

Solidão e sintomatologia depressiva na velhice

Letícia Raquel Faisca* / Rosa Marina Afonso* / Henrique Pereira* / Maria Assunção Vaz Patto*

* Universidade da Beira Interior, Covilhã, Portugal

A solidão e a depressão encontram-se relacionadas com o bem-estar psicológico na velhice. Contudo, esta relação não é clara dada a complexidade destas dimensões, nomeadamente da solidão. Este estudo pretende avaliar estas duas dimensões e discutir a sua relação em pessoas idosas, considerando aspetos sociodemográficos.

Participaram no estudo 213 pessoas com idades entre os 65 e os 96 anos, sendo a média de idades de 75 anos ($DP=6.74$). Foram utilizados como instrumentos de avaliação, um questionário sociodemográfico, a Escala de Depressão Geriátrica (GDS) (Pocinho, Farate, Dias, Lee, & Yesavage, 2009) e questões diretas para avaliar a solidão (Paúl, Fonseca, Ribeiro, & Teles, 2006).

Os resultados indicam que 26.76% (57) dos indivíduos apresentaram sintomatologia depressiva. Verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os géneros, níveis de escolaridade, estados civis e condições de vida dos participantes. Relativamente à experiência de solidão, 12.7% (27) dos indivíduos apresentaram solidão. Foram, também, encontradas associações estatisticamente significativas entre a solidão e o género, e o estado civil e as condições de vida dos participantes. Os resultados revelaram uma associação estatisticamente significativa entre a solidão e a sintomatologia depressiva [$\chi^2(2)=35.315$; $p<0.001$], constatando-se que 35.1% (20) dos participantes apresentam solidão e sintomatologia depressiva.

Este estudo alerta para a importância de se perceber a relação entre a solidão e a depressão para que, no desenho de avaliações e intervenções para a velhice, se otimizem as configurações da rede social da pessoa idosa para uma melhoria da sua saúde e qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento, Sintomatologia depressiva, Solidão, Saúde mental.

Introdução

À semelhança do que se observa na maioria dos países desenvolvidos, Portugal assiste a um aumento da população idosa sem precedentes que apela à necessidade do estudo do funcionamento psicológico e ao desenvolvimento de intervenções psicológicas para se otimizar a saúde e a dignidade com que se envelhece.

Em 2015, cerca de 20% da população portuguesa (2.1 milhões de pessoas) tinha 65 ou mais anos, prevendo-se que em 2030, a percentagem aumente para 26% e, em 2060, passe para 29% (MTSSS & GEP, 2017). Em 1970, a esperança média de vida à nascença em Portugal era de 67.1 anos de idade, e, em 2016, passou a ser de 80.8 anos de idade (PORDATA, 2018). Este ímpar aumento da longevidade remete obrigatoriamente para uma reflexão sobre a saúde e qualidade de vida com que se envelhece, sabendo-se que aos 65 anos de idade, em Portugal, a média de anos expectáveis com saúde é de 5.4 anos para as mulheres e de 7 anos para os homens (EUROSAT, 2015), o que nos indica que é necessária investigação e intervenção nas patologias e comorbilidades na velhice.

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Henrique Pereira, Universidade da Beira Interior, R. Marquês de Ávila e Bolama, 6201-001 Covilhã, Portugal. E-mail: hpereira@ubi.pt

A depressão é uma das doenças mentais mais comuns na velhice (Sözeri-Varma, 2012) e um dos problemas mais sérios das sociedades modernas envelhecidas (Chapman & Perry, 2008), devido à sua elevada incidência e amplo impacto. Os estudos sobre a incidência de depressão na velhice apresentam grandes discrepâncias, sendo estimadas prevalências para diferentes países entre 9 e 33% (Castro-Costa et al., 2007). Em relação a Portugal, uma recente investigação estima que a prevalência de depressão na velhice em Portugal é 11.88% (Sousa et al., 2017).

A sintomatologia depressiva é uma importante causa de morbilidade clínica, mortalidade, suicídio, baixa qualidade de vida e aumento da utilização de cuidados de saúde na velhice (Chapman & Perry, 2008; Stella, Gobbi, Corazza, & Costa, 2002). Pode, ainda, ser um fator de risco para problemas cognitivos e para complicações ao nível da saúde física, independência funcional, qualidade de vida e mortalidade (Chapman & Perry, 2008; Stella et al., 2002).

Considerando o número, amplitude e intensidade das perdas na velhice, seria expectável uma incidência ainda mais elevada de sintomatologia depressiva (Singh & Misra, 2009), o que pode ser explicado a partir de um aumento da resiliência psicológica com o envelhecimento (Fiske, Wetherell, & Gatz, 2009), que poderá funcionar como um fator protetor da depressão (Gottfries, 2001). Outra justificação apresentada está relacionada com a dificuldade de avaliação da depressão na velhice, uma vez que a sua apresentação é, frequentemente, atípica, não preenchendo os critérios para depressão major (Dozeman et al., 2010; Singh & Misra, 2009). Uma das especificidades da sintomatologia depressiva na velhice que se destaca, é a maior frequência de sintomas somáticos e hipocondríacos do que em adultos jovens ou de meia-idade (Fiske et al., 2009; Garcia et al., 2006). Na velhice constata-se, ainda, a existência de menos antecedentes familiares de depressão e uma pior adesão e resposta ao tratamento (Garcia et al., 2006).

Assim, o reconhecimento e diagnóstico da sintomatologia depressiva na velhice é dificultado, fazendo com que, muitas vezes, não seja avaliada e/ou tratada (Brown, Kaiser, & Gellis, 2007; Fiske et al., 2009; Lin & Wang, 2011). Além disso, a crença amplamente difundida que associa a velhice à tristeza, conduz, frequentemente, à desvalorização dos sentimentos de tristeza ou anedonia dos idosos, considerando que estes sintomas fazem parte do processo de envelhecimento (Stella et al., 2002).

Entre os diferentes fatores associados a um maior risco de depressão na velhice encontram-se as doenças crónicas ou deficiência, baixa capacidade funcional, declínio cognitivo, auto-avaliação da saúde como sendo pobre, viuvez, luto recente, falta de apoio social, acontecimentos negativos recentes, género feminino, idade, escolaridade, estado civil, dificuldades económicas e a solidão (e.g., Fiske et al., 2009; Heikkinen & Kauppinen, 2004).

