Funcionalidade e Sentimentos de Solidão em Pessoas Idosas: Modelo de Mediação pelo Afeto Positivo

LEANA RAQUEL CRÚZIO GRILO

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

Ramo de Especialização em Terapias Cognitivo-Comportamentais

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito-Santo, Professora Auxiliar, ISMT

Presidente: Professora Doutora Laura Lemos, Professora Auxiliar, ISMT

Arguente: Professora Doutora Fernanda Daniel, Professora Auxiliar, ISMT

Coimbra, julho de 2021

Agradecimentos

Dizem que a gratidão é a memória do coração. Assim sendo, não poderia deixar de agradecer a todas as pessoas que me acompanharam nesta viagem e que contribuíram para a realização deste sonho.

À professora Helena Espírito Santo, pela orientação, sabedoria, rigor e paciência com que me brindou, não só na elaboração deste projeto, mas ao longo destes anos.

À professora Alexandra Grasina, por ser tão atenciosa e por me acalmar nos momentos de ansiedade.

À equipa de investigação pela recolha de dados.

Aos meus pais e ao meu irmão, por todo o amor e apoio incondicional, por me permitirem sonhar.

Aos meus avós, por me terem emparado todas as quedas e por me ensinarem a verdadeira definição de coragem e força. Um obrigado nunca será suficiente.

Ao meu namorado, por todo o companheirismo, carinho e por me fazer rir quando me apetecia chorar.

À Sandrina, por me ensinar que quem tem luz interior caminha sem medo de viver.

Aos meus amigos, por todas as aventuras e por serem os melhores segredos de Coimbra.

Às minhas colegas que estiveram comigo nesta luta. Conseguimos!

A ti Coimbra, que me fizeste levar segredos para a vida e "não te digo adeus porque te levo sempre comigo"!

Resumo

Contexto e Objetivo: A solidão associa-se a diversas situações sociais, físicas e emocionais na população idosa. Este estudo teve como objetivos verificar quais os correlatos dos sentimentos de solidão numa amostra da população idosa e verificar se os afetos positivo e negativo eram mediadores entre o nível de funcionalidade e os sentimentos de solidão.

Métodos: A amostra foi constituída por 489 indivíduos com idade compreendidas entre os 65 e 100 anos (M = 80,18 ± 7,05), 373 eram mulheres e 428 eram de contexto institucional e 61 pertenciam à comunidade. Todos os participantes foram avaliados com a *Loneliness Scale-16 itens, Geriatric Depression Scale-8 itens, Positive and Negative Affect Schedule* e *Escala de Funcionalidade Geriátrica*.

Resultados: As pessoas idosas institucionalizadas, do sexo feminino, com profissão manual, viúvos, e com baixa escolaridade reportaram mais sentimentos de solidão. Os sentimentos de solidão relacionaram-se com o nível de funcionalidade, sintomas depressivos e com a afetividade. No modelo mediacional, somente o afeto positivo se mostrou como variável mediadora, controlando para o efeito do estado civil e dos sintomas depressivos. Assim, as pessoas idosas mais funcionais tendiam a relatar níveis mais elevados de afeto positivo, o que, por sua vez, era responsável por um nível mais baixo de sentimentos de solidão.

Conclusão: Este estudo sugere a relevância de avaliar e intervir no afeto positivo para amenizar os sentimentos de solidão em pessoas idosas que sofrem de limitações funcionais.

Palavras-chave: Solidão; Funcionalidade; Afeto Positivo; Depressão

Abstract

Context and Objective: Loneliness is associated with several social, physical, and emotional situations in the elderly population. We aimed to verify the correlates of feelings of loneliness in a sample of the elderly population and verify whether positive and negative affects were mediators between functionality and feelings of loneliness.

Methods: The sample consisted of 489 individuals aged between 65 and 100 years (M = 80.18 ± 7.05), 373 were women, 428 were from an institutional context, and 61 belonged to the community. All participants were assessed with the Loneliness Scale-16 items, Geriatric Depression Scale-8 items, Positive and Negative Affect Schedule, and Geriatric Functionality Scale.

Results: The institutionalized older adults, female, with previous manual professions, widowed, and with low education reported more feelings of loneliness. Feelings of loneliness were related to functionality, depressive symptoms, and affectivity. In the mediational model, only positive affect was shown as a mediating variable, controlling for marital status and depressive symptoms. Thus, more functional older people reported higher levels of positive affect, which accounted for less feelings of loneliness.

Conclusion: This study suggests the relevance of evaluating and intervening in positive affect to alleviate feelings of loneliness in older people who suffer from functional limitations.

Keywords: Loneliness; Functionality; Positive Affect; Depression

Introdução

A solidão é uma experiência desagradável, que resulta da avaliação qualitativa e quantitativa da rede social, vivida como desajustada (de Jong-Gierveld, 1987; Perlman & Peplau, 1981).

Este sentimento acarreta diversos efeitos negativos, especialmente na pessoa idosa, sendo por isso pertinente a sua investigação (Yang et al., 2018). É essencial compreender a definição de solidão, embora não existam definições que se possam afirmar completamente corretas, pois o seu significado é diferente para vários autores (Horowitz et al., 1982). Assim, de Jong-Gierveld (1989), define solidão como a ausência de intimidade, da experiência do contacto social e insatisfação do apoio das relações sociais. Victor et al. (2009), afirmam que a solidão é uma avaliação feita pelos indivíduos sobre o seu nível global de socialização. Ou seja, a solidão pode ser um sentimento que se relaciona com a falta de autonomia e de ajuda para diminui-lo, remetendo, portanto, para a subjetividade, ao passo que o "estar só" se caracteriza por algo externo e visível (Pais, 2016).

De acordo com as definições atribuídas à solidão, Perlman e Peplau (1984) indicam três aspetos em que a maioria dos autores concordam:

1) A solidão resulta da escassez de relações sociais do indivíduo (da diferença entre as relações sociais existentes e as necessidades e as pretensões de contacto social);

2) É uma experiência individual e subjetiva, que não envolve necessariamente o isolamento social, sendo que o sujeito pode experienciar sentimentos de solidão mesmo que esteja na presença de outros;

3) É uma experiência desagradável e perturbadora.

Resumidamente, por solidão pode entender-se um sentimento pessoal e subjetivo que não provoca sinais nem sintomas e que surge quando a pessoa perceciona a sua rede social como sendo pobre, parecendo-lhe não existir ninguém que se preocupe com ela. Compreende-se a solidão como um sentimento intrínseco, que se exterioriza por autopiedade e pela sensação de abandono (C. Victor et al., 2005; Williams, 1978).

Para além dos vários significados de solidão, Pais (2016) apresenta duas formas de classificar a solidão:

1) este sentimento está presente independentemente da pessoa com quem se partilha o mesmo espaço, ou até mesmo independentemente do próprio espaço em que se está inserido porque o "estar sozinho" não se relaciona linearmente com a solidão, dado que não é a ausência/presença de outros que leva à solidão, mas sim o tipo de relação social que se

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

estabelece com os indivíduos, a acrescer ao estado emocional; 2) não se pode afirmar que a solidão é apenas negativa, pois, quando é escolhida propositadamente, não se enquadra nas categorias de sofrimento e abandono, ou seja, a solidão pode ajudar no desenvolvimento emocional, da personalidade e criatividade (Pais, 2016).

Por sua vez, Weiss (1973, tal como citado em Russell et al., 1984) referem ainda que existem dois tipos de solidão, a social e a emocional. A solidão social resulta da ausência de uma rede de relações sociais como por exemplo da inexistência de um grupo de amigos que tenham em comum várias atividades e interesses. Assim a solidão social relaciona-se de forma qualitativa e quantitativa com as relações de amizade. Já a solidão emocional ocorre quando existe falta de ligação, proximidade e intimidade com outras pessoas mesmo na presença física destas, percecionando-se, por exemplo, qualidade insuficiente nas relações afetivas.

Após uma revisão aprofundada da literatura sobre o conceito de solidão, tornou-se pertinente perceber a relação entre solidão e envelhecimento, uma vez que a idade avançada leva a diversas alterações aos níveis social, biológico e psicológico (D. M. S. Lopes, 2012).

Fatores de Risco e Proteção da Solidão na Idade Avançada

Ser pessoa idosa não é sinónimo de solidão, contudo a depressão, o isolamento social, abandono e luto parecem relacionar-se com a solidão nesta faixa etária (R. F. Lopes et al., 2009). No estudo de Hawkley et al. (2008), numa amostra de sujeitos com idades entre os 50 e os 68 anos, constatou-se que o sexo masculino, os sujeitos com patologias, com fracas aptidões sociais, e consequentemente, com fraca rede de suporte são mais propícios a experienciarem sentimentos de solidão. Ou seja, segundo o estudo de Hawkley et al. (2008), podemos concluir que a dimensão da rede social e a qualidade das relações são preditores da solidão em adultos mais velhos. Um outro estudo concluiu que um aumento dos níveis de solidão estava associado ao género masculino (V. Rodrigues et al., 2019). Já Hawkley e Kocherginsky (2018), num estudo longitudinal, constataram que não existem diferenças no género relativamente à solidão e confirmaram que a má funcionalidade, a falta de apoio da família e a existência de tensão nas amizades são preditores da solidão.

