



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

**A SOLIDÃO COMO FATOR DE RISCO
PARA A DEPRESSÃO,
NA TERCEIRA IDADE.**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Filipa Cardoso Costa



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2013



**Universidade Católica Portuguesa
Centro Regional de Braga**

**A SOLIDÃO COMO FATOR DE RISCO
PARA A DEPRESSÃO,
NA TERCEIRA IDADE.**

Dissertação de Mestrado apresentada à
Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em **Psicologia
Clínica e da Saúde.**

Filipa Cardoso Costa

Sob a Orientação do Prof.^a Doutor **João Carlos
Major**



FACULDADE DE FILOSOFIA
SETEMBRO 2013

Agradecimentos

Gostaria de agradecer a todos aqueles que ajudaram a tornar possível este trabalho, contribuindo direta ou indiretamente para a realização do mesmo:

- Ao meu orientador de dissertação, Professor Doutor João Major, pelos ensinamentos e orientações e pela disponibilidade demonstrada;
- À Guarda Nacional Republicana, em especial ao Sr. Coronel Vítor Manuel Casal e ao Sr. Tenente Manuel Batista, Comandante de Doutrina e Formação que me autorizaram a investigação e ao Sr. Capitão Carlos Fernandes, Comandante do Destacamento Territorial de Guimarães, Comando Territorial de Braga que me acompanhou e supervisionou no estudo;
- Aos párocos das freguesias do distrito de Braga pela disponibilidade de divulgação da investigação junto dos paroquianos inquiridos;
- Aos idosos que integraram o estudo pela colaboração, amabilidade e receptividade;
- À instituição onde trabalho e aos seus dirigentes pelo encorajamento e flexibilidade demonstrados.
- Aos meus pais pelo carinho, apoio e incentivo dedicados.
- Ao meu namorado, aos meus amigos e colegas que me motivaram e auxiliaram sempre com os bons conselhos.

A todos,

um muito obrigada!

Filipa Costa

Resumo

Segundo Hawkley et al (2008; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala 2005, cit. in Cacioppo, Hawkley, & Thisted, 2010) existem uma série de fatores situacionais que aumentam o risco de solidão, nos mais idosos, fatores esses que associados às perdas contínuas, ao declínio físico e à maior presença de incapacidades propiciam, simultaneamente, a depressão nos mais idosos (Ballone, 2002, cit. in Martins, 2008), fazendo com que esta seja a alteração psiquiátrica mais frequente nesta faixa etária: dois em cada três seniores que vão à consulta externa de psiquiatria têm depressão (Mirchandani (1991, cit. in Martins, 2008). A solidão, por sua vez, tem vindo a ser associada a diversas doenças físicas e psíquicas (depressão e ansiedade) (DiTomaso & Spinner (1997, cit. in Fernandes & Neto, 2009) existindo mesmo diversos estudos que apontam a solidão como fator de risco para a morbidade e mortalidade (Luo, Hawkley, C, Waite & Cacioppo, 2012).

Assim sendo, e tendo por base a revisão bibliográfica, o objetivo da investigação foi investigar em que medida a solidão seria um fator de risco para a depressão, na terceira- idade. A amostra foi constituída por 100 idosos isolados, referenciados pela GNR e do distrito de Braga, sendo constituída por indivíduos de ambos os géneros, com um total de 77 mulheres (77%) e 23 homens (23%). Para a colheita de dados e, uma vez que, o que pretendemos avaliar com o estudo é a solidão e a depressão, na terceira- idade e em que medida existirá uma relação entre ambos, os instrumentos escolhidos foram o questionário sociodemográfico que permitiu fazer uma caracterização individual dos participantes, em seguida, a Escala de Solidão (UCLA) que avaliou a solidão, distinguindo-a de outros construtos e, por fim, a Escala Geriátrica da Depressão (GDS) que avaliou especificamente a sintomatologia depressiva.

Os resultados do presente estudo revelaram uma relação significativa entre os sentimentos de solidão e depressão e que idosos que vivem sós têm níveis de solidão estatisticamente superiores aos que vivem acompanhados. A variável sociodemográfica género demonstrou influência na depressão, mas não na solidão.

Palavras-chave: idosos, solidão, depressão.

Abstract

According to Hawkley et al (2008;Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala 2005, cit. in Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010) there are plenty of situational factors that increase the risk of loneliness on the most elderly people, factors that associated to continuous loses, to physical decline, and to the presence of disabilities propitiate, simultaneously, depression on elderly people (Ballone, 2002, Cit. in Martins, 2008), being this the most frequent psychic alteration at this age group: two in each three seniors that go to the external psychic appointment have depression (Mirchandani (1991, cit. in Martins, 2008). Loneliness, on the other hand, has been associated to several physical and psychic diseases (depression and anxiety) (DiTomaso & Spinner (1997, cit. in Fernandes & Neto, 2009), existing several studies that point loneliness as a risk fator to morbidity and mortality (Luo, Hawkley, C, Waite & Cacioppo, 2012).

Therefore, and having as base the bibliographic review, the objective of this study was to investigate in what dimension loneliness would be a risk fator to depression in third age. The sample is constituted by 100 isolated seniors, referenced by the GNR and the district of Braga, of both genders, with a total of 77 women (77%) and 23 men (23%). For the data collection, and once what we pretend to evaluate is loneliness and depression in third age and in what point there is a relation between both, the chosen instruments were the sociodemographic survey, which allowed making an individual characterization of the participants. Next the Scale of Loneliness (UCLA), which has evaluated loneliness distinguishing it of other constructs and, finally, the Geriatric Depression Scale (GDS) that has specifically evaluated the depressive symptomatology.

The results of the present study revealed a significant relation between the feelings of loneliness and depression and that the seniors that live alone have levels of loneliness statistically superiors to those who don't live by themselves. The sociodemographic variant showed influence on depression, but not on loneliness.

Key-words: seniors, loneliness, depression.

Índice

Agradecimentos	ii
Resumo	iii
Abstract.....	iv
Índice de anexos	vii
Índice de quadros.....	viii
Índice de figuras	viii
<u>Parte I: Contextualização teórica</u>	
Introdução geral.....	10
<u>Capítulo I: Envelhecimento</u>	
1.1. Envelhecimento: definição	12
1.2. Demografia	12
1.3. Causas e consequências do envelhecimento.....	14
1.4. Conceitos	15
1.5. Teorias do envelhecimento: teorias psicológicas	17
<u>Capítulo II: Solidão</u>	
2.1. Definições.....	23
2.2. Prevalência e incidência	24
2.3 Manifestações clínicas e tipos de solidão	25
2.4. Determinantes da solidão	26
2.5. Consequências	27
2.6 Grupos de risco.....	28
2.7. Modelos teóricos	29
2.8. Conclusão	31
<u>Capítulo III: Depressão</u>	
3.1. Definições.....	32
3.2. Prevalência e incidência	33
3.3. Sintomatologia.....	35
3.4. Causas.....	36
3.5. Fatores de risco.....	37
3.6. Diagnóstico.....	38
3.7. Tratamento.....	39

<u>CapítuloIV: SolidãoDepressão</u>	41
<u>Parte II: Metodologia de Investigação</u>	
1. Objetivos.....	45
2. Hipóteses e variáveis	45
3. Método e desenho da investigação	47
4. População e amostra	47
5. Métodos e Técnicas de colheita de dados.....	48
5.1. Procedimentos de recolha de dados.....	48
5.2. Instrumentos de avaliação	49
5.3. Questionário sociodemográfico.....	50
5.4. Escala de Solidão da UCLA	50
5.5. Escala Geriátrica de Depressão	51
6. Apresentação de resultados	53
6.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	53
6.2. Fidelidade dos instrumentos	58
6.3. Hipóteses	58
7. Discussão dos resultados	62
Conclusões e reflexões finais	67
Bibliografia.....	69
Anexos.....	75

Índice de anexos

Anexo A- Consentimento informado	76
Anexo B- Questionário sociodemográfico	77
Anexo C- Escala de Solidão da UCLA	78
Anexo D- Escala Geriátrica de Depressão (EGD).....	80
Anexo E- Autorização para a investigação.....	82
Anexo F- Autorização para a utilização dos instrumentos	83
Anexo G- Divulgação da investigação	85
Anexo H- Dados relativos ao estudo	86
Anexo I- Termo de compromisso e confidencialidade.....	89

Índice de quadros

Quadro 1- Caracterização sociodemográfica da amostra.

Quadro 2- Caracterização sociodemográfica da amostra (cont.).

Quadro 3- Resultados da análise da consistência interna.

Quadro 4- Frequência absoluta e relativa dos totais da *Escala Geriátrica de Depressão* (EGD).

Quadro 5- Coeficientes de correlação de *Pearson* entre a solidão e a depressão.

Quadro 6- Teste t de medidas independentes na comparação entre géneros.

Quadro 7- Teste t de medidas independentes na comparação entre variáveis.

Índice de figuras

Figura 1- Teste *Mann-Whitney* para análise dos scores de depressão e da variável género.

Parte I

Contextualização teórica

Introdução geral

De acordo com os resultados dos Censos de 2001 (cit. in Correia, 2003) a alteração demográfica mais importante e evidente foi o acentuado envelhecimento da população portuguesa. Segundo a ONU (Félix, s/d) e o último relatório técnico sobre as previsões da população mundial, nos próximos 43 anos o número de pessoas com mais de 60 anos será três vezes maior do que o atual e os idosos representarão um quarto da população mundial projetada. Por sua vez, o envelhecimento acomete uma série de modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, resultando numa maior vulnerabilidade ao mesmo (Netto, 2006).

Segundo Hawkey et al (2008; Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala 2005, cit. in Cacioppo, Hawkey, & Thisted, 2010) o baixo nível socioeconómico, a má qualidade conjugal, o pouco contato com amigos e família, a falta de papéis sociais, a falta de participação em organizações voluntárias, alguns sintomas de doença e as limitações físicas constituem fatores situacionais que aumentam o risco de solidão, nos mais idosos. Estes fatores associados às perdas contínuas, ao declínio físico e à maior presença de incapacidades propiciam, simultaneamente, a depressão nos mais idosos (Ballone, 2002, cit. in Martins, 2008), fazendo com que esta seja a alteração psiquiátrica mais frequente nesta faixa etária: dois em cada três seniores que vão à consulta externa de psiquiatria têm depressão (Mirchandani (1991, cit. in Martins, 2008).

Podemos constatar que os temas da solidão e da depressão estão intimamente relacionados com o envelhecimento, não só por serem construtos que têm muitas características em comum, mas também por existirem dados científicos que comprovam a associação entre os mesmos. Por exemplo, um estudo de Chou & Chi, 2004 & Cacioppo et al., (2006, cit. in Dong, Chang, Wong, & Simon, 2011) revelou que a solidão prediz sintomas depressivos, sendo estes um dos determinantes psicológicos da solidão. Também McWhriter (1990, cit. in Netto & Barros, 1999) constatou na sua investigação que a solidão aparece muitas vezes associada a doenças como a depressão, o suicídio, a hostilidade e as doenças psicossomáticas.

Sintetizando, podemos concluir através da pesquisa bibliográfica efetuada que os idosos são o grupo etário mais vulnerável à depressão, existindo simultaneamente uma

série de fatores que os tornam mais suscetíveis também à solidão, sendo a própria sociedade responsável ao contribuir para a banalização do sofrimento, da solidão e da depressão, nesta fase de vida, e ao não permitir uma participação mais ativa destes nas esferas sociais, banalizando, simultaneamente, a comunicação, os laços sociais, as redes primárias (vizinhos e familiares) e de proximidade que tem um papel decisivo na segurança afetiva e material dos indivíduos, contribuindo como um antídoto à solidão.

Esta dissertação será dividida em duas partes e quatro capítulos teóricos. Na primeira parte será feita toda a abordagem teórica da temática, sendo que no primeiro capítulo contextualizamos o envelhecimento a nível demográfico, etimológico, epidemiológico, fazendo uma breve referência às principais teorias do envelhecimento. O segundo capítulo abordará toda a temática da solidão, desde as diferentes definições, a prevalência e a incidência, as suas causas e consequências, os principais grupos de risco e os modelos teóricos. No terceiro capítulo falaremos acerca da depressão, contextualizando-a em termos teóricos, epidemiológicos e clínicos e, por fim, relacionaremos a solidão e a depressão. Na segunda parte passaremos à investigação empírica, definindo a amostra, os objetivos do estudo, as hipóteses a testar e os instrumentos de recolha de dados utilizados, para, posteriormente apresentar e discutir os resultados obtidos.

Capítulo I: Envelhecimento

1.1. Envelhecimento: definição

O envelhecimento trata-se de um *continuum*, começando com a concepção e terminando com a morte, sendo um processo dinâmico e progressivo, em que existem modificações morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas, que determinam a perda da capacidade de adaptação do indivíduo ao meio ambiente, resultando numa maior vulnerabilidade do mesmo (Netto, 2006). Para Birren (1995, cit. in Paúl, 2006) cada indivíduo tem um papel ativo no seu próprio envelhecimento, influenciando o modo como este interage com o meio físico e social.

Existem diversas variáveis que influenciam o processo de envelhecimento, tornando-o complexo, heterogêneo (varia de pessoa para pessoa), universal (inerente a todo o ser-vivo) e contínuo (ao longo de toda a vida) (Fernandes, 1999, cit. in Oliveira 2005). A variabilidade não se verifica somente entre indivíduos, mas também na própria pessoa, uma vez que algumas dimensões envelhecem mais rapidamente do que outras (Spar & La Rue, 1998).

1.2. Demografia

De acordo com os resultados dos Censos de 2001 (cit. in Correia, 2003), a alteração demográfica mais importante e evidente foi o acentuado envelhecimento da população portuguesa. Segundo a ONU (Félix, s/d) e o último relatório técnico sobre as previsões da população mundial, nos próximos 43 anos o número de pessoas com mais de 60 anos será três vezes maior do que o atual e os idosos representarão um quarto da população mundial projetada. Ao analisarmos o envelhecimento a nível mundial temos de ter em conta que o seu ritmo de crescimento difere de país para país, sendo esperado que os países desenvolvidos apresentem uma maior “taxa” de idosos, relativamente aos países em desenvolvimento, apesar de ser uma tendência que se tem vindo a reverter desde 1970. Altura a partir da qual se tem vindo a assitir a uma transição demográfica nos países menos desenvolvidos, traduzindo-se numa estagnação da população jovem e num aumento significativo da população com mais de 65 anos (Kinsella & Velkoff, 2001).

Em Portugal houve uma diminuição da população jovem (dos 0 aos 14 anos) e um aumento da população idosa (65 anos ou mais), que se traduziu num “envelhecimento da

pirâmide”, com um estreitamento na base e uma ampliação no topo. A comparação das pirâmides etárias de 1960 e 1998, disponibilizadas pelo INE (1999, cit. in Correia, 2003), permite-nos comprovar este fenómeno de inversão, em que o formato triangular passa a losângico (aspeto caraterístico das populações envelhecidas). Em relação à proporção entre o número de jovens e o número de idosos, que nos permite estimar o índice de envelhecimento de determinada população, em 2001, Portugal tinha 103 idosos para 100 jovens, o que se traduz numa diminuição da população jovem em 16% e num aumento da população idosa em 26,8%. Mais, estima-se que em 2020, o peso dos idosos será de 18.1%, enquanto a população jovem diminuirá para 16.1% (Correia, 2003). O resultado da diminuição das taxas de mortalidade tem-se refletido no aumento da esperança média de vida, sendo que hoje se espera que aos 65 anos uma mulher idosa ainda venha a viver mais 19,2 anos e um homem idoso mais 16,3 anos; mesmo para quem tem 85 anos, ainda é expetável que viva mais 5 anos (L.Kane, Ouslander & Abrass, 2005). Embora as mulheres tendam a viver mais anos do que os homens, o que faz com que se assista ao fenómeno da feminilização da velhice, estas vivem com mais incapacidades e com uma maior probabilidade de se depararem com a viúvez, com o papel de prestadoras de cuidados, com a institucionalização, entre outros (Smith, 2007).

Assim sendo, a partir do século XX, passamos de uma situação em que 4% da população tinha 65 anos ou mais para outra em que mais de 12% completaram 65 anos e até ao ano de 2030 haverão tantos indivíduos com mais de 75 anos quantos hoje em dia existem com mais de 65 anos. Depois dos 75 anos, a taxa relativa de crescimento aumenta a cada década, não sendo hoje em dia muito incomum “encontrar” centenários. (L.Kane, Ouslander & Abrass, 2005).

O aumento da expetativa de vida trás consigo um grande desafio: não só dar mais anos à vida, como mais vida aos anos, isto é, que o aumento da sobrevivência seja equivalente a uma sobrevida independente. Porém, sabe-se que este ideal é um pouco utópico, pois o envelhecimento está associado a uma série de doenças crónicas, como o cancro, as doenças cardiovasculares e as doenças pulmonares e demenciais que acarretam uma perda de capacidade funcional. Mas, na verdade, existem motivos para otimismo, uma vez que, dados fornecidos pelo *National Long-Term Care Survey* (cit. in L.Kane, Ouslander & Abrass, 2005) mostraram um declínio de 1% ou mais na taxa de incapacidade

entre os indivíduos idosos. Estes dados revelam que se não há uma tendência de diminuição de incapacidade, pelo menos existe uma maior predisposição de compensação dos efeitos do envelhecimento.

1.3. Causas e consequências do envelhecimento

As principais causas do envelhecimento populacional estão relacionadas com diversos fatores, como os avanços na medicina, a emancipação da mulher no mercado de trabalho, o surgimento do planeamento familiar, os casamentos tardios e o maior número de divórcios, o aumento dos fluxos migratórios (emigração) que conduzem, por sua vez, a uma diminuição das taxas de fecundidade e de natalidade, a uma diminuição das taxas de mortalidade e a um aumento da longevidade.

Como principais consequências do envelhecimento temos o aumento das despesas com a saúde, sendo os idosos a faixa etária que mais recorre dos serviços de saúde, acarretando um aumento dos custos de assistência de saúde e uma maior sobrecarga da segurança social, com uma consequente diminuição da população ativa em relação à população reformada, o que leva a uma maior dificuldade no pagamento das reformas. Em 2050, a relação população ativa versus população reformada será de duas pessoas em idade de trabalhar para cada pessoa com 65 anos ou mais (Marcel, 2008).

Todos os níveis da sociedade serão afetados pelo fenómeno do envelhecimento demográfico. A economia ver-se-á confrontada com um aumento contínuo do número de reformados. No plano social, as infraestruturas dos sistemas de proteção deverão adaptar-se a esta nova realidade. A nível cultural terão de surgir muitas modificações, a par do aumento do tempo de lazer. A nível médico, biológico e psicológico terão de haver mais pesquisas, no sentido de se compreender melhor os mecanismos do envelhecimento (Fontaine, 200).

Já desde há muito que a ONU reconhece a importância do envelhecimento e o impacto deste a nível mundial. Em 1982, decorreu a primeira Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, em que o propósito era iniciar um programa internacional de ação que visasse garantir a segurança económica e social das pessoas de idade, assim como criar oportunidades para que estas pessoas contribuam para o desenvolvimento dos seus países, reconhecendo-se simultaneamente a necessidade das sociedades reagirem perante as

consequências socioeconômicas do envelhecimento das populações e perante as necessidades especiais das pessoas de idade. Ainda, nesse âmbito, o mais recente Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (PIAE) resultado da II Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada em 2002, teve três direções prioritárias: idosos e desenvolvimento, promoção da saúde e bem-estar na velhice e, ainda, a criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento. Estas assembleias foram um marco no estudo do envelhecimento e permitiram definir um plano de ação para o envelhecimento, dirigido a governos e sociedades, alertando para a necessidade de direcionar políticas públicas voltadas para os idosos e para o desenvolvimento de estudos futuros sobre os aspetos do envelhecimento (Grasielle Silveira, 2010).

1.4. Conceitos

Quando falamos em envelhecimento existe um conjunto de termos e conceitos básicos que devem ser conhecidos e dominados. O envelhecimento (processo), a velhice (fase de vida) e o velho ou idoso (resultado final) constituem um conjunto de componentes que estão intimamente relacionados.