A solidão tem sido destacada como sendo fator de risco para sintomas depressivos (e.g., Cacioppo et al., 2010), sendo constatadas evidências da relação preditiva entre a solidão e os sintomas depressivos na velhice (Aylaz, Aktürk, Erci, Öztürk, & Aslan, 2012; Bodner & Bergman, 2016; Cacioppo, Hughes, Waite, Hawkley, & Thisted, 2006). A solidão encontra-se relacionada com o contacto social desadequado, género e baixo estatuto socioeconómico, sendo ainda um preditor de resultados negativos na saúde, declínio cognitivo e aumento do risco de mortalidade (Rico-Urbe et al., 2018; Wilson et al., 2007).

Na velhice, a morte e perda de contacto com pessoas significativas ao longo do tempo aumentam o risco de solidão (Alpass & Neville, 2003). A solidão surge, frequentemente, na ausência de satisfação nas relações sociais, resultante de um desfasamento entre os níveis reais e os níveis desejados de contacto social (Azam et al., 2013; Hughes, Waite, Hawkley, & Cacioppo, 2004; O’Luanaigh & Lawlor, 2008; Singh & Misra, 2009; Victor, Scambler, Bowling, & Bond, 2005). Contudo, solidão, isolamento social e “viver sozinho” são conceitos distintos, apesar de se encontrarem interrelacionados. Uma menor integração social e maior isolamento social devido a redes sociais mais pequenas e devido à participação em menos atividades sociais pode aumentar a probabilidade de ter um sentimento mais forte de solidão (Chen, Hicks, & While, 2014). O isolamento social é um estado

objetivo de solidão, na medida em que o indivíduo mantém poucos contatos com os outros e tem um envolvimento muito baixo na vida em comunidade (Cattan, White, Bond, & Learmouth, 2005). As pessoas mais velhas podem tornar-se mais solitárias ou mais isoladas devido a acontecimentos precipitantes como a reforma, a perda de pessoas próximas ou doença/deficiência, podendo levar a uma dependência ou dificuldade em interagir com os outros (Bekhet & Zauszniewski, 2012). Uma vez que a experiência de solidão é mais frequente na velhice (Aylaz et al., 2012; Jylhä, 2004), é fundamental ter atenção e, inclusivamente, tomar medidas em relação à vulnerabilidade deste grupo da população (Hawkley et al., 2008; Jiménez, Gallego, Villa, & Echeverri, 2013).

Os resultados sobre a incidência de solidão em idosos não são consensuais. Por um lado, a literatura indica que apenas uma minoria de pessoas idosas experiencia solidão (Grenade & Duncan, 2008). Porém, também há indicações de que uma proporção muito maior da população idosa pode sentir algum grau de solidão mais tarde (Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg, & Pitkala, 2005; Víctor et al., 2005). Para se investigar a prevalência de solidão, deve considerar-se a sua natureza dinâmica que pode divergir de acordo com a época do ano e/ou dia, com períodos de férias e noite/noites (Victor et al., 2005). Estima-se que 25% da população mundial experiencia solidão regularmente e que, nas pessoas idosas, varia entre 7.0% e 49% (Chalise, Kai, & Saito, 2010).

Os fatores relacionados com a solidão incluem o estado civil, a idade, o nível de escolaridade, o género (Chen et al., 2014), o facto de se viver sozinho, os recursos de saúde, os recursos sociais e determinados acontecimentos de vida (O’Lunaigh & Lawlor, 2008; Paúl, Ayis, & Ebrahim, 2006; Paúl & Ribeiro, 2009; Pinguart & Sorensen, 2001; Savikko et al., 2005; Victor et al., 2005). Na velhice, destaca-se a relação entre problemas de saúde e a solidão, o que poderá está relacionado com o impacto da doença no aumento das deficiências, falta de autonomia e redução de contactos sociais (Aylaz et al., 2012). A identificação de fatores de risco e de elementos protetores do isolamento e/ou solidão é fundamental para que se possa intervir no sentido de melhorar a qualidade de vida com que se envelhece (Grenade & Duncan, 2008).

Diversos estudos têm mostrado uma forte relação entre a solidão e a depressão na velhice, que indicam que a sintomatologia depressiva é superior em idosos que vivem sozinhos (e.g., Aylaz et al., 2012; Cacioppo et al., 2006; Cacioppo, Hawkley, & Thisted, 2010; Heikkinen & Kauppinen, 2011; Kiliç, Karadug, Koçak, & Korhan, 2014). Azam et al. (2013) e que destacam a solidão como um fator com grande impacto nos sintomas depressivos entre os idosos. Outros autores constataam que a incidência de depressão é de cerca de 23% e que se encontra associada à solidão percebida (Stek et al., 2005). Heikkinen e Kauppinen (2004) identificaram a solidão na origem de sintomas depressivos em idosos e Cacioppo et al. (2006) constataam a existência de uma associação entre níveis mais elevados de solidão e sintomas depressivos. Este estudo revelou, ainda, influências recíprocas entre a solidão e a sintomatologia depressiva, que reduzem o bem-estar nos idosos. Este resultado, segundo Crewdson (2016), é fundamental para se desativar o ciclo solidão-depressão, o que reduziria, além da depressão e da solidão, outras comorbilidades que lhes estão associadas. Contudo, alguns autores (e.g., Theeke, 2009) defendem que, apesar da existência destas associações, o sentimento de solidão e a depressão são constructos e dimensões independentes, alegando que podem ter cursos diferentes e que a relação entre estas dimensões não é clara na literatura. De facto, a solidão encontra-se mais circunscrita à avaliação negativa das suas relações e ao facto da pessoa se sentir sozinha, enquanto a sintomatologia depressiva é um estado mais geral que se reporta a diferentes, amplas e complexas dimensões além das relações sociais. A solidão contribui para o desenvolvimento da depressão major, contudo, a relação é complexa e intervêm outros fatores e dimensões importantes (van Winkel et al., 2017).

Este estudo pretende avaliar a sintomatologia depressiva e a experiência de solidão, considerando aspetos sociodemográficos, analisar a relação entre solidão e sintomatologia depressiva e explorar fatores associados numa amostra portuguesa de pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, residentes na cidade da Covilhã.

Método

Participantes

Participaram neste estudo 213 pessoas idosas residentes na cidade da Covilhã, com idades compreendidas entre os 65 e os 96 anos, sendo a média de idades de 75 anos ($DP=6.74$) (Tabela 1).

