

**Solidão, Esperança e Estados Emocionais Negativos em  
Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados no  
Concelho de Seia**

Sara Sofia Garcia Mendes de Brito

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

Orientadora: Professora Doutora Helena Espírito-Santo  
Professora Auxiliar no ISMT

Coimbra, Novembro de 2015

## ***Agradecimentos***

*Com o terminar de mais uma etapa, queria agora agradecer a todos aqueles que de alguma forma contribuíram e colaboraram para que conseguisse alcançar mais um objetivo.*

*À Professora Doutora Helena Espírito-Santo, a quem expresso o meu mais profundo agradecimento pela sua orientação ao longo deste tempo. Por todo o conhecimento, críticas e pelo incondicional apoio em todos os problemas e dúvidas que foram surgindo. Quero também agradecer por nunca ter desistido de mim e do meu trabalho e pelo desejo de querer alcançar com sucesso este objetivo, tal como eu.*

*Quero também agradecer aos “meus” idosos por terem participado no meu estudo, graças a eles e à sua paciência foi possível concluir este estudo e dar o meu contributo no mundo da investigação.*

*Ao Centro Paroquial de Seia e à Academia Sénior de Seia, por se disponibilizarem a receber-me para elaborar toda a minha pesquisa.*

*Aos Meus Colegas de Orientação, Tânia, Carmen, Ricardo, Conceição, pela ajuda em todos os momentos, pela palavra amiga que tinham sempre para me dar.*

*Ao meu Tiago, pela máxima paciência que sempre teve comigo. Obrigada por sempre acreditares em mim e nunca me deixares desistir dos meus objetivos. Agora já não vais ter mais que me perguntar “Quando é que acabas isso?”. Finalmente, acabou!*

*Aos meus pais, por todo o apoio, coragem e amor em todos os momentos. Por me terem ajudado em tudo o que precisei para a conquista do meu objetivo. A vós o meu profundo agradecimento pela pessoa que sou hoje e por todos os ensinamentos que me transmitiram ao longo da vida. Também para a minha Irmã, que apesar do pouco conhecimento nesta área sempre me ajudou quando precisei e nunca me deixou desistir.*

*A todos os que acreditam em mim, que nunca duvidaram das minhas capacidades, este trabalho é para vocês!*

## Resumo

A presente investigação teve como objetivo principal estudar os níveis de solidão, esperança e sentimentos emocionais negativos num grupo de idosos institucionalizados e não-institucionalizados

A amostra foi constituída por 60 idosos do concelho de Seia, distribuídos por dois grupos: 30 idosos institucionalizados e 30 idosos não-institucionalizados. O primeiro grupo encontrava-se institucionalizado no Centro Paroquial de Seia e o segundo grupo pertencia à comunidade, estando integrado na ACASES - Academia Sénior de Seia.

Para a recolha dos dados foram utilizadas a UCLA (Escala de Solidão), DASS-21 (Depressão, Ansiedade e Stress) e a Escala sobre a Esperança, incluídas numa bateria maior pertencente ao Projeto Trajetórias do Envelhecimento do Instituto Superior Miguel Torga.

Os dados apontam para níveis maiores de solidão e depressão bem como níveis menores de esperança nos idosos institucionalizados. Verificou-se ainda que quanto maior a esperança, menor os sentimentos de solidão.

Atendendo ao facto de que neste estudo o grupo de idosos institucionalizado apresentou uma maior sintomatologia depressiva, bem como maiores níveis de solidão e menores de esperança, seria fundamental criar um programa de intervenção direcionado para estas dimensões.

**Palavras-chave:** idosos, institucionalização, solidão e esperança

## **Abstrat**

This research, aimed to study the levels of loneliness, hope and negative emotional feelings in institutionalized and non-institutionalized.

The sample consisted of 60 elderly Seia, allocated to two groups: 30 institutionalized elderly and 30 non-institutionalized elderly. The first group was institutionalized in the Parish Center of Seia and second group belongs to the community, being integrated in ACASES - Seia Senior Academy.

For the collection of data, the following were used: UCLA (Loneliness), DASS-21 (Depression, Anxiety and Stress Scales) and the Scale of Hope, included in a larger battery belonging to the trajectories of Aging Project to Institute Superior Miguel Torga.

The data point to higher levels of loneliness and depression and lower levels of hope in the senior citizens. It was also found that the greater the hope lower feelings of loneliness.

Given the fact that in this study the group of institutionalized elderly showed higher depressive symptoms and higher levels of loneliness and smaller of hope, it would be essential to create an intervention program directed to these dimensions.

**Keywords:** senior citizens, institutionalized, loneliness and hope

## **1. Introdução**

O envelhecimento causa várias mudanças fisiológicas que fragilizam o organismo e para haver um abandono desse processo é necessário que o idoso consiga ter um melhor controle sobre a sua saúde, mantendo a sua capacidade funcional, e em consequência disso, preservar sobretudo a sua autonomia e independência pessoal, o que o tornará mais seguro de si mesmo e bastante satisfeito (Silva et al., 2012). De acordo com a investigação, os problemas do envelhecimento estarão diretamente associados às condições de vida de cada um e à qualidade de vida dos mesmos. Deste modo, avaliar a qualidade de vida do idoso implica a adoção de muitas medidas e critérios de natureza biológica, psicológica e socioculturais, visto que, vários elementos são apontados como sendo determinantes ou indicadores de bem-estar físico e emocional na velhice (saúde física, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competências sociais, atividade, eficácia cognitiva, continuidade de papéis familiares, ocupacionais e continuidade das redes sociais) (Silva et al., 2012).

Ao longo dos tempos tem vindo a observar-se um empobrecimento dos laços familiares, existindo, assim, um decréscimo maior da rede de suporte dos idosos (Cardão, 2009). A instituição, rede de suporte informal, transforma-se na rede de suporte formal que presta os cuidados que os idosos necessitam, uma vez que nem sempre a família apresenta as possibilidades para cuidar dos seus familiares (Cardão, 2009).

A institucionalização do idoso significa, por um lado, o ato ou efeito de institucionalizar e, por outro, os efeitos verificados nos idosos que são integrados na instituição (Ferreira, 2002, citado por Oliveira, 2006, p. 2). De acordo com Born e Boechat (2006), o idoso institucionalizado sofre um corte com a realidade anterior e passa a existir um certo afastamento do convívio familiar. Ademais, terá de se familiarizar com um leque de situações novas como por exemplo, a existência de um novo espaço, novas rotinas e indivíduos desconhecidos com quem vai partilhar a sua vida no dia-a-dia (Born e Boechat, 2006). Importa frisar que tais modificações na institucionalização do idoso poderão dar origem a inúmeras emoções e sentimentos (e.g., medo, tristeza, insegurança, solidão, sensação de vazio) (Born e Boechat, 2006).

A qualidade de vida é, atualmente, visualizada como um indicador de adaptação ao envelhecimento tendo, desta forma, surgido um aumento da preocupação investigação ao nível da qualidade de vida das pessoas idosas (Paúl e Fonseca, 2005). Ademais, o

crescente envelhecimento da população tem fomentado o interesse neste tema (Paúl e Fonseca, 2005).

Com o avanço do envelhecimento, a grande maioria dos idosos diminui a sua participação na comunidade onde se encontra inserido, e tal facto pode criar sentimentos de solidão, tristeza e mesmo de depressão, acarretando consequências ao nível da integração social e familiar, bem como ao nível da saúde física e psicológica (Paúl e Fonseca, 2005).

Neto (1993, citado por Melo e Neto, 2003) postula que a satisfação com a vida e a própria qualidade de vida está negativamente correlacionada com a solidão. Além disso, acrescenta que os idosos que se encontram mais satisfeitos com a vida em geral tendem a adaptar-se com mais facilidade ao processo de envelhecimento e às limitações que tal processo origina (Neto, citado por Melo e Neto, 2003).

A investigação feita na atualidade aponta para uma maior difusão da solidão e para os seus efeitos debilitantes (Jones; Rose; Russell, 1990; Rokach citado por Neto e Barros, 2000). Segundo Sadler (1987, citado por Neto e Barros, 2000, p.184), “muitos de nós no mundo de hoje estamos a viver à beira de uma vida solitária. Um número significativo de pessoas experiencia os efeitos perniciosos da solidão; alguns de nós, devido a ela, tornamo-nos debilitados, deprimidos e desmoralizados”. Neste sentido, a solidão tem aparecido interligada a doenças como a depressão, o suicídio, a hostilidade, o alcoolismo, a um fraco autoconceito e a doenças psicossomáticas (McWhirter, 1990 citado por Neto e Barros, 2000). Apesar da maior parte da investigação ter sido levada a cabo na América do Norte, é óbvio que as implicações da solidão são sentidas em qualquer parte do mundo (Neto e Barros, 2000).

Têm sido sugeridas várias definições acerca da solidão. Deste modo, por exemplo, Sermat (1980, citado por Neto, 2001) descreveu a solidão como sendo a experiência associada à discrepância entre as relações que percebemos e que temos versus as relações ideais segundo o sujeito. Outros autores como Peplau e Perlman (1982 citado por Neto, 2001) definiram solidão como sendo uma experiência desagradável que deriva de importantes deficiências nas redes de relações sociais de uma pessoa. Simultaneamente, Sullivan (1953, citado por Neto, 2001) concebeu a solidão como sendo algo bastante desagradável e motivante surgindo de uma necessidade não encontrada da intimidade interpessoal. Ao contrário disso, Moustakas (1961, citado por Neto, 2001) concebeu a solidão como uma experiência que surge inevitavelmente da

“separação” da existência humana. Apesar da divergência, várias definições da solidão partilham uma opinião, o fato de todas as definições nos indicarem que a solidão resulte de deficiências nas relações sociais da pessoa só. E, em segundo lugar, a solidão é vista como um fenômeno psicológico subjetivo e por isso não é sinónimo de isolamento. Por isso, a solidão representa insatisfação com o número ou a qualidade dos contactos que uma pessoa tem do que com a ausência total de contacto social. Sendo assim, mesmo os teóricos que intercedem como havendo um “potencial criativo” para a solidão fazem a distinção entre tais estados e outras formas de solidão que são vistas como sendo debilitantes para o idoso. Vários fatores podem contribuir para o aumento da vulnerabilidade das pessoas, levando-as à solidão. E esses fatores são suscetíveis ao aumento da probabilidade de uma pessoa se sentir só e de ser mais difícil para a pessoa restabelecer um relacionamento social satisfatório (Neto, 2001).