A velhice corresponde à última fase do ciclo de vida, que se caracteriza por um conjunto de manifestações somáticas e psicossociais que começam a tornar-se evidentes a partir da terceira década de vida, isto é, muito antes da idade cronológica que demarca o início da velhice (o que reflete a não definição exata do início da velhice). As manifestações somáticas e psicossociais associadas à velhice caracterizam-se essencialmente pela redução da capacidade funcional, pelas alterações físicas evidentes (ex.: calvície, rugas) e pelas perdas sociais, psicológicas, motoras e afetivas (Netto, 2006).

De acordo com a OMS (Félix, s/d) é idoso, num país em desenvolvimento, o habitante de 60 anos ou mais e, num país desenvolvido, o habitante de 65 anos ou mais. Dentro da faixa etária dos idosos, esta pode ser dividida em três grupos: os idosos jovens, dos 65 aos 75/80 anos, os idosos velhos, dos 75 aos 80 anos e os idosos muito velhos a partir dos 90 anos (Oliveira, 1999). Mas esta definição baseia-se apenas no critério cronológico e para a definição de idoso existem mais três critérios que devem ser tidos em conta: o biológico, o psicológico e o social. A idade biológica refere-se às alterações biológicas nas estruturas e funções do corpo. Contudo, a variabilidade das alterações biológicas e a inexistência de marcadores bio-fisiológicos eficazes na identificação do

processo de envelhecimento dificultam a definição exata da idade biológica. Já o conceito de idade psicológica refere-se à relação existente entre a idade cronológica e as capacidades psicológicas (ex.: percepção, aprendizagem, memória), sendo que o envelhecimento psicológico pressupõe uma diminuição das faculdades psíquicas e físicas que propiciam um sentimento de desadaptação, uma maior dependência física e económica, um maior sentimento de solidão e uma sensação de perda e de inutilidade (Netto, 2006; Mestre, 1999). A idade social corresponde a um conjunto de papéis, estatutos, hábitos e comportamentos esperados por parte do indivíduo sénior, tendo em conta a sociedade em que esta inserido, sendo a reforma o melhor marcador social da velhice (Levet-Gautrat 1985, cit. in Pimentel, 2005).

O envelhecimento pode ser conceitualmente distinguido em normal, patológico e ótimo. O envelhecimento normal é um estado sem ocorrência de patologias biológicas e mentais, o envelhecimento patológico pode ser caracterizado pela degenerescência associada a doenças crónicas, a síndromes típicos da velhice e à desorganização biológica e o envelhecimento ótimo é um estado ideal, em que as capacidades biológicas e psicológicas permitem uma adaptação pessoal e social muito satisfatória (Novo, 2000). Dois termos também muito relacionados com este tipo de envelhecimento são os conceitos de senescência e senilidade, sendo que a senescência corresponde às alterações orgânicas, psicológicas e funcionais próprias do envelhecimento, enquanto a senilidade diz respeito às afecções que comprometem a funcionalidade do idoso (Netto, 2006).

Existem, essencialmente, duas visões gerais acerca da velhice. Uma positiva e outra negativa. A visão negativa perceciona a população idosa como dependente e vulnerável, quer física (dependência de cuidados médicos), quer psicológica, quer socialmente (ausência de papeis sociais e improdutividade). E esta visão é reflexo não só da sociedade, mas também de muitos idosos que se percecionam como tal. Mas, felizmente, esta percepção está a ser alterada e o aumento da longevidade está a levar a uma mudança de mentalidades e ao reconhecimento de que os idosos representam, cada vez mais, um papel importante junto da família e da sociedade, fazendo com que os mesmos reconheçam que a última etapa vida pode ser propícia a novas satisfações e conquistas (Camarano, 2006).

O envelhecimento quer-se ativo e o sénior deve manter-se o mais ativo e funcional possível. E para que este seja ativo é necessário otimizar oportunidades para a saúde, e

manter a participação e segurança, no sentido de aumentar a qualidade de vida durante o envelhecimento. Tal implica que haja autonomia, sentido de controle, independência, qualidade de vida e expectativa de vida saudável (Paúl, 2005). Ainda segundo Fontaine (2000), o desafio da velhice bem-sucedida deverá reunir três condições: a reduzida probabilidade de ocorrência de doenças, em particular as que levam à perda de autonomia, a manutenção de um elevado nível funcional nos planos físico e cognitivo e a manutenção do empenhamento social e do bem-estar subjetivo.

Precisamos de encontrar novas maneiras de dar sentido à definição da OMS de que a saúde é um estado de completo desenvolvimento físico, mental e social de bem-estar e não meramente a ausência de doença ou enfermidade. Isto porque este ponto de vista tem sido criticado por muitos que o alegam como utópico (pois não possível atingir um estado completo de bem-estar) e redutível a um estado (Major & Dinis, 2010). É por isso necessário uma abordagem relacional para a saúde que tenha em conta o indivíduo como um todo na sua relação com o contexto cultural que rejeite, simultaneamente, as políticas de saúde vigentes dominadas pela ciência e tecnologia que cultivam a dependência pelas suas técnicas e medicamentos, ignoram a dimensão espiritual e além do corpo e alimentam a autonomia, a separação e a individuação (Major, 2010).

1.5. Teorias do envelhecimento: teorias psicológicas

De desenvolvimento recente, a Gerontologia sistematiza os conhecimentos multidisciplinares sobre o idoso e o envelhecer e estuda as bases biológicas, psicológicas e sociais da velhice e do envelhecimento (Fernández-Ballesteros, 2000, cit. in Paúl, 2006). Por haver uma grande variedade de conceitos e definições que descrevem o processo do envelhecimento houve a necessidade de definir teorias que se propõem a explicar o fenómeno, cada uma com os seus próprios conceitos, fatos e indicadores. Essas teorias baseiam-se em três dimensões que integram o fenómeno do envelhecimento: a dimensão biológica, a dimensão psicológica e a social. As teorias biológicas descrevem o envelhecimento do ponto de vista biológico, fisiológico e bioquímico. A psicologia do envelhecimento estuda as mudanças regulares que ocorrem nos organismos maduros, geneticamente representativos que vivem em ambientes igualmente representativos, à medida que avançam na idade cronológica (Birren e Renner, 1997, cit. in Paúl, 2006). Atualmente, a maioria das teorias psicológicas versam sobre aspetos específicos do

envelhecimento, como a inteligência prática, a memória, as autocrenças e as estratégias de enfrentamento do *stress*, havendo outras que exploram a interseção da psicologia e da sociologia e a relação recíproca entre o *self* e a sociedade, na construção do envelhecimento (Neri, 2006). Dentro das teorias psicológicas, as mais importantes e, aquelas sobre as quais vamos abordar, são as que dão ênfase ao curso de vida e à perspectiva ambiental (Paúl, 2006). Segundo Neri (2006) das teorias psicológicas do envelhecimento e do desenvolvimento são esperadas as seguintes contribuições: descrição e explicação das mudanças comportamentais que ocorrem ao longo da velhice; caracterização das diferenças entre os indivíduos e grupos com relação a como e porque se desenvolvem e envelhecem; a diferenciação entre o que é inerente ao próprio envelhecimento ou inerente ao contexto socio-histórico e pessoal; identificação das diferenças entre os idosos e as outras faixas etárias e a descrição e explicação dos processos psicológicos e se os mesmos se modificam ou não (ex.: cognição).

O paradigma de desenvolvimento ao longo de toda a vida (*life-span development*) emergiu do estudo psicológico do envelhecimento e, hoje em dia, influencia toda a investigação gerontológica e, embora seja originária da psicologia ele é pluralista e é fruto da síntese entre as perspectivas psicológicas (ciclo de vida) e sociológicas (curso de vida). O paradigma do ciclo de vida/ desenvolvimentista foi proposto por Eriksson, em 1950, que adotou um modelo que engloba todo o ciclo de vida humano, em que cada ciclo corresponde a uma fase de desenvolvimento e cada fase a um conflito e a boa resolução de cada conflito é que permite um bom crescimento e adaptação à fase seguinte. Esta perspectiva assenta nos seguintes pressupostos: o envelhecimento acontece desde o nascimento até à morte e envolve processos bio-psico-sociológicos e a experiência do envelhecer é marcada por fatores históricos de *coorte*. Os oito conflitos definidos por Eriksson (1950) são: confiança básica versus desconfiança básica; autonomia versus vergonha e dúvida; iniciativa versus culpa; aplicação ao trabalho versus inferioridade; identidade versus confusão; intimidade versus isolamento; generatividade versus estagnação; integridade versus desespero. Este último conflito corresponde à última etapa de vida, em que se pressupõe uma aceitação e responsabilização face ao passado, em que o indivíduo é capaz de ultrapassar perdas e vicissitudes, ao longo da vida, e fazer o luto das mesmas. Só assim é possível ter um balanço positivo e um sentimento de satisfação em relação a vida e a esta etapa. Se tal não acontecer e não houver este equilíbrio, gera-se o

desespero (Eriksson,1982). Assim, de acordo com Eriksson (1982), a velhice não pode ser vista como uma fatalidade, mas sim como uma conquista, sendo os idosos uns sobreviventes capazes de ultrapassar as dificuldades e conflitos decorrentes de todo o ciclo de vida.

Posteriormente a Eriksson (1982), outros autores deram o seu contributo para o paradigma *Life-Span*. É o caso de Klaus Riegel (1973, cit. in Caldas, 2006) ao propor uma visão dialética e uma perspectiva dos eventos de vida ao paradigma do ciclo de vida. A primeira teoria refere-se à capacidade que o ser humano tem de viver com contradições e à habilidade de sintetizar o conhecimento, como resultado de uma longa experiência de vida. Explica-se, assim, o fato de os idosos não serem bem sucedidos em operações formais (testes cognitivos), mas terem êxito em avaliações dialéticas, ou seja, as operações formais não representam a medida da inteligência na maturidade. A segunda perspectiva considera que a pessoa vai mudando à medida que a sua estrutura social se altera.

Finalmente, em 1987, Baltes (cit. in Caldas, 2006) propõe o paradigam *Life-Span* de orientação dialética, sintetizando as ideias de Riegel, a perspectiva contextualista (teoria do relógio social e das tarefas evolutivas da vida adulta e da velhice), a teoria da aprendizagem social (que inclui o paradigma da mudança ordenada de Buhler e Eriksson). Isto resulta em três classes de influência sobre o desenvolvimento: normativas guardadas por idade, normativas guardadas por história e não normativas. As primeiras referem-se à passagem do tempo (ex.: maturação física, casamento), as segundas referem-se a eventos sociais e culturais (ex.: crises económicas) e as últimas referem-se a acontecimentos de carácter biológico e cultural (ex.: desemprego, divórcio).

Resumindo, o modelo de desenvolvimento ao longo da vida adota uma perspectiva de declínio por compensação, em que se reconhecem os declínios nas capacidades biológicas e comportamentais dos indivíduos idosos, mas se admite que os mesmos são minimizados pelo ambiente social em que o indivíduo está inserido. Isto é, para Baltes (1987, cit. in Caldas, 2006), apesar de o envelhecimento ser um processo finito e limitado por influências genético-biológicas, estas, ao contrário do meio social e cultural, parecem ter cada vez menos influência no processo de envelhecimento.

Existem mais duas teorias relevantes, surgidas na década de 1990, e referenciadas da orientação da psicologia social do desenvolvimento e do paradigma *life-span*: as teorias da seletividade socioemocional e da dependência aprendida (Neri, 2006).

A primeira foi formulada por Laura L. Carstensen (1991,1993, cit. in Neri, 2006) para explicar o declínio nas interações sociais e as mudanças no comportamento emocional dos idosos e, de acordo com este paradigma, existiam, na altura, três pressupostos que explicam a redução dos contatos sociais na terceira-idade. O primeiro derivava da teoria da atividade que afirmava que a restrição das interações sociais era determinada pelas normas sociais que previam uma inatividade para os mais velhos (Havighurst & Albrecht, 1953, cit. in Neri, 2006) . O segundo baseava-se na teoria do afastamento e explicava que a restrição das relações sociais era produto de um afastamento adaptativo quer dos idosos quer da sociedade, de modo a preparar simbolicamente os idosos para a morte (Cummings & Henry, 1961, cit. in Neri, 2006). O terceiro refere-se à teoria das trocas sociais, que defendia que as perdas do envelhecimento acarretavam uma diminuição na contribuição do idoso para as relações interpessoais (Dowd, 1975, cit. in Neri, 2006). Mas a teoria da seletividade emocional contrapõe-se a estes pressupostos, primeiro porque não aceita que as pessoas simplesmente reajam ao contexto social, mas que interagem com ele e constroem o seu mundo social e porque defende que na velhice os relacionamentos sociais são mais seletivos, porque existe da parte dos mais idosos uma seleção das relações sociais mais próximas e significativas, diminuindo o número de relações sociais periféricas. Outro dado interessante testado pela teoria de Cartense (2003, cit. in Neri, 2006), nas suas investigações, é a seletividade emocional, por parte dos idosos, que demonstra que com o envelhecimento os idosos passam a experimentar e a demonstrar emoções com menos intensidade e a ter menor capacidade de codificação de expressões emocionais. Estes dados foram confirmados por estudos posteriores de Cartensen et al. (2000, cit. in Neri, 2006) que tiveram como objetivo estudar as diferenças etárias na experiência emocional ao longo da vida adulta. Os resultados destas explorações demonstraram que até aos 60 anos, os idosos manifestavam emoções positivas com a mesma frequência que os adultos jovens, mas experimentavam menos emoções negativas. Estes resultados demonstram que os idosos têm experiências emocionais complexas e a sua natureza emocional é adaptativa. Assim, as formulações teóricas e os dados empíricos comprovados pela teoria emocional

permitem defender o caráter ativo dos idosos na modelação do seu ambiente social, de modo a potencializar os efeitos positivos e a minimizar os negativos.

Finalmente, a teoria da dependência aprendida teve origens em 1996 e é da autoria de M.M. Baltes (1996, cit. in Neri, 2006). Esta teoria tem origens na aprendizagem social e centra-se no conceito de dependência (incapacidade de a pessoa funcionar satisfatoriamente, sem ajuda, devido a limitações físicas ou cognitivas). Defende que a dependência não é exclusiva da velhice, mas sim inerente a todo o curso de vida, embora com diferentes manifestações ao longo do ciclo de vida. Por exemplo, na fase de bebé e na infância inicial, a dependência manifesta-se sobre as forma de apego para que a criança se desenvolva. Nas crianças mais velhas e nos adolescentes, a dependência em relação aos adultos e aos pares funciona como condição facilitadora da própria independência. Na vida adulta, passam a existir relações de interdependência. E na velhice, a interdependência, adquirida na fase adulta é fruto da influência dos valores culturais e de diversas variáveis em interação que promovem ou não aceitação da dependência. E a dependência aprendida instala-se a partir do momento em que o sistema microsocial, em que o idoso está inserido, reforça comportamentos dependentes e desencoraja atitudes independentes. Uma investigação levada a cabo, no Brasil, por Pavarini (1996, cit. in Neri, 2006) baseada nesta teoria teve como objetivo conhecer os padrões de interação e identificar as crenças sobre a dependência, a velhice, a competência e os cuidados apresentados pelos cuidadores e envolveu seniores institucionalizados com uma pequena incapacidade funcional para as atividades do dia a dia. A análise revelou quatro padrões de comportamentos, por parte dos cuidadores, na prestação de cuidados básicos: a manutenção da autonomia, o estímulo à autonomia, o estímulo à dependência e à manutenção da dependência. E dentro dos episódios registados 84,3% foram de manutenção da dependência, 1,9% de estímulo à dependência e apenas 10,9% foram de estímulo à autonomia e 2,9 de manutenção da autonomia. Isto revelou, por parte dos cuidadores, uma falta de paciência, uma falta de compreensão e a pressa de realizar as atividades, ou seja, tudo comportamentos que incentivam e estimulam a dependência.

Resumindo, qualquer abordagem ao envelhecimento deve ser feita à luz de uma visão holística e que tenha em conta a análise do conjunto de condições físicas, funcionais, mentais e de saúde de cada indivíduo (Papalia & Olds, 2000) e apesar da existência de

diversas teorias que tentam explicar as várias alterações do envelhecimento, nenhuma pode ser considerada definitiva, nem pode ser analisada separadamente.

Em relação ao estudo científico do envelhecimento, por parte da psicologia, e apesar de este ser relativamente recente, é de opinião consensual que o mesmo beneficia da adoção de múltiplas teorias e modelos, numa perspectiva de desenvolvimento ao longo da vida, sendo cada vez mais fulcral a realização de mais pesquisas e intervenções na área, de modo a existir um ganho substancial para o estudo e atenção do envelhecimento (Neri, 2006).

Capítulo II: Solidão

2.1. Definições

Sociologicamente, a solidão é produto de uma sociedade individualista, egocentrista e narcisista que valoriza, cada vez mais, a autonomia e a independência. Este culto do individualismo teve as suas origens na revolução francesa e nos princípios que esta advogou: liberdade, igualdade e fraternidade, tendo estes implícitos a afirmação da individualização que tanto tem contribuído para a fragmentação social e conseqüentemente para a solidão (Gomes, 2001). Esta fragmentação social tem-se refletido nos contornos familiares atuais, havendo uma desvalorização dos laços conjugais e familiares, uma maior instabilidade conjugal e um maior número de divórcios (Quaresma, 2004).

A solidão é um construto complexo, multifacetado, multidimensional e subjetivo com implicações significativas na saúde mental. É subjetivo na medida em que é experienciado de diferentes formas, em diferentes situações e de maneiras diferentes, isto é, diferentes pessoas, em diferentes situações experimentam diferentes sentimentos de solidão. É, pois um resumo abstrato de um conjunto de sentimentos específicos, pensamentos e comportamentos (Horowitz et al., 1982, cit. in Henrich & Gullone, 2006). Para Perlman e Peplau (1981, cit. in Neto, 2000) a solidão é uma experiência desagradável que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é deficiente, em algum aspeto importante, quer quantitativa quer qualitativamente. Já Young (1982, cit. in Neto, 2000) define a solidão como a ausência ou a ausência percebida de relações sociais satisfatórias, acompanhadas de sintomas de mal-estar psicológico que estão relacionados com a ausência total ou percebida de reforços sociais importantes. Aurélio (cit. in Ferreira, 1999; Gomes, 2001) concetualiza a solidão como o estado do que se encontra e vive só e segundo os apontamentos de Tamayo (1984, cit. in Gomes, 2001) o que caracteriza a solidão é o seu aspeto puramente psicológico, que leva a constatação da separação emocional do outro que impele qualquer tipo de aproximação afetiva, quer haja ou não proximidade com outras pessoas, é pois a falta de interação e comunicação social. Para Tamayo & Pinheiro (1984, cit. in Gomes, 2001), pioneiros do estudo da solidão no ramo da psicologia social, para uma melhor concetualização da solidão devemos considerar os seguintes aspetos: a falta de significado e objetivo de vida, que produz no indivíduo só um sentimento de alienamento em relação aos outros, a reação emocional que

caracteriza o construto, os sentimentos de isolamento, de separação, de angústia e sofrimento e o déficit de relacionamentos sociais e afetivos. A solidão é, pois uma reação emocional de insatisfação, decorrente da falta ou do déficit de relacionamentos significativos, à qual se pode incluir algum tipo de isolamento. A pessoa só sente, de fato, um profundo desamparo e mesmo estando rodeado de família e amigos, esta percebe os relacionamentos como distantes, sentindo-se frágil, triste e incompreendido (Gomes, 2001).

É importante distinguir o construto de solidão do de isolamento, que apesar estarem interligados (ex.: o isolamento pode induzir a solidão) são diferentes. Enquanto a solidão é espiritual e pressupõe um isolamento psicológico de sentir-se só, o isolamento social refere-se apenas ao aspeto físico e geográfico da separação, tratando-se de uma privação de contactos: o estar só. Dentro do isolamento social temos dois subtipos: o passivo e o voluntário. No voluntário é o próprio sujeito que procura o distanciamento, ao passo que no passivo, são as próprias contingências da vida e situações sociais que o propiciam. Dantas (1993, cit. in Gomes, 2001) relaciona a solidão com o isolamento social e afirma que pode haver isolamento social acompanhado ou não do sentimento de solidão e pode haver ou não solidão em situação de isolamento social.