Savikko et al. (2005), na sua investigação na Finlândia, verificaram que as causas para a prevalência de solidão em sujeitos com idade igual ou superior a 75 anos eram: a viuvez, baixa escolaridade, o habitar em meio rural, a profissão manual, o baixo rendimento económico, o viver sozinho, as dificuldades a nível da funcionalidade, o mau estado de saúde, a perda de visão e a audição. Também V. Rodrigues et al. (2019) apoiam a ideia de que a existência de dependência severa na pessoa idosa, leva a um aumento de sentimentos de solidão. Outros

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

autores referem como fatores de risco para a solidão o género, a etnia, os rendimentos familiares, a institucionalização (Cacioppo et al., 2006; Carmona et al., 2014; Prieto-Flores et al., 2011; Shovestul et al., 2020), o estado civil, a hostilidade e a perceção de stress (Cacioppo et al., 2006). Em culturas não ocidentais, a idade, o estado civil, o número de pessoas com quem se vive, o estado de saúde, a qualidade de vida e o agravamento de doenças mostraram ser fatores de risco para a solidão entre as mulheres idosas (Dong & Chen, 2017). Outro estudo realizado na Grã-Bretanha confirmou que o estado civil, as relações sociais e a expectativas relacionadas com saúde/doença são fatores que contribuem para a solidão (C. R. Victor et al., 2005).

Em sentido contrário, entre os fatores protetores conta-se a idade muito avançada (≥ 85 anos). Ademais, segundo o mesmo autor, as habilitações literárias (primeiro ciclo) são um fator de menor suscetibilidade à solidão (C. R. Victor et al., 2005). Adicionalmente, Victor e Yang (2012) verificaram que o envolvimento em atividades sociais, boa saúde física com ausência de doenças crónicas referidas, o facto de ser casado, ter ensino superior e a dimensão do agregado familiar eram fatores importantes para a proteção de solidão. Para além destes, Rouxel et al. (2017), R. F. Lopes et al. (2009) e Carmona et al. (2014) referiram ainda que uma boa saúde oral na idade avançada, manutenção do trabalho e dos vínculos familiares e atividades sociais parecem ser fatores de proteção contra a solidão nas pessoas idosas.

Como se constatou em alguns estudos acima mencionados, um dos preditores da solidão é a perda de funcionalidade. Do ponto de vista biopsicossocial, por funcionalidade entende-se a capacidade física do indivíduo para se envolver em atividades, dentro do padrão ambiental, tendo em conta o seu estado de saúde estrutural e corporal. A capacidade funcional é influenciada de forma ambiental e social e traduz-se na avaliação de desempenho do indivíduo para se envolver ativamente nas atividades de vida diária (AVD) exigidas no seu contexto (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2004). A funcionalidade abrange todas as funções do corpo, participação nas AVD e fatores contextuais, que se dividem em pessoais e ambientais, que se relacionam com o estado de saúde de uma pessoa ou população. Os fatores pessoais envolvem o historial de vida e o seu estilo de vida. Incluem, portanto, os dados como o sexo, idade, a raça, condição física e hábitos de vida, as estratégias de *coping* do indivíduo bem como todos os antecedentes sociais, a profissão e as habilitações literárias, características psicológicas ou outra vertente que possa influenciar a incapacidade de alguma forma. Quanto aos fatores ambientais, estes incluem situações do mundo físico, social e atitudinal (DGS, 2004). No estudo de Warner et al. (2019), verificou-se que para as mulheres de idade avançada com limitações funcionais, as relações sociais influenciam o sentimento de solidão ao longo do

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

tempo. Também no estudo de Macdonald et al. (2018), descobriram que indivíduos mais limitados funcionalmente tinham maior risco de experienciar solidão emocional e isolamento social, quando comparados com indivíduos mais funcionais.

O afeto pode apresentar-se como um mediador entre a saúde física e a solidão, tal como constatado no estudo de Böger e Huxhold (2018) em pessoas idosas da comunidade. Este autor verificou essa relação nas faixas etárias dos 40 aos 84 anos onde indivíduos com múltiplos problemas de saúde demonstraram ter maior probabilidade de experienciar afeto negativo, o que por sua vez se relacionou com maior nível de solidão (Böger & Huxhold, 2018). A funcionalidade está relacionada com a saúde física, pois a funcionalidade resulta da interação entre a condição de saúde e os fatores contextuais envolvidos (DGS, 2004). Outro estudo concluiu que o grupo de pessoas idosas com menos sentimentos de solidão, tinham mais afeto positivo e um melhor estado de saúde geral (Laranjeira, 2020).

A afetividade segundo Watson et al. (1988) abrange o afeto negativo e o afeto positivo. O afeto positivo (PA) refere-se ao entusiasmo, atividade e alerta de uma pessoa. Por sua vez, o afeto negativo (NA) caracteriza-se por tristeza e nostalgia e consiste no sofrimento subjetivo que inclui sentimentos de raiva, culpa, nervosismo e medo. Quando o nível de PA é elevado, o indivíduo facilmente é conduzido a um estado de calma e serenidade, ao contrário do que acontece quando o NA é alto (Watson et al., 1988).

Newall et al. (2013) sugerem a felicidade como mediadora entre solidão e atividade física, bem como entre solidão e mortalidade. Estes resultados parecem sugerir que adultos idosos felizes têm menos consequências negativas dos sentimentos de solidão (Newall et al., 2013).

Estudo Presente

Como vimos, são fatores de risco para a solidão a dependência funcional, a presença de doenças crónicas, o sexo feminino (Dong & Chen, 2017; Kivett, 1979), a profissão manual, o estado civil (solteiro e viúvo), a ausência ou baixa escolaridade (Hawkley & Kocherginsky, 2018; V. Rodrigues et al., 2019; Savikko et al., 2005; C. R. Victor et al., 2005), a institucionalização, os sintomas depressivos (Prieto-Flores et al., 2011), a meia idade e idade avançada (Cacioppo et al., 2006; Carmona et al., 2014; Shovestul et al., 2020) e o afeto negativo (Böger & Huxhold, 2018).

Por seu turno, a solidão tem impacto na qualidade de vida na idade avançada, envolvendo consequências emocionais (e.g., sintomas depressivos) e físicas (e.g., diminuição da produção de cortisol) (Cacioppo et al., 2006; Faísca et al., 2019; R. F. Lopes et al., 2009; Peerenboom et al., 2015; Prieto-Flores et al., 2011; R. M. Rodrigues, 2018; Russell et al., 1984; Schutter et al.,

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

2017). Estas consequências mostram a relevância do estudo da solidão na população idosa, pelo que com este estudo pretendemos verificar quais os correlatos da solidão numa amostra da população idosa, incluindo variáveis emocionais (depressão e afetividade), sociodemográficas (tipo de situação residencial, idade, sexo, habilitações literárias, estado civil, profissão, espaço geográfico) e funcionalidade. Depois, pretendemos realizar uma análise de mediação para verificar se os afetos positivo e negativo são mediadores entre a funcionalidade e a solidão e se as variáveis como o estado civil, residência e depressão têm influência nesta relação.

Após uma revisão aprofundada da literatura, as hipóteses da investigação foram as seguintes:

H1. Os afetos positivos correlacionam-se negativamente com sentimentos de solidão.

H2. Os afetos negativos correlacionam-se positivamente com sentimentos de solidão.

H3. O afeto positivo tem efeito mediador significativo entre a funcionalidade e sentimentos de solidão.

H4. O afeto negativo tem efeito mediador significativo entre a funcionalidade e sentimentos de solidão.

Material e Métodos

Âmbito Geral do Estudo

A presente investigação de desenho transversal insere-se no projeto *Trajetórias do Envelhecimento* aprovado pela Comissão de Ética do Instituto Superior Miguel Torga (DI&D-ISMT/2-2013).

Procedimentos

Inicialmente procedeu-se ao pedido de autorização às instituições e aos autores dos instrumentos para a sua utilização. A recolha de dados ocorreu com pessoas idosas da comunidade geral e de contexto institucional. No grupo das pessoas idosas institucionalizadas foi estabelecido um primeiro contacto através de psicólogos ou assistentes sociais. A avaliação psicológica e neuropsicológica foi realizada por psicólogos com formação. Os critérios de exclusão foram assegurados através dos diagnósticos constantes nos registos médicos. No grupo da comunidade geral, a recolha de dados ocorreu por um processo de amostragem por conveniência geográfica e bola de neve. Neste grupo, os critérios de exclusão estabeleceram-se através de um questionário multidimensional administrado pelos psicólogos. Todos os participantes foram previamente informados acerca dos objetivos, metodologias e condições

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

de participação, obtendo o seu consentimento informado por escrito de acordo com a Declaração de Helsínquia.

Na presente investigação analisaram-se os resultados obtidos na *Escala da Solidão* (UCLA), na *Escala de Depressão Geriátrica* (GDS), na *Lista de afetos positivos e negativos* (PANAS) e na *Escala de Funcionalidade Geriátrica* (GFS).

Participantes

A amostra do nosso estudo (N = 489) foi constituída por um grupo de pessoas de pessoas idosas em contexto institucional (n = 428) e outro de pessoas idosas da comunidade (n = 61). Foram critérios de inclusão a idade mínima de 65 anos, ter assinado o consentimento informado para participar no estudo, ser de nacionalidade portuguesa e ter competências físicas e mentais suficientes para a participação nas avaliações. Foram excluídos de participação no estudo, os sujeitos portadores de problemas comportamentais e cognitivos e/ou de alterações na capacidade motora que impossibilitassem a avaliação ou por recusa verbal.

