão, contudo podemos verificar que 4,2% da amostra não tem contingência entre a solidão e depressão.

## Relação entre solidão e idade

Hipótese experimental 2: A solidão é influenciada pela idade.

A tabela que se segue apresenta os resultados da verificação desta hipótese

**Tabela 6- A influência da idade na solidão**

		Solidão		Total	
		Sem solidão	Com solidão		
Grupo etário	45 – 54	N	31	12	43
		%	58,5%	22,6%	81,1%
		RA	,8	-,8	
	55 – 64	N	4	2	6
		%	7,5%	3,8%	11,3%
		RA	-,2	,2	
	65 – 74	N	1	1	2
		%	1,9%	1,9%	3,8%
		RA	-,6	,6	
	75+	N	1	1	2
		%	1,9%	1,9%	3,8%
		RA	-,6	,6	
Total	N	37	16	53	
	%	69,8%	30,2%	100,0%	

$X^2 = 0,879$        $p = 0,830$       Ra=resíduos ajustados

Rejeita-se a hipótese experimental uma vez que não há evidências significativas de associação entre as variáveis em estudo

Hipótese experimental 3: A solidão é influenciada pelo sexo

A tabela que se segue, apresenta os resultados da verificação desta hipótese

**Tabela 7: contingência entre sexo e solidão**

			Solidão		Total
			Sem solidão	Com solidão	
Sexo	Feminino	N	15	11	26
		%	28,3%	20,8%	49,1%
	RA	-1,9	1,9		
Masculino	N	22	5	27	
	%	41,5%	9,4%	50,9%	
	RA	1,9	-1,9		
Total	N	37	16	53	
	%	69,8%	30,2%	100,0%	

$X^2 = 3,557$        $p = 0,059$       Ra = resíduos ajustados

Rejeita-se a hipótese experimental uma vez que não há evidências significativas de associação entre sexo e solidão

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. Por tanto, o resíduo ajustado será considerado significativo quando for  $\geq |2,0|$

## Discussão e Conclusão

Ao fazer uma revisão da literatura constata-se que a solidão é um conceito vago influenciado por determinantes sociais, pessoais e situacionais. Como pode-se compreender, a solidão tem muitos significados que derivam da forma como cada pessoa diante de cada situação avalia o seu estado de solidão, e do modo como lida com a mesma.

A depressão clínica, enquanto entidade diagnóstica, tem sido classificada sob diversas formas. Têm sido feitas algumas distinções entre distúrbios unipolares e bipolares, e entre depressões endógenas e reativas (neuróticas).

Após análise dos resultados verificou-se que existe uma relação significativa entre pessoas que apresentam solidão mas não depressão. Isto implica a ideia de que de fato, se pode considerar a hipótese de que a solidão e a depressão possam ser consideradas entidades separadas.

Com estes resultados pode-se sugerir que se façam estudos mais aprofundados sobre o tema por forma a poder, eventualmente, considerar a solidão como uma entidade que possa ter um diagnóstico próprio, tal como já é feito no Canadá, através da Associação De Diagnóstico De Enfermagem Da América Do Norte (NANDA).

Rejeitou-se a hipótese experimental de que a solidão é influenciada pela idade e pelo sexo uma vez que não houve evidências significativas de associação entre as variáveis em estudo.

Existem algumas limitações como qualquer estudo de caráter científico. Como principal limitação é o fato do tamanho da amostra ser pequena e de ter tido apenas acesso aos dados referentes à idade e ao sexo da amostra. Outro aspeto 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.

Como sugestões para futuros estudos seria necessário aumentar o tamanho da amostra, não só na quantidade mas também no que se refere à área geográfica. Podia haver um termo de comparação entre a população que vive em meio rural e meio urbano.

Estudar hipóteses para verificar se existem diferenças entre pessoas com agregado familiar pequeno ou pessoas com um agregado familiar grande.