Relativamente às estatísticas para que alguns estudos apontam, nos últimos anos o interesse pela solidão sentida pelos idosos aumentou, e isto, deve-se ao aumento do número de indivíduos com mais de sessenta e cinco anos. Na atualidade, a solidão tem sido vista como um dos maiores problemas para os idosos, sendo vários os fatores pessoais e sociais que contribuem para a solidão, estando desta forma constatada uma maior vulnerabilidade dos idosos para chegarem à solidão, sendo este um dos aspetos fulcrais no que diz respeito à saúde e segurança dos mais velhos que com isto poderão ser bastante afetadas. Pois, cada idoso tem bastantes expectativas relativamente aos contactos sociais e essas mesmas expectativas determinam o seu sentimento de solidão. Segundo Freitas (2011), podemos então considerar a solidão como sendo bastante subjetivo, estando inteiramente relacionado com a qualidade da interação social que cada indivíduo tem e não com a quantidade dos contactos que foram estabelecidos anteriormente e até à data. Por assim entender, faz todo o sentido que a depressão surja quando o idoso se sente sozinho, quando sente que é um peso na vida das pessoas, ou seja, há um grande sentimento de inutilidade, também quando não existe grande suporte social, isto é, todos os aspetos que possam surgir para diminuir a autoestima do idoso, podem juntamente aumentar a respetiva solidão e levar à depressão. Portanto, solidão e depressão são coisas diferentes, contudo, é normal que se associe a depressão à solidão, e isto irá depender da qualidade de vida do idoso, se se sente só ou se mantém uma rede social ativa que lhe permita não ter uma vida solitária (Freitas, 2011).

Também Lopes e equipa (2009) concordam que, a incapacidade física, por exemplo e ou a demência, o luto, o isolamento social e o abandono podem estar relacionados à solidão. Segundo os idosos, a tristeza é o que mais leva ao sentimento de solidão. Contudo, pela análise dos discursos dos idosos, a manutenção do trabalho e dos vínculos familiares, parece evitá-la. Assimilando a solidão na ótica do idoso, a estratégia primordial para erradicá-la ou minimizá-la é sem dúvida a promoção de ações geriátricas e gerontológicas que garantam a qualidade de vida dos idosos no âmbito biológico, psicológico e social. O envelhecimento é um processo natural no ser humano, todavia a atitude de vida saudável pode fazer a diferença e garantir melhorias na saúde, no bem-estar e na qualidade de vida dos idosos (Lopes et al., 2009).

Conclusivamente, e segundo Victor e Boldy (2006), o sofrimento que surge nos idosos, causado pelo sentimento de solidão, é ou deve ser considerado como uma das experiências mais dolorosas e bastante problemáticas em que se deve agir e responder com o máximo de dedicação e urgência. Pois é de ter em conta que este sentimento devastador não acontece só no caso das pessoas com vivências isoladas, mas também no próprio lar, na companhia das próprias famílias e ou em instituições. E isto acontece porque existe muitas das vezes uma grande falta de comunicação, de participação social e afetiva. Por fim, alguns autores concordam que a solidão é um sentimento muito específico e particular, bastante íntimo e de certa forma subjetivo, onde não existem sinais ou sintomas observáveis (Victor e Boldy, 2006).

Vários autores demonstram várias sugestões para um envelhecimento considerado saudável, importantes para a qualidade de vida do idoso, como, manter hábitos saudáveis; praticar atividade física; o tratamento adequado das doenças crônicas; a alimentação saudável; a atividade de lazer; a afetividade; a projeção do futuro, participando ativamente em decisões; as atividades intelectuais (ler, jogos de raciocínio); manter o equilíbrio mental (ter fé; cultivar a espiritualidade); fazer o uso adequado dos medicamentos prescritos pelo médico (Silva et al., 2012).

A qualidade de vida está enormemente associado com as representações mentais construídas pelos indivíduos do que são e do que poderão vir a ser, sendo que estas representações irão influenciar a forma como os indivíduos – neste caso particular os idosos – interpretam o seu futuro tanto no âmbito presente como no âmbito futuro (Fonseca, 2008). A adaptação designa, assim, um conjunto de comportamentos que o idoso apresenta para reagir às exigências provenientes do envelhecimento, encontrando-



se associada a outros conceitos como o sentido de vida, o bem-estar e a esperança (Fonseca, 2008).

De acordo com a perspectiva de Snyder (2002), a esperança é um conceito que se encontra relacionado com as crenças em resultados positivos e na capacidade de desenvolver formas para atingir esses mesmos resultados. Assim, pode afirmar-se que se trata de um estado motivacional positivo, com base numa interação que reverte num sentimento de sucesso e energia motivacional orientada para os objetivos – pensamento de iniciativa – e no planeamento fundamental para a realização desses objetivos – linhas de pensamento (Snyder, 2002). Estas linhas de pensamento dizem respeito à capacidade percebida para criar caminhos mentais com a finalidade de atingir os objetivos pretendidos (Snyder, 2002). A componente motivacional da esperança é o pensamento de iniciativa que engloba as cognições do sujeito acerca da sua capacidade para iniciar e seguir um determinado comportamento direcionado para os seus objetivos (Snyder, 2002). Daqui pode concluir-se que a esperança designa a sensação de determinação triunfante sobre a realização de objetivos pessoais, no passado, no presente e no futuro.

## **2. Objetivos**

Com o seguinte estudo, pretendemos avaliar os níveis de solidão, esperança, sintomas ansiosos, depressivos e de stress nos idosos do Concelho de Seia, dividindo-os em dois grupos (institucionalizados e não institucionalizados) e comparando-os. Vamos também comparar essas pontuações dos sintomas pelos grupos definidos pela situação de institucionalização cruzados com as variáveis sociodemográficas.

De seguida queremos verificar se a solidão, esperança e os estados emocionais negativos se relacionam.

## **3. Metodologia**

N presente investigação foi aplicada uma bateria de questionários, onde os participantes são todos idosos, no entanto divididos em dois grupos. O primeiro grupo é relativo a idosos sob resposta social no Centro Paroquial de Seia e o segundo é relativo a idosos ativos na comunidade e integrados na ACASES (Academia Sénior de Seia).

Esta dissertação de Mestrado está integrada no Projeto de Investigação – Trajetórias do Envelhecimento implementado no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT), sob coordenação da Professora Doutora Helena Espírito-Santo.

#### **4. Desenho da Investigação**

Trata-se de um tipo de estudo observacional, transversal analítico realizado mediante questionário. A instituição onde os idosos se encontravam sob resposta social e os que frequentavam a Academia Sénior foram previamente contactadas para que se pudesse proceder à aplicação da bateria de testes. Após esse primeiro contacto e o reconhecimento por parte da instituição dos protocolos, iniciou-se a recolha dos dados no dia 21 de Janeiro de 2014.

Todos os participantes deram o consentimento informado por escrito e os dados foram codificados de forma a garantir a confidencialidade e o anonimato dos mesmos. Todos os intervenientes na pesquisa foram inquiridos de forma voluntária, sabendo à partida que podiam desistir a qualquer momento caso o desejassem.

#### **5. Âmbito Geral do Estudo**

Este estudo insere-se no projeto que decorre no Instituto Superior Miguel Torga (ISMT) – Trajetórias do Envelhecimento, onde o principal objetivo é avaliar a nível cognitivo idosos institucionalizados e não institucionalizados.

#### **6. Procedimentos**

A aplicação da bateria de testes utilizada foi efetuada entre Janeiro e Abril de 2014. Estes indivíduos ( $n = 60$ ) responderam a testes inseridos no Projeto Trajetórias do Envelhecimento, de forma voluntária e sob objeto de consentimento informado.

Todos os indivíduos que participaram nesta investigação tiveram acesso e foi-lhes explicado todos os objetivos da mesma, bem como a metodologia que iria ser utilizada.

Desde do início todos os intervenientes tinham o conhecimento que poderiam desistir da investigação, se assim o desejassem.

#### **7. Participantes**

A amostra total foi constituída por 60 idosos dos quais 30 estão sob resposta social no Centro Paroquial de Seia (*institucionalizados, (II)*) e 30 a frequentar a Universidade Sénior de Seia (*não institucionalizados, (INI)*). A amostra total englobou 35 idosos do sexo feminino e 25 do sexo masculino. A idade média foi  $75,80 \pm 9,30$  anos, com idades compreendidas entre os 65 e os 94 anos. Por grupos, os idosos institucionalizados apresentaram idade média de  $81,53 \pm 7,75$  anos e os idosos não institucionalizados, uma idade média de  $70,00 \pm 7,73$  anos ( $p = 0,001$ ).

A Tabela 1 descreve outras características sociodemográficas da amostra total e por grupos de estudo (II e INI). De acordo com o estado civil, 16,7% dos participantes do grupo II e 80% dos participantes do grupo *INI* têm companheiro. Quanto à escolaridade, todos os idosos não institucionalizados têm algum tipo de escolaridade. Uma percentagem de 36,7% no grupo *II* não tem qualquer tipo de escolaridade. No que respeita à situação profissional da amostra total, observou-se que 93,3% são reformados e 6,7% encontram-se a trabalhar, sendo que a totalidade dos participantes institucionalizados se encontram reformados.

**Tabela 1**  
*Caracterização Sociodemográfica da Amostra total e por Grupos definidos pela Situação Institucional.*

		Total (n = 60)		II (n = 30)		INI (n = 30)		X <sup>2</sup>	p
		N	%	N	%	n	%		
<b>Idade</b>	≤ 80 anos	41	68,3	14	46,7	27	90,0	13,017	<b>0,001</b>
	> 80 anos	19	31,7	16	53,3	3	10,0		
<b>Sexo</b>	Masculino	25	41,7	11	36,7	14	46,7	0,617	0,601
	Feminino	35	58,3	19	63,3	16	53,3		
<b>Estado Civil</b>	Sem companheiro	31	51,7	25	83,3	6	20,0	24,093	<b>&lt; 0,001</b>
	Com companheiro	29	48,3	5	16,7	24	80,0		
<b>Escolaridade</b>	Sem escolaridade	11	18,3	11	36,7%	—	—	13,469	<b>&lt; 0,001</b>
	Com escolaridade	49	81,7	19	63,3%	30	100%		
<b>Situação Profissional</b>	Trabalhador (a)	2	3,3	—	—	2	6,7	0,492	0,492
	Reformado (a)	58	96,7	30	100	28	93,3		

*Notas: II = idosos institucionalizados; INI = idosos não institucionalizados; X<sup>2</sup> = qui quadrado da independência.*

Na Tabela 1 podemos verificar que existe uma associação entre a Idade, Estado Civil, Escolaridade com a Situação de Institucionalização, ou seja as pessoas Institucionalizadas são na sua maioria mais idosas, sem companheiro e com baixa escolaridade.

