

SOLIDÃO NA SAÚDE

Ângela Leite

ISCET | Instituto Superior de Ciências Empresariais e do Turismo

Maria João Carvalho

Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia

RESUMO

O presente estudo foi delineado com o intuito de perceber qual o nível de Solidão que os doentes acompanhados em duas consultas distintas (psiquiatria e otorrino), percebem, e qual o impacto desta solidão na sua saúde.

Para a consecução deste objectivo geral, optou-se por um estudo de tipo descritivo-correlacional, no qual participaram 50 indivíduos, dos quais 26 frequentam a consulta de Psiquiatria e 24 frequentam a consulta de Otorrinolaringologia, onde 29 pertencem ao sexo feminino e 21 ao sexo masculino. A média de idades é de 49,76 anos e o desvio padrão é de 18,12 anos, tendo o mais novo 20 anos e o mais velho 91 anos. Todos os participantes responderam à Escala da Solidão da UCLA (Neto 1898) e a um Questionário sócio-demográfico elaborado para o efeito.

Os resultados demonstram que os indivíduos percebem de forma diferente a sua solidão, de acordo com as circunstâncias em que se encontram. É de realçar que os utentes divorciados e viúvos sentem mais solidão que os casados ou em união de facto e os solteiros. No que respeita às habilitações literárias, os indivíduos com mais habilitações sentem menos solidão. Destaca-se o facto de, quando comparados os utentes das diferentes consultas, verificamos que os doentes com doença mental sentem mais solidão que os de otorrino, respondendo desta forma à primeira hipótese colocada nesta investigação: "existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de percepção subjectiva de Solidão nos doentes que frequentam a consulta de psiquiatria e os de otorrino?"

PALAVRAS-CHAVE: solidão, saúde mental, escala da solidão da UCLA.

ABSTRACT

The present paper aims to study the level of Solitude of patients who attend two different health services (Psychiatry and ENT) and its impact on their health.

To achieve the goal, a descriptive -correlational study was carried out, with 50 participants, 26 attending the Psychiatry service and 24 the ENT service, from which 29 were female and 21 male. The age average is 49.76 and the standard deviation is 18.12 years, being the youngest 20 years old and the oldest 91. All participants completed the UCLA Loneliness Scale (Neto 1898) and a socio-demographic questionnaire developed for this purpose.

The results reveal that individuals, under their own circumstances, have a different perception of solitude. It showed that divorced and widowed users feel more solitude than the married, unmarried and single users. In what concerns education, higher qualified individuals feel less lonely. When the different health service users are compared, it is noticed that patients with mental illness feel more lonely than ENT patients, addressing, thus, to the first hypothesis raised in this investigation: "are there statistic significant differences between the level of subjective perception of Solitude in patients attending the Psychiatry service and those who attend the otoryngology service?"

KEYWORDS: solitude, mental health, UCLA loneliness scale.

INTRODUÇÃO

O ser humano é um ser sociável por natureza. No entanto parece haver pessoas mais sociáveis que outras, ou seja, dependendo das próprias características de cada indivíduo ele pode necessitar de estar mais ou menos só. Apesar do ser humano não estar feito para viver na solidão (Ussel, 2001), em determinados momentos da vida cada pessoa necessita de estar isolado ou sozinho. Apesar disso, ninguém gosta de sentir solidão.

Independentemente das influências genéticas, o ambiente durante a infância é de extrema importância, pois é onde se vão desenvolver as habilidades sociais, o interesse pela socialização e pela comunicação com os outros.

Segundo Neto (2000), a solidão é uma experiência comum no ser humano, que o leva a procurar algo mais que o complete.

O estudo da solidão na população idosa portuguesa é relativamente escasso, pelo que se encontram apenas estudos elaborados na população geral/mundial sobre esta temática. Ussel (2001), aquando da elaboração de uma investigação sobre a solidão nas pessoas idosas em Espanha, teve a mesma dificuldade em encontrar estudos anteriores. A escassez de dados levou a fazer inicialmente uma investigação exploratória.

A pertinência deste estudo sobre esta temática, a solidão, de acordo com a amostra em estudo, essencialmente em idosos, é justificada sobretudo pela evolução do índice de envelhecimento.

Com o aumento da esperança de vida, a diminuição do índice de natalidade, influenciada ainda pelos movimentos migratórios, notou-se nos últimos anos um acentuado envelhecimento da população. Berger et al. (1995) afirmam que o envelhecimento da população está a modificar profundamente as interações dos indivíduos. Este envelhecimento está a tornar-se actualmente um problema importante em quase todas as sociedades.

Podem verificar-se alterações a nível psicológico associadas às pessoas idosas, segundo dados do INE (2002). As perdas de memória ou maior dificuldade no raciocínio, são alguns exemplos. No entanto, algumas opiniões da comunidade científica defendem que estas perdas são facilmente compensadas pela maior sabedoria que estas pessoas podem transmitir. Por outro lado, as pessoas mais idosas estão também sujeitas a determinantes externos que podem desencadear algumas perturbações mentais ou comportamentais.

No entanto, segundo Quaresma (2004), a velhice não tem de ser só por si um problema, podendo ser apenas um período da vida categorizado segundo a idade. O que poderá ser problemático é a ausência, insuficiência ou inadequação de respostas sociais para a satisfação das necessidades humanas básicas diárias, ou uma articulação deficiente entre o indivíduo idoso e a sociedade. Neste contexto, os indivíduos podem adoptar estratégias inadequadas para a sua saúde física e mental. Todos nós, ao longo do ciclo da vida, dependemos do grupo social para a nossa sobrevivência e desenvolvimento.

Já Weiss, em 1982, segundo Andersson (1998), referia a importância do estudo da solidão, mas sobressaindo a ideia de não se tornar demasiadamente académico, pois é importante e pertinente encontrar intervenções para este problema específico, devendo os estudos servir para conhecer melhor a realidade que está envolta neste fenómeno e encontrar acções que possam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos assim como o seu bem-estar.