Como podemos verificar não existe uma definição universalmente aceite pelos especialistas, no entanto, quase todas as conceitualizações têm em comum três aspetos gerais: a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento objetivo e é uma experiência psicologicamente desagradável para o indivíduo e que resulta de algum relacionamento deficiente (Neto, 2000).

2.2. Prevalência e incidência

O “fantasma da solidão” tem tomado proporções gigantescas mundialmente. No Brasil, 9% dos lares já é composto por pessoas que moram sozinhas, representando mais de vinte milhões de brasileiros (Veiga, 2001, cit. in Gomes, 2001). Noutros países as percentagens são ainda mais assustadoras, sendo que na Suécia representam 40%, na Dinamarca 36%, na Inglaterra 35%, na Alemanha, na França 30% e nos Estados Unidos da América 26% (Gomes, 2001). No conjunto das pessoas com mais de 65 anos, em média, na Europa, 32% vivem sós, mas em Espanha e em Portugal a percentagem é de

apenas 22 e 23% respetivamente, enquanto que em Itália e na França sobe para os 27% e 34%. Ao considerar a faixa etária com mais de 80 anos a proporção europeia dos que vivem sozinhos sobe para 45%, enquanto que em Espanha e em Portugal ronda os 30%. Em relação aos contatos dos mais idosos com os seus familiares, apenas nos países do sul se registam valores mais elevados, em contraste com os países nórdicos. Na Itália com 71%, em Espanha com 61%, em Portugal com 60% e na Dinamarca com apenas 14% dos casos (Quaresma, 2004).

2.3 Manifestações clínicas e tipos de solidão

A solidão pode manifestar-se de diferentes formas e através de um conjunto de sentimentos, cognições e comportamentos, sendo categorizada consoante o fator de classificação: a ansiedade, o tempo ou a duração e o défice social. Em relação ao primeiro fator, Moustakas (cit. in Neto, 2000), em 1961, fez a distinção entre ansiedade-solidão e ansiedade-existencial, em que a primeira se caracteriza por ser alienadora e aversiva, ao passo que a segunda faz parte integrante da experiência humana como modo de autoconfrontação e crescimento pessoal. A duração da solidão permite-nos compreender se se trata de um traço de personalidade, sendo a pessoa vulnerável a sentimentos frequentes e intensos de solidão que se exacerbam com fatores situacionais ou se se trata apenas de um estado psicológico que é experienciado apenas em alguns momentos ou situações, por curtos períodos de tempo. Finalmente e, em relação ao terceiro fator, Weiss (1973, cit. in Neto, 2000) distinguiu o défice social do emocional, sendo que o social se relaciona com o défice real ou percebido de redes sociais, laços emocionais e falta de pertença à comunidade, enquanto o emocional se relaciona com a ausência ou insatisfação com as relações pessoais e íntimas. Apesar de Weiss (1973) fazer a distinção entre ambas classifica a solidão emocional como a pior forma de solidão. Para Russel et al. (1984, cit. in Neto, 2000) ambas se relacionam com a falta de amizade e relações íntimas, causando o mesmo mal-estar psicológico.

O fato de a solidão não poder ser objetivamente definida, não significa que não tenha associado a si um conjunto de sentimentos que são comuns, tais como, a angústia, a insatisfação, a exclusão, o desejo do passado, as preocupações, os medos, o desespero, a depressão, o aborrecimento, a autodepreciação (Rubenstein & Shaver, 1982, cit. in Neto, 2000). As atitudes negativas, a autoabsorção, a passividade e o comportamento social

ineficaz também são características das pessoas solitárias, havendo mesmo uma série de padrões afetivos, cognitivos e comportamentais que definem as pessoas sós (Henrich & Gullone, 2006). Os padrões cognitivos caracterizam-se por uma baixa autoestima e autocentração (Peplau, Miceli et al. (1982, cit. in Henrich & Gullone, 2006), autodepreciação (Parkhurst & Hopmeyer, 1999; Peplau, Miceli et al, 1982; Sippola & Bukowski, 1999, cit. in Henrich & Gullone, 2006), elevada autofocagem (Goswick & Jones, 1981; Jones, Cavert, Snider & Bruce, 1985; Jones et al, 1981,1982; Moore & Schultz, 1983, cit. in Henrich & Gullone, 2006), com tendência para más interpretações (Weiss, 1973, cit. in Henrich & Gullone, 2006), maior sensibilidade à rejeição (Cutrona, 1982, cit. in Henrich & Gullone, 2006), pessimismo, desesperança (Anderson et al, 1983; Anderson, Miller, Riger, Dill, & Sedikides, 1994; Cutrona, 1982; Horowitz et al, 1982; Koenig & Abrams, 1999; Michela, Peplau & Weeks (1981, cit. in Peplau, Miceli et al., 1982; Henrich & Gullone, 2006), desmotivação e baixas expectativas (Anderson,1980 cit. in Peplau, Miceli et al., 1982; Henrich & Gullone, 2006). Resumindo, o protótipo de uma pessoa só é caracterizado por sentimentos negativos como a depressão, o desespero, o tédio, a passividade, a autoabsorção, a impaciência, a autodepreciação, o comportamento social ineficaz, as atitudes negativas sobre si mesmo e, sobre as outras pessoas, e acerca dos acontecimentos (Henrich & Gullone, 2006).

Apesar de termos feito a distinção das características afetivas, cognitivas e comportamentais, todas elas estão intimamente ligadas, pois depende sempre da maneira como cada pessoa percebe, avalia e responde à realidade interpessoal (Jones, 1982, cit. in Henrich & Gullone, 2006).

2.4. Determinantes da solidão

Os determinantes de solidão são mais frequentemente definidos com base em dois modelos causais. O primeiro modelo analisa os fatores externos, que estão ausentes na rede social, como a raiz da solidão, enquanto o segundo modelo explicativo refere-se aos fatores internos, como os fatores de personalidade e psicológicos (Singh & Misra, 2009). Assim sendo, a experiência da solidão resulta da interação das características pessoais e dos fatores situacionais (Shaver, Furnam & Buhrmester, 1985, cit. in Neto, 2000). Entre os fatores situacionais que contribuem para o desenvolvimento da solidão temos: a diminuição do contato social, a perda relacional, as redes sociais inadequadas, os fatores

temporais, o fracasso, as novas situações e barreiras ao contato social (Jones, Cavert, Snider & Bruce, 1985, cit. in Neto, 2000). Segundo Hawkey et al (2008;Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg & Pitkala 2005, cit. in Cacioppo, Hawkey, & Thisted, 2010) o baixo nível socioeconómico, a má qualidade conjugal, o pouco contato com amigos e família, alguns papéis sociais, a falta de participação de organizações voluntárias, alguns sintomas de doença e as limitações físicas constituem fatores situacionais que aumentam o risco de solidão. Para Peplau, Bikson, Rook & Goodchilds (1982) existem quatro fatores que permitem prever a solidão, como a inexistência de um confidente, a falta de controlo pessoal (que pode levar ao desamparo), a comparação social que permite comparar as experiências sociais, a vida social e a falta de saúde. De acordo com, Singh & Misra (2009) muitas pessoas experimentam a solidão, seja como resultado de viver sozinho, da falta de laços familiares próximos, da diminuição de contato com a sua cultura de origem ou de uma incapacidade de participar ativamente nas atividades da comunidade local. Um estudo realizado por Hansson et al. (1987, cit. in Singh & Misra, 2009) também revelou que a solidão se encontra relacionada com a má adaptação psicológica, a insatisfação com a família e com os relacionamentos sociais.

2.5. Consequências

A solidão constitui, por sua vez, um sério fator de risco para a saúde, tendo consequências adversas na qualidade de vida dos indivíduos. É um dos três principais fatores que levam à depressão (Green et al., 1992, cit. in Singh & Misra, 2009), e uma causa importante de suicídio e tentativas de suicídio (Singh & Misra, 2009). Na faixa etária das pessoas de meia-idade e dos mais idosos está relacionada com a falta de independência (Russell, Cutrona, de la Mora, & Wallace, 1997, cit. in Waite, Hawkey & Thisted, 2006), com o alcoolismo (Akerlind & Hornquist, 1992; Sino RG, 1956, cit. in Waite, Hawkey & Thisted, 2006), com valores tensão arterial elevados (Cacioppo, Hawkey, Crawford, et al., 2002 cit. in Waite, Hawkey & Thisted, 2006), com distúrbios de sono (Cacioppo, Hawkey, Berntson, et al, 2002;. Cacioppo,Hawkey, Crawford, et al., 2002 cit. in Waite, Hawkey & Thisted, 2006), e com sintomas depressivos (Radloff, 1977, cit. in Waite, Hawkey & Thisted, 2006). Finalmente, a solidão tem sido associada a várias desordens psiquiátricas, tais como desordens de personalidade (Overholser, 1992; Richman & Sokolove, 1992 cit. in Cacioppo, Hawkey & Thisted, 2010), hipocondria (Brink & Niemeyer, 1993 cit. in Cacioppo, Hawkey & Thisted, 2010), esquizofrenia (DeNiro, 1995;

Neeleman & Power, 1994 cit. in Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010), e depressão (Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley & Thisted, 2006; Peplau, Russell & Heim, 1979; Russell, 1982; Russell, Cutrona, Rose & Yurko, 1984 cit. in Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010).

Em 2010, Cacioppo, Hawkley & Thisted, desenvolveram um estudo longitudinal de cinco anos, com uma amostra de 229 homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 50 e os 68 anos, com o intuito de estudar a potencial associação entre a solidão e os sintomas depressivos e concluíram que a solidão se não prediz, promove aumentos de sintomatologia depressiva, independentemente da idade, sexo ou etnia. Assim, a depressão é um problema que muitas vezes acompanha a solidão e, em muitos casos, os sintomas depressivos, a ansiedade, a falta de motivação e a tristeza mascaram os sintomas de solidão (Singh & Misra, 2009).

2.6. Grupos de risco

Há certos grupos de pessoas que são mais vulneráveis à solidão do que outros e existe uma série de características sociodemográficas que nos ajudam a identificá-las, tais como, a idade, o sexo e o estado civil. Os grupos mais vulneráveis são os jovens, as pessoas separadas, as pessoas que vivem sós, os (as) viúvos (as) e os filhos de casais divorciados. Ser casado é tido como um fator protetor de saúde e preditor de baixos níveis de solidão (Waite & Gallagher, 2001; Barbour, 1993; Hughes et al., 2004; Tornstam, 1992 cit. in Henrich & Gullone, 2006). Ao contrário da crença popular e das representações sociais, a solidão é mais frequente nas outras faixas etárias do que nos períodos de velhice (Peplau, Bikson, Rook & Goodchilds, 1982; Perlman & Landolt, 1999, cit. in Henrich & Gullone, 2006). Um outro estudo levado a cabo por Rubenstein, Shaver e Peplau (1979, cit. in Neto, 2000) concluiu que as pontuações mais elevadas de solidão se encontravam entre a faixa-etária dos 18-25 anos e mais baixas a partir dos 70 anos. Por exemplo, numa grande pesquisa, Parlee (1979, cit. in Henrich & Gullone, 2006) descobriu que 79% dos participantes com idade inferior a 18 anos relataram sentir sós às vezes ou, muitas vezes, ao contrário de 71% dos 18 aos 24 anos, 69% dos 25 aos 34 anos de idade, 60% dos 35 aos 44 anos de idade, 53% dos 45 aos 54 anos de idade, e 37% dos 55 anos ou mais. Segundo Peplau, Bikson, Rook & Goodchilds (1982), o fato de existirem mais autorrelatos de solidão nos adolescentes do que nos idosos deve-se ao fato de as pessoas idosas serem

mais genuínas e relatarem mais os seus sentimentos do que os mais novos e pelo fato de os mais jovens criarem expectativas irrealistas em relação aos contactos sociais que estabelecem.

Estes estudos vão ao encontro de outro levado a cabo por Gutek et al. (1980 cit. in Neto, 2000) que conclui que a tendência geral é de a solidão diminuir com a idade, obtendo os idosos pontuações mais baixas, apesar de aumentar em idades avançadas (80 anos ou mais anos) (Dean, 1962, cit. in Neto, 2000). Porém, é importante referir que a velhice constitui, de uma certa forma, uma fragilidade face à solidão, pois a pessoa idosa lidou e continua a lidar com uma série de ruturas e perdas e essas perdas, quaisquer que sejam, constituem sempre, ausências do outro e é a própria identidade que fica em causa. Os amigos vão desaparecendo, perde-se o estatuto de trabalhador/produzidor, a família está, muitas vezes, ausente, as incapacidades vão aumentando e como os mais velhos são encarados pela sociedade como improdutivos, perdem a possibilidade de manter vínculos com as outras gerações, deixando ser úteis para a sociedade e de manter relações sociais com a mesma. Estas ruturas associadas a fatores psicológicos, ambientais e sociais contribuem, muitas vezes, para a exclusão social da população idosa (Quaresma, 2004).

Numa revisão abrangente em que se avaliou os efeitos do género nos níveis de solidão, Borys & Perlman (1985, cit. in Henrich & Gullone, 2006), observaram que ao recorrer às medidas de autorrotulagem de solidão (aquelas que pedem que as pessoas respondam a declarações como "eu sou um pessoa só ") as mulheres são mais propensas a admitir a sua solidão do que os homens.

2.7. Modelos teóricos

Existem diversas teorias que avaliam e concetualizam a solidão, de acordo com o paradigma em que se enquadram: o unidimensional e o multidimensional. Na perspectiva unidimensional, a solidão é observada como um fenómeno unitário que varia apenas na intensidade experienciada, enquanto no modelo multidimensional a solidão é analisada como um fenómeno multifacetado, diferenciando diferentes tipos de solidão, como os dois e os doze tipos propostos por Weiss (1973 & Young, 1982, cit. in Neto, 2000). No modelo psicodinâmico, proposto por Sullivan (1953 & Fromm Reichmann (1959, cit. in Neto, 2000) a solidão é entendida como uma força dinâmica, provocadora e patológica, em que

as pessoas são vistas como apáticas, passivas, deprimidas, tendo a solidão origem em experiências de infância e em características pessoais intrapsíquicas. A perspectiva psicanalista baseia-se em fundamentos semelhantes aos da perspectiva psicodinâmica, mas atribui as causas da solidão exclusivamente à infância. Perlman & Peplau (1981, cit. in Neto, 2000), defensores da abordagem cognitiva, enfatizam o papel da cognição como fator mediador entre a falta de sociabilidade e a experiência de solidão, dependendo a mesma da percepção individual de cada indivíduo e dos contatos sociais que este deseja. Para os existencialistas a solidão é percebida como um construto positivo e essencial para existência do ser humano, apesar de ser, por vezes, dolorosa (Von Witzleben, 1958; Moustakas, 1961, cit. in Neto, 2000). Finalmente, Weiss, em 1973, (cit. in Neto, 2000) fez a distinção entre a solidão social e a solidão emocional e defendeu uma perspectiva interacionista e recíproca entre os fatores de personalidade e os pessoais. Estudos recentes efetuados com gêmeos vão de encontro a esta perspectiva e revelam que a solidão é temporalmente estável e hereditária, com partes aproximadamente iguais atribuíveis a fatores hereditários e ambientais não compartilhados em idade adulta (Boomsma, Willemsen, Dolan, Hawkley & Cacioppo, 2005; Boomsma, Cacioppo, Muthe'n, Asparouhov & Clark, 2007, cit. in Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010).

Para os psicanalistas, a solidão é sinónimo de isolamento social e resultado de mecanismos de defesa que podem ser de dois tipos: neurótica ou de sublimação. Na perturbação neurótica a solidão aparece associada a um transtorno físico e conduz, quase sempre, à solidão e ou isolamento total, enquanto a de sublimação é resultado de uma solidão voluntária e produtiva. Para os psicólogos sociais, a pessoa solitária reconhece-se como tal, apesar das suas características pessoais desaparecem em contexto grupal, adquirindo o grupo características próprias, com resultado dos traços psicológicos dos seus intervenientes.

Sintetizando, a maior parte dos teóricos vê a solidão como uma experiência desagradável e não como uma resposta patológica e, apesar da diversidade das teorias de abordagem à solidão, todas elas defendem o carácter temporal da mesma, isto é ela sente-se em relação ao passado, ao presente e ao futuro e as pessoas sentem-se só em relação a uma pessoa, a um objeto, a um acontecimento, a um meio familiar e a uma recordação.

2.8. Conclusão

Concluindo, a solidão tornou-se alvo de interesse científico, a partir da década de 1980, altura em que os estudos acerca deste construto atingiram o seu auge e a partir da qual diminuíram drasticamente, muito por culpa dos investigadores que passaram a desvalorizar a solidão enquanto assunto científico, relacionando-a apenas com outros construtos, tais como a ansiedade e a depressão, ignorando o sofrimento profundo que esta acarreta. Para a psicologia a solidão continua a ser um assunto tabu e pouco explorado, porém, o aumento demográfico da população, da expectativa de vida, do divórcio e o incremento de casos de pessoas a viverem sozinhas tem feito com que os psicólogos sociais se voltem a interessar pelo fenómeno.

Em relação aos mais idosos, que são o público-alvo desta investigação, podemos constatar através da pesquisa bibliográfica efetuada, que ao contrário do que se pensa, eles não são o grupo etário mais vulnerável ao fenómeno da solidão, apesar de que, como referimos anteriormente, existem um conjunto de fatores que os tornam mais suscetíveis, sendo a própria sociedade responsável ao contribuir para a banalização do sofrimento e da solidão, nesta fase de vida, e ao não permitir uma participação mais ativa destes nas esferas sociais, banalizando, simultaneamente, a comunicação, os laços sociais e as redes primárias (vizinhos e familiares) e de proximidade que tem um papel decisivo na segurança afetiva e material dos indivíduos, contribuindo como um antídoto à solidão. Ao mesmo tempo também é necessário “dar ferramentas” (*empowerment*) aos mais idosos para que eles possam aprender a superar algumas perdas, treinando assim a sua capacidade de resiliência, tornando-os sujeitos ativos no seu processo de envelhecimento, que se espera que seja saudável e bem-sucedido (Quaresma, 2004).

Na revisão bibliográfica de Henrich & Gullone (2006) e noutros estudos exploratórios, provou-se que apesar de a solidão ter muitas características em comum com outros construtos psicológicos, não deixa de ser um fenómeno distinto que merece atenção por seu próprio direito, tratando-se pois de um fenómeno psicológico complexo e com causas multivariadas, implicando mesmo uma dificuldade em lidar com a vida, com o outro e consigo mesmo. Além disso, mais pesquisas empíricas e multidisciplinares são necessárias para determinar melhor a etiologia, a causalidade e a relação entre solidão e outros correlatos.

Capítulo III: Depressão

3.1. Definições

A depressão é uma doença multifatorial com fatores biológicos, psicológicos e sociais associados (Ruipérez & Llorente, 1998). É definida como um conjunto de alterações comportamentais, emocionais e de pensamento, tais como, o afastamento do convívio social, a perda de interesse pelas atividades profissionais, académicas e lúdicas, a perda do prazer nas relações interpessoais, o sentimento de culpa ou auto depreciação, a baixa autoestima, a desesperança, as alterações de apetite e os hábitos de sono alterados, a sensação de falta de energia e a dificuldade de concentração. É um problema de saúde que leva a sentimentos de tristeza e isolamento social, sendo que nas idades mais avançadas atinge elevados índices de morbidade e mortalidade (Martins, 2008). Para os psicanalistas, a depressão é uma forma de o ser humano se proteger de uma realidade frustrante e ameaçadora e para isso afasta-se para conseguir reunir condições para a enfrentar posteriormente (Berlinck, 2000, cit. in Goldfard, Barbieri, Gotter & Peixeiro, 2009). As pessoas deprimidas têm uma visão negativa relacionada com a imagem ideal e estereotipada de si mesmas, do seu ambiente e do futuro e percebem-se como inadequadas, indesejáveis e sem valor (Yong & Weinberger, 1993, cit. in Magalhães, 2011). O deprimido é um agoniado em busca de estímulo e expressa esse peso e agonia através do tempo (“não tenho futuro”), da motivação (“não tenho forças”) e do valor (“não valho nada”), sendo estas expressões aquelas que melhor caracterizam o discurso dos idosos deprimidos (Hornstein, 2006, cit. in Goldfard, Barbieri, Gotter, & Peixeiro, 2009). De acordo com Palma (2003), a depressão é resultado de certas forças sociais que, de maneira complexa, exercem efeitos depressivos sobre o sistema nervoso do indivíduo. O estado depressivo, por sua vez, altera o comportamento, os sentimentos e os pensamentos do indivíduo. A pessoa perde a capacidade para controlar os seus impulsos emocionais e o seu raciocínio e o pessimismo, a paranóia, a raiva, o medo, o isolamento, etc., são sintomas que o indivíduo deprimido não consegue conter. A depressão inclui-se no grupo dos transtornos afectivos/ humor, por se considera que existe uma alteração da capacidade afectiva incapacitando a pessoa de modificar, sentir e manifestar afeto.