## **8. Instrumentos**

### **Questões Sociodemográficas**

Na primeira parte foram colocadas ao idoso questões sociodemográficas que descrevemos de seguida com as respetivas opções de resposta: idade (resposta aberta); género (feminino; masculino); estado civil (solteiro, casado, viúvo, divorciado/separado e união de facto); que nível se escolaridade (não sabe ler/escrever; sabe ler e escrever sem possuir grau de ensino, ensino básico primário, ensino básico preparatório, ensino secundário, ensino médio, ensino superior); resposta social (Centro de Convívio, Centro de Dia, Centro de Noite, Lar de idosos; Serviço de Apoio Domiciliário); número de filhos (resposta aberta); profissão (resposta aberta).

### **Escala de Solidão (UCLA) (Russel, Replau e Ferguson, 1978)**

A escala original da Solidão é constituída por 20 itens (Russel, Replau e Ferguson, 1978) e a versão portuguesa é formada por 16 itens e está validada para idosos (Versão Portuguesa: Margarida Pocinho e Carlos Farate, 2015.). Trata-se de uma escala que permite a avaliação subjetiva de solidão ou isolamento social. A escala contempla quatro alternativas de resposta que variam entre Nunca (1 ponto), Raramente (2 pontos), Algumas vezes (3 pontos) e Frequentemente (4 pontos) (Russel, Replau Ferguson, 1978.). Apresenta duas subescalas (isolamento social e afinidades) e a pontuação total da escala varia entre os 16 e os 64 pontos. Todas as afirmações foram elaboradas com uma conotação negativa, relativamente às quais os indivíduos referem com que frequência apresentam sentimentos de solidão. Uma pontuação global superior a 32 é indicativo de sentimentos negativos de solidão.

Os alfas de Cronbach no nosso estudo foram: 0,95 na escala total; 0,93 na subescala isolamento e 0,91 na subescala afinidades.

### **Escala sobre a Esperança (Barros, 2003)**

Esta escala é constituída por 6 itens, através de uma escala tipo Likert de 1 a 5 pontos: “Totalmente em desacordo” (um ponto), “Bastante em desacordo” (dois pontos), “Nem de acordo nem em desacordo” (três pontos), “Bastante de acordo” (quatro pontos) e “Totalmente de acordo” (cinco pontos).

A escala sobre a esperança é cotada através da soma das respostas dadas anteriormente, com um mínimo de 6 pontos e um máximo de 30. Uma pontuação inferior a 15 sinaliza pouca esperança e acima ou igual a 15 sinaliza maior esperança.

Realizou-se a análise de fiabilidade e obteve-se um alfa de Cronbach de 0,91 para os 6 itens da escala.

### **Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21) (Lovibond, S. H. e Lovibond, P. F., 1995)**

Composto por um conjunto de questões de natureza sociodemográfica e pela Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21), versão portuguesa (Apóstolo, Mendes, e Azeredo, 2006; Apóstolo, Mendes, e Rodrigues, 2007). A DASS-21 é constituída por 21 itens de auto-resposta, onde cada item engloba 4 opções de resposta que variam entre 0 (“*Não se aplicou a mim*”), 1 (“*Aplicou-se a mim um pouco, ou durante parte do tempo*”), 2 (“*Aplicou-se bastante a mim, ou durante uma boa parte do tempo*”) e 3 (“*Aplicou-se muito a mim, ou durante a maior parte do tempo*”). Esta escala encontra-se dividida em três subescalas, destinadas a avaliar a perturbação de depressão, de ansiedade e de stress (Lovibond e Lovibond, 1995). As três subescalas da DASS-21 podem ser consideradas consistentes com o modelo tripartido de Clark e Watson (1991), uma vez que a depressão é caracterizada por baixo afeto positivo, baixa auto-estima e incentivo e desesperança, a ansiedade por hiper-estimulação fisiológica e o stress por tensão persistente, irritabilidade e baixo limiar para ficar perturbado ou frustrado (Lovibond e Lovibond, 1995). As cotações mais elevadas indicam-nos estados emocionais negativos (Lovibond e Lovibond, 1995; Apóstolo et al., 2006) As pontuações da DASS-21 foram calculadas para cada uma das subescalas e multiplicadas por dois. Para cada um dos três estados foi usada a classificação, normal, leve, moderado, severo e muito severo (Lovibond e Lovibond, 1995) que lhe correspondem. O valor mínimo é de “0” e o valor máximo de “21”. Os itens da DASS-21-A foram selecionados de modo a que possa ser convertida nas notas da escala completa de 42 itens multiplicando a nota por dois.

Os valores de alfa de Cronbach obtidos na presente amostra foram: 0,91 DASS-21 total; 0,68 subescala depressão; 0,71 subescala ansiedade e 0,54 subescala stress.

### **9. Análise de Dados**

A análise estatística foi realizada com o o programa SPSS versão 21. Os resultados estão apresentados na forma descritiva: frequências, médias (*M*), desvios padrão (*DP*) e a amplitude. Foi aplicado o teste de normalidade de Kolmogorov-Smirnoff-Lilliefors, observando-se que nenhuma das variáveis contínuas analisadas seguia distribuição

normal ( $p > 0,05$ ). Assim utilizaram-se testes não paramétricos (U de Mann-Whitney) e teste de qui-quadrado da independência para explorar as diferenças entre grupos. Também se calcularam correlações de Spearman. Foi calculado o tamanho do efeito de  $d$  de Cohen ou o  $g$  de Hedges a partir da folha de cálculo disponibilizada por Espírito Santo e Daniel (2015) para as pontuações das escalas utilizadas entre o grupo de idosos institucionalizados (II) e não institucionalizados (INI). Considera-se um efeito  $d/g$  pequeno entre 0,20 e 0,30, efeito  $d$  médio entre 0,40 e 0,70 e efeito  $d$  grande superior ou igual a 0,80 (Cohen, 1988).

O nível de significância estatística aplicado foi de  $p < 0,05$ .

## **10.Resultados**

A Tabela 2 descreve as pontuações obtidas para a amostra total das escalas aplicadas. Não colocamos valores teóricos de referência, pois as amostras têm natureza diferente.

**Tabela 2**  
*Pontuações das Escalas Solidão, Esperança e DASS-21 para a Amostra Total.*

Total ( $n = 60$ )			
	M	DP	Varição
Solidão Total	35,53	11,60	17-59
<b>Isolamento</b>	24,52	7,75	12-41
<b>Afinidades</b>	11,02	4,20	15-19
Esperança	16,53	5,72	4-24
DASS-21 Total	68,70	12,22	50-98
<b>Depressão</b>	21,57	4,59	14-34
<b>Ansiedade</b>	21,97	4,69	14-32
<b>Stress</b>	25,17	3,63	18-34

*Notas: M, média; DP, desvio padrão.*

A Tabela 3 descreve as pontuações das escalas Solidão, Esperança e DASS-21 e respectivas subescalas no grupo *II* e no grupo *INI*. A pontuação total e de ambas as dimensões da escala solidão foi superior no grupo *II*, tendo-se observado diferenças significativas na dimensão isolamento ( $p < 0,05$ ). O grupo *II* apresentou uma pontuação significativamente inferior ( $13,07 \pm 4,94$ ) na escala da esperança comparativamente ao grupo *INI* ( $20,00 \pm 4,15$ ). O grupo *II*, também, obteve pontuações mais altas para a

escala total DASS-21 ( $72,7 \pm 12,52$ ) e para todas as subescalas com diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo não institucionalizado.

**Tabela 3**

*Comparação das Pontuações da Solidão, Esperança e Estados Emocionais Negativos (DASS-21) entre os Grupos Definidos pela Situação de Institucionalização*

	II (n = 30)			INI (n = 30)			U Mann-Whitney	P
	M	DP	Variação	M	DP	Variação		
Solidão Total	38,30	13,03	17-58	32,77	9,40	20-59	331,000	0,078
Isolamento	26,77	8,51	12-41	22,27	6,27	14-40	304,500	<b>0,031</b>
Afinidades	11,53	4,80	5-19	10,50	3,50	6-19	338,000	0,356
Esperança	13,07	4,94	4-24	20,00	4,15	6-24	132,000	<b>&lt; 0,001</b>
DASS-21 Total	72,70	12,52	50-98	64,73	10,69	52-90	279,500	<b>0,012</b>
Depressão	23,27	4,77	16-34	19,87	3,75	14-28	265,500	<b>0,006</b>
Ansiedade	23,20	4,38	16-32	20,73	4,74	14-32	299,000	<b>0,024</b>
Stress	26,20	3,98	18-34	24,00	2,97	20-32	285,500	<b>0,013</b>

*Notas: II, idosos institucionalizados; INI, idosos não institucionalizados; M, média; DP, desvio padrão.*

A Tabela 4 apresenta os resultados apresentados em média, desvio padrão e variação das escalas Solidão, o Esperança, DASS-21 e respectivas subescalas em base às características sociodemográficas para a amostra total. Ainda que não se tenham observado diferenças estatisticamente significativas, as pontuações para a escala Solidão foram superiores nos idosos com mais de 80 anos, no género masculino, nos idosos sem escolaridade, sem companheiro e nos reformados. Dentro dos referidos o grupo que mais pontuou, em termos médios foi o grupo sem escolaridade ( $37,36 \pm 13,24$ ). A pontuação da esperança foi superior significativamente no grupo com idade inferior a 80 anos, bem como, entre os participantes que indicaram ter companheiro, os que têm algum nível de escolaridade ( $18,97 \pm 5,40$  e  $17,37 \pm 5,54$ , respetivamente), com tamanho do efeito grandes.