Partindo deste pressuposto colocam-se três hipóteses globais de investigação:

- Os doentes que frequentam a consulta de Psiquiatria sentem-se mais sós do que os de outras consultas?
- Os utentes que frequentam a consulta de Otorrino sentem-se mais sós do que os de outras consultas?
- As diferenças que existem entre estes dois grupos são significativas?

1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

1.1. CONCEITO DE SOLIDÃO

A solidão é um constructo muito complexo e subjectivo, que facilmente se confunde com isolamento, abandono, clausura, entre outros. Todavia, é muito difícil defini-la, pois trata-se de um fenómeno complexo e amplo muito frequente na população, existindo diversas abordagens teóricas e metodológicas que se debruçam sobre este tema.

Segundo Neto (2000), a solidão constitui um lado perturbante da atracção. Afirma, ainda, que se trata de uma experiência dolorosa pela qual se passa quando as relações sociais não são adequadas.

Neto (2000) refere que vários autores têm tentado definir solidão. No entanto, salienta que este conceito tem um carácter intuitivo para a maior parte das pessoas, isto é, cada pessoa analisa o seu estado de solidão tendo em conta a situação em que se encontra exposta, pois para muitos o termo solidão significa estar só.

Pepleau e Perman (1982, citados por Neto, 2000) consideram três aspectos: a solidão como uma experiência subjectiva que pode não estar relacionada com o isolamento objectivo; esta experiência subjectiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente. Num estudo sociológico da solidão, Ussel (2001) considera que tem de se ter em conta que o trabalho e a família são os dois eixos principais que estruturam e definem a existência humana. Assim sendo, qualquer alteração que ocorra nestes dois eixos é susceptível do aparecimento de diversos problemas, quer de âmbito instrumental ou emocional, entre os quais se inclui o sentimento subjectivo de solidão.

Segundo Neto (2000, p. 322), a solidão... "É uma experiência comum e é um sentimento penoso que se tem quando há discrepância entre o tipo de relações sociais que desejamos e o tipo de relações sociais que temos".

1.2. TIPOS DE SOLIDÃO

Face à não uniformidade em relação à leitura que se possa fazer da solidão, várias tipologias para definir diferentes formas de solidão têm surgido.

Deste modo, Moustakas (1961, citado por Neto, 2000, p.324), foi o primeiro a avançar com o primeiro factor de classificação, procedendo à distinção entre ansiedade solidão e ansiedade existencial. Segundo este autor, a primeira é aversiva e resulta de uma alienação básica entre o homem e homem, ao passo que a solidão existencial faz parte integrante da existência humana, implicando momentos de auto-confrontação e proporcionando o auto-crescimento.

Shaver e colaboradores (1985, citados por Neto, 2000, p.324), diferenciam a solidão enquanto traço da solidão enquanto estado. A solidão pode ser encarada enquanto traço de personalidade, sendo as pessoas solitárias as que referem uma longa história de sentimentos frequentes e intensos de solidão. Pode também encarar-se enquanto estado psicológico em que as pessoas experienciam solidão durante diferentes lapsos de tempo em diferentes momentos da sua existência. O indivíduo pode ter uma curta experiência de solidão ou pode ser uma pessoa só.

Weiss (1973, citado por Neto, 2000, p.324) apresenta um terceiro factor de classificação, distinguindo a solidão social, em que uma pessoa se sente insatisfeita devido à falta de apoio das redes sociais de amigos e de pessoas conhecidas, da solidão emocional em que se está insatisfeito e só por causa de uma relação pessoal, íntima.

Segundo este mesmo autor, não é possível aliviar uma forma de solidão substituindo-a por outra forma de relação. Por exemplo, se um casal acaba de emigrar para um novo país onde não conhece ninguém, passará pela experiência de solidão social, mesmo se no casal houver uma mútua relação íntima. Do mesmo modo, uma pessoa pode ter uma extensa rede social, mas sentir-se só porque não tem uma relação amorosa.

Um estudo desenvolvido por Russel e colaboradores (1984, citados por Neto, 1992, p.18) demonstrou que a “solidão social e a solidão emocional se associam respectivamente à falta de amizade e de relações íntimas. Estes dois tipos de solidão provocam “mal-estar” no indivíduo, mas são o resultado de experiências subjectivas diferentes”.

O aumento da esperança média de vida tem implicações para a qualidade de vida podendo trazer consequências nas dimensões da vida humana, física, psíquica e social. A longevidade cada vez maior no ser humano acarreta uma situação de ambiguidade, o desejo de viver cada vez mais e ao mesmo tempo o medo de viver num meio de dependência e incapacidade. O aumento da idade aumenta a ocorrência de doenças, assim como declínio funcional, aumento da dependência, perda de autonomia isolamento e depressão. No entanto, se os indivíduos envelhecerem com autonomia, com saúde física e desempenhando papéis sociais activamente, estão de certo modo a promover e a proporcionar Qualidade de Vida (Paschoal, 2000 citado por Paschoal, 2004).

De forma a amenizar a solidão sentida, é fundamental que o indivíduo possa ter relações sociais, contribuindo de forma positiva para o seu estado físico, social e psicológico e possibilitando um envelhecimento com qualidade de vida, mantendo o indivíduo satisfeito e activo no contexto social (Viorst, 2000, citado por Rente & Oliveira, 2002).

1.3.Solidão e Isolamento

Neto (1992) afirma que uma pessoa que se sente sozinha experiencia angústia, insatisfação e exclusão.

Alguns estudos referidos por Larson (1990, citado por Melo, 2001), mostram a relação entre a quantidade de tempo passado só e a adaptação. Estas descobertas sugerem que alguma quantidade de tempo passado só está relacionada com uma melhor adaptação social.

No quotidiano, o isolamento é encarado como uma situação que se desencadeia quando os pensamentos, sentimentos e acções estão menos sujeitas aos modelos de ordem social. O isolamento representa uma separação relativamente às actividades interpessoais, tais como: falar, partilhar e amar. Em todos os períodos da vida, esta separação é acompanhada por um sentimento de solidão e aborrecimento. Com o passar dos anos, as pessoas sentem-se menos sós, na medida em que terão mais oportunidades de reconciliar as realidades íntimas e públicas construindo um “eu” capaz de permanecer afastado do real social imediato. Existe na nossa cultura o estereótipo de que as pessoas idosas são pessoas solitárias, e a tendência geral é para a solidão vir a diminuir com a idade, uma vez que a idade proporciona maiores habilidades sociais e expectativas mais realistas acerca das relações sociais (Neto, 2000).