Tabela 1

Características sociodemográficas da amostra ($N=213$)

Variáveis		<i>N</i>	%
Género	Masculino	86	40.4
	Feminino	127	59.6
Estado civil	Casados/união de facto	131	61.5
	Viúvo	61	28.6
	Solteiro	13	6.1
	Divorciado	6	2.8
	Não responderam	2	0.9
Escolaridade	Analfabeto	15	7.0
	Ensino primário	106	49.8
	≤8 anos de escolaridade	32	15.0
	≥9 anos de escolaridade s/ E.S.	42	19.7
	Ensino Superior	16	7.5
Não responderam	2	0.9	
Filhos	Sim	84	86.4
	Não	27	12.7
	Não responderam	2	0.9
Situação face à reforma	Reformados	208	97.7
	Não reformados	3	1.4
	Não responderam	2	0.9
Com quem vive	Cônjuge	122	57.3
	Filho(s)	19	8.9
	Sozinho(a)	52	24.4
	Outra situação	20	9.4
Institucionalizados	Sim	9	4.2
	Não	203	95.3
	Não responderam	1	0.5

Instrumentos

Escala de Depressão Geriátrica (GDS). Trata-se de uma escala de avaliação da depressão especificamente construída para pessoas idosas por Yesavage e colaboradores (1983) e adaptada para a população portuguesa por Pocinho et al. (2009). Esta versão da GDS é constituída por 27 itens, de formato de resposta dicotómica, do tipo SIM/NÃO. Alguns exemplos de itens são “Está satisfeito com a sua vida atual” e “Sente-se muitas vezes desanimado e abatido”. É atribuída a cotação de 0 ou 1 às respostas dadas, sendo a cotação de alguns itens invertida. A pontuação varia entre 0 e 27 e quanto mais elevada for a pontuação, maior é a sintomatologia, sendo o ponto de corte estabelecido para a população portuguesa de 11. Trata-se de um instrumento de *screening* com excelentes propriedades psicométricas, de fácil administração e bastante útil na deteção da depressão (Pocinho et al., 2009).

Escala de Solidão. Para a avaliação da solidão adotou-se a escala de solidão utilizada no estudo de Paúl e Ribeiro (2009) que consiste na aplicação de questões de autoavaliação da solidão:

“Costuma sentir-se só?”, com opções de resposta (sempre, muitas vezes, algumas vezes e nunca); e “Costuma sentir-se só?”, com opções de resposta (nunca, manhã, tarde, noite, fim-de-semana, férias, sempre e outras ocasiões). É ainda solicitada à pessoa a identificação de eventuais alterações dos níveis de solidão em relação ao ano anterior, através da escolha de uma das opções: “mais só do que há um ano”; “menos só do que há um ano”, “nem mais nem menos só do que há um ano”. À semelhança do estudo de Paúl e Ribeiro (2009) considerou-se que se sentiriam sozinhos os participantes que responderam à primeira questão “sinto-me sempre sozinho” e “muitas vezes sinto-me sozinho”. Este método permite discriminar os participantes com sentimentos mais fortes de solidão daqueles que nunca se sentem sozinhos ou que tiveram este sentimento ocasionalmente (Paúl & Ribeiro, 2009).

Procedimento

Este estudo insere-se na investigação “*Bem-Estar em pessoas com mais de 65 anos residentes na cidade da Covilhã*”, realizado na Universidade da Beira Interior (UBI). Trata-se de um estudo transversal, descritivo e correlacional.

A partir da base de dados do SNS de utentes do Centro de Saúde da Covilhã com idade igual ou superior a 65 anos residentes na Covilhã, foram aleatoriamente selecionados os participantes. Para o cálculo da amostra fez-se uma estratificação por género e por dois grupos etários (65-74 e 75 anos ou mais).

Foi solicitado o consentimento informado para a recolha e tratamento de dados a todos os participantes. A aplicação dos protocolos decorreu no domicílio, em instituições onde as pessoas residiam ou em locais próximos das residências dos participantes. Os investigadores que recolheram os dados eram alunos do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde ou do Mestrado em Gerontologia e foram supervisionados por professores responsáveis pelo projeto. Todos os investigadores tiveram formação e treino prévio para a uniformização do processo de recolha de dados.

Tratamento dos dados

Para o tratamento e análise de dados utilizou-se a versão 19.0 do software SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*). Após a construção da base de dados, foram calculadas as estatísticas descritivas, a fim de caracterizar a amostra do estudo, e a consistência interna dos instrumentos foi avaliada através do alfa de Cronbach. Para testar a normalidade e homogeneidade da amostra, realizou-se o teste de Kolmogorov-Smirnov (K-S) em relação aos resultados da GDS. Dada a normalidade da amostra, utilizou-se o teste *t*-Student e a análise de variância (ANOVA) para avaliar as questões relacionadas com a sintomatologia depressiva. As associações entre a solidão, a idade, género, estado civil, escolaridade, as condições de vida (e.g., viver sozinho ou não) e a depressão foram testadas usando o teste Qui-quadrado para variáveis categóricas.

Resultados

Os resultados obtidos neste estudo indicam que a média de sintomatologia depressiva foi de 8.04 ($DP=6.51$). Dos participantes, 73.24% (156) não relatam sintomatologia depressiva e 26.76% (57) apresentam valores que sugerem sintomatologia depressiva. Relativamente ao género, os resultados indicam que existem diferenças estatisticamente significativas [$t(211.9)=3.551$; $p<0.000$], sendo que as mulheres apresentam uma média superior ($M=9.31$; $DP=7.14$) à dos

homens ($M=6.16$; $DP=4.93$). Os dados revelam, também, diferenças estatisticamente significativas em função da escolaridade [$t(208.85)=4.491$; $p<0.000$], sendo os idosos analfabetos ou que frequentaram apenas o ensino primário os que apresentam pontuações médias mais elevadas de sintomatologia depressiva ($M=9.68$; $DP=7.03$). Quanto aos diferentes estados civis, os resultados evidenciam diferenças estatisticamente significativas [$F=10.044$; $p<0.000$] (cf. Tabela 2) que indicam que os idosos viúvos apresentam uma sintomatologia depressiva mais elevada ($M=11.05$; $DP=7.25$), seguidos dos que se encontram noutra situação (e.g., divorciados, solteiros) ($M=8.00$; $DP=7.26$). Já os idosos casados ou em união de facto apresentam os resultados médios mais baixos. Relativamente à coabitação, os idosos que moram com o cônjuge são os que apresentam uma média mais baixa de sintomatologia depressiva e os que residem noutra situação (e.g., viver com os filhos, institucionalizados) são os que atingem pontuações mais elevadas ($M=10.31$; $DP=6.71$), sendo estas diferenças estatisticamente significativas [$F=7.014$; $p=0.001$].