Os sentimentos de depressão e ansiedade foram estatisticamente superiores no grupo de idade superior a 80 anos ( $23,47 \pm 4,10$  e  $23,58 \pm 4,30$  respetivamente), e no grupo

dos participantes que não têm companheiro ( $23,61 \pm 4,51$  e  $23,94 \pm 4,27$ ). Os níveis de stress foram estatisticamente inferiores nos idosos que não têm companheiro com uma pontuação média de  $26,26 \pm 3,79$ . As subescalas ansiedade e stress e a pontuação total da escala DASS-21 foram significativamente inferiores no grupo que de idosos que têm companheiro comparativamente aos que não têm. A pontuação total média da escala DASS-21 foi de  $66,63 \pm 11,89$  no grupo de idosos com menos de 80 anos e de  $73,16 \pm 12,01$  para o grupo com idade superior ( $p < 0,05$ ). De acordo com o estado civil, os idosos sem companheiro obtiveram uma pontuação para a escala de  $73,81 \pm 11,88$  e os idosos com companheiro uma pontuação de  $63,24 \pm 10,18$  ( $p < 0,01$ ). Para as restantes características sociodemográficas estudadas não se registaram diferenças estatisticamente significativas.

A Tabela 5 apresenta os resultados descritivos e inferenciais para a escala Solidão e subescalas isolamento e afinidades nos dois grupos de estudo (*II e INI*). O isolamento foi mais sentido no grupo de participantes com companheiro e que estão institucionalizados comparado com os participantes com companheiro que não estão institucionalizados, com diferenças estatisticamente significativas entre grupos nas categorias referidas. Ainda que não se tenham observado diferenças por grupos, os idosos reformados institucionalizados obtiveram uma pontuação superior em todas as subescalas e conseqüentemente no total da escala Solidão. A pontuação total média neste grupo foi de  $38,30 \pm 13,03$  e a pontuação média no grupo *INI* foi de  $32,86 \pm 9,62$ .



Tabela 4

Comparação da Solidão, Esperança e Sentimentos Emocionais Negativos (DASS-21) entre Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas

N = 60	Idade		Sexo		Estado Civil		Escolaridade		Situação Profissional	
	≤ 80 anos (n = 41)	> 80 anos (n = 19)	Masculino (n = 25)	Feminino (n = 35)	Sem companheiro (n = 31)	Com companheiro (n = 29)	Sem escolaridade (n = 11)	Com escolaridade (n = 49)	Trabalhador (a) (n = 2)	Reformado (a) (n = 58)
<b>Solidão TOTAL</b>										
M ± DP	34,93±11,53	36,86±11,97	35,88±9,80	35,29±12,87	37,26±12,56	33,69±10,38	37,36±13,24	35,12±11,31	31,50±7,78	35,67±11,73
Variação	17-59	17-54	17-59	17-58	17-58	20-59	19-57	17-59	26-37	17-59
U p d/g	347,00; 0,499 0,16		410,50; 0,685 0,05		376,50; 0,279 0,31		243,50; 0,619 0,19		51,00; 0,793 0,35 <sup>g</sup>	
<b>Esperança</b>										
M ± DP	18,20±5,40	12,95±33,50	16,72±5,76	18,97±5,40	14,26±5,10	18,97±5,40	12,82±5,21	17,37±5,54	22,50±2,12	16,32±5,70
Variação	4-24	6-22	4-24	6-24	4-24	6-24	4-22	6-24	21-24	4-24
U p d/g	<b>174,00; 0,001 1,06<sup>gg</sup></b>		419,00; 0,781 0,4		<b>228,50; 0,001 0,90<sup>dd</sup></b>		<b>145,50; 0,017 0,82<sup>gg</sup></b>		20,00; 0,137 1,08	
<b>DASS-21 Total</b>										
M ± DP	66,63±11,89	73,156±12,01	66,08±12,74	70,57±11,65	73,81±1,88	63,24±10,18	73,28±8,73	67,68±12,72	63,00±15,56	68,90±12,21
Variação	50-96	50-98	50-96	50-98	50-98	50-92	58-88	50-98	52-74	50-98
U p d/g	<b>261,50; 0,042 0,54<sup>g</sup></b>		337,50; 0,133 0,37		<b>220,00; 0,001 2,13<sup>ddd</sup></b>		183,00; 0,098 0,46		41,00; 0,522 0,47	
<b>Depressão</b>										
M ± DP	20,68±4,57	23,47±4,10	20,80±4,51	22,11±4,42	23,61±4,51	19,38±3,59	23,64±3,67	21,10±4,67	20,00±5,66	21,62±4,60
Variação	16-34	16-32	16-34	14-30	16-34	14-28	18-30	14-34	16-24	14-34
U p d/g	245,00; <b>0,020 0,62<sup>g</sup></b>		347,50; 0,170 0,29		<b>209,50; &lt;0,001 1,04<sup>ddd</sup></b>		170,00; 0,053 0,56 <sup>g</sup>		44,50; 0,598 0,35	
<b>Ansiedade</b>										
M ± DP	21,22±4,73	23,58±4,30	21,04±4,94	22,63±4,47	23,94±4,27	19,86±4,24	23,45±2,98	21,63±4,96	19,00±7,07	22,07±4,65
Variação	14-32	16-32	14-32	16-32	16-32	14-32	18-28	14-32	14-24	14-32
U p d/g	<b>265,50; 0,047 0,51<sup>g</sup></b>		344,50; 0,159 0,34		<b>218,00; &lt;0,001 0,96<sup>dd</sup></b>		186,50; 0,109 0,38		41,00; 0,522 0,64 <sup>g</sup>	
<b>Stress</b>										
M ± DP	24,73±3,34	26,10±4,14	24,24±3,62	25,83±3,54	26,26±3,79	24,00±3,12	26,18±2,89	24,94±3,77	24,00±2,83	25,21±3,67
Variação	18-34	18-34	18-34	20-34	18-34	18-30	22-30	18-34	22-26	18-34
U p d/g	302,50; 0,160 0,45		329,00; 0,098 0,44		<b>284,00; 0,013 0,65<sup>d</sup></b>		205,00; 0,211 0,34		47,00; 0,687 0,33	

Nota: M, média; DP, desvio padrão; Tamanhos do efeito: <sup>d</sup> = d de Cohen médio, <sup>dd</sup> = d de Cohen grande, <sup>ddd</sup> = d de Cohen muito grande, <sup>g</sup> = g de Hedges médio, <sup>gg</sup> = g de Hedges grande, , p, valor-p.

Tabela 5

Comparação da Solidão, Esperança e Sentimentos Emocionais Negativos (DASS-21) entre Grupos Definidos pelas Variáveis Sociodemográficas e Grupos Definidos pela Situação de Institucionalização (Continua)

Variáveis	Isolamento							Afinidades							Solidão total							
	I (n = 30)			NI (n = 30)				I (n = 30)			NI (n = 30)				I (n = 30)			NI (n = 30)				
	M	DP	Vari.	M	DP	Vari.	p	M	DP	Vari.	M	DP	Vari.	p	M	DP	Vari.	M	DP	Vari.	p	
<b>Idade</b>																						
≤ 80 anos	27,29	8,62	12-41	22,30	6,63	14-40	0,056	11,64	5,26	5-19	10,56	3,69	6-19	0,637	38,93	13,63	17-58	32,85	9,93		0,140	
> 80 anos	26,31	8,66	12-40	22,00	,00	22-22	0,399	11,44	4,55	5-18	10,00	,00		0,311	37,75	12,90	17-54	32,00	,00	32-32	0,313	
<b>Sexo</b>																						
Masculino	26,64	6,61	12-37	22,86	6,11	16-40	0,061	11,64	3,98	5-17	11,14	3,48	5-19	0,372	38,27	10,34	17-54	34,00	9,30	22-59	0,093	
Feminino	26,84	9,61	12-41	21,75	6,57	14-38	0,123	11,47	5,33	5-19	9,94	3,53	6-17	0,606	38,32	14,63	17-58	31,69	9,66	20-53	0,195	
<b>Estado Civil</b>																						
Sem companheiro	26,32	8,95	12-41	23,67	3,93	19-29	0,483	11,44	4,88	5-19	11,50	3,73	7-17	0,980	37,76	13,55	17-58	35,17	7,65	26-46	0,564	
Com companheiro	29,00	6,04	21-36	21,92	6,76	14-40	<b>0,043</b>	12,00	4,90	5-18	10,25	3,48	6-19	0,254	41,00	10,82	26-54	32,17	9,84	20-59	0,078	
<b>Escolaridade</b>																						
Sem escolaridade	25,73	8,37	14-38	-	-	-	-	11,64	5,03	5-19	-	-	-	-	37,36	13,24	19-57	-	-	-	-	
Com escolaridade	27,37	8,76	12-41	22,27	6,27	14-40	<b>0,031</b>	11,47	4,81	5-18	10,50	3,50	6-19	0,419	38,84	13,23	17-58	32,77	9,40	20-59	0,081	
<b>Situação Profissional</b>																						
Trabalhador	-	-	-	21,50	7,78	16-27	-	-	-	-	10,00	0,00	10-10	-	-	-	-	31,50	7,78	26-37	-	
Reformado	26,77	8,51	12-41	22,32	6,32	14-40	0,038	11,53	4,80	5-19	10,54	3,63	6-19	0,407	38,30	13,03	17-58	32,86	9,62	20-59	0,082	

Nota: I, idosos institucionalizados; NI, idosos não institucionalizados; M, média; DP, desvio-padrão; Vari., variação.

A Tabela 6 descreve os resultados do cruzamento das variáveis sociodemográficas com as pontuações da escala esperança para o grupo II e para o grupo INI. Independentemente da idade ou sexo, as pontuações foram significativamente inferiores no grupo que está institucionalizado. Os idosos com companheiro e também os que têm escolaridade apresentaram sentimentos de esperança superiores no grupo INI ( $p < 0,001$ ). Os idosos reformados do grupo INI obtiveram uma pontuação média de esperança de 19,82 contra a média de 13,04 obtida no grupo II ( $p < 0,0001$ ).