A solidão é um sentimento que é determinado pelas expectativas individuais em relação aos contactos sociais. Segundo Berger (1995, p.387), a “solidão é uma experiência excessivamente penosa que se liga a uma necessidade de intimidade não satisfeita, consecutiva a relações sociais sentidas como insuficientes ou não satisfatórias”.

Quando falamos em solidão, importa referir que as relações entre a solidão, isolamento e viver sozinho são complexas, não só por estes conceitos se relacionarem, mas também porque são sinónimos, isto é, a existência de uma vasta rede social não implica a existência de uma relação próxima ou ausência de solidão; viver sozinho não é sinónimo de estar sozinho nem de solidão, isto é, nem todos os que vivem sozinhos estão isolados, mas a maior parte dos isolados vivem sós (Sousa et al., 2004).

Victor et al. (2000, citados por Sousa et al., 2004), através do modelo de relações entre recursos, acontecimentos de vida e solidão/isolamento social, verifica a influência de vários factores sócio-demográficos: as pessoas que vivem sós estão mais sujeitas à solidão; solidão e isolamento são comuns nos idosos (não só pela idade, mas

também por factores que lhe estão associados, como a deterioração da saúde); as mulheres são mais propensas a sentir solidão e isolamento. Por outro lado, as redes sociais e pessoais são mais protectoras, fomentando as relações de amizade próximas ao invés das relações familiares (por exemplo, a falta do cônjuge e dos filhos), pode levar a um maior isolamento, e as amizades íntimas podem ocupar o lugar da família.

Holmes (citado por Hess, 2004), faz uma distinção entre solidão e isolamento. A solidão implica uma percepção de falta e um sentimento de ansiedade face a esse vazio, enquanto que o isolamento pode ser uma escolha, uma forma de se estar livre de tensão. O isolamento refere-se a ter poucos contactos com a família e amigos. Sofrer de solidão é ter um sentimento de não ser desejado, de perda de companhia. O isolamento é objectivo, enquanto a solidão é subjectiva (Weiss, 1973).

No que se refere a acontecimentos de vida, a viuvez é um factor muito associado á solidão. A solidão é mais profunda nos momentos iniciais. A perda de papéis importantes também aumenta os níveis de isolamento e solidão. O baixo estado de saúde, a má condição física e a depressão fortalecem a solidão e o isolamento.

1.4. FACTORES ASSOCIADOS À SOLIDÃO

Segundo Peplau, Bikson, Rook e Goodchilds (1982), existem quatro factores que permitem prever a solidão. O primeiro factor diz respeito há existência de um confidente. Ter alguém com quem partilhar uma relação íntima, é um importante recurso contra a solidão.

Um segundo factor está relacionado com o controlo pessoal. A perda de controlo, leva a pessoa a ficar desamparada e desesperada. Langer e Rodin (1976, citado por Peplau, Bikson, Rook, & Goodchilds, 1982) realizaram um estudo com idosos institucionalizados, verificando que a possibilidade de escolha, nas mais pequenas coisas, produzia um bem-estar geral.

Um terceiro factor relaciona-se com a comparação social. Esta comparação é feita com o passado, com as experiências sociais passadas e com a vida social das outras pessoas.

O último factor, apresentado pelos autores, é a saúde. Os idosos doentes, com incapacidades físicas, têm vidas sociais mais pobres e menos satisfatórias (Peplau, Bikson, Rook, & Goodchilds, 1982).

1.4.1. IDADE

Relativamente à idade existe na nossa cultura o estereótipo que as pessoas idosas são pessoas solitárias (Neto, 1992). Mas, segundo alguns autores, a solidão pode ocorrer desde cedo (Rubin, 1982, citado por Neto, 1992), podendo ocorrer na infância (Ellison, 1978 citado por Neto, 1992), em crianças com sete e oito anos de idade (Asher et al., 1984; Asher & Wheeler, 1985, citados por Neto, 1992). Segundo investigações recentes, a tendência geral que se encontra é para a solidão diminuir com a idade, obtendo contrariamente, as pessoas idosas pontuações mais baixas de solidão (Neto, 2000). No entanto, esta constatação não significa que pessoas em idades muito avançadas não sintam solidão, mas talvez porque os jovens necessitem de falar mais dos seus sentimentos (Neto, 1992), pois encontram muitas transições sociais, tais como deixar a casa dos pais, entrada na faculdade e a procura do primeiro emprego. À medida que a idade avança, a vida social das pessoas tem tendência a tornar-se mais estável, acarretando a idade maiores habilidades sociais (Neto, 2000).

Num estudo realizado por Emídio e colaboradores (1989, citados por Monteiro & Neto, 2006), relatam os resultados obtidos um estudo sobre a solidão da população portuguesa, referindo que os idosos são o grupo mais vulnerável, não só pelas perdas, mas também pelas dificuldades nos contactos sociais devido a doenças físicas, pelas privações inerentes à falta de recursos económicos e pela perda de amigos ou familiares que

morrem ou vão viver para outros locais. Estes resultados permitem inferir que o grau de solidão experienciado pelos sujeitos pode ser influenciado pela sua idade.

Deste modo, com o passar dos anos, ocorrem importantes perdas ao nível dos órgãos sensoriais, dificultando o contacto com o mundo exterior. A dificuldade de ouvir é uma limitação para o convívio entre pessoas, dificultando as conversas; as dificuldades visuais restringem as saídas ao exterior. Estas perdas fazem com que o idoso entre num círculo de isolamento progressivo (Paul, 1993). Com o envelhecimento também a locomoção sofre modificações, os passos ficam mais curtos, mais lentos e menos seguros, facilitando a ocorrência de quedas (Carvalho, Peixoto, & Capella, 2007). Com as deslocações a ficarem comprometidas, o idoso vai perdendo a sua autonomia funcional e empobrecendo a sua rede social. Sendo assim, a frequência de contacto com as suas relações sociais passa a depender dos outros. Os idosos doentes, com incapacidades físicas, têm vidas sociais mais pobres e menos satisfatórias (Peplau et al, 1982). Estes aspectos conduzem naturalmente a um maior isolamento social e a um aumento de sentimentos de solidão (Sousa, & Feio, 1998).