Tabela 2

Comparação de médias da sintomatologia depressiva entre o género, grupos etários, escolaridade, estado civil e coabitação

		<i>N</i>	%	Média GDS	<i>DP</i>	<i>Df</i>	<i>t</i>	<i>F</i>
Género	Feminino	127	59.6	9.31	7.14	210.9	3.802***	
	Masculino	86	40.4	6.16	4.93			
Idade	65-74 anos	115	54%	7.75	6.81	211	0.703	
	≥75 anos	98	46%	8.38	6.17			
Escolaridade	≤4 anos de escolaridade	121	57.35	9.68	7.03	208.85	4.491***	
	>4 anos de escolaridade	90	42.65	5.93	5.08			
Estado civil	Casados	131	61.5	6.69	5.59	2; 208		10.044***
	Viúvos	61	28.6	11.05	7.25			
	Outra situação	19	8.9	8.00	7.26			
Coabitação	Cônjuge	122	57.3	6.65	5.65	2; 210		7.014***
	Sozinho	52	24.4	9.60	7.43			
	Outra situação	39	18.3	10.31	6.77			

Nota. * $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$.

Quanto à avaliação da solidão, verificou-se que a maior parte das pessoas idosas nunca se sente só ($n=137$; 64.3%) enquanto 23% (49) dos indivíduos revela sentir-se só algumas vezes, 5.2% (11) indivíduos manifesta sentimentos de solidão sempre e 7.5% (16) referem sentir-se só muitas vezes. Uma vez que se considera que “sentir-se sozinho” engloba quem refere sentir-se só sempre ou muitas vezes (Paul & Ribeiro, 2009), os resultados indicam que 12.7% ($n=27$) dos participantes apresentam valores indicativos de solidão, sendo que a solidão é mais frequente à noite ($n=14$; 51.9%) e 44.4% ($n=12$) da amostra referiu sentir-se mais sozinho no presente do que há um ano. Comparativamente, há mais mulheres a sentirem solidão (17.3%) do que homens (5.8%). Os resultados indicam uma associação significativa entre o género e a solidão [$\chi^2(1)=6.136$; $p=0.013$]. Não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre a idade e a solidão [$\chi^2(1)=1.002$; $p=0.317$] nem entre solidão e nível educacional [$\chi^2(1)=2.147$; $p=0.143$]. Relativamente ao estado civil, os resultados, indicam a existência de uma associação estatisticamente significativa com a solidão [$\chi^2(2)=6.017$; $p=0.049^*$] sendo que, a solidão é mais frequente nos indivíduos viúvos (19.67%) e naqueles que se encontram noutras situações (e.g., divorciados, solteiros) (21.05%), do que nos participantes casados ou a viver em união de facto (8.4%). Os resultados também evidenciam uma maior experiência de solidão nos idosos que vivem sozinhos (25%) e naqueles que vivem noutras situações de residência (e.g., a viver com o filho, institucionalizados) (12.82%) do que nos indivíduos que vivem com o cônjuge (7.38%), existindo uma

associação estatisticamente significativa entre a solidão e o modo como as pessoas idosas vivem [$\chi^2(2)=10.230; p=0.006$] (Tabela 3).

Tabela 3

Teste do Qui-quadrado para avaliar a associação entre a presença de solidão e as variáveis género, grupos etários, escolaridade, estado civil e coabitação

		N	Casos de Solidão (sempre/muitas vezes)	χ^2	p
Género	Masculino	86 (40.4%)	5 (5.8%)	6.136	0.013
	Feminino	127 (59.6%)	22 (17.3%)		
Grupos etários	65-74 anos	115 (54%)	17 (14.8%)	1.002	0.317
	≥75 anos	98 (46%)	10 (10.2%)		
Nível de escolaridade	≤4 anos de escolaridade	121 (56.8%)	19 (15.7%)	2.147	0.143
	>4 anos de escolaridade	90 (42.3%)	8 (8.9%)		
Estado civil	Casado	131 (61.5%)	11 (8.4%)	6.017	0.049
	Viúvos	61 (28.6%)	12 (19.7%)		
	Outra situação	19 (8.9%)	4 (21.1%)		
Coabitação	Cônjuge	141 (66.2%)	11 (7.8%)	10.259	0.006
	Sozinho	52 (24.4%)	13 (25%)		
	Outra situação	20 (9.39%)	3 (15%)		

A análise da relação entre a solidão e a sintomatologia depressiva indica a existência de uma associação estatisticamente significativa [$\chi^2(1)=35.315; p<0.000$] que indica que a experiência de solidão pode estar relacionada com a sintomatologia depressiva. Os dados indicam que a maior parte dos indivíduos que experienciam sentimentos de solidão apresentam sintomatologia depressiva ($n=20; 35.1\%$) (Tabela 4).

Tabela 4

Teste do Qui-quadrado para avaliar a associação entre a solidão e a sintomatologia depressiva

Sintomatologia Depressiva (GDS)	Presença de solidão	Ausência de Solidão	χ^2	p
Presença de sintomatologia depressiva	20 (35.1%)	37 (64.9%)	35.315	0.000
Ausência de sintomatologia depressiva	7 (4.5%)	149 (95.5%)		

Discussão

Os resultados indicam que cerca de 26,85% dos participantes deste estudo apresentam sintomatologia depressiva, o que é um valor próximo do constatado em diferentes estudos (e.g., Castro-Costa et al., 2007; Gottfries, 2001; Torija, Mayor, Salazar, Buisán, & Fernández, 2007). Porém, trata-se de um valor muito superior ao estimado para a população idosa portuguesa por Sousa et al. (2017). Este resultado alerta para a necessidade de se avaliar de forma mais aprofundada, prevenir e intervir sobre a sintomatologia depressiva na velhice na zona específica a que este estudo se reporta. Por outro lado, estes dados refletem que, ainda assim, a grande maioria da amostra, apesar das frequentes e importantes perdas associadas ao envelhecimento, não apresenta sintomatologia depressiva, o que poderá estar relacionado com os mecanismos de *coping* e de adaptação que as pessoas na velhice conseguem ativar para contrariar as frequentes situações adversas que podem conduzir à depressão (Chew-Graham et al., 2012; Singh & Misra, 2009; Yang & George, 2005).