**Tabela 6**  
*Pontuação da Escala Esperança segundo os grupos definidos, de acordo com variáveis sociodemográficas*

Variáveis	Esperança						
	I (n = 30)			NI (n = 30)			p
	M	DP	Varição	M	DP	Varição	
<b>Idade</b>							
≤ 80 anos	14,43	5,68	4-24	20,15	4,14	6-24	0,002
> 80 anos	11,88	4,00	6-20	18,67	4,93	13-22	0,043
<b>Sexo</b>							
Masculino	12,09	4,74	4-22	20,36	3,41	13-24	0,001
Feminino	13,63	5,09	6-24	19,69	4,80	6-24	0,002
<b>Estado Civil</b>							
Sem companheiro	13,92	4,95	4-24	15,67	5,96	6-22	0,422
Com companheiro	8,80	1,64	6-10	21,08	2,81	15-24	0,000
<b>Escolaridade</b>							
Sem escolaridade	12,82	5,21	4-22	.	.	-	-
Com escolaridade	13,21	4,92	6-24	20,00	4,15	6-24	0,000
<b>Situação Profissional</b>							
Trabalhador	-	-	-	22,50	2,12	21-24	-
Reformado	13,07	4,94	4-24	19,82	4,23	6-24	0,000

*Nota: II, idosos institucionalizados; INI, idosos não institucionalizados; M, média; DP, desvio padrão.*

Os dados relativos às subescalas depressão, ansiedade e stress por grupos de estudo (II e INI) de acordo com as características sociodemográficas apresentam-se na Tabela 8. Os participantes do género masculino institucionalizados pontuaram mais e de forma significativa que os não institucionalizados com diferenças na pontuação de 5,07 pontos para a subescala depressão, 4,39 pontos para a subescala ansiedade, 2,5 pontos para a subescala stress e 11,87 pontos para a pontuação total da escala referida.

O grupo *II*, com escolaridade, experimentam mais sentimentos de depressão e stress que os idosos do grupo *INI* ( $p < 0,05$ ). O grupo de idosos reformados institucionalizados pontuaram mais nas três subescalas, com diferenças estatisticamente significativas, comparativamente com os reformados do grupo *INI* ( $p < 0,05$ ).

A pontuação média total para a escala de Depressão, Ansiedade e Stress de acordo nos homens do grupo *II* foi de  $72,73 \pm 15,26$  e nos homens do grupo *INI* foi de  $60,86 \pm 7,35$  ( $p < 0,05$ ). Já os reformados, a pontuação no grupo *II* foi de  $72,56 \pm 13,6$  e foi de  $64,86 \pm 10,66$  pontos no grupo *INI* ( $p < 0,05$ ). Também foram os idosos do grupo *II* com idade superior a 80 anos, sem companheiro e sem escolaridade que mais pontuaram na escala, ainda que não se tenham observado diferenças significativas (Tabela 8).

Tabela 7

Pontuações das Subescalas Depressão, Ansiedade e Stress segundo os grupos definidos, de acordo com Variáveis Sociodemográfica

Variáveis	Depressão							Ansiedade							Stress									
	I (n = 30)			NI (n = 30)				p	I (n = 30)			NI (n = 30)				p	I (n = 30)			NI (n = 30)				p
	M	DP	Vari.	M	DP	Vari.	M		DP	Vari.	M	DP	Vari.	M	DP		Vari.	M	DP	Vari.	M	DP	Vari.	
<b>Idade</b>																								
≤ 80 anos	22,43	5,45	16-34	19,78	3,86	14-28	0,135	22,57	4,47	16-32	20,52	4,79	14-32	0,147	25,86	3,80	18-34	24,15	2,98	20-32	0,065			
> 80 anos	24,00	4,13	16-32	20,67	3,06	18-24	0,162	23,75	4,37	16-32	22,67	4,62	20-28	0,607	26,50	4,23	18-34	24,00	3,46	22-28	0,255			
<b>Sexo</b>																								
Masculino	23,64	5,71	16-34	18,57	2,28	16-24	<b>0,014</b>	23,45	5,22	16-32	19,14	3,90	14-28	<b>0,031</b>	25,64	4,80	18-34	23,14	1,88	20-28	<b>0,038</b>			
Feminino	23,05	4,29	16-30	21,00	4,44	14-28	0,183	23,05	3,96	16— 32	22,13	5,08	16-32	0,394	26,53	3,52	20-34	25,00	3,50	20-32	0,190			
<b>Estado Civil</b>																								
Sem companheiro	23,60	4,69	16-34	23,67	4,08	18-28	0,989	23,36	3,95	16-32	26,33	5,13	20-32	0,206	26,24	3,84	18-34	26,33	3,88	22-32	0,939			
Com companheiro	21,60	5,37	16-28	18,92	3,06	14-26	0,375	22,40	6,69	16-32	19,33	3,52	14-28	0,377	26,00	5,10	18-30	23,58	2,50	20-30	0,144			
<b>Escolaridade</b>																								
Sem escolaridade	23,64	3,67	18-30	-	-	-	-	23,45	2,98	18-28	-	-	-	-	26,18	2,89	22-30	-	-	-	-			
Com escolaridade	23,05	5,39	16-34	19,87	3,75	14-28	<b>0,040</b>	23,05	5,09	16-32	20,73	4,74	14-32	0,091	26,21	4,57	18-34	24,13	2,97	20-32	<b>0,047</b>			
<b>Situação Profissional</b>																								
Trabalhador	-	-	-	20,00	5,66	16-24	-	-	-	-	19,00	7,07	14-24	-	-	-	-	24,00	2,83	22-26	-			
Reformado	23,27	4,77	16-34	19,86	3,73	14-28	<b>0,006</b>	23,20	4,38	16-32	20,00	4,70	14-32	<b>0,028</b>	26,20	3,98	18-34	24,00	3,03	20-32	<b>0,016</b>			

Nota: II, idosos institucionalizados; INI, idosos não institucionalizados; M, média; D, desvio padrão; Vari., variação.

**Tabela 8**

*Pontuação da escala DASS-21 segundo os grupos definidos de acordo com as variáveis sociodemográficas*

Variáveis	DASS-21 Total						
	I (n = 30)			NI (n = 30)			p
	M	DP	Variação	M	DP	Variação	
<b>Idade</b>							
≤ 80 anos	70,86	13,10	50-96	64,44	10,83	52-90	0,093
> 80 anos	74,25	12,20	50-98	67,33	11,02	60-80	0,466
<b>Sexo</b>							
Masculino	72,73	15,26	50-98	60,86	7,35	52-80	<b>0,028</b>
Feminino	72,63	11,10	56-92	68,13	12,16	52-90	0,245
<b>Estado Civil</b>							
Sem companheiro	73,20	11,92	50-98	76,33	12,48	60-90	0,499
Com companheiro	70,00	16,55	50-90	61,83	8,15	52-84	0,369
<b>Escolaridade</b>							
Sem escolaridade	73,27	8,73	58-88	.	.		
Com escolaridade	72,32	14,49	50-98	64,73	10,69	52-90	0,069
<b>Situação Profissional</b>							
Trabalhador	-	-	-	63,00	15,56	52-74	-
Reformado	72,67	12,52	50-98	64,86	10,66	52-90	<b>0,013</b>

*Nota: II, idosos institucionalizados; INI, idosos não institucionalizados; M, média; DP, desvio padrão.*

A Tabela 9 descreve as correlações de Spearman das pontuações das escalas Esperança, Solidão e DASS-21 e respectivas dimensões. A solidão (total) associa-se positivamente e de forma significativa com a escala isolamento e negativamente com a escala afinidades, indicando uma validade convergente. A solidão também mostra uma relação positiva significativa com a subescala ansiedade. A pontuação total da escala DASS-21 apresenta uma associação positiva significativa com as subescalas depressão e ansiedade. A esperança associou-se de forma negativa e significativa com a solidão (total e subescala isolamento), ou seja, quantos mais sentimentos de esperança experimentam, menos sentimentos de solidão se manifestam. O mesmo se verificou na associação da escala esperança com a pontuação total da escala DASS-21 e subescalas depressão e ansiedade. As Tabelas 10 e 11 descrevem as mesmas correlações referidas anteriormente para o Grupo INI e para o Grupo II, respetivamente. No grupo não institucionalizado a associação entre a solidão (total) com a subescala ansiedade perde

significância estatística ainda que continue positiva enquanto que no grupo dos idosos institucionalizados a associação positiva volta a ser significativa. Ainda no II o valor da associação negativa significativa entre a esperança e a pontuação total Dass-21, a subescala depressão e stress é superior ao observado no grupo INI.

**Tabela 9**

*Correlações de Spearman entre Solidão, Esperança e Estados Emocionais Negativos na Amostra Total*

<i>Correlações (n = 60)</i>								
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1.Solidão Total</b>	-	<b>0,98**</b>	<b>0,94**</b>	<b>-0,33*</b>	<b>0,26*</b>	0,20	<b>0,27*</b>	0,23
<b>2.Solidão: Isolamento</b>		-	<b>0,88**</b>	<b>-0,36**</b>	<b>0,28*</b>	0,24	<b>0,28*</b>	0,25
<b>3.Solidão: Afinidades</b>			-	<b>-0,36**</b>	0,22	0,16	0,25	0,17
<b>4.Esperança</b>				-	<b>-0,42**</b>	<b>-0,42**</b>	<b>-0,42**</b>	<b>-0,38**</b>
<b>5.DAAS-21 Total</b>					-	<b>0,96**</b>	<b>0,95**</b>	<b>0,92**</b>
<b>6.DAAS-21: Depressão</b>						-	<b>0,86**</b>	<b>0,87**</b>
<b>7.DAAS-21: Ansiedade</b>							-	<b>0,78**</b>
<b>8. DAAS-21: Stress</b>								-

**Tabela 10**

*Correlações de Spearman entre Solidão, Esperança e Estados Emocionais Negativos no Grupo de Idosos Não-Institucionalizados.*

<i>Correlações INI (n = 30)</i>								
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1.Solidão Total</b>	-	<b>0,97**</b>	<b>0,93**</b>	-0,33	0,27	0,23	0,17	0,29
<b>2.Solidão: Isolamento</b>		-	<b>0,84**</b>	<b>-0,39*</b>	0,35	0,34	0,23	0,36
<b>3.Solidão: Afinidades</b>			-	-0,25	0,17	0,10	0,09	0,20
<b>4.Esperança</b>				-	<b>-0,40*</b>	<b>-0,38*</b>	<b>-0,47**</b>	<b>-0,24</b>
<b>5.DAAS-21 Total</b>					-	<b>0,93**</b>	<b>0,89**</b>	<b>0,83**</b>
<b>6.DAAS-21: Depressão</b>						-	<b>0,73**</b>	<b>0,84**</b>
<b>7.DAAS-21: Ansiedade</b>							-	<b>0,57**</b>
<b>8. DAAS-21: Stress</b>								-

*Nota: INI, idosos não institucionalizados, DASS-21, \*p < 0,05; \*\*p < 0,01*

**Tabela 11**

*Correlações de Spearman entre Solidão, Esperança e Estados Emocionais Negativos no Grupo de Idosos Institucionalizados*

<i>Correlações II (n = 30)</i>								
	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>1.Solidão Total</b>	-	<b>0,98**</b>	<b>0,94**</b>	<b>-0,33*</b>	<b>0,26*</b>	0,20	<b>0,27*</b>	0,23
<b>12.Solidão: Isolamento</b>		-	<b>0,88**</b>	<b>-0,36**</b>	<b>0,28*</b>	0,24	<b>0,28*</b>	0,25
<b>3.Solidão: Afinidades</b>			-	-0,24	0,22	0,16	0,25	0,17
<b>4.Esperança</b>				-	<b>-0,42*</b>	<b>-0,42**</b>	<b>-0,42**</b>	<b>-0,038*</b>
<b>5.DAAS-21 Total</b>					-	<b>0,96**</b>	<b>0,95**</b>	<b>0,92**</b>
<b>6.DAAS-21: Depressão</b>						-	<b>0,86**</b>	<b>0,87**</b>
<b>7.DAAS-21: Ansiedade</b>							-	<b>0,78**</b>
<b>8. DAAS-21: Stress</b>								-

*Nota: II, idosos institucionalizados, DASS-21, \*p < 0,05; \*\*p < 0,01*

## **11.Discussão/Conclusão**

O presente estudo teve como objetivo principal analisar os níveis de solidão, esperança e estados emocionais negativos em indivíduos de dois grupos distintos, institucionalizados e não institucionalizados.