Deste modo, podemos concluir que a solidão atinge várias faixas etárias, no entanto, é na classe idosa que esta é mais visível e notória. Abandonados pelas famílias ou entregues a si próprios, os lares, centros de dia, famílias de acolhimento ou outras instituições são as principais respostas existentes para atenuar o isolamento em que muitos idosos se encontram.

Existem estudos que confirmam que a partir dos 65 anos de idade, quase 40% desta população passa mais de 8 horas por dia sem companhia, em alguns casos sem ninguém que cuide sobretudo em situações de dependência ou falta de autonomia. É de referir que em situações como estas, a solidão chega a ser assustadora. Nestas condições facilmente se verificam estados emocionais caracterizados por uma tristeza profunda e sinais de depressão.

1.4.2. GÉNERO

É frequentemente assumido do ponto de vista do senso comum que as mulheres, comparativamente aos homens, são mais emotivas e, conseqüentemente, com maior tendência para reacções emocionais negativas. Contudo, estudos efectuados sobre solidão não são concludentes com as diferenças de género na solidão. Tendencialmente, os estudos que utilizam a Escala de Solidão da UCLA (University of Califórnia at los Angeles) não encontraram diferenças nos scores de solidão segundo os sexos (Neto, 1992), sendo que esta escala não questiona directamente os indivíduos sobre se sentem sós, mas procura avaliar a solidão indirectamente.

Quando se recorre à avaliação directa, o sexo feminino tende a assinalar mais frequentemente a solidão que os homens. A reticência dos homens em assinalarem a solidão directamente está em consonância com os estereótipos sexuais. Segundo os quais não se espera que os homens expressem as suas fraquezas emocionais (Neto, 1992).

Assim, existe uma maior incidência no sexo feminino, devido ao aumento da esperança média de vida nas mulheres.

No entanto, apesar de estas sofrerem de doenças físicas ou limitações próprias da idade em que se encontram, em alguns casos são mais capazes e autónomas face aos homens, no que diz respeito a competências básicas relacionadas com higiene e alimentação.

1.4.3. ESTADO CIVIL

Segundo Weiss (1982, citado por Neto, 1992) as pessoas que não estão casadas sofrem mais de solidão do

que as casadas. Para além disso parece que, a solidão nas mulheres não casadas era maior nas pessoas viúvas e divorciadas que nas solteiras.

A solidão parece, pois, ser determinada mais pela perda de uma relação conjugal que pela sua ausência (Neto, 2000). Nos casais, as mulheres apresentam mais solidão, no entanto, quando se verifica uma ruptura na relação, ou por separação, ou por morte ou por divórcio, os homens apresentam-se mais sós.

Relativamente a outras características, segundo Weiss (1982, citado por Neto, 2000), a solidão é mais comum entre as pessoas pobres do que entre as ricas. Boas relações podem manter-se mais facilmente quando as pessoas têm tempo e dinheiro para actividades de lazer. Não aparecem diferenças na solidão entre pessoas que residam em zonas rurais e as que residiam em zonas urbanas.

Assim, o estado civil é muito utilizado como medida de solidão, prevendo que as pessoas solteiras, divorciadas e viúvas sofrem mais de solidão que as pessoas casadas (Weiss, 1982). No entanto, viver só não significa sentir solidão, dado que viver sozinho pode ser uma forma de manter a privacidade, a independência.

Perlman e col. (1978, citado por Peplau, Bikson, Rook, & Goodchilds, 1982), encontraram mais solidão nos idosos que vivem com a família, do que nos idosos que vivem sozinhos ou que vivem com amigos. O contacto social com amigos e vizinhos tem um impacto mais profundo no bem-estar do que o contacto com os netos e familiares.

2 SOLIDÃO NA SAÚDE

2.1 SOLIDÃO NA SAÚDE MENTAL

Arent (2001), na sua obra sobre condição humana, discute a interdependência entre o individual e o social. É com esta concepção que se constata a impossibilidade de pensar em tratar o sujeito portador de doença mental, sem levar em consideração a sua inserção sócio-histórica.

Segundo a autora, é possível caracterizar o repertório de condutas das pessoas com algum transtorno psíquico como derivado, na maioria das vezes, da ansiedade, do medo, da insegurança e da baixa qualidade das escolhas existenciais. Observa-se com clareza, neste grupo de indivíduo, a expressão dos sentimentos de vazio e de não integração social, como reflexo do confronto entre as expectativas e as reais possibilidades de uma vida digna enquanto cidadãos.

Podemos afirmar que a solidão, se tem tornado um fenómeno presente em larga escala nos dias actuais, como produto da precária interação entre as pessoas e, mais especificamente, como resultante das representações sociais da educação, cuja importância incide na formação da identidade e na saúde mental do homem.

O portador de doença mental, no âmbito das interacções sociais, passam a não existir, pois, não possuindo espaço sócio-cultural, não pode partilhar de um mundo comum de coisas e não consegue realizar algo permanente para a sua existência: enfraquecendo a sociabilidade e estabilidade, levando á solidão. Tal facto, para Freud (1929), conduz o homem ao desenvolvimento de relações destoantes das pulsões que alimentam a neurose e predispor o surgimento de várias psicopatologias.

Horowitz, French e Anderson (1982) descrevem o indivíduo que sofre de solidão como sendo isolado, depressivo, paranoide, introvertido. Sente-se separado, isolado, diferente, não amado, inferior, evitando deste modo, o contacto social. Um indivíduo que sofra de solidão possui assim, muitas características da depressão, nomeadamente, o sentimento de inferioridade, o pessimismo, a falta de esperança, a frustração e o isolamento (Horowitz, French, & Anderson, 1982).