3.2. Prevalência e incidência

Depois da ansiedade, a depressão é a perturbação psiquiátrica mais frequente e, de acordo com a OMS, 120 milhões de pessoas, em todo o mundo, sofrem de depressão (Goldfard, Barbieri, Gotter & Peixeiro, 2009). Mais, o *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (ESeMED) realizou um grande estudo em 6 países europeus, estudo esse que revelou que 14% dos sujeitos inquiridos já tiveram pelo menos uma perturbação de humor em toda a sua história de vida e 4.2% tiveram no último ano. Estima-se ainda que cerca de 10% das pessoas que consultam um médico a pensar que têm um problema físico, sofrem na realidade de depressão (Merk, 2009), sendo que é a doença que os médicos mais tratam, considerando que 10 a 20% dos adultos apresentam sintomas depressivos e que 2 a 5% da população geral sofre de depressões. Sabe-se também que existem casos não diagnosticados ou mal diagnosticados, sendo que apenas 2% dos indivíduos que padecem da doença recorrem ao médico de clínica geral e apenas 0,3% ao psiquiatra. E dos pacientes que recorrem ao tratamento de clínica geral por vários problemas somáticos têm mesmo transtornos depressivos graves (10 a 20%). É curioso que num estudo feito com um grupo de pessoas portadoras de depressão, 81% revelou que preferia ter outra doença ou deficiência física, do que ter de lutar diariamente contra a depressão. Isto demonstra como os doentes se sentem envergonhados e culpabilizados pela enfermidade e como ela é dolorosa física e psicologicamente (Palma, 2003).

Na população envelhecida, a depressão encontra-se entre as doenças crónicas mais frequentes e que elevam a probabilidade de desenvolver incapacidade funcional (Pennix, 2000 cit. in Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006). Já há duas décadas que se defende que é a segunda causa de morte em todo o mundo, seguindo as doenças cardiovasculares e estima-se que em Portugal seja o principal causador dos suicídios ocorridos, com uma taxa muito superior à maioria dos países (INE, 1994, cit. in Palma, 2003). Nos idosos estima-se que 8 e 17% dos que residem na comunidade sofrem de depressão diagnosticável e carecida de tratamento adequado, isto é, existem diversos casos mal diagnosticados ou mesmo não diagnosticados e por tratar (Copeland, 1999, cit. in Barreto, 2006). E a prevalência aumenta em 30% quando falamos de sintomas depressivos mais ligeiros e transitórios e a frequência de depressão para os idosos com idades superiores a 85 anos é muito maior (Barreto, 2006).

Segundo Mirchandani (1991, cit. in Martins, 2008) as depressões são as alterações psiquiátricas mais comuns nos idosos. Dois em cada três idosos que vão à consulta externa de psiquiatria têm depressão. A nível nacional, os dados estão próximos dos internacionais, com uma percentagem de 14% (Fernandes, 2000, cit. in Martins, 2008) para 10 a 27 % (Ballone, 2002, cit. in Martins, 2008). E de acordo com um estudo levado a cabo com idosos reformados do Algarve, Seabra e os colaboradores concluíram que 72% deles tinha depressão. De acordo com Carvalho & Firmino (2006) a depressão é a doença psiquiátrica mais comum na população idosa (Blazer et al., 1987, cit. in Carvalho & Firmino, 2006), apesar de começar-se a manifestar, normalmente, por volta dos 20 e os 50 anos (Merck, 2009). A sua incidência tende a aumentar com o evoluir da idade, com ratios de 17 por cada 100 idosos com idades compreendidas entre os 70 e os 79 anos, aumentando para 44 por cada 100 idosos de idades entre 79 e 85 anos (Palsson et al., 2001 cit. in Carvalho & Firmino, 2006). O fator sexo também tem influência nas taxas de incidência da depressão, tendo as mulheres níveis de incidência superiores, quando comparadas com o sexo masculino, muito por justificação da maior longevidade feminina, e por consequência da maior probabilidade de doenças crónicas. De referir que as mulheres tendem a verbalizar mais os seus sentimentos, ao passo que os homens tendem a reprimi-los, o que também tem influência (Leite, Carvalho, Barreto & Falcão, 2006). Um fato curioso é que os nascidos no século XX parecem ter maior incidência de depressão do que as outras gerações (Merck, 2009). Em relação à prevalência, a mesma depende do tipo de depressão, do método de avaliação e da amostra, sendo que se estima que seja para idosos da comunidade 2 a 3% para a depressão maior e 12-15% para todos os tipos de síndrome depressivo (Beekman et.al, 1999, cit. in Carvalho & Firmino, 2006). Isto é, o tipo de depressão mais comum é a depressão menor. A prevalência de depressão é maior nas populações institucionalizadas do que nas populações que vivem em comunidade e quando se empregam questionários para avaliar os sintomas depressivos a taxa de prevalência é maior do que aqueles definidos pela APA, o que demonstra a dificuldade de verbalização das queixas depressivas por parte dos idosos (Carvalho & Firmino, 2006). Um estudo levado a cabo por Tazelaar et al. (2008) vai ao encontro das mesmas conclusões de Carvalho & Firmino (2006) ao avaliar a prevalência dos sintomas depressivos em 2850 séniores, com 75 anos/ mais, residentes na comunidade, atendendo às variáveis sexo e idade, concluiu que a prevalência foi de 31, 1% o que é consideravelmente mais elevada do

que comparada a outros estudos que também utilizaram os mesmos instrumentos (Haynie et al., 2001, cit. in Tazelaar et al. 2008), apesar de ir ao encontro da literatura que refere uma prevalência de 30% em pessoas de 85 anos de idade (Tannock & Katona, 1995, cit. in Tazelaar et al. 2008).

Como podemos constatar, as perturbações de ansiedade e depressivas são altamente prevalentes nos idosos, manifestando-se de forma atípica, com comorbidades que dificultam o diagnóstico, tendo graves consequências, tais como a redução qualidade de vida e o aumento da mortalidade (Beurs et al., 1999; Charney et al., 2003, cit. in Vink, Aartsen, M. J. & Schoevers, R. A, 2008).

3.3. Sintomatologia

A depressão na velhice assume-se mais severa, duradoura e incapacitante, do que nos outros grupos etários (Oliveira et al.,2009), apresentando um quadro depressivo relativamente inespecífico. A astenia, as perturbações de sono, a tristeza e ansiedade, o desinteresse por hábitos e ou prazeres são os sintomas mais comuns, apesar de também poder ocorrer uma certa depressão de humor e lentidão psicomotora. Normalmente, existem muitas autoverbalizações negativas em relação a si mesmo, aos outros, ao mundo e à velhice (Sequeira, 2010) e muitas queixas físicas associadas, como as algias atípicas, as cefaleias, as queixas reumatológicas e gastrointestinais e certos sinais físicos evidentes como a fadiga e a apatia (Martins, 2008) que se traduzem numa baixa autoestima e autoperceção das capacidades, resultando, muitas vezes, numa diminuição da participação social (Sequeira, 2010).

A depressão na população idosa apresenta pois um quadro clínico praticamente assintomático e com evolução lenta, associando-se, muitas vezes, a doenças físicas, à polimedicação, a situações de perdas e mortes, à solidão, ao isolamento e à falta de apoio social e ou familiar, podendo também ser confundida com um estado inicial de demência, uma vez que, apresenta sintomatologia como a falta de interesse, a perda de atenção, de memória e de concentração que dificultam a distinção entre ambas e uma depressão não tratada ou mal tratada nesta faixa etária pode também originar um quadro demencial (Ruipérez & Llorente, 1998; Goldfarb, 2004, cit. in Goldfard, Barbieri, Gotter & Peixeiro, 2009). Assim, na população geriátrica, existem uma série de aspetos associados ao envelhecimento que dificultam a interpretação dos sinais e sintomas usuais na depressão,

como por exemplo, a fadiga, a fraqueza e a anorexia, que podem ser motivados por doenças clínicas e ou pela depressão (Kane, Ouslander & Abrass, 2005). Estes fatores levam a que haja uma banalização da doença, por parte dos familiares, conhecidos e até mesmo dos profissionais, desvalorizando-a com afirmações do gênero “ele não está deprimido, quando se fica velho fica-se mais triste, não há o que fazer, é assim mesmo” (Goldfard, Barbieri, Gotter & Peixeiro, 2009).

3.4. Causas

A depressão pode ter causas internas e externas e quando consideramos as origens de qualquer tipo de depressão, existem aspectos que devem ser tidos em conta, como quem tem mais probabilidade e ou suscetibilidade de ficar deprimido e o que faz com que as pessoas fiquem e continuem deprimidas. Em relação ao critério da suscetibilidade há que ter em conta três fatores: o sexo, a idade, a hereditariedade e o meio-ambiente. No que diz respeito ao sexo, as mulheres têm maior probabilidade de sofrer desta doença do que os homens (dois em cada três pacientes internados com este tipo de distúrbio são mulheres). No que se refere ao fator idade, e, como já referi anteriormente, as pessoas idosas são mais suscetíveis à doença. Está também comprovado que existe uma predisposição genética para a alguns tipos de depressão e que a existência ou não de história familiar de depressão pode ajudar a prever ou diagnosticar a perturbação depressiva. Pessoas que têm história familiar de depressão bipolar, 1 em cada 5 desenvolvem a doença. Mas os fatores situacionais, também têm o seu peso na origem de casos depressivos. Por exemplo, uma criança que fique órfã muito nova, as mulheres casadas que têm maus relacionamentos conjugais, os cuidadores que têm a seu cargo alguém permanentemente (idosos, crianças, deficientes) e as condições de vida precárias.

Entre os fatores que contribuem para a manutenção e agravamento da depressão temos os traços de personalidade e as influências ambientais, sendo que as situações em que as pessoas se vêm envolvidas e alguns acontecimentos podem ou não propiciar uma boa ou má evolução da doença (ex.: emprego), apesar de ter influência a maneira como o indivíduo pensa e avalia as situações, e por esse motivo é que uma pessoa com uma personalidade depressiva tem uma visão pessimista e conseqüentemente uma maior dificuldade em superar a doença, assim como as pessoas com baixa autoestima (Breton, 2002).

3.5. Fatores de risco

Existem uma panóplia de fatores de risco que também predisõem os idosos a depressão, tais como, o aumento a idade, o fato de ser do sexo masculino, a perda do estatuto económico e social, a solidão associada ao isolamento e ou inatividade, a institucionalização, a existência de uma doença física crónica, dolorosa e incapacitante, e os estados emocionais como: desespero, desesperança, raiva, culpa (Ruipérez & Llorente, 1998). Também para Ballone (2002, cit. in Martins, 2008) existem um conjunto de aspetos que propiciam a depressão no idoso, como as perdas contínuas, a diminuição do suporte sociofamiliar, a perda do *status* ocupacional e económico, o declínio físico e a maior frequência de doenças. Assim, as pessoas mais idosas não se tornam deprimidas simplesmente pelo processo de envelhecimento propriamente dito (Blazer et al., 1991, cit. in Tazelaar et al., 2008), mas sim devido às alterações bio-psico-sociais que lhe estão associadas. O fato de os idosos terem dificuldades de se desligar dos antigos “investimentos” e de manter relações objetivas necessárias, faz com que haja, por parte destes, a perceção da finitude e de que a maior parte da vida já foi vivida, o sentimento de perda, as constantes lembranças do passado, a falta de perspectivas para o futuro e a sensação de fragilidade e de perda do valor social que o tornam mais vulnerável e perceptível, sendo por isso fulcral que este seja capaz de construir novos laços e vínculos afetivos, novas actividades e novos projetos (Goldfard, Barbieri, Gotter & Peixeiro, 2009). Contrariando a tendência dos fatores de risco, existem diversas variáveis que estão relacionadas com a boa evolução e ou prognóstico da depressão, nos mais idosos, como por exemplo, a ausência de gravidades clínicas, a não-institucionalização, a ausência do abuso de drogas ou álcool, a inexistência de patologia psiquiátrica concomitante, a presença de antecedentes de recuperação de episódios anteriores, a história familiar de depressão, a existência de suporte social e uma personalidade extrovertida e resiliente (Ruipérez & Llorente, 1998).

Como principais causas de um estado depressivo, numa pessoa de idade avançada, temos as perdas ao nível pessoal e social, as situações de luto, as perda da capacidade funcional e da independência, a rutura com hábitos e costumes antigos, as situações de conflito doméstico e a marginalização social e ou institucional que levam a uma consequente perda de qualidade de vida e de autoestima (Barreto, 2006). Vink, Aartsen & Schoevers (2008), no seu estudo, identificaram uma série de fatores de risco para a

depressão e para a ansiedade, categorizando-os em três categoriais principais: biológico, psicológico e social e concluíram, em primeiro lugar, que o número de condições crônicas de saúde, de comprometimento cognitivo e de limitações funcionais (fatores biológicos) são preditivos da incidência de depressão, mas não de ansiedade. Em segundo lugar, que o fato de ser solteira está associado com depressão, mas não com a ansiedade. Além disso, ser mais velho parece ser protetor para a ansiedade, mas é um fator de risco para depressão. Sintetizando, os fatores biológicos parecem prever o aparecimento da depressão e da ansiedade e os fatores sociais parecem prever estas perturbações psíquicas. Isto aparenta estar em consonância com a ideia de que a depressão pode estar mais relacionada com eventos de perda, enquanto a ansiedade resulta de ameaças reais e iminentes (Jones & Brown, 1981, cit. in Vink, Aartsen & Schoevers, 2008).

3.6. Diagnóstico

Segundo, o DSM-IV (2002), para o diagnóstico de depressão é necessário cumprir os seguintes critérios:

- Estado deprimido: sentir-se deprimido a maior parte do tempo;
- Anedonia: interesse diminuído ou perda de prazer para realizar as atividades de rotina;
- Sensação de inutilidade ou culpa excessiva;
- Dificuldade de concentração: habilidade frequentemente diminuída para pensar e concentrar-se;
- Fadiga ou perda de energia;
- Distúrbios do sono: insônia ou hipersônias praticamente diárias;
- Problemas psicomotores: agitação ou retardo psicomotor;
- Perda ou ganho significativo de peso, na ausência de regime alimentar;
- Ideias recorrentes de morte ou suicídio.

Para Leite, Carvalho, Barreto e Falcão (2006) os sinais e sintomas fundamentais para o diagnóstico de depressão são a tristeza, a pouca disposição, o pessimismo em relação ao futuro, a irritação, a autoacusação, a autocrítica, as ideias suicidas, as dificuldades de concentração e também distúrbios de sono e apetite. Já para Barreto (2006) as principais manifestações clínicas são a tristeza, a perda de interesse, o isolamento, a lentificação dos

movimentos e gestos, a indecisão e dificuldade de concentração, os pensamentos de suicídio, as dificuldades subjetivas de memória, as perturbações do sono, as alterações alimentares (ex.: anorexia, má digestão, obstipação), a secura da boca e a sensação de pontada e opressão no peito.

No entanto, nos mais velhos, os estados depressivos têm apresentações clínicas diferentes, manifestando-se atipicamente, nomeadamente sob a forma de depressão somatizada, agitada, psicótica, com défice cognitivo e secundária a um alcoolismo. A depressão somatizada caracteriza-se por queixas somáticas de longa duração ou reaparecimento de dores antigas, sendo frequentes os problemas digestivos e a fadiga crónica e o doente apresenta uma depressão mascarada e hipocondríaca, negando sintomas depressivos ou psíquicos. Na depressão agitada há uma angústia incessante e uma inquietação constante. Já na depressão psicótica o indivíduo vive preso a ideias sobrevalorizadas ou delirantes ora de teor melancólico (ex.: está na miséria) ora de teor paranóide (ex.: é agredido). A depressão com défice cognitivo manifesta-se com dificuldades de concentração e de execução de operações mentais que afetam as atividades instrumentais do dia a dia do indivíduo (ex.: fazer um recado), e por fim a depressão subjacente a um alcoolismo secundário que é mascarada por este (Barreto, 2006).

3.7. Tratamento

Para o diagnóstico e tratamento da depressão é preciso ter em conta o tipo de depressão, o modo de início, o contexto (como, onde), a severidade, a duração e a frequência. Há dois grandes tipos de tratamento da depressão: o médico/ farmacológico e o não farmacológico. Dentro do tratamento médico temos a avaliação das manifestações clínicas (sinais e sintomas), os exames laboratoriais (análises ao sangue) e, nos casos mais difíceis, o eletroencefalograma que avalia os padrões de sono do indivíduo (muitas vezes afetados doença). Os fármacos mais utilizados são os triciclos, os psicoestimulantes, os inibidores de monoaminooxidase (IMAO) e, finalmente, os inibidores seletivos da recaptção da serotonina (ISRS) que incluem, o Prozac, o Zolof. Estes últimos são os mais indicados nos casos de longa duração em que existe uma doença orgânica coexistente e produzem menos efeitos secundários do que os tricíclicos (Merck, 2009). Os efeitos dos medicamentos antidepressivos no organismo consistem em acelerar o organismo através do aumento da ação das neuro hormonas, neuropeptídeos e neurotransmissores (ex.:

serotonina), apesar de se saber que o uso prolongado destas substâncias (mais de 3 meses) provoca graves efeitos secundários e dependência. No entanto, o recurso a este modo de tratamento é predominante e dados do INFARMED revelam que entre 1995 e 2001 o consumo de antidepressivos aumentou 100% (Pires, 2004) e 80% dos doentes que tomam antidepressivos revelam melhoras e uma boa evolução, sendo apenas uma pequena parte resistente tanto aos antidepressivos como à psicoterapia (20 a 30%) (Palma, 2003).

Em relação à psicoterapia existem três grandes tipos de tratamento psicológico que são comumente utilizados na prática clínica, pelos psicólogos. E eles são: a terapia interpessoal, comportamental e cognitiva que apesar de serem distintos têm aspetos em comuns e partilhados. Por exemplo, cada vez mais os terapeutas utilizam a terapia cognitivo-comportamental. Na terapia interpessoal o objetivo é aumentar os contactos, as relações e interações sociais. Na terapia comportamental procura-se que o paciente aumente o seu leque de atividades (ex.: ir ao cinema, passear), recorrendo-se de um plano delineado com técnicas e estratégias destinadas a incrementar as emoções e os pensamentos positivos. Já a terapia cognitiva procura mudar os padrões disfuncionais de pensamento, ajudando a resolver os problemas, recorrendo-se de estratégias específicas (Pires, 2004). Em casos muito excecionais, e apenas em situações graves de depressões que comprometem a integridade física do doente e em que se querem efeitos rápidos, recorre-se à terapia eletro convulsionante (TEC) (Merck, 2009).

De acordo com a APA (2002), a combinação da terapia cognitivo comportamental com a medicação é mais eficaz do que apenas o tratamento farmacológico e é altamente recomendada em casos de depressão ligeira a moderada.