A amostra deste estudo, recolhida por meio de questionário/entrevista foi constituída por um total de 60 sujeitos, dos quais 30 se encontravam sob resposta social no Centro Paroquial de Seia (Institucionalizados - II) e 30 estavam a frequentar a Universidade Sénior de Seia (Não Institucionalizados – INI). A amostra total englobou 35 idosos do sexo feminino e 25 do sexo masculino.

A distribuição dos idosos, tendo por base os grupos etários, demonstra que aqueles que não se encontram institucionalizados apresentam predominantemente uma faixa etária mais baixa (igual ou inferior a 76 anos), enquanto os institucionalizados apresentam médias de idades mais elevadas. Um estudo de Martins (2004) afirma que, à medida que aumenta a idade a população idosa a viver em instituições cresce significativamente, análise esta que corrobora os nossos dados.

Relativamente ao estado civil, 16,7% dos participantes do grupo II e 80% dos participantes do grupo INI têm companheiro. A análise entre os dois grupos difere significativamente uma vez que os idosos não institucionalizados são maioritariamente casados, enquanto os institucionalizados, na sua grande maioria, não têm companheiro.



Estes dados espelham a ideia de que a institucionalização emerge na maioria dos casos para idosos com idades mais avançadas (Mestre, 2007).

Quanto à escolaridade, todos os idosos não institucionalizados têm algum tipo de escolaridade. Uma percentagem de 36,7% no grupo II não tem qualquer tipo de escolaridade. No que respeita à situação profissional da amostra total, observou-se que 93,3% são reformados e 6,7% encontram-se a trabalhar, sendo que a totalidade dos participantes institucionalizados se encontram reformada. Também no estudo de Mestre (2011) constatou que a maioria dos idosos, estejam eles institucionalizados ou não, apresentam um determinado tipo de habilitação literária, contrariamente ao que se conhece da realidade portuguesa visto (INE, 2005). O estudo de Pereira (2010) verificou que 60% dos idosos institucionalizados possuía habilitações literárias (escolaridade básica).

A pontuação total e de ambas as dimensões da escala solidão foram superiores no grupo II, constatando-se diferenças significativas na dimensão isolamento. O grupo de estudo com idade superior a 80 anos e o grupo de idosos sem companheiro apresentou sentimentos de depressão e ansiedade superiores. O grupo II apresentou uma pontuação significativamente inferior na escala da esperança comparativamente ao grupo INI. O grupo II, também, obteve pontuações mais altas para a escala total DASS-21 e para todas as subescalas com diferenças estatisticamente significativas em relação ao grupo não institucionalizado. Em suporte destes dados, destaca-se o estudo de Lopes e colaboradores (2010), onde os idosos não institucionalizados revelaram mais esperança, mais vontade em realizar atividades do seu agrado e coragem para enfrentar desafios. Um outro estudo, realizado por Oliveira e Lima (2011), verificou que os idosos institucionalizados apresentavam baixos níveis de esperança bem como sintomatologia depressiva e ansiosa. Os resultados da investigação de Correia e equipa (2012) mostraram que, perante uma amostra da população idosa residente em instituições e na comunidade, os níveis de solidão que cada grupo vivenciava eram diferentes de forma estatisticamente significativa. A investigação de Silva (2012) revelou que os idosos institucionalizados apresentavam maiores níveis de solidão do que os idosos não institucionalizados, o que vai de encontro aos resultados do presente estudo. Matias e colaboradores (2014) realizaram um estudo empírico com uma amostra de 25 idosos institucionalizados, tendo verificado que a solidão estava bastante presente

nesta população e que era condicionada, essencialmente, pela ausência da família (Matias et al., 2014).

A investigação de Azevedo (2009), constituída por uma amostra de idosos institucionalizados, revelou que, relativamente aos sintomas de depressão, estes atingiam 87% da população estudada. Dos idosos que foram identificados com sintomas de depressão, estes foram classificados como depressão leve em 65,5% dos casos, moderada em 29,9% e considerada depressão grave em apenas 4,6% dos casos identificados com depressão. Ainda na mesma investigação, através dos dados obtidos por meio da Escala de Ansiedade de Hamilton, foi possível verificar que a ansiedade estava presente em 92,0% da população estudada. Porém, na maior parte deles (57,6%), esta ansiedade foi diagnosticada como “leve”, em (31,5%) foi diagnosticada como “média” e em (10,9%) como “forte” (Azevedo, 2009). O estudo de Neto e Corte-Real (2013) pretendeu averiguar a prevalência da depressão, em pessoas institucionalizadas, bem como a sua rede de suporte social. Os resultados revelaram que 48% dos inquiridos apresentavam depressão ligeira e 24% depressão grave (Neto e Corte-Real, 2013). Oliveira (2011) verificou, através da análise dos dados, que os idosos que frequentam universidades seniores (INI) possuem menor nível de solidão subjetiva, corroborando uma vez mais os resultados apresentados neste estudo. A investigação desenvolvida por Mestre (2011), com idosos institucionalizados e não institucionalizados, vem contrariar os resultados do presente estudo, na medida em que não foram encontradas diferenças significativas entre os dois grupos para os níveis de esperança.

Na presente amostra as pontuações para a escala Solidão foram superiores nos idosos com mais de 80 anos, no género masculino, nos idosos sem escolaridade, sem companheiro e nos reformados. Dentro dos referidos o grupo que mais pontuou, em termos médios foi o grupo sem escolaridade ( $37,36 \pm 13,24$ ). A pontuação da esperança foi superior significativamente no grupo com idade inferior a 80 anos, bem como, os participantes que indicaram ter companheiro, os que têm algum nível de escolaridade. Vaz (2009), na análise a idosos institucionalizados, verificou uma taxa de 46,7% de depressão, sendo 13,4% considerada grave. Quando se relacionou os casos de depressão com a faixa etária, verificou-se que a maioria dos idosos deprimidos se encontrava no grupo de idade entre os 81 e os 100 anos (Azevedo, 2009). Encontrou-se ainda uma associação entre a escolaridade e a depressão, observada na relação de menor escolaridade/menor número de deprimidos (Azevedo, 2009). Esta análise vai de

encontro ao presente estudo, pois os resultados apontam para quanto maior a idade do indivíduo maiores os níveis de depressão.

Os sentimentos de depressão e ansiedade foram estatisticamente superiores no grupo de idade superior a 80 anos e no grupo dos participantes que não têm companheiro. Os níveis de stress foram estatisticamente inferiores nos idosos que não têm companheiro com uma pontuação média de  $26,26 \pm 3,79$ . As subescalas ansiedade e stress e a pontuação total da escala DASS-21 foram significativamente inferiores no grupo que de idosos que têm companheiro comparativamente aos que não têm. De acordo com o estado civil, os idosos sem companheiro obtiveram uma pontuação para a escala de  $73,81 \pm 11,88$  e os idosos com companheiro uma pontuação de  $63,24 \pm 10,18$  ( $p < 0,01$ ). Também no estudo desenvolvido por Gazalle, Hallal e Lima (2004) observou uma maior frequência de tristeza, ansiedade e perda de energia nos idosos institucionalizados. Neste estudo constatou-se ainda que os sintomas de depressão eram prevalentes nos idosos que viviam sozinhos, quando comparados com o grupo de idosos que vivia com o cônjuge (Gazalle, Hallal e Lima, 2004). Os idosos solteiros e/ou viúvos, quer se encontrassem em situação de institucionalização ou não, pareciam apresentar uma maior tendência para sintomas depressivos (Gazalle, Hallal e Lima, 2004).

Nunes (2008) avaliou a incidência de depressão em idosos inseridos na comunidade e idosos institucionalizados, relacionando-a com rendimentos económicos e grau de escolaridade no distrito do Porto e concluiu que a taxa de prevalência de depressão encontrada em pessoas com mais de 65 anos foi de 62,9%, em ambos os grupos refletindo-se em rendimentos económicos mais baixos. A taxa de analfabetismo e baixa escolaridade revelou-se bastante elevada, afirmando que apenas 4% da amostra tinha mais do que a instrução primária, distinguindo-se 42% analfabetos no grupo dos institucionalizados e 34,9% no grupo de idosos inseridos na sociedade (Nunes, 2008). Martins (2008) verificou ainda que as pessoas idosas mais velhas (mais de 84 anos) apresentavam mais casos de depressão grave, ou seja, é possível apontar que existe uma associação entre os sintomas depressivos e o aumento da idade. Ademais, os idosos não escolarizados apresentavam mais casos de depressão grave (Martins, 2008). Fernandes, Nascimento e Costa (2010), na sua investigação, verificaram a existência de uma maior ocorrência de sintomas depressivos entre os idosos com idade mais avançada. De modo semelhante, Hughes (2005), na sua investigação, chegou à conclusão de que quando a

depressão é considerada sob um ponto de vista holístico, não sendo subdividida, é provável que a prevalência aumente com a idade. O estudo de Carreira e colaboradores (2011) e colaboradores pretendeu investigar a prevalência da depressão em idosos institucionalizados, utilizando, para o efeito, uma amostra de 60 idosos residentes num lar. Segundo os resultados, a maioria dos idosos (61,6%) apresentava um quadro depressivo, 51,7% tinham idades compreendidas entre os 60 e os 79 anos e 33,3% eram indivíduos do sexo feminino, sendo que a maioria era analfabeta ou tinha apenas a instrução primária (Carreira et al., 2011).