A solidão é uma temática oportuna e extremamente relevante para a existência humana. O ser humano é um grande propulsor da civilização. Em contrapartida, não escapa ao controle da vida social. A família, o

trabalho, o lazer e a escola estão subordinados às forças da sociedade (Teves, 1993). A forma de vida do homem deste novo milénio é caracterizada por agitação, ansiedade e diversos tipos de violência.

Configura-se o retrato de um mundo desesperançado e enlouquecido. Este panorama, intensificado pelas circunstâncias sociais, determina a solidão do homem na actualidade.

O mal-estar vivido neste início de século, segundo Freud (1929), deriva da pressão social de isolados indivíduos. Assim, a sociedade é marcada pelo individualismo – cada um em seu mundo construindo seus próprios referenciais. O individualismo é tratado pela psicologia social e apontado como uma questão contemporânea, pois, ao mesmo tempo que o homem actual se volta para si próprio, não sabe quem ele é, e nem tão pouco o seu papel social. Percebe-se deste modo, que quanto mais individualista é o ser humano, mais vulnerável às inevitáveis dores existenciais, nomeadamente, á solidão.

A busca desenfreada por intensos sentimentos de prazer e de felicidade, reflecte a tentativa do indivíduo experimentar o conforto emocional a partir da satisfação das necessidades – biológicas, psicológicas, sociais e espirituais. O desejo de felicidade permanente sufocado pelos factores externos, retrata a transformação do “princípio de prazer” em “princípio de realidade”. Este último, expõe os seres humanos às tensões sociais que oprimem e dificultam o sonho de satisfazer irrestritamente seus desejos.

Para alguns, combater o temível mundo externo significa afastar-se dele e manter-se à distância dos outros. Assim, partindo deste pensamento, amplia-se a ideia de que a sociedade, cada vez mais, incentiva o homem a mascarar as emoções e os sentimentos, fazendo-o fugir e negar na sua verdadeira essência. O ser humano esconde-se de si mesmo, e acredita que os vários papéis que representa podem expressar sua última verdadeira essência. Não permite ao outro chegar mais perto, muito menos, conhecer as áreas mais densas do seu psiquismo. Deste modo, assume que está condenado à solidão, apesar de viver em sociedade (Oliva, 2000).

O problema da depressão, crescente nos nossos dias, pode ser explicado, entre outras formas, em termos da estrutura individualizada, característica da cultura ocidental contemporânea. Nela, o self individualizado tende a personalizar estados internos de emoção, incluindo angústias resultantes da adversidade de eventos dolorosos da vida. Nessa linha de pensamento, um estilo de vida consumista, por sua vez, levaria à deterioração das relações interpessoais, corroborando o colapso do suporte social, com graves consequências para o desenvolvimento dos quadros patológicos ligados a essa sociedade individualista (Moreira, 2002).

Podemos concluir que a solidão associada à depressão tem significado ambíguo: tanto é causa como consequência; tanto é sintoma como é origem, fazendo parte da etiologia; tanto a solidão apresenta carácter ontológico como significa isolamento.

3. METODOLOGIA

3.1 PARTICIPANTES

No presente estudo participaram 50 indivíduos, utentes do Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, dos quais 26 (52%) frequentam a consulta de Psiquiatria e 24 (48%) frequentam a consulta de Otorrinolaringologia.

3.2 INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

No presente trabalho, tendo em consideração as características da população em estudo, optou-se por aplicar um questionário, como instrumento de colheita de dados. Na avaliação da solidão utilizam-se várias escalas, mas no presente estudo foi apenas usada a Escala de UCLA (Neto, 1989). A Escala revista de Solidão da UCLA - Revised UCLA Loneliness Scale (Russel; Peplau; Cutrona, 1980) - foi descrita e adaptada para a

população portuguesa por Neto (1989). A adaptação portuguesa da Escala de Solidão da UCLA engloba um total de dezoito itens, avaliados numa escala de escolha múltipla de quatro pontos, em que a resposta à questão vai desde “nunca” (1); raramente (2); “algumas vezes” (3) até “muitas vezes” (4). Os inquiridos seleccionam a opção que melhor reflecta os seus sentimentos. A pontuação final é obtida através da soma dos 18 itens. A pontuação dos itens negativos é realizada respeitando a escala, enquanto a soma dos itens positivos – todos os que estão assinalados desta forma (*) – é obtida através da inversão da escala. Quanto mais elevado o score final, maior o nível de solidão. Na Escala de Solidão da UCLA a solidão é encarada enquanto estado psicológico e apreendida de modo unidimensional. Este instrumento não questiona directamente os sujeitos sobre se sentem a solidão, mas procura avaliar a solidão indirectamente através da correlação dos cinco diferentes factores.

3.3. ANÁLISE DE RESULTADOS

Do grupo de doentes entrevistados, a maioria pertence ao sexo feminino.

Relativamente ao sexo, é frequentemente assumido – do ponto de vista do senso comum - que as mulheres, comparativamente aos homens, são mais emotivas, apresentam maiores taxas de certas doenças mentais, registando-se consequencialmente, a tendência geral para reacções emocionais negativas mais frequentes. Contudo, os estudos efectuados sobre a solidão não são concludentes sobre as diferenças sexuais na solidão. Globalmente os estudos que utilizam a escala de UCLA não encontraram as diferenças (Neto, 2000) que o senso comum lhes atribui. Esta escala não questiona directamente os indivíduos sobre se sentem sós, mas procura avaliar a solidão indirectamente. A natureza indirecta desta escala permite constatar que os homens expressam muito presumivelmente a sua solidão subjacente de modo mais conciso, encontrando-se, de acordo com o autor em consonância com os estereótipos sexuais.

Estes sujeitos apresentam uma média de idades de 49, 76 anos, variando entre os 20 e os 91 anos de idade. Segundo Fernandes (2007) a solidão atinge várias faixas etárias, no entanto, é na classe idosa que esta é mais visível e notória.

Relativamente à percepção que os entrevistados têm da sua solidão, verificamos que a maior parte das pessoas sentem-se em sintonia com as pessoas á sua volta, mas sente falta de camaradagem.

A maior parte das pessoas sente que têm a quem recorrer, e que faz parte de um grupo de amigos, tendo muito em comum com as pessoas que a rodeiam.