Perceber como é caracterizada a rede social das pessoas e tentar perceber se uma vida social mais ativa tem influência nos níveis de solidão referidos pelos sujeitos da amostra.

Pode-se verificar que a solidão e a depressão podem ser entidades separadas, cada uma com as suas características. Assim poderiam ser evitados diagnósticos e psicoterapias inadequadas e até o uso excessivo de psicofármacos.

## Bibliografia

- Amaral APM, 1997 Alterações circadianas na depressão. Tese de Mestrado. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- American Psychiatric Association (2006). *DSM-IV-TR – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. (4ª ed.) Lisboa: Climepsi Editores.
- Bandura, Psychological Review 1977, vol. 84, nr. 2, 191-215.
- Beck, A.T., Rush, A. J., Shaw. B. F., & Emery G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- 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.
- Cunha, António. *Dicionário Etimológico da língua portuguesa*. São Paulo: Nova Fronteira, 2001.
- Fernandes, H. J. (2007). Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Ferreira, A. L. (2009). A qualidade de vida em idosos em diferentes contextos habitacionais: a perspetiva do próprio e do seu cuidador. Lisboa: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa (Dissertação de Mestrado).
- Gomes, António Maspoli de Araújo. Solidão: uma abordagem interdisciplinar pela ótica da teologia bíblica reformada. *Fides Reformata*, v. VI, n.1, 2001. Disponível em: “<http://www.mackenzie.br/teologia/fides/vol06/num01/Maspoli.pdf>” Acesso em Dezembro de 2013.
- Martins, R. (2008). *A depressão no idoso*. *Millenium – Revista do ISPV*, 34. Acedido em 2013, Março 14 de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/>
- Melo, L. e Neto, F. (2003). *Aspetos psicossociais dos idosos em meio rural: solidão, satisfação com a vida e locus de controlo*. *Psicologia, Educação e Cultura*. III, 1, 107-121.
- Neto, F. (1992). *Solidão embaraço e amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.
- Neto, F. (1999). *As pessoas idosas são pessoas: aspetos psico-sociais do envelhecimento*. *Psicologia, Educação e Cultura*, III, 2, 297-322.

- Neto, F. (2000). *Psicologia social* (vol. II). Lisboa: Universidade Aberta.
- Paúl, M. C., e Fonseca, A. M. (2005). *Envelhecer em Portugal. Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Peplau, L. A., e Perlman, D. (1982). *Loneliness – a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley-interscience publication.
- 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.
- Pinto Gouveia, J. (1990). Fatores cognitivos de vulnerabilidade para a depressão, Coimbra: Tese (Doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
- 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:10.1080/073171110802678680
- Ramos, M. (2002). Apoio Social e Saúde entre idosos. *Sociologias*, 7.
- Resende, M. C., Bones, V. M., Souza, I. S., e Guimarães, N. K. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. *Revista eletrónica internacional de la Unión Latinoamericana de Entides de Psicologica*, 5. Acedido em 2013, Junho 6 de 2013 <http://www.psicolatina.org/Cinco/index.html>
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., e Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in a aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- Seewald, Frederico et al. O tema da solidão: Klein e Winnicott revisitados. *R. Psiquiatria*, RS, v. XVII, n. 1, p. 29-37, 1995.
- Sequeira, A., & Silva, M. N. (2002). *O bem-estar da pessoa idosa em meio rural*. *Análise Psicológica*, 3, 505-516.
- 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.

Tamayo, Álvaro e Pinheiro, Ângela. *Conceituação e definição de solidão*. Revista de Psicologia, Fortaleza, v. II, 1984.

Ussel, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales*. Análisis cualitativo. Madrid: Ministerio de Trabajo e Assuntos Sociales.

Weiss, J. (1957). *The gamble with death in attempted suicide*. *Psychiatry*. 2, 17-25

## **Anexos**

## Anexo A

### 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 B

### 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-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)