No estudo presente, o isolamento foi mais sentido no grupo de participantes com companheiro e que estão institucionalizados comparado com os participantes com companheiro que não estão institucionalizados, com diferenças estatisticamente significativas entre grupos nas categorias referidas. Ainda que não se tenham observado diferenças por grupos, os idosos reformados institucionalizados obtiveram uma pontuação superior em todas as subescalas e conseqüentemente no total da escala Solidão. Também no estudo de Frade e colaboradores (2012) os dados indicaram a prevalência de sintomas de depressão nos idosos solteiros e viúvos relativamente aos idosos casados (Frade et al., 2012). Ussel (2001) apresenta no seu estudo uma forte relação entre a viuvez e a solidão em pessoas idosas. No entanto, é difícil definir se o sentimento de solidão foi causado pela morte do cônjuge ou foi apenas reforçado por este fator, pois muitas vezes o sentimento de solidão já existe sendo apenas potencializado. Costa (2012), na sua investigação, verificou que existem diferenças e correlações significativas, constatando-se um predomínio da solidão em idosos sem companheiro, quando comparados com idosos com companheiro.

Os participantes do género masculino institucionalizados pontuaram mais e de forma significativa que os não institucionalizados com diferenças na pontuação de 5,07 pontos para a subescala depressão, 4,39 pontos para a subescala ansiedade, 2,5 pontos para a subescala stress e 11,87 pontos para a pontuação total da escala referida. Freitas (2011) vem contrariar os dados desta amostra uma vez que no seu estudo os idosos do género feminino obtiveram resultados mais elevados na escala da solidão, sendo esta diferença estatisticamente significativa. Silva e colaboradores (2012), na sua investigação com idosos, verificaram que a depressão é altamente prevalente entre idosos institucionalizados, sendo mais comum entre as mulheres (Silva et al., 2012), o que não vai de encontro com o resultado encontrado neste estudo, uma vez que houve

uma maior prevalência no sexo masculino. A investigação de Costa (2012) vem também refutar os resultados acerca do gênero, uma vez que no seu estudo as mulheres apresentaram uma maior tendência para se sentirem sós do que os homens, facto corroborado por investigadores como Monteiro e Neto (2008) e Kivett, (1979). Os homens parecem apresentar menos sentimentos de solidão, sendo que a causa possa estar relacionada com uma maior dificuldade na expressão das suas emoções (Costa, 2012).

Em relação à idade, existem diferenças estatisticamente significativas entre o grupo dos 65-74 anos e 75-84 anos, uma vez que o grupo dos 75-84 anos tem uma pontuação na escala de solidão superior ao grupo dos 65-74 anos (Freitas, 2011). Ademais, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas no que diz respeito ao estado civil, diferenças essas entre casados e solteiros, casados e separados/divorciados e casados e viúvos. Como se pode verificar, os casados têm uma pontuação significativamente inferior aos restantes, o que quer dizer que os casados têm uma perceção de solidão mais reduzida do que os outros (Freitas, 2011).

O grupo II, com escolaridade, experimentam mais sintomatologia depressiva e stress que os idosos do grupo INI. O grupo de idosos reformados institucionalizados pontuou mais nas três subescalas, com diferenças estatisticamente significativas, comparativamente com os reformados do grupo INI.

Foram os idosos do grupo II com idade superior a 80 anos, sem companheiro e sem escolaridade que mais pontuaram na escala, ainda que não se tenham observado diferenças significativas. De acordo com Pimentel, Afonso e Pereira (2012), existe uma incidência elevada de depressão nos idosos, sendo a sua prevalência maior nos idosos que se encontram institucionalizados. Estes autores argumentam ainda que o nível de depressão tende a ser maior nos idosos como mais de 75 anos.

Existe imensa literatura que vem realçar a prevalência da solidão, da depressão e da ansiedade nos idosos institucionalizados. Por exemplo, um estudo norte-americano, realizado por Black e colaboradores (1997), revelou uma predominância da depressão em pessoas idosas institucionalizadas, em relação aos não institucionalizados, verificando-se ainda uma diferença de 50% na depressão, sendo esta superior nos idosos institucionalizados. Um outro estudo com idosos institucionalizados e não institucionalizados verificou que a prevalência de depressão geriátrica e ideação suicida se encontrava presente nos idosos institucionalizados (Sridevi e Swath, 2014). Martins

(2008), num estudo sobre a depressão nos idosos, menciona que o envelhecimento, associado a fatores de exclusão social, contribui para aumentar a probabilidade de desenvolvimento de depressão. Afirma ainda que a percentagem de pessoas idosas com perturbação depressiva é elevada, sendo estes valores agravados nas que residem em lares uma vez que a institucionalização pode ser vivenciada como stressante. Damián, Pastor-Barriuso e Valderaama-Gama (2010) verificaram, no seu estudo, que a prevalência de sintomatologia depressiva nos idosos institucionalizados era significativamente maior do que nos idosos não institucionalizados (46,5%). Um outro estudo, com uma amostra de 100 idosos institucionalizados revelou que a prevalência da depressão foi de 56%, nos quais 23.2% tinham depressão severa. 60% da população feminina e 52% da população masculina do estudo tinha depressão (Wijeratne et al., 2008). A probabilidade de apresentar sintomatologia depressiva foi mais alta nos idosos institucionalizados (Frade et al., 2015). Santana e Filho (2007) concluíram no seu estudo que a prevalência de sintomas depressivos foi maior em idosos com idade acima dos 80 anos (29.4%) quando comparada àqueles com idade entre 60 e 80 anos (15.8%). Tal como este estudo, na presente investigação também se verifica que os idosos institucionalizados pontuam mais na depressão que os idosos não institucionalizados.

No que diz respeito à ansiedade, importa destacar uma investigação epidemiológica com uma amostra constituída por 18.571 indivíduos, levada a cabo por Regier e colaboradores (1988), onde se presenciou que 5,5% dos idosos com mais de 65 anos manifestavam uma perturbação de ansiedade. Rocha e Ribeiro (2011) realizaram um estudo com idosos institucionalizados e os resultados indicaram que estes apresentavam níveis elevados de ansiedade e stress. Cruz, Silva e Dias (2014) realizaram um estudo com idosos institucionalizados e não institucionalizados, e os dados revelaram que os idosos que residem em comunidade apresentavam índices menores de stress em relação aos idosos institucionalizados.

Contrariando grande parte dos estudos que focalizam os aspetos acerca do processo de envelhecimento, os resultados da investigação de Santos (2014) revelaram que os idosos institucionalizados e os não institucionalizados experienciam as suas condições atuais de forma positiva, revelando que, independente da condição de estarem institucionalizados ou não, a vivência de sentimentos positivos se sobrepõe aos negativos e os afetos como a alegria, a esperança e a coragem estão muito presentes nas suas vidas.

Na mesma linha de pensamento, Jesus e Pergher (2010) desenvolveram um estudo com dois grupos de idosos: os institucionalizados e os não institucionalizados e afirmaram que a institucionalização não exerce influência sobre os sintomas emocionais de depressão e ansiedade em idosos, uma vez que não existe diferença significativa de sintomas emocionais entre os dois grupos estudados. Martins e Mestre (2014) desenvolveram um estudo com idosos institucionalizados e não institucionalizados e os seus resultados vão na mesma direção de pensamento. Os dados do estudo evidenciaram que 52% dos idosos apresentavam níveis elevados de esperança, sendo esta superior em idosos institucionalizados. De acrescentar que 52% dos idosos também percecionavam uma boa qualidade de vida, porém, esta era superior nos idosos não institucionalizados (Martins e Mestre, 2004).

No nosso estudo a solidão (total) associa-se positivamente e de forma significativa com a escala isolamento e negativamente com a escala afinidades. A pontuação total da escala DASS-21 apresenta uma associação positiva significativa com as subescalas depressão e ansiedade. A esperança associou-se de forma negativa e significativa com a solidão (total e subescala isolamento) e com a pontuação total da escala DASS-21 e subescalas depressão e ansiedade. Relativamente às correlações no grupo II a associação entre a solidão total e ansiedade é positiva, já no grupo INI isso não se verifica, pois o facto de estarem institucionalizados interfere nesta correlação. Também Vaz e Gaspar (2011) realizaram um estudo onde verificaram que o nível de depressão é mais elevado nos idosos com maior solidão. Os autores obtiveram uma correlação positiva moderada e significativa entre a variável solidão e a depressão, ou seja, quando maior for a solidão, maior o nível de depressão (Vaz e Gaspar, 2011).

O presente estudo revela algumas particularidades e deve ser analisado com alguma atenção. Primeiramente pelo fato de ser um estudo constituído por uma amostra maioritariamente do sexo feminino, que poderá ser uma condicionante nos nossos resultados. Seria uma mais-valia neste estudo saber o tempo de institucionalização do idoso e a forma como foi feito (com a sua vontade ou não), pois pode influenciar a forma como se apresentam emocionalmente. Importante é também o fato de neste estudo os resultados da Escala de Depressão, Ansiedade e Stress (DASS-21) terem que ser analisados com cautela, dada a sua pequena fidedignidade nesta amostra.



**Intervenção em estados emocionais negativos nos Idosos:**

A intervenção na depressão e na solidão em idosos é fundamental, principalmente naqueles que vivem institucionalizados e não têm grande apoio ou uma grande rede social. Um dos aspetos visíveis nos lares e centros de dia é a ausência de psicólogos disponíveis para acompanhar os utentes (Barroso, 2006). Seria crucial a criação de equipas multidisciplinares interventivas com a finalidade de desenvolver uma rede de suporte e apoio, um espaço onde as pessoas se sentissem confortáveis para trocar experiências (Neto, 2000). Tal equipa poderia fomentar as relações interpessoais dos idosos (com os restantes utentes, com os colaboradores, familiares, entre outros), na qualidade de vida, na autoestima, assim como a diminuição da solidão e da depressão. Aqui importa ainda frisar que existe uma relação entre a solidão e a depressão, pelo que seria importante apostar na prevenção da solidão, como forma de prevenir o aparecimento de sintomatologia depressiva (Barroso, 2006). O suporte familiar, ainda não referido, é, sem dúvida, o pilar para o evitamento de sentimentos de solidão, uma vez que as relações familiares fazem parte da identidade do idoso e se se perde esses laços familiares, é normal que o idoso perca parte da sua identidade, o que vai levar a que desenvolva sentimentos de desesperança, tristeza, baixa autoestima, solidão, isolamento, desligamento, de não pertença, entre outros sentimentos negativos (Barroso, 2006).