Contudo, a maior parte das pessoas já não sente intimidade com ninguém, pois os seus interesses e ideais não são partilhados por aqueles que o rodeia, não obstante, a maioria das pessoas sente-se voltadas para fora, e sentem que existem outras pessoas a quem se sentem chegadas. De acordo com Sullivan (1953, p. 322): “ A solidão...é a experiência excessivamente desagradável e motriz ligada a uma descarga desadequada da necessidade de intimidade humana, de intimidade interpessoal”.

Apesar disso, a maior parte das pessoas sente-se excluída, sente que ninguém a conhece realmente bem, embora a maioria não se sinta isolada dos outros.

A maior parte dos sujeitos, embora encontrem camaradagem quando quer, sente que há pessoas que o compreende bem, contudo, uma maioria sente-se infeliz por se sentir tão introvertida e, consequentemente que as pessoas que estão à sua volta, não estão realmente com ela.

A maioria das pessoas afirma que consegue falar com outras pessoas, às quais podem recorrer.

É de realçar que a solidão tem um carácter intuitivo para a maior parte das pessoas, isto é, cada pessoa analisa o seu estado de solidão tendo em conta a situação a que se encontra exposta, pois para muitos o termo solidão significa apenas estar só. (Neto, 2000).

Weiss (1973), citado por Neto (2000), distingue solidão social de solidão emocional. A solidão social é uma determinada situação em que o indivíduo se sente insatisfeito e só por causa da falta de uma rede de amigos ou pessoas conhecidas. A solidão emocional, segundo este autor, está relacionada com a insatisfação causada por uma relação pessoal, íntima.

Quando comparado os itens do questionário de solidão aplicado, com a variável sócio-demográfica, estado civil, verifica-se que os utentes divorciados e viúvos sentem significativamente mais falta de camaradagem e sentem que não têm ninguém a quem recorrer quando necessitam do que os solteiros e os casados. De referir que o estado civil influencia em grande medida a organização do dia-a-dia da pessoa. A solidão conjugal, sobretudo nas pessoas que perderam o seu cônjuge, constitui um factor de risco elevado para desencadear situações de isolamento social e solidão.

Os utentes casados ou em união de facto, os solteiros e divorciados sentem mais que fazem parte de um grupo de amigos e que têm mais em comum com as pessoas que os rodeiam do que os viúvos.

Os utentes casados e solteiros sentem mais intimidade com os outros que os divorciados e viúvos, assim como sentem-se significativamente mais extrovertidos, e por isso mais chegados a outras pessoas que os viúvos e divorciados, sentindo-se menos excluídos.

Os utentes casados ou em união de facto sentem os que outros os conhecem significativamente melhor do que os solteiros, os divorciados e viúvos.

Os utentes casados e solteiros sentem significativamente menos isolamento do que os divorciados e os viúvos, e que conseguem encontrar mais camaradagem quando a procuram que os divorciados e viúvos, sentindo mais que existem pessoas que os conhecem realmente bem do que os divorciados e viúvos. Importa salientar que a solidão inclui desejo do passado, frustração com o presente e medos acerca do futuro. Mesmo em pessoas que não tiveram a perda do cônjuge, a solidão pode aparecer associada a muitos sentimentos juntos. Os utentes casados ou em união de facto sentem-se significativamente menos infelizes por serem tão retraídos do que os solteiros, divorciados e viúvos, sentindo-se estes últimos mais sozinhos, mesmo com pessoas à sua volta que os solteiros e casados.

Os utentes casados e solteiros sentem significativamente que têm mais pessoas com quem conseguem falar do que os viúvos e divorciados.

Os utentes solteiros e os casados sentem significativamente que têm mais pessoas a quem podem recorrer que os viúvos e divorciados.

Podemos concluir que os viúvos e divorciados sentem mais solidão que os casados e solteiros. Segundo Weiss (1982, citado por Neto, 1992), as pessoas que não estão casadas, viúvas e divorciadas, sofrem mais de solidão que as casadas. Segundo revela a revista austríaca *Medizin Populaer*, os homens divorciados contraem três vezes mais doenças do que os casados e o índice de mortalidade masculina depois da viuvez regista um aumento de 40 por cento, sendo o enfarte a causa mais comum. Entre as viúvas, a principal causa de morte é o cancro e muitas morrem no ano seguinte ao falecimento do conjugue. O extremo stress que representa a perda do conjugue faz com que muitos percam a alegria de viver. Além disso, muitas pessoas deprimidas alimentam-se mal e algumas, em especial os homens, procuram consolo no consumo excessivo de álcool.

De acordo com Georg Gaul, da Sociedade Austríaca de Cardiologia, citado pela agência EFE, "... O risco de morte das pessoas que vivem sozinhas é o dobro das que permanecem acompanhadas. Perante o seu isolamento, muitos acomodam-se e acabam por adoecer com frequência, vitimados por úlceras no estômago, problemas no fígado e no aparelho digestivo, associados a uma crónica dor de cabeça."

Relativamente à variável habilitações literárias, verifica-se que as pessoas com licenciaturas e pós graduações

sentem-se significativamente mais em sintonia com as pessoas que estão à sua volta, do que todos os outros. As pessoas com licenciaturas e pós-graduações sentem-se significativamente mais enquadrados num grupo de amigos, do que todos os outros, e que têm mais em comum com as pessoas que estão à sua volta, sentindo mais intimidade com outras pessoas do que os restantes.

As pessoas com curso técnico, licenciatura e pós-graduação sentem-se significativamente mais próximas dos interesses e ideais dos que os rodeiam, e menos excluídas do que todos os outros.

As pessoas com licenciaturas, pós graduação e curso técnico sentem significativamente mais que têm pessoas com quem falar que todos os outros, assim como, mais pessoas a quem podem recorrer.

Deste modo, quanto mais escolaridade tem os sujeitos, mais interacção social e mais facilidade têm na partilha, sentindo por isto mais afiliação. As pessoas com mais escolaridade sentem significativamente menos falta de uma pessoa íntima, do que os restantes.