Como se pode verificar na Tabela 1, na amostra geral, existiu um maior número de elementos do sexo feminino (76,3%), acontecendo o mesmo nos dois grupos, não havendo associação entre o sexo e os grupos (χ^2 = 2,07; p > 0,05). Quanto às faixas etárias, predominou a faixa dos 81 aos 90 anos na amostra geral (45,6%), sendo a média de 80,18 anos (DP = 7,05). No entanto, houve associação entre a idade e os grupos de forma estatisticamente significativa, havendo pessoas mais velhas no grupo institucionalizado (χ^2 = 46,76; p < 0,001). No que respeita às habilitações literárias, um elevado número de pessoas idosas institucionalizados não tinha escolaridade (n = 179; 42,0%). A maior parte da amostra idosa da comunidade (52,4%) estudou entre 3 e 12 anos comparativamente com as pessoas idosas institucionalizadas (51,4%), existindo associação estatisticamente significativa entre as pessoas idosas da comunidade e a escolaridade (χ^2 = 62,58; p < 0,001). No que respeita à categoria profissional, podemos verificar que a maioria das pessoas de idade avançada institucionalizada desempenhou funções de categoria manual (91,3%) comparativamente com as pessoas idosas da comunidade (58,3%). As profissões de categoria intelectual foram desempenhadas maioritariamente pelas pessoas idosas da comunidade (41,7%), tendo-se verificado uma associação entre a pertença ao grupo e a escolaridade (χ^2 = 50,90; p < 0,001). No que se refere ao estado civil, averiguámos que grande parte das pessoas de idade avançada da comunidade (n = 22; 36,1%) e pessoas de idade avançada institucionalizada eram viúvas (n = 272; 63,6%), havendo associação estatisticamente significativa entre o estado civil e os grupos (χ^2 = 24,05; p < 0,001). Quanto

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

ao espaço geográfico, relativamente à amostra na comunidade verificou-se que o meio urbano (98,4%) prevaleceu sobre o meio rural (57,2%) comparativamente com pessoas idosas institucionalizadas (χ^2 = 101,18; p < 0,001).

Tabela 1

Caracterização Sociodemográfica da Amostra e Grupos

		Amostra Global		IC (*n* = 61)		II (*n* = 428)		χ^2
		n	%	*n*	%	*n*	%	
Sexo	Masculino	116	23,7	10	16,4	106	24,8	2,07
	Feminino	373	76,3	51	83,6	322	75,2	
Idade (Faixas etárias)	65-70	53	10,8	22	36,1	31	7,2	
	71-80	186	38,0	27	44,3	159	37,1	
Idade Anos: IC (*M* ± *DP*) = 74,02 ± 6,14 II (*M* ± *DP*) = 81,05 ± 6,73	81-90	223	45,6	12	19,7	211	49,3	46,76*** [a]
	91-100	27	5,5	0	0,0	27	6,3	
Habilitações Literárias	0-2 anos	188	38,4	5	8,2	183	42,8	
	3-12 anos	256	52,4	36	59,0	220	51,4	62,58***
	≥ 12 anos	43	8,8	20	32,8	23	5,4	
	Não resposta	2	0,4	—	—	2	0,5	
Categoria Profissional	Manual	421	86,1	35	58,3	386	91,3	
	Intelectual	62	12,7	25	41,7	37	8,7	50,90***
	Não resposta	6	1,2	1	1,6	5	1,2	
Estado Civil	Solteiro	59	12,1	2	3,3	57	13,3	
	Separado(a)[b]	33	6,7	7	11,5	26	6,1	24,05*** [a]
	Viúvo (a)	294	60,1	22	36,1	272	63,6	
	Casado[c]	103	21,1	30	49,2	73	17,1	
Espaço Geográfico	Urbano	193	39,5	60	98,4	133	31,1	
	Misto	50	10,2	0	0,0	50	11,7	101,18***
	Rural	246	50,3	1	1,6	245	57,2	

Nota. N = 489. AG = Amostra Global; IC = Idosos Comunidade; II = Idosos Institucionalizados; χ^2 = Qui-quadrado da independência.
[a] Associação linear-por-linear. [b] Separado ou Divorciado. [c] Casado ou em União de facto.
*** p < 0,001; ** p < 0,01; * p < 0,05.

Instrumentos

***Questionário Sociodemográfico*.** Foi utilizado o questionário sociodemográfico do projeto *Trajetórias do Envelhecimento,* que teve como objetivo recolher todos os dados importantes para a investigação. Foram recolhidos dados como o sexo, idade em quatro grupos etários (65-

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

70, 71-80, 81-90, 91-100), habilitações literárias (categorizadas em 0-2 anos, 3-12 anos e ≥ 12 anos), profissão, estado civil e área de residência.

Escala de Solidão. A *Loneliness Scale* [UCLA-LS, versão original de Russell et al. (1978) e versão portuguesa de Pocinho et al. (2010)], avalia o isolamento social e o sentimento de solidão, sendo composta por 20 itens. A escala da solidão subdivide-se em duas categorias, sendo elas o isolamento social e a afinidade, criadas com valor negativo, e tem como objetivo avaliar com que frequência o sentimento de solidão está presente na vida dos indivíduos (Pocinho et al., 2010; Russell et al., 1978). Esta escala foi validada para a população portuguesa idosa, tendo ficado composta por 16 itens, divididos em duas subescalas. Ambas as subescalas incluem quatro opções de reposta, "Nunca" (1), "Raramente" (2), "Algumas vezes" (3) e "Frequentemente" (4), e a pontuação total pode variar entre os 16 e os 64 pontos, sendo que uma pontuação superior a 32 é indicativa de presença de sentimentos de solidão. Relativamente aos valores de confiabilidade, a versão original obteve um valor de alfa de Cronbach de 0,96 (Russell et al., 1978), no estudo português o valor foi de 0,91 (Pocinho et al., 2010). O valor encontrado no presente estudo foi de 0,90. A UCLA-16 foi respondida por 489 sujeitos.

Escala de Depressão Geriátrica. A *Geriatric Depression Scale* [GDS, versão original de Yesavage et al. (1983) e versão portuguesa de Figueiredo-Duarte et al. (2019)] é um instrumento de autorresposta que avalia a sintomatologia depressiva, traduzida por Barreto (2003) e validada para a população idosa institucionalizada por Figueiredo-Duarte et al. (2019). Na versão GDS-8, a escala é composta por oito itens, com duas opções de resposta "Sim/Não", que varia de entre zero pontos (Ausência de sintomas depressivos) e oito pontos (nível elevado de sintomas depressivos), com um valor de alfa de Cronbach de 0,87. Uma pontuação mais elevada na escala é indicativa de sintomatologia depressiva, assim como uma pontuação baixa é indicativa de ausência de sintomas depressivos. No nosso estudo, o GDS apresentou um alfa de Cronbach foi de 0,88.

Lista de afetos positivos e negativos. O *Positive and Negative Affect Schedule* **[**PANAS, versão original de Watson et al. (1988) e versão portuguesa de Simões (1993)] pretende avaliar o bem-estar subjetivo e a afetividade. A versão original da escala é constituída por 20 itens que descrevem a afetividade sentida pelo sujeito, sendo que dez itens pretendem avaliar o afeto positivo e formam a subescala PA (Afeto Positivo) e dez itens avaliam o afeto negativo dando lugar à subescala NA (Afeto Negativo). A escala de Likert é a escala de resposta que varia entre "Muito pouco ou nada" (1) e "Muitíssimo" (5) (Watson et al., 1988). Na versão original, os valores de Alfa de Cronbach foram de 0,88 para a lista de afetos positivos e de 0,87 para a lista de afetos negativos (Watson et al., 1988). Para o nosso estudo usámos a versão Portuguesa

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

de Simões (1993), validada para a população idosa institucionalizada por Costa (2013), composta por 22 itens, 11 para avaliar a afetividade negativa (α de Cronbach = 0,84) e 11 para avaliar a afetividade positiva (α de Cronbach = 0,79), ou seja, foi acrescentado um item a cada lista para que a tradução fosse a mais fidedigna. A PANAS apresenta cinco opções de resposta com um formato Likert com uma pontuação entre 11 e 15 pontos em cada lista, sendo que uma pontuação mais elevada na lista de afetos positivos indica um nível elevado de afetos positivos, da mesma forma que uma pontuação mais elevada na lista de afetos negativos indica um nível elevado de afetividade negativa. No presente estudo foi verificado um alfa de Cronbach de 0,81 para a lista de afetos positivos e 0,83 na lista de afetos negativos.

A ***Escala de Funcionalidade Geriátrica*** [GFS; Versão original portuguesa de Espírito-Santo et al., (2014)], é direcionada para a população idosa, com o objetivo de rastrear a sua capacidade funcional, através da análise de sintomas médicos e cognitivos. É constituída por 20 questões, tendo sido validada por Espirito-Santo et al. (2014), numa amostra com 383 indivíduos, tanto da população geral como da população institucionalizada. Invertemos a cotação de forma a que a pontuação mais elevada na escala indicasse um nível elevado de dependência funcional. A sua consistência interna foi boa, com um valor do alfa de Cronbach de 0,91, enquanto que no nosso estudo foi de 0,90.