Capítulo IV: Solidão e Depressão

A associação entre a solidão e a depressão está bem documentada na literatura, existindo diversos estudos que comprovam a relação de causalidade entre ambos os construtos. Por exemplo, pesquisas que recorrem a autoavaliações da depressão concluem que quem se sente só também se sente deprimido (Perlman, Gerson, Spinner, 1978; Russel, Peplau & Ferguson, 1978, cit. in Neto, 2000) e mesmo em estudos com escalas de depressão longas, como o inventário de *Beck*, também se encontram associações entre a solidão e a depressão (Russell et al., 1980, Young, 1982, cit. in Neto, 2000). Um estudo longitudinal internacional, levado a cabo por Caciopo, Hawkley & Thisted, em 2010, teve precisamente o objetivo de avaliar a potencial ligação entre a solidão e os sintomas depressivos, numa amostra populacional, etnicamente diversa de 229 homens e mulheres, de 50 a 68 anos de idade, analisando, simultaneamente, os possíveis efeitos de género, da etnia, da educação, do funcionamento físico, dos medicamentos, da rede social, do neuroticismo, dos eventos de vida estressantes, do *stress* percebido e do suporte social nas associações. Os resultados desta investigação provaram que a solidão promove aumentos na sintomatologia depressiva, independentemente da idade, do sexo e da etnia (não acontecendo o mesmo com a depressão, que nem sempre origina solidão), sabendo que o efeito dos sintomas depressivos nas mudanças da solidão é mais comum nos indivíduos com diagnóstico psiquiátrico, do que aqueles que não tem este tipo de diagnóstico. Também a investigação levada a cabo por Singh & Misra (2009) evidenciou a relação significativa entre a solidão e a depressão, em pessoas idosas. O estudo foi realizado com 55 idosos (homens e mulheres) com intuito de avaliar as relações entre a depressão, a solidão e a sociabilidade nestes indivíduos e o consequente efeito do género e as principais conclusões a que chegaram foi que não existiam diferenças significativas entre os sexos, nas pessoas idosas, em relação à solidão e depressão, ou seja, tanto os homens como as mulheres idosas experienciam sentimentos de solidão e depressão, havendo mesmo uma correlação positiva entre a solidão e a depressão, tanto nos homens como nas mulheres, e, no que diz respeito à dimensão da sociabilidade, os homens revelaram ser mais sociáveis do que as mulheres (talvez porque a maioria deles pertenceu a algum grupo de trabalho que os tornou mais aptos na socialização, em comparação com os seus homólogos do sexo feminino, que eram donas de casa).

Em 2006, Waite, Hawkley & Thisted levaram a cabo dois estudos de base populacional de meia-idade (> 54 anos) - estudo 1- e adultos mais velhos (50-67 anos) - estudo 2-, sendo que o objetivo foi determinar o papel causal da solidão e das variáveis psicossociais relacionadas com os sintomas depressivos (e vice-versa). Os resultados do estudo 1 revelaram que níveis mais elevados de solidão estão associados a níveis elevados de sintomas depressivos e, ao avaliar o efeito do género na interação solidão/ depressão, estimou-se que esta é estatisticamente significativa tanto para os homens como para as mulheres, enquanto o efeito do género apenas nos sintomas depressivos se revela mais significativo para as mulheres do que para os homens. Já o estado civil e as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, etnia, educação, renda e estado civil) não parecem ter efeitos na associação solidão-depressão. Finalmente, em 2005, Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, Mast & Westendorp, estudaram a relação entre a presença de sintomas depressivos e todas as causas de mortalidade, na terceira idade (especialmente o efeito da solidão percebida) e concluíram que aqueles que sofriam de depressão e sentimentos de solidão tinham 2,1 vezes maior risco de mortalidade e, apesar de a solidão em si não ter efeito sobre a mortalidade, a presença de solidão percebida contribui fortemente para o efeito de depressão sobre a mortalidade. Outras das conclusões a que chegaram foi que a associação da depressão com sentimentos de solidão levava a mais esgotamento motivacional, acentuado a predisposição do indivíduo para "desistir", acarretando, por sua vez, graves consequências como o isolamento social, a diminuição do autocuidado, a diminuição da mobilidade, a não adesão medicamentosa e a fraca alimentação, que por sua vez conduzem a uma morte precoce (Stek, Vinkers, Gussekloo, Beekman, Mast, & Westendorp, 2005).

A contrariar esta linha de pensamento que documenta a ligação entre a solidão e a depressão, e a título de exemplo, em 1980, Weeks et al. avaliaram os sentimentos de solidão e depressão, através da UCLA, em 333 estudantes universitários e não encontraram nenhuma evidência de que a solidão podia originar sintomas depressivos ou que os sintomas depressivos pudessem causar solidão (Waite, Hawkley & Thisted, 2006)

A partir de uma perspectiva teórica, a solidão e a depressão são estados aversivos e desagradáveis e apesar de estarem relacionados, são distintos. Weiss (1973) distinguiu os construtos, caracterizando a solidão como a forma como as pessoas se sentem

acerca das suas conexões sociais, em particular, e a depressão como a forma as pessoas se sentem no geral (Cacioppo, Hawkley & Thisted, 2010). Bragg (1978, cit. in Neto, 2000) distinguiu a solidão deprimida da não deprimida e concluiu, na sua investigação, que a solidão deprimida está associada a uma negatividade e insatisfação global, enquanto a solidão não deprimida se refere apenas a insatisfação com as relações sociais e não necessariamente aos outros aspetos.

Por outro lado, os dados bibliográficos e a pesquisa científica defendem que a solidão e os sintomas depressivos têm fortes influências, em adultos de meia-idade e nos mais velhos, sendo considerados os maiores problemas que levam à redução da qualidade de vida em idosos (Waite, Hawkley, & Thisted, 2006). É pois importante reconhecer as influências específicas e recíprocas da solidão e da depressão na emoção, em geral, e na regulação emocional, em particular (Southam-Gerow & Kendall, 2002, cit. in Henrich & Gullone, 2006). Este tipo de análise pode proporcionar uma via promissora para a investigação da solidão no futuro, proporcionando uma oportunidade para examinar como as crenças e expectativas podem influenciar o afeto, o comportamento e vice-versa (Henrich & Gullone, 2006).

Parte II

Metodologia de Investigação

Este capítulo destina-se à apresentação do desenho de estudo que engloba os objetivos gerais e específicos, as hipóteses e as variáveis em estudo, a amostra, o tipo de investigação, os instrumentos de recolha de dados utilizados, bem como as suas características psicométricas e os procedimentos de recolha de recolha e análise dos dados.

1. Objetivos

Após a revisão bibliográfica e a constatação de que a solidão constitui um fator de risco para a depressão, o principal objetivo é investigar em que medida a solidão poderá ser um fator de risco para a depressão, na terceira-idade. Assim sendo, a questão que fazemos é: será a solidão um fator de risco para a depressão, na terceira-idade? Para responder a esta questão teremos de recorrer a instrumentos da avaliação próprios e teremos também de ter em conta os objetivos específicos que advêm do objetivo central: a) identificar a presença de sintomatologia depressiva e de sentimentos de solidão em idosos em contexto habitacional; b) avaliar a relação existente entre a sintomatologia depressiva e os sentimentos de solidão; c) perceber se sentimentos de solidão predizem sintomatologia depressiva; d) avaliar a influência da variável género nas principais variáveis em estudo.

2. Hipóteses e variáveis

O termo variável reporta-se às características ou atributos que podem tomar diferentes valores ou categorias. Neste tipo de investigação, a variável está relacionada com as dimensões do comportamento avaliadas ou com construtos subjacentes (Almeida e Freire, 2003). Na investigação correlacional, a variável pode ser chamada de variável preditora ou variável critério quando se pretende analisar as correlações entre as variáveis (Almeida e Freire, 2003).

Na presente investigação será definido como variável critério a depressão e como variáveis predictoras o género, a solidão e o fato de se viver só/ acompanhado.

Tendo em conta a revisão bibliográfica que tem por base a questão de investigação anteriormente referida, as hipóteses seguintes procuraram aprofundar a linha de pensamento da investigação.

Hipótese 1- “Espera-se que na população idosa isolada a taxa de depressão seja elevada”.

Hipótese 2 –“Espera-se que haja uma relação significativa entre os sentimentos de solidão e os sentimentos depressivos, prevendo-se que sentimentos de solidão predigam sintomas depressivos”.

Estas hipóteses relacionam-se com o objetivo geral e com a questão de investigação. Pretende-se apurar se existe uma correlação entre a solidão e a depressão, ou seja, em que medida o fator solidão será um fator de risco para a depressão.

Variável dependente – Sintomas Depressivos.

Variável independente – Sentimentos de Solidão.

Segundo Sousa (2005) consideram-se variáveis dependentes aquelas que dependem dos procedimentos da investigação, conotando-se diretamente com as respostas que se procuram. São dados que se obtêm e que variam à medida que o investigador modifica as condições de investigação. Assim uma variável independente é aquela que se procura como resposta para pergunta formulada na hipótese.

Hipótese 3- “Esperam-se diferenças de género nos níveis de solidão, esperando que as mulheres apresentem níveis de solidão superiores do que os homens”

Hipótese 4- “Esperam-se diferenças de género nos níveis de depressão, esperando que as mulheres apresentem níveis de depressão superiores do que os homens”

Variável qualitativa – Género.

Variáveis quantitativas – Níveis de solidão e de depressão.

A variável quantitativa é uma variável numericamente mensurável. A variável qualitativa é aquela que se baseia em qualidades e não é mensurável numericamente.

Hipótese 5- “Esperam-se diferenças significativas nos níveis de solidão entre a população idosa que vive só e acompanhada, esperando-se que aqueles que vivam sós tenham níveis de solidão superiores em relação aos que vivem acompanhados”

Variável independente – Tipos de Solidão e Índice de Solidão.

Variável dependente – Só e acompanhado.

A hipótese n.º 3 baseia-se num estudo desenvolvido por Shaver & Brennan (1991, cit. in Ernst & Cacioppo, 1988), em que os mesmos chegaram à conclusão de que diferentes tipos de solidão se relacionam com diferentes tipos de depressão e que as manifestações de

depressão e solidão variam de acordo com o sexo. E a hipótese 5 tem por base vários estudos, sendo um deles o de Freitas (2011).

3. Método e desenho da investigação

Este estudo segue o paradigma quantitativo, uma vez que se baseia na descrição narrativa de contextos e situações naturais. Em relação ao desenho de investigação e tendo por base a questão colocada, este estudo é observacional, pois não há qualquer tipo de intervenção, apenas se descrevem as relações dos acontecimentos com as variáveis e o efeito das mesmas nos sujeitos. É descritivo, uma vez que apenas fornece informação acerca da população e é transversal, pois foca-se num único grupo e os dados são recolhidos num único momento. Em relação ao método epidemiológico utiliza a estratégia de um estado correlacional, em que se verifica a associação entre um fator de risco e a doença (Ribeiro, 2007). Sintetizando o estudo é observacional, descritivo, transversal e correlacional.

4. População e amostra

As pessoas ou objetos acerca das quais se pretende produzir conclusões designam-se por população ou universo. Uma amostra é um subgrupo da população, selecionado para obter informações relativas às características dessa população.

A população alvo deste estudo são os idosos do distrito de Braga referenciados pela Guarda Nacional Republicana (GNR), como estando em situação de risco e ou de isolamento social. A amostra será constituída por 100 idosos, referenciados pela GNR, do distrito de Braga e dos concelhos de Cabeceiras de Basto, Guimarães e Fafe. Os critérios de inclusão para participação no estudo serão: idade igual ou superior a 65 anos, situação de isolamento e residência no distrito de Braga, sendo que indivíduos com défice intelectual ou perturbação mental grave não poderão participar no estudo. Estas questões estão asseguradas, à partida, uma vez no registo interno feito pela GNR estes critérios são tidos em conta. O método de amostragem será não probabilístico de conveniência, uma vez que qualquer elemento da população tem a mesma probabilidade de participar na amostra e a técnica de seleção é aleatória (Ribeiro, 2007).

5. Métodos e Técnicas de colheita de dados

5.1. Procedimentos de recolha de dados

Antes de proceder à recolha de dados, efetuamos uma pesquisa de todos os projetos de “combate” à solidão existentes, em Portugal, nomeadamente aqueles que operam com idosos não institucionalizados, e podemos constatar que se tratavam, maioritariamente, de projetos piloto e em experimentação. A exceção que encontrei foi a Guarda Nacional Republicana que, desde 2011, ao abrigo do programa Censos Sénior tem vindo a executar um trabalho notável, a nível nacional, com idosos de zonas rurais com o objetivo de manter um registo dos seniores que vivem sozinhos ou isolados, de forma a identificar situações de potencial risco. E é surpreendente que, em 2013, na terceira edição da operação, foram identificados mais 5196 idosos, em relação aos 23.001 casos, em 2012, ou seja, desde a primeira edição da operação, em 2011, o número de idosos que vivem sozinhos ou em condições de isolamento aumentou em 12.601 casos. Dos 28.197 idosos referenciados, são 19.455 os que vivem sozinhos, 6565 que vivem isolados (Dias, 2013).

Este projeto da Guarda Nacional Republicana demonstrou ser muito credível e adequado para o estudo em questão e, por isso, enviamos um ofício a solicitar a autorização para a investigação (anexo E). Posteriormente, preenchemos um ofício com todos os dados da investigação (anexo G) e um termo de compromisso e declaração de confidencialidade (anexo I). Finalmente o pedido foi deferido e destacaram-nos um Comandante responsável pela zona territorial de Guimarães que foi incumbido de nos acompanhar na investigação e de nos fornecer os dados necessários. Assim sendo, foi-nos dado o acesso a uma base de dados com o registo de todos os idosos referenciados e sinalizados no distrito para que pudéssemos entrar em contato (telefónica ou pessoalmente) e desenvolver a investigação e, uma vez que a maior parte dos idosos registados tinham número de telefone optamos por fazer a recolha de dados telefonicamente. Mas antes de iniciar a recolha de dados pareceu-nos oportuno entrar em contato com os párocos das freguesias pertencentes ao distrito, de modo a que os mesmos colaborassem na divulgação da investigação e informassem os paroquianos que iriam ser contactos para participar num estudo confidencial, anónimo e autorizado pela GNR. Para isso tivemos de aceder ao *site* da arquidiocese de Braga, de onde constam os contactos dos párocos de todos os concelhos e freguesias do distrito de Braga e enviar ofícios com a identificação, objetivos e

procedimentos do estudo. Este primeiro procedimento foi fulcral para que os idosos ficassem mais recetivos e não relutantes na participação do estudo. De referir que primeiramente foi solicitado a autorização da utilização dos instrumentos aos respetivos autores (anexo F).

Após estas etapas, foram iniciados os contactos telefónicos, pelo próprio investigador e os inquiridos foram contactados uma única vez e informados acerca da importância do estudo, dos objetivos, dos procedimentos, da voluntariedade de participação e da confidencialidade dos dados (anexo A), para posteriormente se aplicarem os questionários. Primeiramente o *Questionário Sociodemográfico* (anexo B), de seguida a *Escala da Solidão (UCLA)* (anexo C) e, finalmente, a *Escala Geriátrica da Depressão (GDS)* (anexo D). O tempo médio de administração e recolha de dados por cada indivíduo foi de 20 minutos.

O fato de ser o próprio investigador a aplicar os instrumentos foi, sem dúvida uma mais-valia, pois permitiu uma melhor interpretação e explicação das questões aos inquiridos, minimizando a possibilidade de erros interpretativos e de enviesamento dos resultados e possibilitou a obtenção da reação dos seniores pela participação no estudo, que de uma forma geral, foi bastante positiva.

Procuramos que a investigação cumprisse o rigor académico e científico desejável, obedecendo a um planeamento rigoroso e metódico.

5.2. Instrumentos de avaliação

A escolha dos instrumentos de avaliação está sempre relacionada com o tipo de investigação, os objetivos, as variáveis e as hipóteses em questão. E de modo a responder à questão e aos objetivos deste estudo optamos pelos seguintes instrumentos de recolha de dados (validados e adaptados para a população portuguesa): 1) o questionário sociodemográfico para uma caracterização individual dos participantes; 2) *Escala de Solidão da UCLA* para avaliar a solidão, distinguindo de outros construtos; c) *Escala Geriátrica da Depressão (GDS)* para avaliar, especificamente na população idosa, a sintomatologia depressiva. Descrevemos de seguida os instrumentos utilizados.

5.3. Questionário sociodemográfico

O questionário foi desenvolvido com base na literatura e noutros estudos realizados no mesmo âmbito. A aplicação do questionário (anexo B) tem como finalidade recolher informações acerca da amostra e é constituído por questões abertas e fechadas, estando dividido em cinco secções: 1) dados pessoais; 2) situação escolar; 3) situação familiar; 4) situação ocupacional; 5) situação de saúde. A primeira secção está relacionada com os dados pessoais e possibilita a aquisição de dados que permitem a caracterização da amostra relativamente ao sexo, idade, naturalidade e nacionalidade, a segunda secção refere-se à situação escolar (nível de escolaridade), a terceira secção refere-se à situação familiar (agregado familiar), na quinta secção pretende-se saber informação acerca da situação ocupacional, mais concretamente obter dados sobre a profissão antes da reforma e na última secção pretende-se inquirir os participantes acerca do seu estado de saúde, perguntando apenas se tem ou não algum problema de saúde.

5.4. Escala de Solidão da UCLA (Russell et al., 1980, adaptado por Neto, 1989)

A “Escala de Solidão da UCLA” (anexo C) - *UCLA Loneliness Scale* foi desenvolvida por Russel, Peplau & Cutrona (1980) e encontra-se validada e adaptada para a população portuguesa, por Neto (1999). A versão portuguesa possui 18 itens. É um questionário que avalia a solidão de uma forma indireta, discriminando a solidão de outros estados emocionais. As respostas de cada item fazem-se através de uma escala de tipo Likert com 4 pontos, desde nunca (1) até muitas vezes (4). A pontuação mínima possível é de 18 pontos e a máxima de 72 pontos. A pontuação total é obtida através da soma dos itens, metade dos quais formulados da forma inversa (itens 1,4,5,8,9,13,14,17 e 18), e reflete o índice de solidão. Assim, um resultado mais elevado traduz solidão, enquanto um resultado mais baixo traduz satisfação social (ausência de solidão). Nesta escala a solidão é encarada enquanto estado psicológico e apreendida de modo unidimensional (Neto, 1992).

Esta escala apesar de adequada, levanta alguns problemas, como por exemplo, a possibilidade de enviesamento nas respostas, pelo facto de todos os itens terem sido redigidos na mesma direção, levando a que as pontuações elevadas reflitam sentimentos de insatisfação social e a tendência à deseabilidade social (estigma ligado à solidão) que pode

fazer com que os sujeitos possam distorcer as respostas subvalorizando a sua experiência de solidão (Fernandes, 2007).

No que se refere aos dados psicométricos da escala UCLA revista para português, um estudo levado a cabo por Neto, em 1987, com o intuito de avaliar os dados, concluiu que se trata de um instrumento fidedigno, com boa consistência interna ($\alpha = 87\%$) e validade concorrente, sendo de rápida aplicação e de fácil compreensão. A validade externa é comprovada na fiabilidade da discriminação da solidão de outros constructos (Neto, 2000).

Neste estudo, esta escala foi utilizada como forma de obter informação acerca do nível de solidão sentido pelos idosos em estudo.

Em relação às *características psicométricas* no presente estudo e, sabendo desde já que o instrumento já se encontra validado, verificamos somente a fidelidade da escala UCLA no total da amostra e concluímos que o alfa de *Cronbach* da escala total é de .85 o que revela uma boa consistência interna.

5.5. Escala Geriátrica de Depressão (Yesavage et al., 1983, adaptado para português por Barreto et al., 2003)

A “Escala Geriátrica de Depressão” (EGD) (anexo D) – *Geriatric Depression Scale* (GDS), foi construída por Yesavage e col. (1983) e traduzida, aferida e adaptada para a população portuguesa por Barreto, Leuschner, Santos & Sobral (2003). É uma escala que avalia sintomatologia na população geriátrica por se ter verificado que os sintomas de depressão dos idosos variavam das outras faixas etárias.