Savikko et al. (2005) refere que a mesma tendência tem sido encontrada em alguns estudos precedentes (Chang e Yang, 1999; Dykstra e De Jong Gierveld, 1999), e pensa-se que aqueles indivíduos com instrução mais elevada, assumem que têm uma rede social mais larga.

Procedemos à comparação dos factores em relação à variável serviço, e verificou-se que os utentes da psiquiatria sentem significativamente mais isolamento ou afastamento do que os doentes que frequentam a consulta de Otorrino, assim como se sentem significativamente mais afastados dos outros que os doentes de Otorrino.

Os utentes da psiquiatria sentem significativamente menos partilha que os doentes de Otorrino, e menos afiliação do que os utentes que frequentam a consulta de Otorrino.

Os utentes do serviço de psiquiatria sentem significativamente menos sintonia com as pessoas à sua volta do que os utentes de otorrino, assim como sentem significativamente que fazem menos parte de um grupo de amigos do que os de otorrino.

Os utentes da psiquiatria sentem que têm menos em comum com as pessoas que os rodeiam do que os utentes de otorrino e por isso sentem muito menos intimidade com alguém, sendo menos voltados para fora do que os de otorrino.

Os utentes da psiquiatria sentem menos proximidade a outras pessoas que os doentes de otorrino, assim como expressam sentir-se mais excluídos e mais isolados que os doentes de otorrino. O portador de doença mental, no âmbito das interacções sociais, passa a não existir, pois, não possuindo espaço sócio-cultural, não pode partilhar de um mundo comum de coisas e não consegue realizar algo permanente para a sua existência: enfraquecendo a sociabilidade e estabilidade, levando à solidão. Tal facto, para Freud (1929), conduz o homem ao desenvolvimento de relações destoantes das pulsões que alimentam a neurose e predispõe o surgimento de várias psicopatologias.

Os indivíduos da psiquiatria sentem menos camaradagem quando a procuram que os restantes utentes de psiquiatria, e sentem que menos pessoas os conhecem realmente bem do que os utentes de otorrino.

Os doentes da psiquiatria sentem-se mais infelizes por serem tão retraídos e mais sozinhos mesmo estando com pessoas à sua volta do que os doentes da consulta de Otorrino. De acordo com Arent (2001), observa-se com clareza, neste grupo de indivíduos, a expressão dos sentimentos de vazio e de não integração social, como reflexo do confronto entre as expectativas e as reais possibilidades de uma vida digna enquanto cidadãos.

Os utentes que frequentam a consulta de psiquiatria sentem mais do que os utentes de otorrino que há poucas pessoas com quem podem falar, e que não têm a quem recorrer. Podemos assim concluir que os doentes da psiquiatria sentem mais solidão que os de otorrino, respondendo desta forma à primeira hipótese: Existem diferenças estatisticamente significativas entre o nível de Percepção subjectiva de Solidão (UCLA;

Neto, 2000) nos doentes que frequentam a consulta de psiquiatria?

Este facto pode estar muitas vezes associado à falta de respostas adequadas na sociedade e ao estigma que estes indivíduos são objecto.

As redes sociais de apoio têm assim uma importância fundamental na resolução destes problemas. São vários os autores que, algumas décadas atrás se referiram a esta problemática, entre os quais destacamos (citados por Paúl, 1991).

Na área da epidemiologia, Cassel (1974), especialmente preocupado com as condições ambientais como a sobrelotação ou a falta de habitação adequada, na saúde física e mental das populações;

Neste estudo, a variável que melhor prediz a solidão total é o “estado civil”, seguido do “serviço” a que o utente se dirige. A variável que melhor explica o isolamento e o afastamento é a variável independente “serviço”, e a variável independente “estado civil”. A variável que melhor explica a interacção social é a variável independente “serviço”, e a variável independente “estado civil”. A variável que melhor explica a partilha é a variável independente “serviço” e a variável independente “idade”. A variável que melhor explica a falta de afiliação é a variável independente “habilitações literárias e a variável independente “estado civil”. A variável que melhor explica a falta de uma pessoa íntima é a variável independente “estado civil”.

Assim podemos concluir que utentes da psiquiatria apresentam significativamente mais solidão que os de oterrino.

Os viúvos são os que apresentam um valor mais elevado de solidão total, seguindo-se os divorciados. Os viúvos e os divorciados sentem-se significativamente mais sós que os solteiros e os casados ou em união de facto. Os sujeitos com licenciaturas e pós graduações sentem-se significativamente menos sós do que os restantes.

Deste modo e de acordo com o que se observou, podemos dizer que se trata de uma população com alguma fragilidade a nível emocional e afectivo e presença de elevado sentimento de solidão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGOSTINHO, P. (2004). Perspectiva psicossomática do envelhecimento. *Revista portuguesa de Psicossomática*.
- ALBARELLO, L.; Digneffe, F.; Hiernaux, J.P.; Maroy, C.; Ruquoy, D. & Georges, P.S. (1997). *Práticas e métodos de investigação em ciências sociais*. Gradiva. Lisboa.
- ANDERSSON, L. (1998). Loneliness research and interventions: A review of the literature. *Aging and Mental Health*, 2, 264 - 274.
- ARENT, Hannah. *A condição humana*. 10 ed. Rio de Janeiro: Forense, 2001.
- Beal, C. (2006). Loneliness in older women: A Review of the Literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 27, 795-813.
- BERGER, L. (1995). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In: Berger, L. & Mailoux – Poirier, D. (Eds) 2º ed. *Pessoas idosas, uma abordagem global*. (pp. 157 – 197). Lisboa: Lusodidactica.
- BONES, V. M., Guimarães, N. K., Resende, M. C. & Souza, I. S. (2006). Rede de relações sociais e satisfação com a vida de adultos e idosos. Retirado a 10 de Janeiro de 2008, de <http://www.psicolatina.org/cinco/rede.html>.
- CACIOPPO, J. T., HAWKLEY, L. C., CRAWFORD, E., ERNEST, J. M., BURLERSON, M. H., KOWALEWSKI, R. B., et al. (2002). Loneliness and health: Potencial mechanisms. *Psychosomatic Medicine*, 64, 407-417.
- CAPLAN, G. (1974). *Social systems and community mental health*. Basic Books. New York.
- CARVALHO, G. A., PEIXOTO, N. M., & CAPELLA, P. D. (2007). Análise comparativa da avaliação funcional do paciente geriátrico institucionalizado por meio dos protocolos de Katz e Tinetti. *Revista Digital*, 114. Retirado em 18 de Janeiro de 2008 de <http://www.efdeportes.com/>.
- CASSEL, J., 1974. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. *American Journal of Medicine*, 64:1040-1043.
- CORDEIRO, J. C. D. (1982). *A saúde mental e a vida, pessoas e populações em risco psiquiátrico*. Lisboa: Moraes Editores.
- CRONBACH, L.J. (1951). *Coefficient alpha and the internal structure of tests*. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- CUNHA, António. *Dicionário Etimológico da língua portuguesa*. São Paulo: Nova Fronteira, 2001.
- DAVIDSON et al (2001). A qualitative study of supported socialization. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 24 (3), 275-292, 2001.
- DAVIDSON, L. and STRAUSS, J.S. (1992). Sense of self in recovery from severe mental illness. *British Journal of Medical Psychology* 65: 131-45.
- FERNANDES, H. J. (2007). *Solidão em idosos no meio rural do Concelho de Bragança*.