Quanto ao género, à semelhança de outros estudos (e.g., Cacioppo et al., 2006; Lin & Wang, 2011; Lopes, Fernandes, Dantas, & Medeiros, 2015), os resultados indicam mais sintomatologia depressiva nas mulheres do que nos homens. Por exemplo, no estudo de Oliveira e colaboradores (2012) houve uma maior predominância de depressão entre as mulheres, o que pode estar relacionada com o facto das mulheres mais velhas manifestarem uma maior tendência para internalizar acontecimentos stressantes (Walter-Ginzburg, Shmotkin, Blumstein, & Shorek, 2005). A maior prevalência de sintomatologia depressiva nas melhores pode, também, estar relacionada com o processo de tipificação de género que permite que às mulheres seja mais permitido assumir e expressar sintomas depressivos do que aos homens (Taylor & Irizarry-Robles, 2015; Wilhelm, Roy, Mitchell, Brownhill, & Parker, 2002).

Os resultados deste estudo indicam que os participantes com um nível mais elevado de educação apresentam valores médios mais baixos de sintomatologia depressiva, o que corrobora, também, resultados de outros estudos (e.g., Aylaz et al., 2012; Hybels, Landerman, & Blazer, 2011) que apresentam a educação e literacia como sendo um fator protetor na velhice. O facto de se ter mais informação sobre este tipo de sintomatologia depressiva e, ainda, do nível de educação estar associado a melhores condições económicas, permitirá o envolvimento em mais atividades socioculturais e ter mais ocupações, o acesso a mais apoio na saúde e, conseqüentemente, mais saúde e bem-estar (Aylaz et al., 2012).

No que concerne ao estado civil, os resultados deste estudo corroboram investigações anteriores (e.g., Aylaz et al., 2012; Stek et al., 2005; Taylor & Irizarry-Robles, 2015) que indicam que ter um cônjuge é um fator protetor contra a depressão enquanto a viuvez é um fator de risco (e.g., Goel, Muzammel, Kumar, Singh, & Raghav, 2014; Kiliç et al., 2014; Lin & Wang, 2011; Russell & Taylor, 2009). O facto de se ter um companheiro pode aumentar o sentimento de segurança por não estar sozinho, o que poderá constituir um fator explicativo de uma menor sintomatologia depressiva (Çinar & Kartal, 2008) e que remete para a importância das relações íntimas na velhice.

Quanto à solidão na velhice, 12.7% dos participantes sente solidão, o que se encontra em sintonia com outros estudos (e.g., Lin, Liu, & Zan, 2009; Pinguart & Sorensen, 2001; Victor, Scambler, Bond, & Bowling, 2000) e que alerta para a importância da mesma no possível sofrimento psicológico na velhice. A percentagem observada é, contudo, mais reduzida do que a constatada no estudo de Paúl e Ribeiro (2009), também com população portuguesa, o que poderá estar relacionada com o facto de todos os participantes deste estudo residirem na mesma cidade, uma pequena cidade que pode propiciar a frequência e qualidade dos contactos com a vizinhança (e.g., em cafés, associações), prevenindo, o isolamento social e, por conseguinte, a experiência de solidão, comparativamente a grandes cidades ou locais mais isolados.

Os resultados indicam, também, que as pessoas idosas com idade igual ou superior a 75 anos apresentam mais solidão do que o grupo de indivíduos mais novos o que corrobora estudos que evidenciam que a experiência subjetiva de solidão é mais sentida entre os idosos mais velhos (Jylhä, 2004; Paúl et al., 2006; Savikko et al., 2005; Singh & Misra, 2009). Contudo, neste estudo, os efeitos da idade sobre a presença de solidão não se revelaram significativos, tal como se constatou no estudo de Paúl e Ribeiro (2009). Ou seja, estes dados não corroboram algumas investigações que associam solidão e idade (e.g., Wu et al., 2010) e que sugerem uma associação em forma de “U” entre a idade e a solidão (Pinguart & Sorensen, 2001). De facto, a relação entre a solidão e a idade ainda não é clara (O’Luanaigh & Lawlor, 2008; Victor et al., 2005), pois pode não ser a idade em si, mas o aumento de incapacidades e a diminuição da integração social, o principal fator que determina se a solidão se associa à idade (Jylhä, 2004; Singh & Misra, 2009). Entre os indivíduos que se sentem sozinhos, a maioria dos participantes deste estudo (51.9%) experiencia mais frequentemente solidão durante a noite, à semelhança do estudo de Paúl e Ribeiro (2009), e que poderá estar relacionado com o menor contacto e estímulo social que poderá reduzir sentimentos de segurança, por se estar sozinho.

Relativamente ao género, neste estudo, as mulheres apresentam maiores níveis de solidão que os homens, o que corrobora, também, outros estudos (e.g., Aartsen & Jylhä, 2011; Chen et al., 2014; Dahlberg et al., 2015; Jylhä, 2004; Maciel & Guerra, 2010; Paúl et al., 2006) e que se pode estar relacionado com mais casos de viuvez entre as mulheres. Nesta linha, O’Luanaigh e Lawlor (2008) salientam que o efeito do género na solidão é confundido por outros fatores como a idade avançada, maior probabilidade de ficar viúvo e depressão, que é mais comum nas mulheres. Por outro lado, e à semelhança do que referimos em relação à expressão de sintomas depressivos, a manifestação de sentimentos de solidão poderá ser mais facilmente assumida e manifestada nas mulheres que nos homens devido ao processo de socialização e tipificação de género (Pinquart & Sorensen, 2001). Portanto, também aqui, pode não ser o sexo em si mesmo um preditor de solidão na idade avançada, mas os fatores, nomeadamente os que estão relacionados com o contexto social, que lhe estão associados (Dahlberg et al., 2015).

Apesar alguns estudos indicarem que o nível de instrução mais elevado poder estar associado a mais recursos para se enfrentar a solidão (Hawkley et al., 2008; Pinquart & Sorensen, 2001; Theeke, 2009) os resultados deste estudo não indicam diferenças na solidão em função dos níveis de escolaridade dos participantes.

À semelhança de outras investigações (e.g., Aartsen & Jylhä, 2011; Dahlberg, Andersson, Mckee, & Lennartsson, 2015; Hawkley et al., 2008; Maciel & Guerra, 2010; Paúl & Ribeiro, 2009; Theeke, 2009; Victor & Bowling, 2012; Wu et al., 2010), os resultados deste estudo evidenciam uma forte relação entre o estado civil e a solidão, sendo os idosos viúvos e os que se encontram noutras situações (e.g., divorciados/solteiros), os que apresentam mais sentimentos de solidão. Estes resultados corroboram, assim, que a ausência de uma figura de confiança que pode ocorrer em situações de divórcio ou falecimento, portanto, é um fator de risco e que, por outro lado, o casamento é um fator protetor contra a solidão (O’Luanaigh & Lawlor, 2008).