A escala tem duas versões, uma mais reduzida (15 perguntas) e uma mais longa (30 perguntas), sendo recomendado a utilização da última para casos que requerem uma avaliação mais rigorosa e detalhada (como é o caso), uma vez que a versão reduzida tem uma menor sensibilidade e especificidade do que a de 30 itens, não sendo tão eficaz. A versão original é constituída por 30 perguntas de resposta Sim ou Não, mediante a forma que a pessoa inquirida se tem sentido na última semana. Nos itens 2, 4, 6, 8, 10- 14, 16-18, 20, 22-26, 28 atribui-se um ponto sempre que a resposta for “sim”, enquanto nos itens 1,5, 7,9, 15,19, 21, 27, 29 e 30 atribui-se um ponto sempre que a resposta for “não”. A pontuação final varia entre 0 a 30 pontos, sendo deduzidas três classificações: 0-10 pontos

= ausência de depressão; 11-20 = depressão ligeira e dos 21-30 = depressão grave (Yesavage et al., 1983). Em relação aos dados psicométricos, trata-se de um instrumento de aplicação rápida e de fácil compreensão e execução, com fiabilidade e consistência interna ($\alpha = 94\%$).

Resumindo, uma vez que se trata de uma boa escala de autoavaliação de sintomas de depressão e é um dos instrumentos mais utilizados para a triagem de depressão nos idosos (Kurlowicz, 1999), pensamos que se trata do instrumento mais indicado para o estudo e amostra em questão.

Em relação às *características psicométricas* no presente estudo e, sabendo desde já que o instrumento já se encontra validado, verificamos somente a fidelidade da escala EGD no total da amostra e concluímos que o alfa de *Cronbach* da escala total é de .86 o que revela uma boa consistência interna.

6. Apresentação de resultados

6.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

Quadro 1- Caracterização sociodemográfica da amostra (N= 100)

Variáveis sociodemográficas	Total (N=100)	Homens (N=23)	Mulheres (M=77)			
	[Min. 66 Máx. 91]	[Min.66 Máx. 91]	[Min.66 Máx. 89]			
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Idade	80	10.52	80	7.39	77.5	3.74

Caracterização da amostra, através da análise medidas de tendência central para a variável idade.

A população alvo deste estudo são idosos do distrito de Braga (concelho de Guimarães), referenciados pela Guarda Nacional Republicana (GNR), como estando em situação de isolamento social ou situação de risco, sendo que qualquer elemento desta população tem a mesma probabilidade de participar no estudo (amostra não probabilística de conveniência). A amostra é composta por 100 idosos, de ambos os géneros, retirados da população mencionada e com um total de 77 mulheres (77%) e 23 homens (23%).

Em relação à distribuição das idades, os participantes apresentam idades compreendidas entre os 66 (idade mínima) e os 91 anos (idade máxima), sendo a média de idades dos participantes de 80 anos ($M= 80$; $DP= 10.52$; $Min.= 66$ e $Max.= 91$). A média de idades das mulheres é igual à média total de idades e a média de idade dos homens é de 77.5, concluindo-se assim que as mulheres são mais velhas do que os homens.

Quadro 2- Caracterização sociodemográfica da amostra (N= 100) (cont.)

Variáveis sociodemográficas	Total		Homens		Mulheres	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Naturalidade						
Fafe	20	20	3	13	17	22
Guimarães	25	25	8	35	17	22
Cabeceiras de Basto	45	45	10	43	35	45
Braga	2	2	1	4	1	1
V. N. Famalicão	4	4	0	0	4	5
Vila Real	1	1	0	0	1	1
Celorico de Basto	1	1	0	0	1	1
Montalegre	1	1	0	0	1	1
Felgueiras	1	1	1	4	0	0
Estado civil						
Solteiro (a)	13	13	1	4	12	16
Casado (a)	37	37	14	61	23	30
Divorciado (a)	1	1	0	0	1	1
Viúvo (a)	49	49	8	35	41	53
União de facto	0	0	0	0	0	0
Escolaridade						
Analfabeto (a)	32	32	3	13	29	38
Ler e escrever	21	21	5	21	16	21
3º Classe	19	19	2	8	17	22
4º Classe	23	23	11	46	12	16
Ciclo preparatório	2	2	1	4	1	1
Secundário	3	3	2	8	1	1
Ensino superior	0	0	0	0	0	0

Caracterização da amostra e das variáveis, através da análise das frequências.

Quadro 2- Caracterização sociodemográfica da amostra (N= 100) (cont.)

Profissão						
(antes da reforma)						
Agricultor (a)	41	41	5	22	36	47
Cozinheiro (a)	4	4	1	4	3	4
Op. Fabril	19	19	7	30	12	16
Emp. Limpeza	1	1	0	0	1	1
Tecedeiro (a)	5	5	0	0	5	6
Costureiro (a)	1	1	0	0	1	1
Bancário	1	1	1	4	0	0
Professor (a)	1	1	0	0	1	1
Carpinteiro (a)	2	2	2	9	0	0
Pedreiro (a)	1	1	1	4	0	0
Cons. Civil	4	4	4	17	0	0
Serralheiro (a)	1	1	1	4	0	0
Confeiteiro (a)	2	2	0	0	2	3
Cobrador (a)	1	1	1	4	0	0
Doméstico (a)	13	13	0	0	13	17
Moleiro (a)	1	1	0	0	1	1
Comerciante	2	2	0	0	2	3
Constituição do agregado familiar						
Só	55	55	8	33	47	62
Cônjuge	37	37	14	58	23	30
Filho (s)	2	2	1	4	1	1
Familiar (es)	6	6	1	4	5	7

Caracterização da amostra e das variáveis, através da análise das frequências.

Quadro 2- Caracterização sociodemográfica da amostra (N= 100) (cont.)**Total de pessoas do****agregado familiar**

1	58	58	7	30	51	66
2	38	38	15	65	23	30
3	2	2	0	0	2	3
5	1	1	0	0	1	1
6	1	1	1	4	0	0

Problema de saúde?

Sim	86	86	16	73	70	90
Não	14	14	6	27	8	10

Caracterização da amostra e das variáveis de através da análise das frequências.

A *naturalidade* mais prevalente é a de Cabeceiras de Basto ($N= 45$; 45%), seguindo-se Guimarães ($N= 25$; 25%) e Fafe ($N= 20$; 20%), sendo que as naturalidades menos prevalentes são Vila Nova de Famalicão ($N= 4$; 4%), Braga ($N= 2$; 2%), Vila Real ($N= 1$; 1%), Celorico de Basto ($N= 1$; 1%), Montalegre ($N= 1$; 1%) e Felgueiras ($N= 1$; 1%). Assim sendo, o distrito predominante é o distrito de Braga ($N= 98$; 98%), existindo apenas 2% ($N= 2$) da amostra natural do distrito de Vila Real. A nacionalidade de toda a amostra ($N= 100$) é portuguesa.

Em relação ao *estado civil*, o maioritário é o da viuvez ($N= 49$; 49%) que é mais significativo nas mulheres ($n= 41$; 53%) do que nos homens ($n= 8$; 35%), seguindo-se do estatuto conjugal de casado (a) com 37% ($N= 37$), em que a prevalência de homens casados ($n= 14$; 61%) é superior a de mulheres casadas ($n= 30$; 23%) e o de solteiro(a) ($N= 13$; 13%), e, por fim, o de divorciado (a)/ separado (a) que corresponde a apenas 1% ($N= 1$). O estado civil de união de fato não apresentou nenhuma ocorrência ($N= 0$; 0%).

No que diz respeito à *escolaridade*, a generalidade da amostra é analfabeta ($N= 31$; 31%), seguindo-se daqueles que têm a 4.^a classe ($N= 23$; 23%), tendo em conta que a generalidade dos homens tem a 4.^a classe ($n= 11$; 46%), ao passo que a maior parte das mulheres é analfabeta ($n= 29$; 38%). Existem também aqueles que não completaram a

instrução primária, mas que sabem ler e escrever (N= 21; 21%) e aqueles que fizeram a 3.^a classe (N= 19; 19%). Em relação ao ciclo preparatório e ao secundário, que representa apenas 2% (N= 2) e % (N= 3) respectivamente, os homens frequentaram mais estes níveis de ensino do que as mulheres: 8% ($n= 2$) fizeram o ensino secundário e 4% ($n= 1$) o ciclo preparatório, contra 1% ($n= 1$), nas mulheres. Em relação ao ensino superior, nenhuma das pessoas tem este grau de escolaridade (N= 0; 0%).

Quanto à *profissão* exercida até ao momento da reforma, existem profissões variadíssimas, mas na grande maioria pertencentes ao grupo de trabalhadores não qualificados. No entanto, predominam três grandes grupos, os agricultores com uma prevalência 41% (N= 41), os operários fabris com 19% (N= 19) e os domésticos (N= 13; 13%). A profissão de operário fabril é mais prevalente nos homens ($n= 7$; 30%), do que nas mulheres ($n= 12$; 16%), enquanto a profissão de doméstico (a) é executada exclusivamente por mulheres ($n= 13$; 17%), contra 0% ($n=0$) de homens.

Relativamente ao *agregado familiar* é importante saber a sua constituição e o total de pessoas integrantes. Em relação ao primeiro item, existem duas situações predominantes que são, em primeiro lugar, a situação de viver só (N= 55; 55%) e, em segundo, a situação de viver acompanhado com o cônjuge (N= 37; 37%) que é mais comum nos homens ($n= 14$; 58%), do que nas mulheres ($n= 23$; 30%). Temos os casos dos idosos que vivem com os familiares (N= 6; 6%) e também com os filhos (N= 2; 2%). Tudo isto significa que o número total de pessoas pertencentes ao agregado é na maioria de 1 (N= 58; 58%) e de 2 pessoas (N= 38; 38%), seguindo-se uma minoria de 3 (N= 2; 2%), 5 e 6 pessoas (N= 1; 1%) e que as mulheres vivem mais sós ($n= 47$; 62%); ($n= 51$; 66%) do que os homens ($n= 8$; 33%); ($n= 7$; 30%) que vivem, em grande parte, acompanhados pelos cônjuges ($n= 14$; 58%); ($n= 15$; 65%).

Por último, o item que questiona se a pessoa tem ou não algum *problema de saúde* e que se pretendia apenas que a resposta fosse sim ou não, 86% (N= 86) respondeu sim e apenas 14% (N=14) respondeu Não. E tendo em conta análise por género, podemos concluir que os homens referem ter menos problemas de saúde que as mulheres, dado que 27% ($n= 6$) dos homens respondeu que não tinha nenhum problema de saúde e apenas 10% ($n= 8$) das mulheres referiu não ter nenhum problema de saúde, sendo que a maioria delas apresenta problemas de saúde ($n= 70$; 90%), contra 73% ($n= 16$) dos homens. Contudo, é

importante reforçar que no global, a prevalência de homens e mulheres que têm problemas de saúde é superior a dos que não têm.

6.2. Fidelidade dos instrumentos

Para se avaliar a fidelidade dos instrumentos em causa, foi calculado o alfa de *Cronbach* no total da amostra e no total das escalas, sendo que no quadro 3 são apresentados os resultados. A análise dos mesmos permite-nos dizer que os instrumentos em causa e no presente estudo revelam uma boa fidelidade, pois apresenta valores de consistência interna superiores a .80. Estes dados vão de encontro ao indicado pelos autores das versões originais dos instrumentos.

Quadro 3- Resultados da análise da consistência interna ((Alfa de *Cronbach* (α) dos instrumentos UCLA e EDG) (N= 100))

α	Total
UCLA (18itens)	.85
EDG (30 itens)	.86

Análise da consistência interna dos instrumentos, com recurso ao coeficiente alfa de *Cronbach* : Escala da Solidão (UCLA) e Escala Geriátrica da Depressão (EGD).

6.3. Hipóteses

Antes do estudo individual de cada hipótese procedemos à análise exploratória para verificar se os dados obedeciam ou não à normalidade e à homogeneidade e uma vez que a análise dos dados revelou normalidade e homogeneidade na distribuição o estudo utilizará testes paramétricos para a análise dos dados recolhidos.

Hipótese 1- “Esperamos que na população idosa isolada a taxa de depressão seja elevada”.

O quadro 4 indica-nos a frequência absoluta (*N*) e relativa (%) dos totais da Escala Geriátrica de Depressão (EGD) subdividida em classificações, sabendo que os valores compreendidos entre os 0 e os 10 pontos indicam ausência de depressão, pontuações entre os 11 e os 20 pontos revelam depressão ligeira e *scores* compreendidos entre os 21 e os 30 pontos equivalem a uma depressão grave (Yesavage et al., 1983). Pela análise do quadro 4

podemos verificar que 41% (N= 41) da amostra não tem depressão, ao passo que 59% (N= 59) da amostra estudada tem depressão ligeira a grave. Isto permite-nos confirmar a hipótese 1 e afirmar que na população idosa isolada (que é o caso da amostra em estudo) a taxa de depressão é elevada, uma vez que a percentagem de idosos com depressão (N= 59; 59%) é superior a percentagem dos que não têm depressão (N= 41; 41%).

Quadro 4- Frequência absoluta (N) e relativa (%) dos totais da Escala Geriátrica de Depressão (EGD) (N=100)

Total EGD (30 itens)	Total (N=100)	
	N	%
0-10	41	41%
11-20	45	45%
21-30	14	14%

Análise de frequências para o total da EGD, na totalidade da amostra.

Hipótese 2 –“Esperamos que haja uma relação significativa entre os sentimentos de solidão e os sentimentos depressivos, prevendo-se que sentimentos de solidão predigam sintomas depressivos”.

Pelo quadro 5, que se refere à correlação entre a variável solidão e depressão podemos verificar que existe uma correlação positiva de magnitude elevada no total da amostra ($r = .59$; $p < .01$), havendo assim uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre as variáveis solidão e depressão, esperando-se então que os sentimentos de solidão conduzam a sentimentos depressivos e quanto maior o nível de solidão maior será o nível de depressão. Estes dados permitem-nos, assim, aceitar totalmente a hipótese 2.

Quadro 5 – Coeficientes de correlação de *Pearson* entre a solidão e a depressão (N=100)

Variáveis	Coeficiente de Correlação de <i>Pearson</i> (r)	Valor de p
EGD	.59 **	.01
UCLA		

** $p < .01$ (valor de p estatisticamente significativo para .01). Correlação entre as variáveis solidão e depressão, através dos scores das escalas EGD e UCLA.

Hipótese 3- “Esperamos diferenças de género nos níveis de solidão, esperando- se que as mulheres apresentem níveis de solidão superiores do que os homens”.

Quadro 6-Teste t de medidas independentes na comparação entre géneros (N= 100)

Género	M	DP	T
Solidão			
Masculino (N=24)	36.7	8.035	-.660
Feminino (N=76)	37.9	7.682	

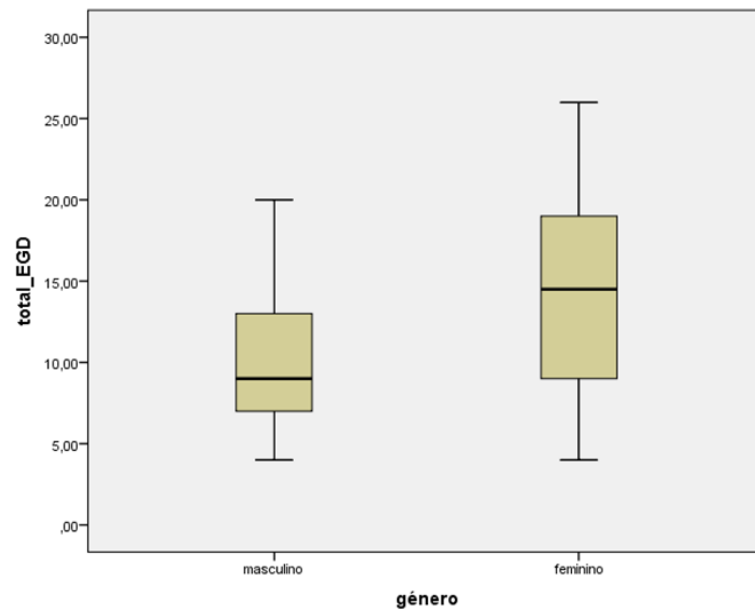
*p < .01 (valor de p estatisticamente significativo). Comparação de género em relação à variável solidão.

Através da análise do quadro 6, podemos concluir que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, em relação aos níveis de solidão ($t(98) = -.660$; $p > .05$). Apesar de as mulheres terem níveis mais elevados de solidão ($M=37.9$) do que os homens ($M= 36.7$) os valores não são significativos, o que faz com que tenhamos de rejeitar a hipótese 3.

Hipótese 4- “Esperamos diferenças de género nos níveis de depressão, esperando que as mulheres apresentem níveis de depressão superiores do que os homens”.

Tendo em conta que não foram cumpridos os pressupostos para o teste t (a normalidade e a homogeneidade das variâncias) optou-se por um teste correspondente não paramétrico: *Mann Whitney*. Os resultados revelaram que existem diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão entre homens e mulheres ($U= 162.5$; $W= 4188.5$; $p= .005$ / $p < .01$) permitindo-nos confirmar que as mulheres apresentam níveis de depressão superiores do que os homens, sendo aa ordem média de 55,11 e para os homens de 35,90. Podemos então aceitar a hipótese 4.

Figura 1- Teste *Mann-Whitney* para análise dos *scores* de depressão e da variável género



* $p < .01$

Diagrama de extremos e quadris dos *scores* de depressão e de género.

Hipótese 5- “Esperamos diferenças significativas nos níveis de solidão entre a população idosa que vive só e acompanhada, esperando-se que aqueles que vivam sós tenham níveis de solidão superiores em relação aos que vivem acompanhados”.

Pelo quadro 7, podemos verificar que existem diferenças estatisticamente significativas entre a população idosa que vive só ($M= 39.47$; $DP= 8.187$) e acompanhada ($M= 35.36$; $DP= 6.568$), em relação aos níveis de solidão ($t(98) = 2.730$; $p > .01$), sendo que os idosos que vivem sós têm níveis superiores de solidão do que os que vivem acompanhados. Isto permite-nos confirmar totalmente a hipótese 5.

Quadro 7- Teste t de medidas independentes na comparação entre variáveis (N= 100)

Ag.familiar	M	DP	t
Solidão			
Viver só (N= 55)	39.47	8.187	2.730*
Viver acompanhado (N= 45)	35.36	6.568	

*p < .01 (valor de p estatisticamente significativo). Comparação do agregado familiar em relação à variável solidão.

7. Discussão dos resultados

A discussão de resultados permite interpretar os resultados obtidos em relação ao problema em questão e às hipóteses e estabelecer relações com outros trabalhos acerca do mesmo fenómeno (Fortin, 1999).

Deste modo, iremos discutir resumidamente os principais resultados que responderam ao objetivo principal do estudo.

Hipótese 1- “Esperamos que na população idosa isolada a taxa de depressão seja elevada”.

No nosso estudo verificamos que, de fato, na população idosa isolada (que é o caso da amostra em estudo) a taxa de depressão é elevada, uma vez que a percentagem de idosos com depressão (N= 59; 59%) se revelou superior à percentagem dos que não têm depressão (N= 41; 41%).

Estes dados vão de encontro à literatura e a outros estudos efetuados, como é o caso de uma investigação levada a cabo por Stek et al. (2005) que teve como objetivo estudar o impacto da depressão e da solidão percebida nos mais idosos, percebendo em que medida a depressão e outras causas de mortalidade mais comuns nos idosos tinham efeitos na mortalidade sénior. Os resultados da investigação permitiram concluir que a institucionalização, o estado civil e a solidão percebida estavam significativamente associadas à depressão e que sentimentos de depressão estavam relacionados com sentimentos de solidão e apesar de a solidão percebida não ter efeitos diretos na mortalidade, ela contribuía indiretamente para o efeito que a depressão tem sobre a mesma.

Uma outra investigação que também está relacionada com os resultados do nosso estudo é a de Bekhet & Zauszniewski (2012) que investigou a associação entre a solidão e os indicadores de saúde física e mental e a principal conclusão a que chegaram foi que existiam diferenças estatisticamente significativas nos indicadores de saúde entre indivíduos idosos sós e os não sós, nomeadamente nos efeitos que a solidão teve nos indicadores de saúde mental. Por exemplo, idosos que relataram sentir-se sós revelaram simultaneamente níveis de ansiedade e depressão superiores aqueles que não se sentiam sós. Também (Mansfield & Gill, 2007) encontram uma correlação significativa entre a solidão e a depressão numa amostra de idosos.