Análise Estatística

As análises foram efetuadas com o Pograma Estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (*IBM SPSS* – versão 26.0) e macro PROCESS (versão 3.5.2, Hayes, 2020, www.afhayes.comwww.processmacro.org).

Para caracterizar a nossa amostra, foi realizada a estatística descritiva com o cálculo das médias, desvios-padrão e frequências. Posteriormente, utilizou-se o teste do qui quadrado da independência para verificar se havia associação entre as categorias das variáveis sociodemográficas e os dois grupos.

A comparação da UCLA-16 entre os grupos definidos pelas variáveis sociodemográficas foi realizada através do teste *t* de Student para amostras independentes e ANOVA. Ainda para esse cálculo, foram calculados os tamanhos do efeito com *d* de Cohen e eta (η^2**)**.

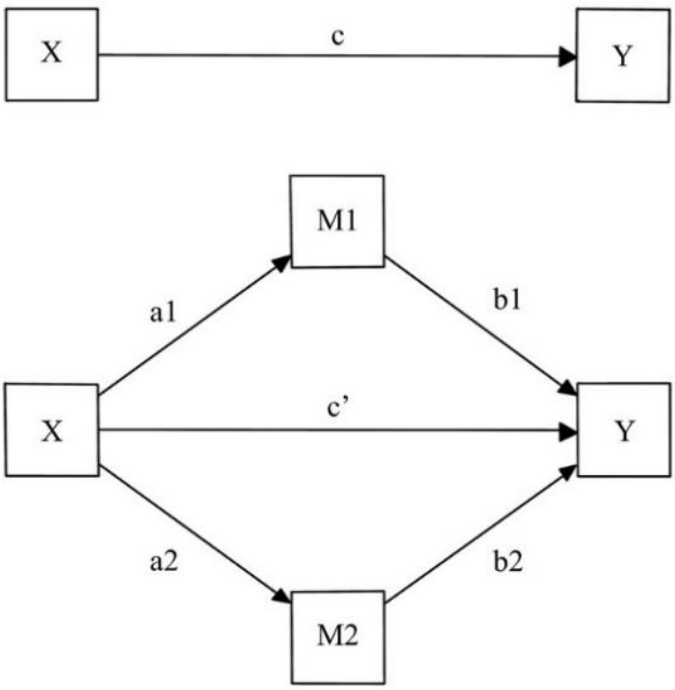
Calculámos os coeficientes de correlações Pearson e os coeficientes de determinação (r^2 x 100) para avaliar as relações entre preditor, mediador, variável de desfecho e covariáveis. O modelo mediacional foi testado através da macro PROCESS (Modelo 6; A.F. Hayes, 2018). A variável preditora foi a funcionalidade medida pela GFS (variável X) e a variável dependente foram os sentimentos de solidão medida pela UCLA-16 (variável Y). O afeto negativo (NA; M1) e o afeto

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

positivo (PA; M2) foram as variáveis mediadoras simultâneas (Figura 1). De acordo com a revisão da literatura, como variáveis de controlo incluímos a residência, estado civil e pontuações do GDS-8. Seguimos as diretrizes de A.F. Hayes (2018) para um modelo com dois mediadores. Os efeitos indiretos foram testados com *bootstrapping* (*n* = 5000) e intervalos de confiança a 95% (*IC* 95%) para os índices. Além disso, comparámos os efeitos indiretos efetuando o *bootstrapping* dos intervalos de confiança para todos os possíveis pares de contrastes entre os dois efeitos indiretos (A. F. Hayes, 2018). Considerámos os efeitos significativamente diferentes de zero ($p < 0,05$) se o zero fosse excluído dos limites superior e inferior do intervalo de confiança a 95% corrigido para o enviesamento. Para a magnitude do efeito mediacional, escolhemos duas medidas de tamanho de efeito, seguindo as recomendações de Preacher e Kelley (2011) para produzir uma maior compreensão de um determinado efeito: 1) r^2, que quantifica a parte da variância em Y explicada pelo efeito mediado; 2) o efeito indireto não padronizado (*a1b1 + a2b2*), que é a quantidade que se espera que Y aumente indiretamente através de M1 e M2 por cada mudança de unidade em X.

Figura 1

Diagrama de Modelo Mediacional Múltiplo



Nota. X = variável independente; Y = variável dependente; M1 e M2 = variáveis mediadoras; *a1b1 + a2b2* = efeito global indireto dos mediadores sobre Y; *c′* = efeito direto de X sobre Y; efeito total de X sobre Y ou *c = a1b1 + a2b2+ c′*.

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

Resultados

Análises Preliminares

Avaliamos a normalidade das variáveis através do teste Shapiro-Wilk e os valores de *Skewness* e *Kurtosis*. A distribuição da pontuação de algumas das variáveis mostrou-se enviesada relativamente à curva normal (*Skewness* e *Kurtosis* entre -0,31 e 4,22). A análise dos *outliers* através das caixas de bigode indicou valores extremos para UCLA-16, GFS, GDS-8 e PANAS. Por estas razões, estas variáveis foram transformadas de acordo com a técnica de Templeton (2011) para normalização de dados.

Descritivas e Comparações Sociodemográficas

Na Tabela 2 podemos verificar em relação à pontuação total da UCLA-16, que as pessoas idosas institucionalizadas apresentaram de forma estatisticamente significativa pontuações mais elevadas que os da comunidade, verificando-se o mesmo para as subescalas de Afinidades e Isolamento Social. Relativamente à UCLA-16 e subescalas de Afinidades e Isolamento Social, houveram diferenças em relação ao sexo ($p < 0,05$; $p < 0,01$; $p < 0,05$). As pontuações da UCLA-16, bem como as subescalas de Afinidades e Isolamento social, apresentaram diferenças consoante as habilitações literárias ($p < 0,001$), verificando-se que quanto menos escolaridade mais altas as pontuações. A pontuação global da UCLA-16 e as subescalas de Afinidades e de Isolamento Social ($p < 0,001$) também apresentaram diferenças em consoante a profissão, com a categoria profissional manual a pontuar mais alto; e consoante o estado civil ($p < 0,01$), sendo os solteiros a pontuar mais alto. No que respeita às restantes variáveis sociodemográficas as associações não foram estatisticamente significativas.

Adicionalmente, as descritivas das variáveis em estudo são apresentadas na Tabela 3.

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

Tabela 2

Comparação das Pontuações da UCLA-16 pelas Variáveis Sociodemográficas

		UCLA-16		Afinidades		Isolamento social	
		M	***DP***	***M***	***DP***	***M***	***DP***
Institucionalização	Sim	35,60	12,08	11,70	4,33	23,90	8,34
	Não	26,60	10,26	8,74	3,79	17,85	6,97
t(487); *d*		5,54***; 0,70		5,06***; 0,69		5,40***; 0,74	
Sexo	Feminino	35,21	12,38	11,61	4,43	23,60	8,49
	Masculino	32,07	11,45	10,41	4,09	21,66	8,03
t(487); *d*		2,43*; 0,57		2,61**; 0,57		2,18*; 0,57	
Idade (Faixas etárias)	65-70	31,55	12,37	10,42	4,39	21,13	8,60
	71-80	34,15	11,65	11,13	4,30	23,02	7,95
	81-90	35,37	12,48	11,74	4,41	23,64	8,64
	91-100	34,96	13,37	11,07	4,43	23,90	9,09
F(3, 485); η^2		1,48; 0,01		1,58; 0,01		1,35; 0,01	
Habitações Literárias	0-2 anos	36,97	11,50	12,19	4,20	24,79	7,91
	2-13 anos	33,57	12,51	11,00	4,45	22,57	8,60
	≥ 12 anos	28,65	11,34	9,35	3,85	19,30	8,01
F(3, 484); η^2		9,84***; 0,04		9,02***; 0,04		8,95***; 0,04	
Categoria Profissional	Manual	35,26	12,04	11,60	4,33	23,67	8,29
	Intelectual	29,34	12,26	9,57	4,17	19,77	8,56
t(481); *d*		3,61***; 0,64		3,46***; 0,63		3,44***; 0,63	
Estado Civil	Solteiro(a)	37,10	11,61	11,41	4,02	25,70	7,99
	Separado(a)	33,42	12,72	11,49	4,92	21,94	8,51
	Viúvo(a)	35,40	12,32	11,84	4,35	23,57	8,53
	Casado(a)^{c}	31,62	11,42	9,76	4,14	20,87	7,80
F(4, 485); η^2		5,09**; 0,03		5,97**; 0,04		4,91**; 0,03	
Espaço Geográfico	Urbano	33,37	11,29	10,80	4,17	22,57	7,85
	Misto	33,48	17,17	11,26	5,89	22,22	11,59
	Rural	35,53	11,69	11,75	4,15	23,79	8,06
F(2, 486); η^2		1,88; 0,01		2,54; 0,01		1,47; 0,01	

Nota. *N* = 489. Afinidades = Item 1 (Sente-se infeliz por fazer coisas sozinho) + Item 2 (Sente que não tem ninguém com quem falar) + Item 3 (Sente que tem falta de companhia) + Item 4 (Sente-se como realmente ninguém o compreendesse) + Item 9 (Sente-se completamente só); *d* = tamanho do efeito de Cohen; *F* = ANOVA; Isolamento = Item 5 (Sente que não tem ninguém a quem recorrer) + Item 6 (Não se sente intimo de ninguém) + Item 7 (Sente que os que o rodeiam não compartilham os seus interesses) + Item 8 (Sente-se abandonado) + Item 10 (é capaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam) + Item 11 (As suas relações sociais são superficiais) + Item 12 (Considera que na realidade ninguém o conhece) + Item 13 (Sente-se isolado das outras pessoas) Item 14 (Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros) + Item 15 (É-lhe difícil fazer amigos) + Item 16 (Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas); *t* = teste t de Student; UCLA-16 = Escala da Solidão; η^2 = eta quadrado (soma dos quadrados entre grupos/soma total dos quadrados).