Quanto à análise da relação entre depressão e solidão na velhice, este estudo vem apoiar os resultados de várias investigações que associam estas dimensões (e.g., Aylaz et al., 2012; Heikkinen & Kauppinen, 2011; Luo, Hawkley, Waite, & Cacioppo, 2012; O’Luanaigh & Lawlor, 2008; Paúl et al., 2006; Stek et al., 2005). Por exemplo, tanto Heikkinen e Kauppinen (2004) como Cacioppo, Hawkley e Thisted (2010), constataam, em estudos longitudinais, que a solidão é um preditor a longo-prazo de sintomas depressivos. A relação entre solidão e sintomatologia depressiva na velhice poderá estar relacionada com o surgimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, condicionados pelo surgimento de determinados acontecimentos que podem conduzir a pessoa idosa a afastar-se das suas redes sociais e, conseqüentemente, sofrer de isolamento e solidão (Singh & Misra, 2009). A perda, isolamento afetivo, abandono, rejeição ou desamparo poderá assim influenciar a ocorrência de sintomas depressivos. Holm, Lyberg, Lassenius, Severinsson e Berggren (2013) revelaram que a experiência de depressão vivida pelas pessoas mais velhas era parar de lutar, tornarem-se passivas e experienciarem solidão e um sentimento de vazio nas suas vidas. Um dos aspetos que pode dificultar a clarificação da relação entre solidão e depressão poderá ser a semelhança entre estas experiências/sentimentos de solidão e depressão que torna difícil isolar os dois fenómenos (Taube, Jakobsson, Midlöv, & Kristensson, 2015).

O principal contributo deste estudo é alertar para a necessidade de se intervir e prevenir a sintomatologia depressiva e solidão na velhice e para a importância de se discutir e analisar a relação entre estas dimensões. Os resultados revelam mais sintomatologia depressiva do que de solidão e destacam uma associação entre estas dimensões. Estes dados sugerem que a solidão pode não ser a génese de toda a sintomatologia depressiva mas que é uma dimensão importante na mesma. Nesta linha, trabalhar sentimentos de solidão através de configurações da rede social poderá ser uma importante via de prevenção da sintomatologia depressiva na velhice. Contudo, a complexidade do constructo de solidão alerta para a necessidade de analisar a idiosincrasia da

experiência de solidão de cada indivíduo para se perceber a sua relação com a possível sintomatologia depressiva e, sobretudo, qual a configuração que poderá ser protetora para a pessoa neste contexto/cidade específica.

Como limitações deste estudo destacam-se algumas questões metodológicas, nomeadamente questões de validade externa na avaliação das dimensões consideradas. Seria importante, em futuros e necessários estudos sobre a temática, avaliar a sintomatologia depressiva e solidão com os outros instrumentos e técnicas de forma a existir uma maior robustez na avaliação, tais como dados clínicos em relação à sintomatologia depressiva. Os resultados deste estudo alertam para a problemática da solidão e sintomatologia depressiva, altamente comprometedoras da saúde e bem-estar dos idosos da cidade específica em que este estudo se desenvolveu. Nesta linha, constituem o início de outras investigações (e seguimento da mesma) que analisem, numa perspetiva longitudinal, a dinâmica e evolução destas dimensões e, sobretudo, que permitam estratégias e recursos individuais e comunitários que sejam protetores da saúde psicológica com que se envelhece.

Em suma, este estudo pretende contribuir para uma melhor compreensão da sintomatologia depressiva e da solidão dos idosos e para estimular o desenvolvimento de projetos que promovam o sentimento de apoio social e emocional para promoção da saúde psicológica dos mais velhos.

Referências

- Aartesen, M., & Jylhä, M. (2011). Onset of loneliness in older adults: Results of a 28 year prospective study. *European Journal of Aging, 8*, 31-38.
- Alpass, F. M., & Neville, S. (2003). Loneliness, health and depression in older males. *Aging Mental Health, 7*, 212-216.
- Aylaz, R., Aktürk, U., Erci, B., Öztürk, H., & Aslan, H. (2012). Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics, 55*, 548-554.
- Azam, W., Din, N., Ahmad, M., Ghazali, S., Ibrahim, N., Said, Z., . . . Maniam, T. (2013). Loneliness and depression among the elderly in an agricultural settlement: Mediating effects of social support. *Asia-Pacific Psychiatry, 5*, 134-139. doi: 10.1111/appy.12061
- Bekhet, A., & Zauszniewski, J. (2012). Mental health of elders in retirement communities: Is loneliness a key factor?. *Archives Psychiatric Nursing, 26*, 214-224. doi: 10.1016/j.apnu.2011.09.007
- Brown, E., Kaiser, R., & Gellis, Z. (2007). Screening and assessment of late life depression in home healthcare: Issues and challenges. *Annals of Long Term Care, 15*(10), 27-32.
- Cacioppo, J., Hawkley, L., & Thisted, R. (2010). Perceived social isolation makes me sad: 5-year cross-lagged analyses of loneliness and depressive symptomatology in the Chicago health, aging, and social relations study. *Psychology and Aging, 25*, 453-463.
- Cacioppo, J. T., Hughes, M. E., Waite, L. J., Hawkley, L. C., & Thisted, R. A. (2006). Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: Cross-sectional and longitudinal analyses. *Psychology of Aging, 21*, 140-151.
- Castro-Costa, E., Dewey, M., Stewart, R., Banerjee, S., Huppert, F., Mendonça-Lima, C., . . . Prince, M. (2007). Prevalence of depressive symptoms and syndromes in later life in ten European countries: The SHARE study. *The British Journal of Psychiatry, 191*, 393-401.
- Cattan, M., White, M., Bond, J., & Learmouth, A. (2005). Preventing social isolation and loneliness among older people: A systematic review of health promotion activities. *Aging Society, 25*.