A literatura revela que a prevalência de depressão é maior nas populações institucionalizadas do que nas populações que vivem em comunidade (Carvalho & Firmino, 2006). Mas um estudo levado a cabo por Tazelaar et al. (2008) ao avaliar a prevalência dos sintomas depressivos em 2850 seniores, com 75 anos/ mais, residentes na comunidade, atendendo às variáveis sexo e idade, concluiu que a prevalência foi de 31, 1% o que é consideravelmente mais elevada do que comparada a outros estudos que também utilizaram os mesmos instrumentos (Haynie et al., 2001, cit. in Tazelaar et al. 2008).

Tudo isto nos permite concluir que não existe uma consonância nos resultados das investigações efetuadas, mas também temos de ter em conta que a amostra em questão é uma amostra isolada e sabe-se que o isolamento social é um preditor de sintomas depressivos.

Hipótese 2 –“Esperamos que haja uma relação significativa entre os sentimentos de solidão e os sentimentos depressivos, prevendo-se que sentimentos de solidão predigam sintomas depressivos”.

Esta hipótese está diretamente relacionada com o objetivo principal do nosso estudo: a solidão como fator de risco para a depressão na terceira idade. E, a análise dos resultados, revelou uma correlação positiva e significativa entre as variáveis solidão e depressão ($r = .59$; $p < .01$), o que nos permite afirmar que as duas variáveis estão intimamente relacionadas e que os sentimentos de solidão constituem um fator de risco para a depressão na população idosa.

Uma investigação de Cacioppo & Hughes (2006) teve precisamente o objetivo de estudar a solidão como fator de risco para a depressão em pessoas de meia-idade e mais velhas e os resultados revelaram precisamente uma correlação significativa entre os sentimentos de solidão e depressão, sendo que scores elevados de solidão estavam associados a scores elevados de depressão, tanto nos homens como nas mulheres, representando um efeito sinérgico na diminuição do bem-estar e qualidade de vida dos indivíduos.

De acordo com Green et al., (1992, cit. in Singh & Misra, 2009) a solidão constitui, por sua vez, um sério fator de risco para a saúde, tendo consequências adversas na qualidade de vida dos indivíduos, sendo um dos três principais fatores que levam à depressão. Mais, em 2010, Cacioppo, Hawkley & Thisted, desenvolveram um estudo longitudinal de cinco anos, com uma amostra de 229 homens e mulheres, com idades compreendidas entre os 50 e os 68 anos, com o intuito de estudar a potencial associação entre a solidão e os sintomas depressivos e concluíram que a solidão se não prediz, promove aumentos de sintomatologia depressiva, independentemente da idade, sexo ou etnia.

Podemos então concluir que a depressão trata-se de um problema que muitas vezes acompanha a solidão e, que em muitos casos, os sintomas depressivos, a ansiedade, a falta de motivação e a tristeza mascaram os sintomas de solidão (Singh & Misra, 2009).

Hipótese 3- “Esperamos diferenças de género nos níveis de solidão, esperando-se que as mulheres apresentem níveis de solidão superiores do que os homens”.

Apesar de no nosso estudo as mulheres terem revelado níveis mais elevados de solidão ($M= 37.9$) do que os homens ($M= 36.7$) os valores não são significativos ($t(98) = -.660$; $p > .05$), fazendo com que tivéssemos de concluir que não existiam diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, em relação aos níveis de solidão.

A maioria das investigações demonstram que as mulheres se sentem mais sós do que os homens e isto pode ser demonstrado, por exemplo, na pesquisa de Lopes, Lopes & Camara (2009) que avaliou a solidão numa amostra de 132 idosos e analisou a relação da mesma com o isolamento social, a depressão, o luto e o abandono e ilustrou bem que as

mulheres se sentem mais sós do que os homens, fator agravado pelo aumento da idade, pois quanto mais velhos mais essa diferença entre géneros se evidenciava.

Também na tese de dissertação de Freitas (2011) intitulada ao tema “solidão em idosos: percepção em função da rede social” as mulheres revelaram uma diferença estatisticamente significativa em relação aos homens no que concerne aos sentimentos de solidão, tendo obtido uma scores mais elevados do que os homens. Numa revisão abrangente em que se avaliou o efeito do género nos níveis de solidão, Borys & Perlman (1985, cit. in Henrich & Gullone, 2006), observaram que ao recorrer às medidas de autorrotulagem de solidão as mulheres são mais propensas a admitir a sua solidão do que os homens.

Existem, porém outros estudos em que não se verificou a influência do género nos resultados de solidão. É o caso de uma investigação de Theeke (2009) que não revelou diferenças de género nos níveis de solidão e a da Lauder et al., (2004, cit. in Theeke, 2009) e o nosso estudo vai ao encontro destes resultados.

Hipótese 4- “Esperamos diferenças de género nos níveis de depressão, esperando que as mulheres apresentem níveis de depressão superiores do que os homens”.

No que diz respeito ao género, as mulheres têm maior probabilidade de sofrer desta doença do que os homens (dois em cada três pacientes internados com este tipo de distúrbio são mulheres) e a razão para isto parece se dever às próprias alterações hormonais provocadas nas mulheres, pela altura do período menstrual, durante e após a gravidez e na altura da menopausa e também porque o papel da mulher assumiu maior relevância e maior exigência, na sociedade, o que faz com que a posição social dos homens seja posta em causa e, de certa maneira, estes sintam uma maior pressão e insegurança, suscitando assim um aumento de casos depressivos no sexo masculino.

Também Browley (1990, cit. in Cunha, 2012) refere que a depressão é mais prevalente no sexo feminino do que no sexo masculino e Leite, Carvalho, Barreto & Falcão (2006) indicam igualmente a influência do género nas taxas de incidência da depressão, tendo as mulheres níveis de incidência superiores, quando comparadas com o sexo masculino, muito por justificação da maior longevidade feminina e, por consequência, maior probabilidade de doenças crónicas, de referir que as mulheres tendem a verbalizar

mais os seus sentimentos, ao passo que os homens tendem a reprimi-los, o que também tem influência.

Assim sendo, os resultados da nossa investigação vão de encontro ao esperado e revelaram diferenças estatisticamente significativas nos níveis de depressão entre homens e mulheres ($U= 162.5$; $W= 4188.5$; $p= .005/ p< .01$), permitindo-nos confirmar que as mulheres apresentam níveis de depressão superiores a dos homens.

Hipótese 5- “Esperamos diferenças significativas nos níveis de solidão entre a população idosa que vive só e acompanhada, esperando-se que aqueles que vivam sós tenham níveis de solidão superiores em relação aos que vivem acompanhados”.

Pesquisas efetuadas acerca da solidão e dos fatores de risco para a mesma revelam que os grupos mais vulneráveis são os jovens, as pessoas separadas, as pessoas que vivem sós, os (as) viúvos (as) e os filhos de casais divorciados. Ser casado é tido como um fator protetor de saúde e preditor de baixos níveis de solidão (Waite & Gallagher, 2001; Barbour, 1993; Hughes et al., 2004; Tornstam, 1992, cit. in Henrich & Gullone, 2006). Já, de acordo com Singh & Misra (2009) muitas pessoas experimentam a solidão, seja como resultado de viver sozinho, da falta de laços familiares próximos, da diminuição de contato com a sua cultura de origem ou de uma incapacidade de participar ativamente nas atividades da comunidade local.

Freitas (2011) também encontrou diferenças estatisticamente significativas nos níveis de solidão entre os que vivem sozinhos, em instituição e com os familiares e os que revelaram uma maior perceção de solidão e conseqüentemente maiores níveis de solidão foram os idosos que vivem sozinhos, em contexto habitacional.

Na nossa investigação também verificamos diferenças estatisticamente significativas entre a população idosa que vive só ($M= 39.47$; $DP= 8.187$) e acompanhada ($M= 35.36$; $DP= 6.568$), em relação aos níveis de solidão ($t(98) = 2.730$; $p>.01$), sendo que os idosos que vivem sós obtiveram níveis superiores de solidão do que os que vivem acompanhados. Assim, a 5.^a hipótese foi aceite e confirmada.

Conclusões e reflexões finais

Tendo em conta a caracterização sociodemográfica, concluímos que mais de metade da amostra é constituída por mulheres, com uma média total de idade de 80 anos, sendo que as mulheres são mais velhas que os homens. No que se refere ao estado civil, o maioritário é o da viuvez (apesar de ser mais significativo nas mulheres do que nos homens) e em relação à constituição do agregado familiar a maioria dos inquiridos viviam sozinhos.

Retomando a questão de investigação colocada inicialmente “será a depressão um fator de risco para a solidão na terceira idade?”, cumpre-nos dizer que, tendo em conta os resultados obtidos, podemos afirmar que existe uma correlação estatisticamente significativa e positiva entre as variáveis solidão e depressão, esperando-se que os sentimentos de solidão conduzam a sentimentos depressivos e que quanto maior o nível de solidão maior será o nível de depressão. Verificamos também que na população idosa isolada (que é o caso da amostra em estudo) a taxa de depressão é elevada, uma vez que a percentagem de idosos com depressão é superior à percentagem dos que não têm depressão e que os idosos que vivem sós têm níveis superiores de solidão do que os que vivem acompanhados. Deste modo, tendo em conta os resultados apresentados e as conclusões tiradas podemos afirmar que os objectivos inicialmente propostos foram cumpridos.

Sabendo que existe uma panóplia de fatores de risco que predispõem os idosos à depressão, como o aumento da idade, a perda do estatuto económico e social, a solidão associada ao isolamento e ou inatividade, a institucionalização, a existência de uma doença física crónica, dolorosa e incapacitante, e os estados emocionais como: desespero, desesperança, raiva, culpa (Ruipérez & Llorente, 1998) é importante não legitimar este tipo de sintomatologia na população idosa e reconhecê-la como um problema de saúde pública que carece de programas de intervenção a nível social, biológico e psicológico. Estes programas devem passar por uma atitude mais preventiva do que interventiva. Ao nível científico são necessários mais estudos transversais e longitudinais acerca dos fenómenos da solidão e da depressão e das suas implicações.

É importante referir que a leitura e análise desta investigação devem ter em conta algumas limitações inerentes: um reduzido *N* da amostra, com um maior número de indivíduos do sexo feminino do que masculino; ser um estudo transversal e não

longitudinal e o fato de terem sido utilizados instrumentos de rastreio e não de diagnóstico, o que impossibilita a inferência dos resultados à população em geral, além da amostra em estudo. No entanto, apesar do estudo ter um carácter prospectivo, pensamos que o mesmo conseguiu obedecer a um conjunto de critérios e procedimentos inerentes às investigações científicas.

Bibliografia

- Almeida, L., & Freire, T. (2003). Metodologia da Investigação em Psicologia e Educação. Braga: Psiquilíbrios.
- Association, A. P. (2002). *DSM-IV-TR : Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. Lisboa: Climepsi.
- Barreto, J., Leuschner, A., Santos, F., & Sobral, M. (2007). Escalas e testes de demência, Grupo de Estudos de Envelhecimento Cerebral e Demência 2.^a ed. Coimbra: Psiquiatria Clínica.
- Barreto, J. (2006). Tratamento atual da depressão no idoso. In H. Firmino, *Psicogeriatría* (pp. 245-258). Psiquiatria Clínica.
- Breton, S. (2002). *depressão- guia elemental*. Rio de Mouro: Círculo de Leitores.
- Beyer JL. Managing depression in geriatric populations. *Ann Clin Psychiatry*. 2007 Oct-Dec;19(4):221-38.
- Cacioppo, J. T., & Hughes, M. E. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology and aging vol.21*, pp. 140-151.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2010). Perceived Social Isolation Makes Me Sad: 5-Year Cross-Lagged Analyses. *Psychology and Aging*, Vol. 25, No. 2, 453–463.
- Caldas, C. F. (2006). Desenvolvimento e envelhecimento: paradigmas contemporâneos. In R. L. Renato Veras, *Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar* (pp. 31-33). Rio de Janeiro: Unati.
- Camarano, A. A. (2006). Demografia do envelhecimento. In R. L. Renato Veras, *Formação humana em geriatria e gerontologia: uma perspectiva interdisciplinar* (pp. 41-44). Rio de Janeiro: Unati.
- Carvalho, A. J., & Firmino, H. (2006). Depressão geriátrica: Bases vasculares e considerações clínicas. In H. Firmino, *Psicogeriatría* (pp. 221-231). Psiquiatria Clínica.

- Correia, J. M. (2003). *Introdução à Gerontologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Cunha, C.C. (2012). Sintomatologia depressiva, declínio cognitivo e suporte social no idoso institucionalizado: diferenças de género. Tese de mestrado submetida à Universidade Católica de Braga, Braga.
- Dias, M. (2013). Há mais de 28 mil idosos a viverem sozinhos ou isolados. *Público*.
- Erikson, E. (1982). *The life cycle completed- a review*. New York: W. Norton.
- Félix, J. S. (s.d.). Economia da longevidade: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. São Paulo. Obtido em 20 de abril de 2013, de www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br
- Fernandes, H. J. (2007). Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança. Tese de Mestrado, submetida à, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, da Universidade do Porto, Porto.
- Fontaine, R. (200). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Freitas, P (2011). Solidão em idosos: percepção em função da rede social. Tese de Mestrado submetida à Universidade Católica de Braga, Braga.
- Goldfard, D. C., Barbieri, N. A., Gotter, M. E., & Peixeiro, M. H. (15 de dezembro de 2009). *Depressão e envelhecimento na contemporaneidade*. Obtido em 1 de abril de 2013, de [Revistas. pucsp.br: http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2689/1736](http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2689/1736)
- Gomes, A. M. (2001). Solidão: uma abordagem interdisciplinar pela ótica da teologia bíblica reformada. *Fides Reformata*.
- Grasielle Silveira, T. P. (2010). *Reflexões acerca do processo do envelhecimento e as políticas públicas para idosos*. Obtido em 18 de fevereiro de 2013, de Portal do envelhecimento: sua rede de comunicação e solidariedade: <http://www.portaldoenvelhecimento.org.br/artigos/z861.htm>
- Henrich, L. M., & Gullone, E. (2006). The clinical significance of loneliness: a literature review . *Clinical Psychology Rewiew* 26, 695-718.

- K.Bekhet, A., & Zauszniewski, J. A. (junho de 2012). Mental health of elders in retirement communities: is loneliness a key fator? *Archives of Psychiatric Nursing* vol.26214-224.
- Kinsella, K.,& Velkoff, V.A. (2001). *Aging World*. Washington: U.S. Census Bureau.
- Kurlowicz, L. (1999). The Geriatric Depression Scale (GDS). The Hartford Institute for Geriatric Nursing, Division of Nursing. (4) Obtido em 10 de fevereiro de 2013, de http://wiki.ihe.net/images/1/1c/Geriatric_Depression_Scale.pdf
- Lauder, W. L. et al.,(s.d.). A community survey of loneliness. *Jounal of advance nursing* vol 46, pp. 88-94.
- L.Kane, R., Ouslander, J. G., & Abrass, I. B. (2005). *O paciente geriatrico: demografia, epidemiologia e utilização dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- Leite, V. M., Carvalho, E. M., Barreto, K. M., & Falcão, I. V. (Janeiro- março de 2006). Depressão e envelhecimento: estudo nos participantes do Programa Universidade Aberta à Terceira Idade. *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil*, pp. 31-38.
- Lopes, R. F., Lopes, M. T., & Camara, V. D. (set/dez de 2009). Entendendo a solidão no idoso. *RBCEH* vol.6, pp. 373-381.
- Mansfield, & Gill. (2007). Loneliness in older persons: a theoretical model and empirical findigs. *Internacional Psychogeriatrics* vol.19, pp. 279-294.
- Major J.C., & A.Dinis. (2010). Introduction. In S. J. Cowley, J. C. Major, S. V. Steffensen, & A. Dinis, *Signiifying bodies: biosemiosis, interaction and health* (pp. 9. Braga: Faculdade de Filosofia de Braga.
- Major, J.C., (2010). States of becoming. In S. Cowley, J.C.Major, S.V.Steffensen, & A. Dinis, *Signifying bodies: biosemiosis, interaction and health* (pp. 101-117). Braga: Faculdade de Filosofia de Braga.
- Magalhaes, F. L. (março de 2011). *FernandoMagalhaes.pt*. Obtido em 20 de abril de 2013,de<http://www.fernandomagalhaes.pt/default.html>:<http://www.fernandomagalhaes.pt/default.html>

- Marcel, F. F. (12 de fevereiro de 2008). *Os Portugueses estão a desaparecer!* Obtido em 10 de maio de 2013, de Natalidade-Envelhecimento.blogspot: <http://www.natalidade-envelhecimento.blogspot.pt/search?updated-min=2008-01-01T00:00:00-08:00&updated-max=2009-01-01T00:00:00-08:00&max-results=1>
- Martins, R. M. (abril de 2008). *Millenium on-line Revista do ISPV, n.º 34*. Obtido em 10 de janeiro de 2013, de <http://www.ipv.pt/millenium/millenium34/>
- Medeiros, J. (2010). *Depressão no idoso*. Porto: FMUP.
- Mestre, O. (1999). O envelhecimento e mobilização: prevenção da diabetes. *Geriatrics n.º12*, pp. 18-27.
- Merck. (2009). Depressão e mania. In *Manual Mecer- Edição de saúde para a família- Biblioteca médica on-line* (pp. secção 7, capítulo 84). Merck.
- Neri, A. L. (2006). Teorias psicológicas do envelhecimento: percurso histórico e teorias atuais. In L. P. Elisabete Viana de Freitas, *Tratado de Geriatria e Gerontologia 2.ª ed.* (pp. 59-75). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Neto, F. (2000). *Psicologia Social volume II*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Neto, F. (1992). Solidão, embaraço e amor. Porto: Centro de Psicologia Social.
- Neto, F., & Barros, J. (1999). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos interdisciplinares do envelhecimento*, pp. 71--8.
- Netto, M. P. (2006). O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. Cançado, J. Doll, & M. L. Gorzoni, *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 9-11). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Novo, R. (2000). *O bem-estar psicológico em mulheres na idade adulta avançada*. Lisboa: Universidade Lusitana de Lisboa.
- Oliveira, J. (1999). Os idosos vistos por eles mesmos: variáveis psicológicas e representações da morte. *Psicologia, Educação e Cultura*, pp. 323-343.
- Oliveira, J. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic.

- Palma, C. (2003). *Pânico, Depressão, Agorafobia, Doença bipolar- Testemunho de um doente*. Lisboa: Hugin.
- Papalia, D.E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento humano (7.ª edição)*. São Paulo: Artemed.
- Paul, C. (2005). Envelhecimento ativo e redes de suporte social. *Revista de Sociologia*, 275-287.
- Paúl, C. (2006). Psicologia do envelhecimento. In H. Firmino, *Psicogeriatría* (pp. 43-48). Coimbra: Psiquitria Clínica.
- Pimentel, L. (2005). *O lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pires, C. M. (2004). *A depressão e o seu tratamento psicológico*. Leiria: Editorial Diferença.
- Quaresma, M. d. (2004). *O sentido das idades da vida*. Lisboa: CESDET.
- Ribeiro, J. L. (2007). *Metodologia de Investigação em Psicologia e Saúde*. Porto: Legis Editora.
- Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, 51-55.
- Smith, H. (2007). Psychological service needs of older women. *Psychological Services*, n.º 4, pp. 277-286.
- Sousa, A.B. (2005). *Investigação em Educação*. Lisboa: Livros Horizonte
- Spar, J.E., & La Rue, A (1998). *Guia de Psiquiatria Geriátrica*. Lisboa: Climepsi.
- Stek, M. L., Vinkers, D. J., Gussekloo, J., Beekman, A. T., Mast, R. C., & Westendorp, R. G. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely. *Am J Psychiatry*, 178-180.