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

Correlatos da Solidão Medida pela UCLA-16

Para se fazerem as analises posteriores foi recodificada a variável estado civil. A análise de correlações de Pearson (Tabela 3), mostra que a UCLA-16 se correlacionou de forma positiva e moderada estatisticamente significativa com o GDS-8, PANAS Negativo e GFS (r^2 = 15,2%; r^2 = 13%; r^2 = 15,2%). O mesmo se verifica para as subescalas de Afinidades (r^2 = 16%; r^2 = 13%; r^2 = 11,6%) e Isolamento Social (r^2 = 13,7%; r^2 = 11,6%; r^2 = 13,7%). A UCLA-16 e a subescala de Afinidades e Isolamento Social correlacionaram-se de forma negativa e moderada estatisticamente significativa com o PANAS Positivo (r^2 = 11,6%; r^2 = 9,6%; r^2 = 11,6%). Assim, os resultados das correlações com a PANAS apoiaram a primeira e segunda hipóteses do estudo.

Além disso, a UCLA-16 e as subescalas de Afinidades e Isolamento Social apresentaram uma fraca correlação negativa e estatisticamente significativa com o Estado Civil (r^2 = 2,6%; r^2 = 3,6%; r^2 = 2,0%) e fraca correlação positiva e estatisticamente significativa com a área de Residência (r^2 = 5,8%; r^2 = 4,8%; r^2 = 5,8%).

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

Tabela 3

Descritivas e Correlações de Pearson entre as Variáveis e Covariáveis em Estudo

Variáveis	*M*(*DP*)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.UCLA-16	34,47(12,23)	—	0,92***	0,98***	0,39***	-0,34***	0,36***	0,39***	-0,16***	0,24***
2.Afinidades	11,33 (4,38)		—	0,81***	0,40***	-0,31***	0,36***	0,34***	-0,19***	0,22***
3. Isolamento Social	23,14(8,41)			—	0,37***	-0,34***	0,34***	0,37***	-0,14**	0,24***
4. GDS-8	4,45(2,78)				—	-0,31***	0,66***	0,20***	-0,17***	0,17***
5. PANAS Positivo	31,00(7,75)					—	-0,19***	-0,32***	0,13**	-0,19***
6. PANAS Negativo	24,01(8,46)						—	0,13*	-0,15**	0,11*
7. GFS	7,15(6,14)							—	-0,24***	0,47***
8. Estado Civil	—								—	-0,26***
9. Residência[a]	—									—

Nota. *N* = 489. Afinidades = Item 1 (Sente-se infeliz por fazer coisas sozinho) + Item 2 (Sente que não tem ninguém com quem falar) + Item 3 (Sente que tem falta de companhia) + Item 4 (Sente-se como realmente ninguém o compreendesse) + Item 9 (Sente-se completamente só); GDS = Escala de Depressão Geriátrica; GFS = Escala de Funcionalidade Geriátrica; Isolamento = Item 5 (Sente que não tem ninguém a quem recorrer) + Item 6 (Não se sente intimo de ninguém) + Item 7 (Sente que os que o rodeiam não compartilham os seus interesses) + Item 8 (Sente-se abandonado) + Item 10 (é capaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam) + Item 11 (As suas relações sociais são superficiais) + Item 12 (Considera que na realidade ninguém o conhece) + Item 13 (Sente-se isolado das outras pessoas) Item 14 (Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros) + Item 15 (É-lhe difícil fazer amigos) + Item 16 (Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas); PANAS Negativo = Lista de Afetos Negativos; PANAS Positivo = Lista de Afetos Positivos; UCLA-16 = Escala da Solidão;

[a] Instituição ou comunidade.

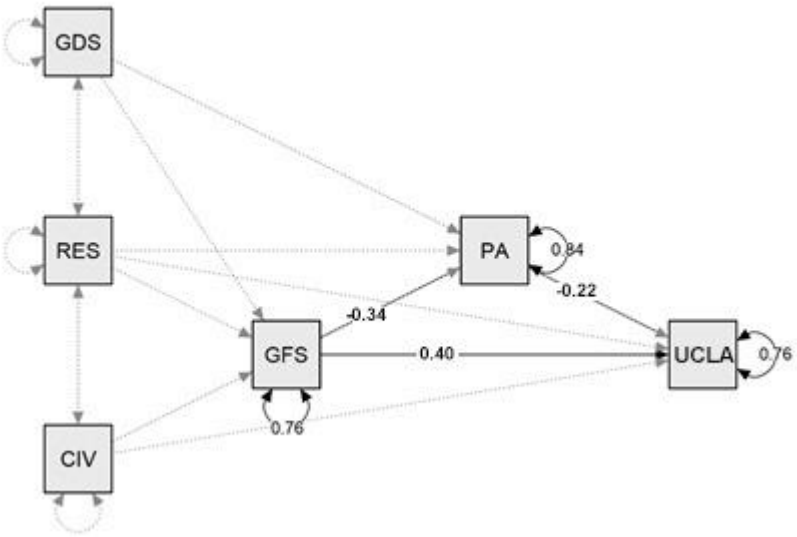
*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$.

Análise de Mediação

Iríamos seguir o Modelo 6, que representa o modelo de mediação múltipla para testar se a relação entre a variável preditora (GFS) e a variável dependente (UCLA-16) era mediada pela afetividade. De acordo com a revisão da literatura, considerámos a UCLA-16 e não as suas subescalas. Ainda de acordo com a revisão da literatura e análise correlacional, incluímos como variáveis de controlo o estado civil, residência de origem e a GDS-8, para perceber até que ponto estas influenciavam a relação entre X e Y no modelo. No entanto, a GFS não se revelou um preditor do NA (β = -0,04; *B* = -0,27; *EP B* = 0,05; *t* = 0,-0,60; *p* = 0,55; *IC*95%: -0,12 a 0,62), pelo que não entrou no modelo de mediação. Assim, o modelo integrou somente o PANAS Positivo como variável mediadora, pelo que seguimos o Modelo 4 da Macro PROCESS (Modelo 4; A.F. Hayes, 2018). Os resultados da análise de mediação são apresentados na Figura 2 e Tabela 6. A GFS teve um efeito direto positivo e significativo nas pontuações da UCLA-16 (*B* = 0,40; *t* = 3,80; *p* < 0,001), diminuindo o efeito total quando inserida a variável afeto positivo (PA) como mediador. O efeito do GFS sobre a UCLA-16 foi mediado pelo PA após controlar as variáveis estado civil, residência de origem e GDS-8, o que suporta a Hipótese 3. O efeito global indireto da funcionalidade nos sentimentos de solidão via PA foi significativo (*B* = 0,08). O modelo global representou 29,0% da variância da UCLA-16 [$F_{(26,46)}$; *p* < 0,001].

Figura 2

Modelo da Relação entre a Funcionalidade e Solidão mediada pelo Afeto Positivo



Nota. N = 489. Todos os coeficientes de regressão (padronizados) do modelo mediacional (linhas sólidas) foram estatisticamente significativos (*p* < 0,001). As linhas tracejadas representam as vias das covariáveis. CIV = Estado Civil; GDS-8 = Escala de Depressão Geriátrica-8 itens; GFS-20 = Escala de Funcionalidade Geriátrica-20 itens; PA = Afeto Positivo; RES = Residência de origem; UCLA-16 = Escala de Solidão.

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

Tabela 4

Teste do Efeito Mediador do Afeto Positivo na Relação entre a Funcionalidade e Sentimentos de Solidão

Preditores	***B***	**β**	***EP B***	***t***	***p***	***IC* 95% *LI***	***IC* 95% *LS***
GFS → PA (*a*)	-0,34	-0,26	0,08	-4,46	< 0,001	-0,49	-0,19
PA → UCLA-16 (*b*)	-0,22	-0,16	0,07	-3,01	< 0,01	-0,37	-0,08
Efeito Direto: GFS → UCLA-16 (*c'*)	0,40	–	0,11	3,80	< 0,001	0,19	0,61
Efeito Indireto: GFS → PA → UCLA-16 (*ab*)	0,08	–	0,03	–	–	0,02	0,14
Efeito Total: GFS → UCLA-16 (*c*)	0,47	–	0,10	4,60	< 0,001	1,00	1,79
R^2	29,0%						

Nota. N = 489. Análise calculada com a macro PROCESS com 5000 amostras de *bootstrap*. As estimativas foram todas calculadas tendo em conta a residência, estado civil e as pontuações do GDS-8. GFS = Escala de Funcionalidade Geriátrica*; IC* = Intervalo de confiança; *LI* = Limite Inferior; *LS* = Limite Superior; NA= Lista de Afetos Negativos; PA = Lista de Afetos Positivos; UCLA-16 = Escala de Solidão.