- Chalise, H., Kai, I., & Saito, T. (2010). Social support and its correlation with loneliness: A cross-cultural study of Nepalese older adults. *The International Journal of Aging and Human Development*, *71*, 115-138. doi: 10.1111/j.1753-1411.2009.00034.x
- Chapman, D. P., & Perry, G. S. (2008). Depression as a major component of public health for older adults. *Preventing chronic disease*, *5*, 1.
- Chen, Y., Hicks, A., & While, A. (2014). Loneliness and social support of older people in China: A systematic literature review. *Health and Social Care in the Community*, *22*, 113-123. doi: 10.1111/hsc.12051
- Chew-Graham, C., Kovandzic, M., Gask, L., Burroughs, H., Clarke, P., Sanderson, H., & Dowrick, C. (2012). Why may older people with depression not present to primary care? Messages from secondary analysis of qualitative data. *Health and Social Care in the Community*, *20*, 56-60.
- Çinar, I. Ö., & Kartal, A. (2008). Signs of depression in the elderly relationship between depression and sociodemographic characteristics. *TAF Prev Med Bull*, *7*, 399-404.
- Crewdson, J. A. (2016). The effect of loneliness in the elderly population: A review. *Healthy Aging & Clinical Care in the Elderly*, *8*, 1-8. doi: 10.4137/HACCE.S35890
- Dahlberg, L., Andersson, L., Mckee, K., & Lennartsson, C. (2015). Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging & Mental Health*, *19*, 409-417. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2014.944091>
- Dozeman, E., van Marwijk, H. W. J., van Schaik, D. J. F., Stek, M. L., van der Horst, H. E., Beekman, A. T. F. & van Hout, H. P. (2010). High incidence of clinically relevant depressive symptoms in vulnerable persons of 75 years or older living in the community. *Aging & Mental Health*, *14*, 828-833.
- EUROSTAT. (2015). *Healthy life years*. Retrieved from [http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:Healthy_life_years,_2015_\(years\)_YB17.png](http://ec.europa.eu/eurostat/statisticsexplained/index.php?title=File:Healthy_life_years,_2015_(years)_YB17.png)
- Fiske, A., Wetherell, J., & Gatz, M. (2009). Depression in older adults. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*, 363-389.
- Garcia, A., Passos, A., Campo, A. T., Pinheiro, E., Barroso, F., Coutinho, G., . . . Sholl-Franco, A. (2006). A depressão e o processo de envelhecimento. *Ciências & Cognição*, *7*, 111-121.
- Goel, P., Muzammil, K., Kumar, S., Singh, J., & Raghav, S. (2014). Socio-demographic correlates of depression among elderly slum dwellers of north India. *Nepal Journal of Epidemiology*, *4*, 316-322. Retrieved from <http://dx.doi.org/10.3126/nje.v4i1.10133>
- Gottfries, C. G. (2001). Late life depression. *Europe Archives Psychiatry Clinic Neuroscience*, *251*(2), 57-61.
- Grenade, L., & Duncan, B. (2008). Social isolation and loneliness among older people: Issues and future. *Australian Health Review*, *32*, 468-478.
- Hawkley, L., Hughes, M., Waite, L., Masi, C., Thisted, R., & Cacioppo, J. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: The Chicago health, aging, and social relations study. *Journal of Gerontology*, *63B*, 375-384.
- Heikkinen, R., & Kauppinen, M. (2004). Depressive symptoms in late life: A 10-year follow-up. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *38*, 239-250.
- Heikkinen, R., & Kauppinen, M. (2011). Mental well-being: A 16-year follow-up among older residents in Jyväskylä. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *52*, 33-39. doi: 10.1016/j.archger.2010.01.017
- Holm, A., Lyberg, A., Lassenius, E., Severinsson, E., & Berggren, I. (2013). Older persons' lived experiences of depression and self-management. *Issues in Mental Health Nursing*, *34*, 757-764.
- Hughes, M., Waite, L., Hawkley, L., & Cacioppo, J. (2004). A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies. *Res Aging*, *26*, 655-672.

- Hybels, C., Landerman, L., & Blazer, D. (2011). Age differences in symptom expression in patients with major depression. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27, 601-611.
- Jiménez, J., Gallego, M., Villa, E., & Echeverri, A. (2013). El sentimiento de soledad en adultos. *Medicina UPB*, 32, 9-19.
- Jylhä, M. (2004). Old age and loneliness: Cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere longitudinal study on aging. *Canadian Journal on Aging*, 23, 157-168.
- Kiliç, S., Karadag, G., Koçak, H., & Korhan, E. (2014). Investigation of the old age perceptions with the loneliness and depression levels of the elderly living at home. *Turkish Journal of Geriatrics*, 17, 70-76.
- Lin, M., Liu, Y., & Zan, G. (2009). Empirical study on the urban elderly people of 'empty nest' and their loneliness. *Modern Preventive Medicine*, 36, 77-80.
- Lin, P.-C., & Wang, H.-H. (2011). Factors associated with depressive symptoms among older adults living alone: An analysis of sex difference. *Aging & Mental Health*, 15, 1038-1044.
- Lopes, J. M., Fernandes, S. G., Dantas, F. G., & Medeiros, J. L. (2015). Association between depression and sociodemographic characteristics, quality of sleep and living habits among the elderly of the north-east of Brasil: A cross-sectional population based study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18, 521-531.
- Luo, Y., Hawkey, L., Waite, L., & Cacioppo, J. (2012). Loneliness, health, and mortality in older age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine*, 74, 907-914.
- Maciel, A., & Guerra, R. (2010). Prevalência e fatores associados à sintomatologia depressiva em idosos residentes no nordeste do Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55, 26-33.
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social [MTSSS], & Gabinete de Estratégia e Planeamento [GEP]. (2017). *Comissão Económica das Nações Unidas para a Europa (UNECE), Terceiro Ciclo de revisão e avaliação da estratégia de implementação regional do plano internacional de ação de Madrid sobre o envelhecimento (MIPAA)*. Lisboa: Gabinete de Estratégia e Planeamento.
- O'Lunaigh, C., & Lawlor, B. (2008). Loneliness and health of older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 23, 1213-1221.
- Oliveira, M. F., Bezerra, V. P., Silva, A. O., Alves, M. S., Moreira, M. A., & Caldas, C. P. (2012). Sintomatologia de depressão autoreferida por idosos que vivem em comunidade. *Ciência & Saúde Colectiva*, 17, 2191-2198.
- Paúl, C., Ayis, S., & Ebrahim, S. (2006). Psychological distress, loneliness, and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine*, 11, 221-232.
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old age living in the community. *Reviews in clinical gerontology*, 19, 53-60.
- Pinquart, M., & Sorensen, S. (2001). Influences on loneliness in older adults: A meta-analysis. *Basic Applied Social Psychology*, 23, 245-266.
- Pocinho, M., Farate, C., Dias, C., Lee, T., & Yesavage, J. (2009). Clinical and psychometric validation of the Geriatric Depression Scale (GDS) for Portuguese Elders. *Clinical Gerontologist*, 32, 223-236.
- PORDATA. (2018). *Esperança de vida à nascença: Total e por sexo (base: Triénio a partir de 2001)*. Recuperado de [https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+\(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001\)-418](https://www.pordata.pt/Portugal/Esperan%C3%A7a+de+vida+%C3%A0+nascen%C3%A7a+total+e+por+sexo+(base+tri%C3%A9nio+a+partir+de+2001)-418)
- Rico-Urbe, L. A., Caballero, F. F., Martín-María, N., Cabello, M., Avuso-Mateos, J. L., & Miret, M. (2018). Association of loneliness with all-cause mortality: A meta-analysis. *PLoS One*, 13, 1.