É necessário trabalhar junto dos profissionais de saúde, porém, o mais importante é, mesmo assim, o mais difícil é consciencializar as famílias para o impacto da solidão e da depressão no idoso e arranjar disponibilidade para que possam passar algum tempo de qualidade com os seus familiares.



## **Referências Bibliográficas**

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4ª ed., texto revisto). Lisboa: Climepsi Editores.

Apóstolo, J. L. A., Mendes, C., & Azeredo, A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression Anxiety and Stress Scales (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14 (6), 863-871.

Azevedo, J. V. (2009). *Prevalência de Depressão e Ansiedade em idosos institucionalizados no município de Ji-Paraná- Rondônia*. (Dissertação de mestrado não publicada). Universidade de Brasília, Brasil.

Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2003). *Escala de depressão geriátrica*. Lisboa: Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demências.

Barros, J. (2003). Esperança: Natureza e avaliação. *Psicologia, Educação e Cultura*, 7, 83-106.

Barroso, V. L., & Tapadinhas, A. R. (2006). *Órfãos de solidão e depressividade face ao envelhecimento – estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados*. Retirado em 8, Outubro, 2015, de [www.psicologia.com.pt](http://www.psicologia.com.pt)

Berger, A. K., Fratiglioni, L., Winblad, B., & Bäckman, L. (2005). Alzheimer's disease and depression: preclinical comorbidity effects on cognitive functioning: Special Section on "Cognition and ageing brain". *Cortex*, 41, 603-612.

Black, B., Rabins, P., German, P., McGuire, M., & Roca, R. (1997). Need and unmet need for mental health care among elderly public housing residents. *The Gerontologist*, 37(6), 717-728.

Boone, K. B., Salazar, X., Lu, P., Warner-Chacon, K., & Razani, J. (2002). The Rey-15-item recognition trial: a technique to enhance sensitivity of the Rey-15 item memorization test. *Journal of clinical and Experimental Neuropsychology*, 24, 5, 561-573.

Borkowski, J. G., Bentom, A. L., & Spreen, O. (1967). Word fluency and brain damage. *Neuropsychologia*, 5 (2), 135-140.

Cardão, S. (2009). *O Idoso Institucionalizado*. Lisboa: Coisas de Ler.

Carreira, L., Botelho, M. R., Matos, P. C. B., Torres, M. M., & Salci, M. A. (2011). Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. *Rev Enferm UERJ*, 13 (2), 268-273.

Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd Edition). Hillsdale, NJ: Lawrence Earlbaum Associates.

Correia, C. S. L. (2012). *A qualidade de vida e solidão em idosos institucionalizados e na comunidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica pelo Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Cruz, M. D. O., Silva, A. G. B., e Dias, E. N. (2014). *Avaliação do estresse e estratégias de coping de idosos da comunidade e institucionalizados*. XVII Congresso de Iniciação Científica da Universidade de Mogi das Cruzes.

Damián, J., Pastor-Barriuso, R., & Valderaama-Gama, E. (2010). Descriptive epidemiology of undetected depression in institutionalized older people. *J Am Med Dir Assoc*, 11 (5), 312-319.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71-75.

Espirito Santo, H. e Daniel, F. B. (2015). Calcular e apresentar tamanhos do efeito em trabalhos científicos (1): As limitações do  $p < 0,05$  na análise de diferenças de médias de dois grupos. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social*, 1 (1), 3-10.

Fernandes, M. G., Nascimento, N. F., & Costa, K. N. (2010). Prevalência e determinantes de sintomas depressivos em idosos atendidos na atenção primária de saúde. *Revista Rene Fortaleza*, 11 (1), 19- 27.

Frade, J., Barbosa, P., Cardoso, S., & Nunes, C. (2015). Depressão no idoso: sintomas em indivíduos institucionalizados e não-institucionalizados. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 41-49.

Freitas, P. C. (2011). *Solidão em idosos: percepção em função da rede social II ciclo de gerontologia social aplicada*. Universidade Católica de Portuguesa- Centro Regional de Braga. Faculdade de Ciências Sociais.

Gazalle, F. K., Hallal, P. C., & Lima, M. S. (2004). Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 145-149.

Gomes, A. (2005). Sono, sucesso acadêmico e bem-estar em estudantes universitários.

Gonçalves, R. L. (2010). *Famílias de idosos da quarta idade: dinâmicas familiares*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Hughes, C. (2005). Depression in older people. *Nursing older people: independence, autonomy and self-fulfillment*, 4, 529-554.

James, U. T. (2013). *Prevalence and treatment of depression amongst institutionalized elderly: literature review*. Degree thesis: human ageing and elderly service.

Jantsch, A., Machado, R. L., Behar, A. P., & Lima, V. J. (2012). As redes sociais e a qualidade de vida: os idosos na era digital. *IEEE-RITA*, 7, 4.

Jesus, J., & Pergher, G. K. (2010). *Sintomas emocionais e a institucionalização de idosos*. Dissertação de Graduação em Psicologia da Faculdade Integrada de Taquara.

Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3ª ed.). New York: Oxford University Press.

Lopes, C. I. P., Aguinha, M. S., Lopes, F. D. O., Petronilho, S. M. S., Valeiro, L. M. P., & Dixe, M. A. (2010). Esperança e desesperança nos idosos. *International Journal of Development and Educational Psychology*, 2, 883-894.

Martins, R., & Mestre, M. (2014). Esperança e qualidade de vida em idosos. *Millenium*, 47, 153-162.

Matias, G. F. S., Bezerra, I. M., Antão, J. Y. F., Dantas, M. N. L., Martins, A. A. A., Silva, Y. M., & Machado, M. F. A. (2014). *Solidão na percepção de idosos institucionalizados: compreendendo os fatores condicionantes*. III Congresso Online: Gestão, Educação e Promoção da Saúde.

McGouvall, F. A., Matthews, F. E., Kvaal, K., Dewey, M. E., & Brayne, C. (2007). Prevalence and symptomatology of depression in older people living in institutions in England and Wales. *Aging*, 36 (5), 562-568.

Neto, M. J., & Corte-Real, J. (2013). *A pessoa idosa institucionalizada: depressão e suporte social*. 26ª Reunião do GEECD.

Neu, D. K. M., Lenardt, M. H., Betioli, S. E., Michel, T., & Willig, M. H. (2011). Indicadores de depressão em idosos institucionalizados. *Cogitare Enferm*, 16 (3), 418-423.

Nunes, B. (2008). *Envelhecer com saúde. Guia para melhorar a sua saúde física e psíquica*. Lisboa. LIDEL.

Oliveira, J. A. G., & Lima, M. P. (2011). Terapia de esperança: uma intervenção grupal que visa promover a esperança de idosos institucionalizados. *Psicologia, Educação e Cultura, 15*, 2, 229-244.

Orestes e Forlenza. (2000). Transtornos depressivos na doença de Alzheimer: diagnóstico e tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 22* (2), 87-95.

Pimentel, A. F., Afonso, R. M., & Pereira, H. (2012). Depression and social support in old age. *Psicologia, Saúde e Doenças, 13* (2), 311-327.

Pocinho, M., Farate, C., Dias, C. A., Lee, T., & Yesavege, J. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist, 32* (2), 223-236.

Regier, D. A., Boyd, J. H., & Burke, J. R. (1988). One-month prevalence of mental disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry, 45*, 977-986.

Rocha, A. R. T. (2011). *Avaliação de necessidades em idosas institucionalizadas com doença mental prolongada*. Dissertação de Mestrado da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

Rocha, M. D. M., & Ribeiro, M. C. (2011). Projeto saúde do idoso institucionalizado: atuação dos profissionais na atenção à saúde dos idosos residentes em instituição de longa permanência. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, 9*, 1, 152-172.

Runcan, P. L., Hategan, M., Barbat, C., & Alexiu, M. T. (2010). The emergence of depression in the elderly. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 2*, 4966-4971.

Russel, D., Peplau, L., & Ferguson, M. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment, 42*, 290-294.

Santana, A. J., & Filho, J. C. B. (2007). Prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados na cidade do salvador. *Revista Baiana de Saúde Pública, 31*, 1, 134-146.

Santiago, L. C., & Mattos, I. E. (2014). Prevalência e fatores associados à fragilidade em idosos institucionalizados das regiões Sudeste e Centro-Oeste do Brasil. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 17* (2), 327-337.

Santos, M. C. (2014). *Estudo comparativo da psicoafetividade de idosos institucionalizados e de idosos não institucionalizados*. Psicologia: O Portal dos Psicólogos.

Savikko, N. (2008). *Loneliness of older people and elements of an intervention for its alleviation*. Turun Yliopisto.

Silva, C. P. A. (2012). *O idoso e a institucionalização: o fenómeno da solidão*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica pelo Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Silva, L. M., Silva, A. O., Tura, L. F. R., Moreira, M. A. S. P., Rodrigues, R. A. P., & Marques, M. C. (2012). Representações sociais sobre qualidade de vida para idosos. *Rev. Gaúcha Enfermagem*

Silva, E. R., Sousa, A. R. P., Ferreira, L. B., & Peixoto, H. M. (2012). Prevalência e fatores associados à depressão entre idosos institucionalizados: subsídio ao cuidado de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, 46 (6), 1387-1393.

Simões, A. (1993). São os homens mais agressivos que as mulheres? *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVII (3), 387-404.

Sridevi, G., & Swath, P. (2014). Death anxiety, death depression, geriatric depression and suicidal ideation among institutionalized and non institutionalized elders. *International Journal of Scientific and Research Publications*, 4, 10, 1-8.

Vaz, S. F. A. (2009). *A depressão no idoso institucionalizado: estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança*. Dissertação de Mestrado pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto.

Vaz, S. F. A., & Gaspar, N. M. S. (2011). Depressão em idosos institucionalizados no distrito de Bragança. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 49-58.

Victor, C., & Boldy, L. (2005). Measuring loneliness in later life: a comparison of differing measures. *Reviews in Clinical Gerontology*, 15, 63-70.

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.

Wijeratne, M. D. M., Wijerathne, S. A., Wijesekara, S. G., & Wijesingha, I. (2008). Prevalence of depression among institutionalized elders in the Colombo district. *Student Medical Journal*, 1 (1), 27-31.