Discussão

A presente investigação contou com 489 sujeitos, tendo como principal objetivo verificar se o afeto positivo é um mediador entre o nível de funcionalidade e os sentimentos de solidão, bem como verificar quais os correlatos da solidão.

Comparações dos Sentimentos de Solidão pelas Variáveis Sociodemográficas

Analisando as diferenças da solidão pelas variáveis sociodemográficas, constatamos que as pessoas idosas institucionalizadas com mais sentimentos de solidão do que as da comunidade de forma estatisticamente significativa. A investigação de Prieto-Flores et al. (2011) corrobora os nossos resultados, ao verificar que a população idosa institucionalizada vivência mais sentimentos de solidão que a população idosa da comunidade. Prieto-Flores et al. (2011) referem que é mais provável as pessoas de idade avançada institucionalizada experienciarem sentimentos de solidão, dado que a maioria das pessoas de idade avançada institucionalizada é dependente funcional, apresentam sintomatologia depressiva, pior estado de saúde e maior número de condições médicas, o que pode justificar a experiência de sentimentos de solidão. De acordo com o conceito de solidão relacionado com a ausência de um apego emocional e uma rede social envolvente (Weiss, 1973 tal como citado em Prieto-Flores et al., 2011) pode dizer-se que a mudança do ambiente familiar e do espaço geográfico para um ambiente institucional contribuem para a sentimentos de solidão (Prieto-Flores et al., 2011).

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

As mulheres apresentam mais sentimentos de solidão e, particularmente, mais isolamento social e mais solidão emocional, do que os homens de forma estatisticamente significativa, facto sustentado por Kivett et al. (1979) e O'Súilleabháin et al. (2019). Estes resultados podem potencialmente dever-se a uma maior valorização das relações interpessoais por parte das mulheres (Berg et al., 1981). Segundo Kivett (1979), os homens experienciam menos sentimentos de solidão por possivelmente apresentarem mais dificuldade em expressar as suas fragilidades emocionais. Tijhuis et al. (1999) avançam como hipóteses explicativas, por um lado, os aspetos culturais, onde é mais aceitável que as mulheres expressem os seus sentimentos e emoções do que os homens e, por outro, o facto de que as mulheres apresentarem uma maior esperança média de vida, vivendo sem o seu parceiro mais tempo do que os homens. No entanto, os nossos resultados opõem-se ao estudo de V. Rodrigues et al. (2019), onde as pessoas idosas do sexo masculino reportaram mais sentimentos de solidão. Eventuais diferenças de coorte poderão explicar a discrepância: as pessoas idosas do estudo de V. Rodrigues et al. (2019) foram avaliados na região norte do país.

No que diz respeito à idade, não foram observadas diferenças estatisticamente significativas em relação aos sentimentos de solidão, aspeto também apoiado por Baum (1982). Contrariamente, Dong e Chen (2017) encontraram uma relação entre idade e sentimentos de solidão. Adicionalmente, Shovestul et al. (2020) verificaram que quanto mais idade menos solidão e C. R. Victor et al. (2005) constatou que a idade era um fator protetor, explicável pela hipótese de que os indivíduos que vivem durante mais tempo, ajustam-se melhor às dificuldades da idade avançada. C. R. Victor et al. (2005) defendem esta hipótese com base nos estudos que apontam para a maior mortalidade/mobilidade entre as pessoas que apresentam mais solidão. Contudo, esta hipótese é questionável à luz da relação entre funcionalidade e solidão. De facto, há autores que referem que as relações pessoais e interpessoais são mais difíceis de manter na idade avançada devido às restrições de mobilidade, podendo assim contribuir para os sentimentos de solidão (Hajek & König, 2020).

De acordo com os resultados obtidos relativamente ao estado civil, verificámos que existem pontuações mais elevadas e estatisticamente significativas nos sentimentos de solidão, em solteiros e viúvos, o que vai ao encontro dos estudos de C.R. Victor et al. (2005) e Savikko et al. (2005). Estes resultados podem explicar-se pelo facto de que a solidão emocional é experienciada quando existe ausência de uma relação íntima, pela falta ou perda de parceiro (Weiss, 1973, tal como citado em Drennan et al., 2008). A perda de uma relação próxima na viuvez leva a que o impacto na pessoa de idade avançada viúva seja mais significativo do que na pessoa idosa separada e divorciada (Drennan et al., 2008).

Quanto às habilitações literárias, verificámos que a ausência ou baixa escolaridade, corresponde a mais sentimentos de solidão de foram estatisticamente significativa, o que é sustentado no estudo de Savikko et al. (2005). Indivíduos com elevado nível de escolaridade têm uma rede social mais vasta o que pode ter influência nos sentimentos de solidão (Dykstra & De Jong Gierveld, 1999, tal como citado por Savikko, 2005).

Relativamente à categorial profissional, verificámos que indivíduos que tiveram profissões manuais são os que mais sofrem de sentimentos de solidão de forma estatisticamente significativa. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Savikko et al. (2005). Provavelmente as profissões intelectuais implicam mais trabalho de equipa e consequentemente maior interação interpessoal do que as profissões de trabalho físico, o que poderá explicar os nossos resultados.

No que respeita ao espaço geográfico não se verificam diferenças estatisticamente significativas, o que vai ao encontro do estudo de Savikko et al. (2005). Esperaríamos, ainda assim que a migração dos jovens e consequente desagregação das pequenas comunidades rurais se acompanhasse de maiores níveis de solidão (Savikko et al., 2005). Aspetos não avaliados e específicos da nossa amostra poderão explicar a ausência de diferenças.

Correlatos da Solidão Medida pela UCLA-16

Os sentimentos de solidão correlacionam-se significativamente com todas as variáveis em estudo (depressão, afeto positivo, afeto negativo, funcionalidade). A correlação da solidão com os sintomas depressivos foi também encontrada noutros estudos (Holvast et al., 2015; R. F. Lopes et al., 2009; Peerenboom et al., 2015; Prieto-Flores et al., 2011; Tiikkainen & Heikkinen, 2005; Vicente et al., 2014). No estudo de Peerenboom et al. (2015), a depressão encontra-se fortemente relacionada com a solidão emocional e menos com a solidão social, contribuindo para essa associação o neuroticismo, extroversão e baixos sentimentos de domínio. No estudo longitudinal de Tiikkainen e Heikkinen (2014) foi sugerido que a solidão pode ser uma consequência da saúde mental, uma vez que as mulheres idosas com sintomas depressivos são mais propensas a experienciar sentimentos de solidão. Os mesmos autores explicaram que as pessoas idosas deprimidas podem não querer ou não ser capazes de manter os seus contactos de interação social e que as expectativas em relação à interação social podem mudar com um humor em declínio. Tiikkainen e Heikkinen (2014) explicam ainda que a depressão e a solidão estão relacionadas com a perceção da interação social inadequada. As diferenças de género observadas no impacto da depressão sobre a solidão decorreram de as mulheres terem redes sociais maiores e mais contacto fora do meio familiar do que os homens, pois estes procuravam

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

mais apoio no seu parceiro. O que significa que o isolamento provocado pelo humor depressivo pode causar mais facilmente insatisfação na interação social.

Os nossos resultados mostram que o afeto negativo se correlaciona positiva e significativamente com a experiência de sentimentos de solidão, resultado este que se encontra em linha com os estudos desenvolvidos por Böger e Huxhold (2018). No estudo mediacional de Böger e Huxhold (2018), observou-se que elevados níveis de sentimentos de solidão são preditores dos problemas de saúde, devido a um nível mais elevado de afeto negativo experienciado pelos sentimentos de solidão dos indivíduos. O afeto negativo deve-se à angústia afetiva ligada à doença, isto é, o aumento do nível de angústia afetiva pode influenciar nos conflitos dos relacionamentos interpessoais, bem como avaliações negativas das relações (Böger & Huxhold, 2018). Böger e Huxhold (2018) acrescentam que o nível de emoções negativas leva à mesma quantidade de problemas de saúde em qualquer idade.

O afeto positivo correlaciona-se de forma negativa e estatisticamente significativa com os sentimentos de solidão, o que é suportado pelo estudo de Stewart et al. (2001) e de Aanes et al. (2009). Adicionalmente, foi observado que pessoas de idade avançada com menores níveis de solidão apresentam mais afeto positivo e menos afeto negativo e descrevem melhores condições saúde geral (Laranjeira, 2020). Avança-se assim como hipótese que os indivíduos experienciam mais sentimentos de solidão se a funcionalidade e as condições de saúde estiverem comprometidas.

Quanto à correlação entre sentimentos de solidão e funcionalidade, na nossa investigação, as correlações foram positivas e estatisticamente significativas, facto sustentado por Warner et al. (2018). A qualidade das relações sociais e conjugais em pessoas idosas menos funcionais é um fator importante para os níveis de solidão. Quanto mais fracas forem essas relações, mais sentimentos de solidão são experienciados (Warner et al., 2019).