- Russell, D., & Taylor, J. (2009). Living alone and depressive symptoms: The influence of gender, physical disability, and social support among Hispanic and non-Hispanic older adults. *Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, *64B*, 95-104. doi: 10.1093/geronb/gbn002
- Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R., Strandberg, T., & Pitkala, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, *41*, 223-233.
- Singh, A., & Misra, N. (2009). Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial Psychiatry Journal*, *18*, 51-55.
- Sözeri-Varma, G. (2012). Depression in the elderly: Clinical features and risk factors. *Aging and Disease*, *3*, 465-471.
- Sousa, R. D., Rodrigues, A. M., Gregório, M. J., Branco, J. C., Gouveia, M. J., Canhão, H., & Dias, S. S. (2017). Anxiety and depression in the Portuguese older adults: Prevalence and associated factors. *Frontiers in Medicine*, *4*, 196.
- Stek, M., Vinkers, D., Gussekloo, J., Beekman, A., van der Mast, R., & Westendorp, R. (2005). Is depression in old age fatal only when people feel lonely?. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *162*, 178-180.
- Stella, F., Gobbi, S., Corazza, D., & Costa, J. (2002). Depressão no idoso: Diagnóstico, tratamento e benefícios da atividade física. *Motriz*, *8*, 91-98.
- Taube, E., Jakobsson, U., Midlöv, P., & Kristensson, J. (2015). Being in a bobble: The experience of loneliness among frail older people. *Journal of Advanced Nursing*, *72*, 631-640.
- Taylor, J., & Irizarry-Robles, Y. (2015). Factores protectores de la depression en una muestra de adultos mayores en Puerto Rico: Autoeficacia, escolaridad y otras variables socio-demográficas. *Acta Combiiana de Psicología*, *18*, 125-134.
- Theeke, L. (2009). Predictors of loneliness in U.S. adults over age sixty-five. *Archives of Psychiatric Nursing*, *23*, 387-396.
- Torija, J. R. U., Mayor, J. M. F., Salazar, M. P. G., Buisán, L. T., & Fernández, R. M. T. (2007). Síntomas depresivos en personas mayores: Prevalencia y factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, *21*, 37-42.
- van Winkel, M., Wichers, M., Collip, D., Jacobs, N., Derom, C., Thiery, E., . . . Peeters, F. (2017). Unraveling the role of loneliness in depression: The relationship between daily life experience and behavior. *Psychiatry-Interpersonal and Biological Processes*, *80*, 104-117.
- Victor, C., & Bowling, A. (2012). A longitudinal analyses of loneliness among older people in Great Britain. *The Journal of Psychology*, *146*, 313-331.
- Victor, C., Grenade, L., & Boldy, D. (2005). Measuring loneliness in later life: A comparison of diferente measures. *Reviews of Clinical Gerontology*, *15*, 63-70.
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews of Clinical Gerontology*, *10*, 407-417.
- Victor, C., Scambler, S., Bowling, A., & Bond, J. (2005). The prevalence of, and risk factors for, loneliness in later life: A survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society*, *25*, 357-375.
- Walter-Ginzburg, A., Shmotkin, D., Blumstein, T., & Shorek, A. (2005). A gender-based multidimensional longitudinal analysis of resilience and mortality in the old-old in Israel: The cross-sectional and longitudinal study CALAS. *Society Science Medicine*, *60*, 1705-1715.
- Wilhelm, K., Roy, K., Mitchell, P., Brownhill, S., & Parker, G. (2002). Gender differences in depression risk and coping factors in a clinical sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *106*, 45-53.
- Wilson, R. S., Kruger, K. R., Arnold, S. E., Schneider, J. A., Kelly, J. F., Branes, L. L., . . . Bennett, D. A. (2007). Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of General Psychiatry*, *64*, 234-240.

- Wu, Z., Sun, L., Sun, Y., Zhang, X., Tao, F., & Cui, G. (2010). Correlation between loneliness and social relationship among empty nest elderly in anhui rural area, China. *Aging & Mental Health, 14*, 108-112. doi: 10.1080/13607860903228796
- Yang, Y., & George, L. K. (2005). Functional disability, disability transitions, and depressive symptoms in late life. *Journal of Aging and Health, 17*, 263-292.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1983). Development and validation of geriatric depression scale. *Journal of Psychiatric Research, 17*, 37-49.

Loneliness and depressive symptomatology in elderly people

Loneliness and depression are related to the psychological well-being in old age. However, this relationship is not clear because of the complexity of these dimensions, namely the solitude. The objective of this study is to examine these two dimensions and discuss the relationship in elderly people.

This study included 213 people aged 65 and 96 years old, and the average age was 75 years old ($DP=6.74$). Data were collected using a sociodemographic questionnaire, the Geriatric Depression Scale (GDS) (Pocinho, Farate, Dias, Lee, & Yesavage, 2009) and through direct questions to assess loneliness (Paúl, Fonseca, Ribeiro, & Teles, 2006). The sample comprised 213 people aged 65-96 years old.

The findings indicate that 26.76% (57) of the individuals had depressive symptoms. Differences were statistically significant between men and women and between marital states, education levels and living conditions of the individuals. Regarding the experience of loneliness, the results indicate that 12.7% (27) of the individuals had solitude. We found statistically significant associations between loneliness and gender, marital status and living conditions. The results also revealed a statistically significant association between loneliness and depressive symptoms [$\chi^2(2)=35.315$; $p=0.000$] and in this sample 35.1% (20) of the subjects present loneliness and depressive symptoms.

This study warns of the importance of perceiving the relationship between loneliness and depression, in the design of evaluations and interventions for old age, to optimize of the social network settings of the person for an improvement in their health and quality of life.

Key words: Aging, Depression in old age, Loneliness in old age, Mental health.

Submissão: 06/03/2018

Aceitação: 24/08/2018