- Tazelaar, P. J., Marwijk, H. W., Jansen, A. P., Rijmen, F., Kostense, P. J., Oppen, P. v., et al. (2008). Depression in old age (+ 75) The PIKO study. *Journal of Affective Disorders*, 295-299.
- Theeke, L. A. (outubro de 2009). Predictors of loneliness in U.S adults over age sixty-five vol.23. *Archives of Psychiatric Nursing*, pp. 387-396.
- Waite, L. J., Hawkey, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific fator depressive symptoms: cross- sectional and longitudinal analyses. *Psychology and Aging*, 140-151.
- WHO. (2013). *International Classification of Disesses (ICD)*. Obtido em 30 de maio de 2013, de World Health Organization: <http://www.who.int/classifications/icd/en>
- (2005). Diagnóstico e tratamento da depressão. In R. L. Kane, J. G. Ouslander, & I. B. Abrass, *Geriatría Clínica* (pp. 137-158). Rio de Janeiro: McGraw-Hill.
- (1998). In I. Ruipérez, & P. Llorente, *Geriatría- Guias Práticos de Enfermagem* (pp. 243-251). Rio de Janeiro: McGraw-Hill
- Vink, D., Aartsen, M. J., & Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. *Journal of Affective Disorders* , 29-44.

Anexos

Anexo A

Consentimento Informado- Informações

Está a ser convidado a participar numa investigação, desenvolvida no âmbito da dissertação do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, para colaborar é importante que fique informado acerca do objetivo do estudo, dos procedimentos, do anonimato e da confidencialidade dos dados, com direito a cessar a minha participação em qualquer momento.

- **Objetivo do estudo:** Investigar em que medida a solidão é um fator de risco para a depressão, na terceira-idade
- **Procedimentos:** Responder a três questionários. Primeiramente, o questionário sociodemográfico que permitirá fazer uma caracterização individual dos participantes. Em seguida, a Escala de Solidão (UCLA) para avaliar a solidão, distinguindo de outros constructos e, por fim, a Escala Geriátrica da Depressão (GDS) que avalia especificamente na população idosa a sintomatologia depressiva. O tempo total será de aproximadamente 30 minutos.
- **Confidencialidade:** Os dados recolhidos serviram apenas para fins académicos e científicos, sendo a confidencialidade e anonimato garantidos
- **Informações:** Se decidir participar neste estudo assine a declaração do Termo de Consentimento Informado, recebendo uma cópia do termo.

Termo de Consentimento Informado

Declaro que fui informado acerca do objetivo do estudo, dos procedimentos e que me foi garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados, com direito a cessar a minha participação em qualquer momento.

Concordo em participar na investigação

Local: _____, data: ____ / ____ / ____

Anexo B

Questionário Sociodemográfico

Género: Masculino Feminino

Data de Nascimento: _____

Nacionalidade: Portuguesa Estrangeira Se, estrangeira, qual? _____

Naturalidade: _____

Estado Civil: Solteiro(a) Casado(a) Divorciado(a) / Separado(a) Viúvo(a)
União de fato

Escolaridade: Analfabeto Ler e Escrever 4.^a classe Ciclo preparatório
Secundário Ensino Superior

Profissão antes da reforma: _____

Constituição do agregado familiar: Só Cônjuge Filho (s) Familiares

Total de pessoas constituintes do agregado: (incluindo o próprio) _____

Tem algum (ns) problema (s) de saúde? _____

Anexo C

Escala de Solidão da UCLA (Russell et al., 1980, adaptado por Neto, 1989)

Indique quantas vezes se sente da forma que é descrita em cada uma das seguintes afirmações. Coloque um círculo à volta de um número para cada uma delas.

	Nunca	Rara mente	Algum as vezes	Muita s Vezes
1. Sinto-me em sintonia com as pessoas que estão à minha volta*	1	2	3	4
2. Sinto falta de camaradagem	1	2	3	4
3. Não há ninguém a quem possa recorrer	1	2	3	4
4. Sinto que faço parte de um grupo de amigos*	1	2	3	4
5. Tenho muito em comum com as pessoas que me rodeiam*	1	2	3	4
6. Já não sinto mais intimidade com ninguém	1	2	3	4
7. Os meus interesses e ideias não são partilhados por aqueles que me rodeiam	1	2	3	4
8. Sou uma pessoa voltada para fora*	1	2	3	4
9. Há pessoas a quem me sinto chegado*	1	2	3	4
10. Sinto-me excluído	1	2	3	4
11. Ninguém me conhece realmente bem	1	2	3	4
12. Sinto-me isolado dos outros	1	2	3	4
13. Consigo encontrar camaradagem quando quero*	1	2	3	4
14. Há pessoas que me compreendem realmente*	1	2	3	4
15. Sou infeliz por ser tão retraído	1	2	3	4
16. As pessoas estão à minha volta, mas não estão comigo	1	2	3	4

17. Há pessoas com quem consigo falar*	1	2	3	4
18. Há pessoas a quem posso recorrer*	1	2	3	4

Anexo D

Escala Geriátrica de Depressão (Yesavage et al., 1983, adaptado por Barreto et al., 2003)

Responda **Sim** ou **Não**, conforme se tem sentido ultimamente, desde há uma semana, em especial.

	Sim	Não
1. Está satisfeito com a sua vida atual?		
2. Pôs de lado muitas atividades e coisas que lhe interessavam?		
3. Sente que a sua vida está vazia?		
4. Anda muitas vezes aborrecido?		
5. Encara o futuro com esperança?		
6. Tem pensamentos que o (a) incomodam e não consegue afastar?		
7. Sente-se animado(a) e com boa disposição, a maior parte do tempo?		
8. Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?		
9. Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
10. Sente-se muitas vezes desamparado(a) e desprotegido(a)?		
11. Fica muitas inquieto (a) e nervoso (a)?		
12. Prefere ficar em casa em vez de sair e fazer coisas novas?		
13. Anda muitas vezes preocupado (a) com o futuro?		
14. Acha que tem mais dificuldades de memória do que as outras pessoas?		
15. Sente-se muito contenete por estar vivo (a) nesta altura?		
16. Sente-se muitas vezes desanimado e abatido?		
17. Sente que agora está um puco inútil?		
18. Preocupa-se muito com o passado?		
19. Sente-se cheio de interesse pela vida?		
20. Custa-lhe muito meter-se em novas atividades?		
21. Sente-se cheio de energia?		
22. Sente que para a sua situação não há qualquer esperança?		

-
- 23.** Julga que a maior parte das pessoas passa bem melhor que o senhor (a)?
- 24.** Aflige-se muitas vezes por coisas sem importância?
- 25.** Dá-lhe muitas vezes vontade de chorar?
- 26.** Sente dificuldade em se concentrar?
- 27.** Gosta de se pôr a pé de manhã?
- 28.** Prefere evitar festas e reuniões de pessoas?
- 29.** Tem dificuldade em resolver as coisas e tomar decisões?
- 30.** Acha que a sua cabeça funciona tão bem como dantes?
-

Anexo E

Autorização para a investigação

Filipa Costa <lipax18@gmail.com>

29/12/12

para cdf circular n.º 001/ CDF/DF/ de 26 de fevereiro de 2009

Muito Boa tarde!

Como aluna do segundo ano do mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica de Braga, e no âmbito do projeto de tese, pretendo fazer uma investigação acerca da solidão dos idosos do concelho/ distrito de Braga e para tal, venho requerer ao *Comando de Doutrina e Formação*, a autorização para o desenvolvimento do meu estudo.

Tomei conhecimento do trabalho desenvolvido pela *Guarda Nacional Republicana*, no âmbito da sinalização de situações de isolamento em população idosa isolada, e sei que como externa aos vossos serviços, para desenvolver a minha investigação, tenho de consultar a circular **n.º 001/ CDF/DF/ de 26 de fevereiro de 2009**, preencher os anexos B/C/A e remeter ao *Comando Geral de Doutrina e Formação* para a respetiva análise. No entanto, não consigo aceder a essa circular e peço a Vossas Excelências que me cedam, se possível, para proceder conforme as normas que regem estes assuntos.

Aguardo uma resposta assim que possível,

Com os melhores cumprimentos,

Filipa Cardoso da Costa.

Anexo F

Autorização para a utilização dos instrumentos

14 de mai

Filipa Costa <lipax18@gmail.com>

para hml

Assunto: Pedido de autorização para a utilização da Escala Geriátrica da Depressão (EGD)

Ex. mo Sr. Doutor António Leuschner

Eu, Filipa Cardoso Costa, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica de Braga, encontro-me a desenvolver a minha investigação com a orientação do Prof. Doutor Carlos Major, no âmbito da solidão nos idosos, com o objetivo de investigar a solidão como fator de risco para depressão, na terceira idade (anexo).

Neste sentido, e por ter conhecimento do trabalho desenvolvido pelo Doutor Leuschner na adaptação da Escala Geriátrica da Depressão, venho solicitar a V. Exa. que se digne a autorizar a utilização da mesma na minha investigação.

Ao dispor para eventuais formalidades e aguardando deferimento.

Atentamente,

Filipa Costa.

Anexo: Projeto de investigação

Meu Projeto de Dissertação.docx FIM (1).docx



96K [Visualizar](#) [Baixar](#)

8 de mai

Filipa Costa <lipax18@gmail.com>

para fneto

Assunto: Pedido de autorização para a utilização da Escala de Solidão (UCLA)

Ex. ^{mo} Sr. Prof. Doutor Félix Neto,

Eu, Filipa Cardoso Costa, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade Católica de Braga, encontro-me a desenvolver a minha investigação com a orientação do Prof. Doutor Carlos Major, no âmbito da solidão nos idosos, com o objetivo de investigar a solidão como fator de risco para depressão, na terceira idade (anexo).

Neste sentido e por ter conhecimento do trabalho desenvolvido pelo Professor na área da solidão e na adaptação da Escala de Solidão UCLA, venho solicitar a V. Exa. que se digne a autorizar a utilização da mesma na minha investigação.

Ao dispor para eventuais formalidades e aguardando deferimento.

Atentamente,

Filipa Costa.

Anexo: Projeto de investigação.

Meu Projeto de Dissertação.docx FIM (1).pdf



520K [Visualizar](#) [Baixar](#)

Anexo G

Divulgação da investigação

Investigação| Idosos| Distrito de Braga

Filipa Costa <lipax18@gmail.com>

8 de jul

para adelinomdoming.

Ex. mo Sr. Padre Adelino,

Eu, Filipa Cardoso Costa, aluna do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Católica de Braga, encontro-me a desenvolver a minha investigação com a autorização da GNR e a orientação do Prof. Doutor Carlos Major, no âmbito da solidão nos idosos, com o objetivo de investigar a solidão como fator de risco para depressão, na terceira idade.

Neste sentido, e por a minha população alvo de estudo serem idosos do distrito de Braga, venho solicitar ao Sr. Padre que se digne a informar os seus paroquianos seniores de Silvares, Quinchães e Seidões que irão ser contactados via telefone/ pessoalmente para participarem num estudo confidencial e anónimo (apenas respondendo a dois questionários) entre o período de 10/07/2013 a 31/07/2013.

Junto a este *e-mail*, anexo os documentos que comprovam a veracidade do estudo e a autorização para a sua realização, por parte da entidade acima supracitada.

Aguardo deferimento e agradeço a atenção dispensada.

Atentamente,

Filipa Costa. **3 anexos** — [Baixar todos os anexos](#) (zipado para

054-13 - Estudo de Investigação de Mestrado-Solidão e depressão na terceira idade-Universidade Católica de Braga.pdf

 413K [Visualizar](#) [Baixar](#) (download de Português

)

Anexo H

Dados relativos ao estudo



Anexo A à Circular 001/CDF/DF/2009

DADOS RELATIVOS AO ESTUDO/INVESTIGAÇÃO

1. Entidade individual: aluno/investigador (a preencher quando se trata de solicitação em nome individual)		
Nome: Filipa Cardoso da Costa		
Morada e código postal: Largo 12 de Dezembro, n.º 15, 1.º Esq. 400-259 Braga		
Telefone(s):		Telemóvel: 917005366/ 9334577947
E-mail:	lipax18@gmail.com	
Curso:	Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde	Ano lectivo: 2012/2013
Estabelecimento de Ensino: Universidade Católica de Braga – FacFil		
Morada e código postal: Praça da Faculdade de Filosofia, n.º 1 4710-297 Braga		
Telefone(s):	253208076	Fax: 253213940
E-mail:	secretaria.facfil.ucp.pt	

2. Instituição proponente (a preencher quando se trata de solicitação em nome institucional/colectivo)		
Nome:		
Morada e código postal:		
Telefone(s):		Fax
E-mail:		

3. Orientador do estudo/investigação (se aplicável)		
Nome: João Carlos Monteiro Major Silva		
Título académico: Doutorado em Psicologia		
Telefone(s):	989015200	E-mail: jcmajor@mail.telepac.pt

4. Tipologia do estudo/investigação				
Tipologia	Dominante		Complementar	
Domínio científico	Psicologia		Social e Saúde	
Categoria do estudo/ investigação	IF	IA	DE	OAC&T
		X		

LEGENDA:

DOMÍNIOS CIENTÍFICOS: Informar quais as duas áreas (dominante e complementar) científicas mais evidentes (e.g. Psicologia, Sociologia, Antropologia; Ciências da Saúde; Ciências da Comunicação; Segurança e Defesa).

CATEGORIA DE ACTIVIDADE:

- IF – Investigação Fundamental: Trabalhos experimentais ou teóricos, empreendidos com a finalidade de obtenção de novos conhecimentos científicos sobre os fundamentos de fenómenos e factos observáveis, sem objectivo específico de aplicação prática.
- IA – Investigação Aplicada: Trabalhos efectuados com vista à aquisição de novos conhecimentos, mas com uma finalidade ou um objectivo pré determinados.
- DE – Desenvolvimento Experimental: utilização sistemática de conhecimentos existentes, obtidos por investigação e/ou experiência prática com vista à produção de novos materiais, novos produtos, novos dispositivos, estabelecimento de novos processos, sistemas ou serviços ou para a melhoria significativa dos já existentes.
- OAC&T: Outras actividades científicas e tecnológicas.



5. Caracterização do estudo/investigação
<p>Título do estudo/investigação: "Solidão e depressão na terceira idade"</p>
<p>Fundamentação do estudo/investigação: (indicar as razões pelas quais escolheu a GNR enquanto objecto de estudo). Por ter conhecimento do trabalho desenvolvido, a nível nacional, pela Guarda Nacional Republicana, no combate a situações de isolamento social nos mais idosos, em articulação com o Ministério da Segurança Social e ao abrigo do Plano de Emergência Social.</p> <p>(máximo 1000 caracteres)</p>
<p>Objectivos: (o que se pretende atingir com o estudo/investigação) Geral: Investigar em que medida a solidão é um fator de risco para a depressão, na terceira-idade. Específicos: - Avaliar a depressão e a solidão nos idosos; - Compreender a relação entre a solidão e a depressão nos idosos.</p> <p>(máximo 1000 caracteres)</p>
<p>Metodologia: (explicitar os métodos e técnicas a aplicar para a recolha de dados sobre a GNR) OBS: Se pretende aplicar inquérito(s) por questionário(s) é obrigatório anexar o(s) modelo(s). Estudo descritivo com uma avaliação feita num único momento, através da aplicação de um questionário de identificação e de dois instrumentos de avaliação- Escala de Depressão Geriátrica (GDS) e a Escala de Solidão (UCLA). O consentimento informado irá salvaguardar a voluntariedade de participação e a confidencialidade dos dados, com a possibilidade de desistência a qualquer momento. (ver anexo)</p> <p>(máximo 1500 caracteres)</p>
<p>Informação a recolher: (que tipo de informação pretende recolher sobre a GNR e respectivo pessoal) Recolha dos dados obtidos nos questionários e instrumentos de avaliação, de modo a avaliar a solidão e depressão dos idosos do concelho de Braga.</p> <p>(máximo 1500 caracteres)</p>
<p>Amostra: (indicar, se for o caso, qual o universo de análise e qual a amostra a considerar) Universo: Idosos do concelho de Braga Amostra: 60 idosos com idade igual ou superior a 65 anos, isolados, residentes no distrito de Braga, sendo que indivíduos com défice intelectual ou perturbação mental graves não poderão participar no estudo.</p> <p>(máximo 1000 caracteres)</p>
6. Resumo do estudo/investigação

A solidão tem vindo a ser associada a diversas doenças físicas e psíquicas (depressão e ansiedade) (DiTomaso & Spinner (1997, cit in Fernandes & Neto, 2009) existindo mesmo diversos estudos que apontam a solidão como fator de risco para a morbilidade e mortalidade (Luo, Hawkey, C, Waite, & Cacioppo, 2012). Assim sendo, e tendo por base a revisão bibliográfica o objetivo da investigação será investigar em que medida a solidão poderá ser um fator de risco para a depressão, na terceira- idade. A amostra será constituída amostra será constituída por 60 idosos isolados de uma freguesia do distrito de Braga referenciada pela GNR. Para a colheita de dados e uma vez que o que pretendo avaliar com o estudo é a solidão e a depressão, na terceira- idade e em que medida existirá uma relação entre ambos, os instrumentos escolhidos serão o questionário sociodemográfico que permitirá fazer uma caracterização individual dos participantes. Em seguida, a Escala de Solidão (UCLA) para avaliar a solidão, distinguindo de outros constructos e, por fim, a Escala Geriátrica da Depressão (GDS) que avalia especificamente na população idosa a sintomatologia depressiva.

(máximo 2000 caracteres)

7. Cronograma previsto para realização do estudo/investigação

Novembro, Dezembro e Janeiro: pesquisa bibliográfica, elaboração do projeto;
Fevereiro, Março, Abril: atualização e revisão bibliográfica, correspondência com os investigadores, aplicação dos instrumentos;
Maiο, Junho, Julho: redação;
Agosto: revisão;
Setembro: entrega.

(máximo 1000 caracteres)

8. Outras informações de interesse

O ALUNO/INVESTIGADOR

Alupa Cardoso da Costa

Local e Data

Braga, 17 de Janeiro de 2013

Anexo I

Termo de compromisso e confidencialidade



Anexo B à Circular 001/CDF/DF/2009

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

TÍTULO DO ESTUDO/INVESTIGAÇÃO (a preencher quando se trata de solicitação em nome individual)

A SOLIDÃO COMO FATOR DE RISCO PARA A DEPRESSÃO

NOME DO ALUNO/INVESTIGADOR

FILIPA CARDOSO COSTA

INSTITUIÇÃO PROPONENTE (a preencher quando se trata de solicitação em nome institucional/colectivo)

ORIENTADOR DO ESTUDO/INVESTIGAÇÃO (se aplicável)

NOME JOÃO CARLOS MAJOR

TÍTULO DOUTOR

DECLARAÇÃO DE CONFIDENCIALIDADE

Considerando que a instituição GNR, nas áreas que opera, é detentora de informação crítica que, pela sua relevância é obrigada a manter a confidencialidade, obrigação essa que é extensível a todo o seu pessoal (militar e civil) ou outras pessoas que, de algum modo, possam a ela ter acesso.

FILIPA CARDOSO COSTA

(Nome do aluno/ investigador)

Declara ter conhecimento do supra referido e conseqüentemente DECLARA e ACEITA, sob compromisso de honra, que:

1. Não divulgará nem fará uso, de qualquer tipo e por qualquer meio, de qualquer informação a que venha ter acesso, salvo e na medida em tal seja necessário para a realização do estudo/investigação com autorização expressa do Comandante da Doutrina e Formação.
2. Manterá sigilo sobre informações, materiais e toda a documentação técnica que façam parte do *know-how* da instituição ou que lhe tenham sido concedidos por terceiros, e que não fará deles qualquer tipo de utilização salvo para fins de desenvolvimento do estudo/investigação.

| 1/ 2 |

3. Não fará cópias não autorizadas, quer em formato físico ou electrónico, de manuais, livros, relatórios técnicos, dados, que a instituição GNR seja proprietária.
4. Garante o anonimato dos indivíduos alvo de observação bem como das respectivas Unidades objecto de análise.
5. Não procurará aceder a informação existente quer nas instalações da GNR quer nos seus sistemas informáticos, cujo acesso não lhe tenha sido expressamente concedido.
6. A não observância das obrigações estabelecidas nesta declaração determinará a imediata cessação de colaboração entre a GNR e o aluno/investigador, não obstante poderem ser accionados os procedimentos civis e criminais.

O ALUNO/INVESTIGADOR

Filipa Cardoso da Costa

O/A ORIENTADOR/A (se aplicável)

Juana Carlos

Local e Data

Braga, 7 / 3 / 13