Modelo de Mediação dos Sentimentos de Solidão, Funcionalidade e Afeto Positivo

Os resultados da investigação mostram que a funcionalidade está correlacionada com os sentimentos de solidão. Além disso, consistentemente com a nossa Hipótese 3, a relação entre funcionalidade e sentimentos de solidão foi mediada pelo afeto positivo, controlando os fatores sociodemográficos e a sintomatologia depressiva.

Os nossos resultados permitiram verificar que as pessoas de idade avançada menos funcionais descrevem níveis mais elevados de sentimentos de solidão, o que vai de encontro ao estudo de Hacihasanoğlu et al. (2012). Estes autores referem que as pessoas idosas mais dependentes ao realizarem as suas atividades de vida diárias, são mais solitários. No entanto,

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

esta relação entre a funcionalidade e a solidão, tal como revelado pelo nosso estudo, é mediada pelo afeto positivo. Ou seja, as pessoas idosas menos funcionais, têm menos afeto positivo e esse menor nível de afetividade positiva expressa-se em mais solidão. Assim, a terceira hipótese é apoiada pelos nossos dados e sublinham a importância da afetividade positiva como variável de regulação emocional na vivência de sentimentos de solidão. Estes resultados sugerem que pessoas de idade avançada com limitações funcionais poderão sentir menos solidão se o foco da intervenção for o afeto positivo, tal como acontece nas terapias de 3ª geração, incluindo a terapia de aceitação de compromisso, *mindfulness* e auto-compaixão (S. C. Hayes et al., 2004; Phillips & Ferguson, 2013; Shook et al., 2017), no Tratamento para as Dimensões Afetivas (Craske et al., 2019), na Terapia pela Dança Movimento (Koch et al., 2014) e na Intervenção com Grupos de Suporte (Stewart et al., 2001).

No entanto, o papel mediador da afetividade positiva foi somente parcial, o que leva a supor que outros mecanismos reguladores estarão envolvidos. A intervenção com *mindfulness* e mecanismos mais adaptativos de *coping* atenuam os sentimentos de solidão (Raut et al., 2014; Teoh et al., 2021). Perante estes resultados supomos que o *mindfulness* e os mecanismos de *coping* adaptativos, podem constituir-se como variáveis reguladoras da solidão.

Limitações Do Estudo

Esta investigação apresenta limitações metodológicas e recomendações que devem ser ponderadas para estudos posteriores. A amostra das pessoas idosas pertencentes à comunidade foi menor do que a amostra das pessoas idosas institucionalizadas, embora o poder estatístico tivesse sido adequado. Acresce que as amostras não eram equivalentes em todas as variáveis sociodemográficas pelo que as comparações entre grupos devem ser interpretadas com cautela. Em investigações futuras, a amostra das pessoas idosas pertencentes à comunidade deveria ser equivalente à amostra das pessoas idosas institucionalizadas de modo a aumentar a confiança no estudo comparativo.

Outra limitação, é o facto do nosso estudo incluir somente pessoas idosas da região Centro, pelo que a generalização dos resultados pode ser limitada. Recomenda-se que estudos futuros possam ter como objetivo a avaliação de pessoas de idade avançada de outras regiões do país. Além disso, o processo não aleatório de recrutamento e a voluntariedade da participação podem implicar resultados inconsistentes noutros estudos. Sugere-se a replicação em outras amostras aleatórias para a confirmação ou não de resultados.

O facto deste estudo ser transversal não permite determinar as relações causais entre as variáveis em estudo, sugere-se a realização de investigações futuras de natureza prospetiva.

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

Conclusão

Os resultados da presente investigação referem a existência de associação entre os sentimentos de solidão, institucionalização, sexo, habilitações literárias, categoria profissional e estado civil. Assim como a existência de relação entre funcionalidade e solidão. Ou seja, as pessoas de idade avançada com baixa funcionalidade apresentam mais sentimentos de solidão. Como o nosso estudo indica, a funcionalidade e os sentimentos de solidão são mediados parcialmente pelo afeto positivo. O que significa que, níveis elevados de afetividade positiva leva a uma atenuação dos sentimentos de solidão.

Possivelmente intervenções psicológicas com o objetivo de promover a regulação emocional, e a aceitação da incapacidade funcional e de perdas ao longo da vida, poderão amenizar os sentimentos de solidão nesta população, especialmente entre aqueles que sofrem de limitações funcionais.

Referências

Aanes, M. M., Mittelmark, M. B., & Hetland, J. (2009). The Experience of Loneliness: Main and Interactive Effects of Interpersonal Stress, Social Support and Positive Affect. *International Journal of Mental Health Promotion*, *11*(4), 25–33. https://doi.org/10.1080/14623730.2009.9721797

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). Escala de depressão geriátrica [Geriatric Depression Scale—GDS]. Em *Escalas e testes na demência* (2ª ed., pp. 65–67). Novartis.

Berg, S., Mellstrom, D., Persson, G., & Svanborg, A. (1981). Loneliness in the Swedish aged. *Journal of Gerontology*, *36*(3), 342–349. https://doi.org/10.1093/geronj/36.3.342

Böger, A., & Huxhold, O. (2018). Do the antecedents and consequences of loneliness change from middle adulthood into old age? *Developmental Psychology*, *54*(1), 181–197. https://doi.org/10.1037/dev0000453

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

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

Carmona, C. F., Couto, V. V. D., & Scorsolini-Comin, F. (2014). A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas [The experience of loneliness and the social support to elderly woman]. *Psicologia em Estudo*, *19*(4), 681–691. https://doi.org/10.1590/1413-73722395510

Costa, A. (2013). *Bem-estar subjetivo: Validação das escalas PANAS e SWLS a uma amostra de idosos portugueses institucionalizados* [Master's Thesis, Instituto Superior Miguel Torga]. http://repositorio.ismt.pt/handle/123456789/318

Craske, M. G., Meuret, A. E., Ritz, T., Treanor, M., Dour, H., & Rosenfield, D. (2019). Positive affect treatment for depression and anxiety: A randomized clinical trial for a core feature of anhedonia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *87*(5), 457–471. https://doi.org/10.1037/ccp0000396

de Jong-Gierveld, J. (1987). Developing and testing a model of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(1), 119–128. https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.1.119

de Jong-Gierveld, J. (1989). Personal relationships, social support, and loneliness. *Journal of Social and Personal Relationships*, *6*, 197–221. https://doi.org/10.1177/026540758900600204

Direção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/documentos-para-download/classificacao-internacional-de-funcionalidade-incapacidade-e-saude-cif-pdf.aspx

Dong, X., & Chen, R. (2017). Gender differences in the experience of loneliness in U.S. Chinese older adults. *Journal of Women & Aging*, *29*(2), 115–125. https://doi.org/10.1080/08952841.2015.1080534

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

Drennan, J., Treacy, P. M., Butler, M., Byrne, A., Fealy, G., Frazer, K., & Irving, K. (2008). The experience of social and emotional loneliness among older people in Ireland. *Ageing and Society*, *28*(8), 1113–1132. https://doi.org/0.1017/S0144686X08007526

Espírito-Santo, H., Lemos, L., Pena, I., Guadalupe, S., Gordo, S., Daniel, F., & Vicente, H. (2014). 199—Development of a Geriatric Functionality Scale to screen for functional ability. *Revista de Saúde Pública*, *48*(n.esp), 124.

Faísca, L. R., Afonso, R. M., Pereira, H., & Vaz Patto, M. A. (2019). Solidão e sintomatologia depressiva na velhice [Loneliness and depressive symptomatology in old age]. *Análise Psicológica*, *37*(2), 209–222. https://doi.org/10.14417/ap.1549

Figueiredo-Duarte, C., Espirito-Santo, H., Sério, C., Lemos, L., Marques, M., & Daniel, F. (2019). Validity and reliability of a shorter version of the Geriatric Depression Scale in insitutionalized older Portuguese adults. *Aging & Mental Health*, *25*(3), 492–498. https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1695739

Hacihasanoğlu, R., Yildirim, A., & Karakurt, P. (2012). Loneliness in elderly individuals, level of dependence in activities of daily living (ADL) and influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *54*(1), 61–66. https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.03.011

Hajek, A., & König, H.-H. (2020). Which factors contribute to loneliness among older Europeans? Findings from the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe. *Journal Pre-proof*, *89*(104080). https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104080

Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago health, aging, and social relations study. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *63*(6), S375–S384. https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.S375

Hawkley, L. C., & Kocherginsky, M. (2018). Transitions in loneliness among older adults: A five-year follow-up in the National Social Life, Health, and Aging Project. *Research on Aging*, *40*(4), 365–387. https://doi.org/10.1177/0164027517698965

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach* (2.ª ed.). Guilford Press.

Hayes, S. C., Masuda, A., Bissett, R., Luoma, J., & Guerrero, L. F. (2004). DBT, FAP, and ACT: How empirically oriented are the new behavior therapy technologies? *Behavior Therapy*, *35*(1), 35–54. https://doi.org/10.1016/S0005-7894(04)80003-0

Holvast, F., Burger, H., de Waal, M. M. W., van Marwijk, H. W. J., Comijs, H. C., & Verhaak, P. F. M. (2015). Loneliness is associated with poor prognosis in late-life depression: Longitudinal analysis of the Netherlands study of depression in older persons. *Journal of Affective Disorders*, *185*, 1–7. http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2015.06.036

Horowitz, L. M., French, R. de S., & Anderson, C. A. (1982). The prototype of a lonely person. Em *Loneliness: A sourcebook of current theory, research, and therapy*. John Wiley & Sons.

Kivett, V. R. (1979). Discriminators of loneliness among the rural elderly: Implications for Intervention. *The Gerontologist*, *19*(1), 108–115. https://doi.org/10.1093/geront/19.1.108

Koch, S., Kunz, T., Lykou, S., & Cruz, R. (2014). Effects of dance movement therapy and dance on health-related psychological outcomes: A meta-analysis. *The Arts in Psychotherapy*, *41*(1), 46–64. https://doi.org/10.1016/j.aip.2013.10.004

Laranjeira, C. (2020). Loneliness, affectivity and health in mild dementia: A cross-sectional study. *Alzheimer's & Dementia*, *16*(S7). https://doi.org/10.1002/alz.047327

Lopes, D. M. S. (2012). *Solidão e bem-estar subjetivo na terceira idade: Estudo comparativo de idosos institucionalizados e não institucionalizados* [Dissertação de Mestrado, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. http://hdl.handle.net/10316/22479

Lopes, R. F., Lopes, M. T. F., & Camara, V. D. (2009). Entendendo a solidão do idoso [Understanding loneliness in the elderly]. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, 6*(3), 373–381. https://doi.org/10.5335/rbceh.2009.036

Macdonald, S. J., Deacon, L., Nixon, J., Akintola, A., Gillingham, A., Kent, J., Gillian, E., Mathews, D., Ismail, A., Sullivan, D., & Higmore, L. (2018). 'The invisible enemy': Disability, loneliness and isolation. *Disability & Society, 33*(7), 1138–1159. https://doi.org/10.1080/09687599.2018.1476224

Newall, N. E. G., Chipperfield, J. G., Bailis, D. S., & Stewart, T. L. (2013). Consequences of loneliness on physical activity and mortality in older adults and the power of positive emotions. *Health Psychology, 32*(8), 921–924. https://doi.org/10.1037/a0029413

O'Súilleabháin, P. S., Gallagher, S., & Steptoe, A. (2019). Loneliness, Living Alone, and All-Cause Mortality: The Role of Emotional and Social Loneliness in the Elderly During 19 Years of Follow-Up. *Psychosomatic Medicine*, *81*(6), 521–526. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000710

Pais, J. M. (2016). *Nos rostos da solidão: Deambulações sociológicas* (3ª ed.). Edições Machado.

Peerenboom, L., Collard, R. M., Naarding, P., & Comijs, H. C. (2015). The association between depression and emotional and social loneliness in older persons and the influence of social support, cognitive functioning and personality: A cross-sectional study. *Journal of Affective Disorders, 182*, 26–31. https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.04.033

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

Perlman, D., & Peplau, L. (1981). Toward a social psychology of loneliness. Em *Personal Relationships in Disorder* (pp. 31–56). Academic Press.

Perlman, D., & Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. Em *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness.* (pp. 13–46). Government Printing Office.

Phillips, W. J., & Ferguson, S. J. (2013). Self-compassion: A resource for positive aging. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, *68*(4), 529–539. https://doi.org/10.1093/geronb/gbs091

Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). *Validação psicométrica da escala UCLA-Loneliness para idosos portugueses [Psychometric validation of the UCLA-Loneliness scale for portuguese elderly people]*. *10*(18), 65–77.

Preacher, K. J., & Kelley, K. (2011). Effect size measures for mediation models: Quantitative strategies for communicating indirect effects. *Psychological Methods*, *16*(2), 93–115. https://doi.org/10.1037/a0022658

Prieto-Flores, M. E., Forjaz, M. J., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., & Martinez-Martin, P. (2011). Factors associated with loneliness of noninstitutionalized and institutionalized older adults. *Journal of Aging and Health*, *23*(1), 177–194. https://doi.org/10.1177/0898264310382658

Raut, N. B., Singh, S., Subramanyam, A. A., Pinto, C., Kamath, R. M., & Shanker, S. (2014). Study of loneliness, depression and coping mechanisms in elderly. *Journal of Geriatric Mental Health*, *1*(1), 20–27. https://doi.org/10.4103 / 2348-9995.141920

Rodrigues, R. M. (2018). Solidão, um fator de risco [Loneliness, a risck factor]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *34*(5), 334–338. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v34i5.12073

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

Rodrigues, V., Costa, C., Carvalho, A., Vidal, M., Caiado, M., Antunes, C., Almeida, A., & Almeida, C. (2019). Solidão no idoso institucionalizado com dependência funcional [Loneliness in the institutionalized elderly person with functional dependence]. *Motricidade*, *15*(4), 36–40. https://doi.org/10.6063/MOTRICIDADE.20137

Rouxel, P., Heilmann, A., Demakakos, P., Aida, J., Tsakos, G., & G. Watt, R. (2017). Oral health-related quality of life and loneliness among older adults. *Eur J Ageing*, *14*(n.esp), 101–109. https://doi.org/0.1007/s10433-016-0392-1

Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J., & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *46*(6), 9. https://doi.org/10.1037//0022-3514.46.6.1313

Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, *42*(3), 290–294. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11

Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *41*(3), 223–233. https://doi.org/10.1016/j.archger.2005.03.002

Schutter, N., Holwerda, T. J., Stek, M. L., Dekker, J. J. M., Rhebergen, D., & Comijs, H. C. (2017). Loneliness in older adults is associated with diminished cortisol output. *Journal of Psychosomatic Research*, *95*, 19–25. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2017.02.002

Shook, N. J., Ford, C., Strough, J., Delaney, R., & Barker, D. (2017). In the moment and feeling good: Age differences in mindfulness and positive affect. *Translational Issues in Psychological Science*, *3*(4), 338–347. https://doi.org/10.1037/tps0000139

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com

Shovestul, B., Han, J., Germine, L., & Dodell-Feder, D. (2020). Risk factors for loneliness: The high relative importance of age versus other factors. *PLOS ONE*, *15*(2), e0229087. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0229087

Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? [Are men more aggressive than women?]. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, *27*(3), 387–404.

Stewart, M., Craig, D., MacPherson, K., & Alexander, S. (2001). Promoting Positive Affect and Diminishing Loneliness of Widowed Seniors Through a Support Intervention. *Public Health Nursing*, *18*(1), 54–63. https://doi.org/10.1046/j.1525-1446.2001.00054.x

Templeton, G. F. (2011). A Two-step approach for transforming continuous variables to normal: Implications and recommendations for IS research. *Communications of the Association for Information Systems*, *28*(4), 41–58. https://doi.org/10.17705/1CAIS.02804

Teoh, S. L., Letchumanan, V., & Lee, L.-H. (2021). Can mindfulness help to alleviate loneliness? A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychology*, *12*, 633319. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.633319

Tiikkainen, P., & Heikkinen, R. L. (2005). *Associations between loneliness, depressive symptoms and perceived togetherness in older people*. *6*(9), 526–534. https://doi.org/0.1080/13607860500193138

Tijhuis, M., de Jong-Gierveld, J., Feskens, J. M., & Kromhout, D. (1999). Changes in and factors related to loneliness in older men. The Zutphen Elderly Study. *Age and Ageing*, *28*(5), 491–495. https://doi.org/10.1093/ageing/28.5.491

Vicente, F., Espirito-Santo, H., Cardoso, D., Silva, F. da, Costa, M., Martins, S., Pena, I. T., Pascoal, V., Rodrigues, F., Pinto, A., Moitinho, S., Guadalupe, S., Vicente, H. T., & Lemos, L. (2014). Estudo longitudinal dos fatores associados à evolução de sintomas

depressivos em idosos institucionalizados [Longitudinal study of factors associated with the evolution of depressive symptoms in institutionalized elderly]. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *63*(4), 308–316. https://doi.org/10.1590/0047-2085000000039

Victor, C., Grenade, L., & Boldy, D. (2005). Measuring loneliness in later life: A comparison of differing measures. *Reviews in Clinical Gerontology*, *15*(1), 63–70. https://doi.org/10.1017/S0959259805001723

Victor, C. R., Scambler, S., & Bond, J. (2009). *The social world of older people: Understanding loneliness and social isolation in later life*. Open Univ. Press.

Victor, C. R., Scambler, S. J., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, *25*(6), 357–375. https://doi.org/10.1017/S0144686X04003332

Victor, C. R., & Yang, K. (2012). The prevalence of loneliness among adults: A case study of the United Kingdom. *The Journal of psychology*, *146*(1–2), 85–104. http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2011.613875

Warner, D. F., Adams, S. A., & Anderson, R. K. (2019). The good, the bad, and the indifferent: Physical disability, social role configurations, and changes in loneliness among married and unmarried older adults. *Journal of Aging and Health*, *31*(8), 1423–1453. https://doi.org/10.1177/0898264318781129

Watson, D., Clark, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, *54*(6), 1063–1070. https://doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063

Williams, L. M. (1978). A Concept of loneliness in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, *26*(4), 183–187. https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1978.tb05048.x

Yang, F., Zhang, J., & Wang, J. (2018). Correlates of loneliness in older adults in Shanghai, China: Does age matter? *BMC Geriatrics*, *18*(1), 300. https://doi.org/10.1186/s12877-018-0994-x

Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, *17*(1), 37–49. https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4

Leana Grilo | leana1995@hotmail.com