- FORTIN, M. & DUCHARME, F.(1995). Os estudos do tipo correlacional. In FORTIN, M. – O processo de investigação: da concepção à realização. 3ª ed.. Lusociência, Outubro 2003. ISBN 972-8383-10-X. Loures.
- FORTIN, A. F. (1999). O processo de investigação – da concepção à realização. Loures: Lusociência.
- Freud, S. O mal-estar na civilização. In EDIÇÃO Standart Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro. Imago, 1980.
- FROMM – Reichmann, F. Loneliness. Psychiatry. V.22 p. 1-15, 1959.
- GERSON, A. C., & Perlman, D. (1979). Loneliness and expressive communication. Journal of Abnormal Psychology, 88, 258-261.
- GOMES, Joaquim B. Barbosa. Acção afirmativa e princípio constitucional da igualdade. Rio de Janeiro, Renovar, 2001.
- GOTTLIEB, B. H., 1985. Social networks and social support: an overview of research, practice, and policy implications. Health Education Quarterly, 12:5-22.
- HESS, N. (2004). Loneliness in old age: Klein and others. In S. Evans & J. Garner (Eds.), Talking over the years: A handbook of dynamic psychotherapy with older adults (pp. 19-27). E.U.A.: Brunner-Routledge.
- HOROWITZ, L. M., French, R. S., & Anderson, C. A. (1982). The prototype of a lonely person. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), Loneliness: a source book of current theory, research and therapy (pp. 135-149). New York: John Wiley & Sons.
- INE. (2002). O envelhecimento em Portugal. Situação demográfica e socioeconómica recente das pessoas idosas. Revista de Estudos Demográficos, 32.
- JEAMMET, P. (1989). Manual de psicologia médica. São Paulo: Masson.
- JONG-GIERVELD, J., & RAADSCHELDERS, J. (1982). Types of loneliness. In L. A. Lakatos, E.M. & Marconi, M.A. (1991), Fundamentos de metodologia científica. Editora Atlas. São Paulo.
- LINS, Maria I. A. 1998: “*A intimidade do ambiente facilitador*”. Cadernos de Psicanálise, v. 14, n. 17.
- MARTINS, L. R. (1999). Envelhecimento e saúde: Um problema social emergente. Retirado a 30 de Outubro de 2007, de <http://psicologiafins.pt.html>.
- MELO, L. J. S. (2001). A solidão no Centro Social Paroquial de Várzea da Serra. Porto: Monografia apresentada À Universidade Aberta.
- MINKOWSKI, Eugene. Traité de psychopathologie. Plessis-Robinson: Institut Synthélabo, 1999.

- MOREIRA, Virgínia. Psicopatología y contemporaneidad: individualismo como síntoma contemporáneo. *Revista Terapia Psicológica*. v I, n.19, p.33-38, 2001.
- MOREIRA, Virgínia. Psicopatologia Crítica - Parte II (p. 109 - 248). In: Moreira, Virgínia; Sloan, Tod. *Personalidade, Ideologia e Psicopatologia Crítica*. São Paulo: Escuta, 2002
- MONTERO, María e Sanchez, Juan José. La soledad como fenómeno psicológico: um análisis conceptual. *Salud Mental, México*, v.XXIV24, n.1, p.19-27, fev. 2001.
- MONTEIRO, H. & Neto, F. (2006). A Solidão em Pessoas Idosas: Universidades da Terceira Idade. *Psicologia, Educação e Cultura*.
- NETO, F. (1989). Avaliação da solidão. *Psicologia Clínica*, 2, 65-79.
- NETO, F. & BARROS, J. (1992). Solidão nos professores. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXVI, (1), 1-17.
- NETO, F. (1992). Solidão, Embaraço e Amor. Porto: Centro de Psicologia Social.
- NETO, F. (2000). *Psicologia Social*. Vol. II. Lisboa: Universidade Aberta.
- NOGUEIRA, Paula C. A. (1996) – 0. Lisboa: [s.n.], 1996. Monografia de fim de curso apresentada ao Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- PASCHOAL, S. (2004). Qualidade de vida na velhice. In E. Freitas, L. Py, F. Cançado, J. Doll & M. Gorzoni (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 149-163). 2ª Edição. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- PAÚL, M. C. (1993). Avaliação do estado funcional do idoso. *Geriatria*, VI, 21-26.
- PAÚL, M. C. & FONSECA, A. M. (1999). A saúde e qualidade de vida dos idosos. *Psicologia, Educação e Cultura*, 2 (III), 345-3662.
- PEPLAU, L. A., e PERLMAN, D. (1982). *Loneliness - a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley-interscience publication.
- PEPLAU, L.A., BIKSON, T. K., ROOK, K.S. & GOODCHILDS, J. D. (1982). Being old and live alone. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: a source book of current theory, research and therapy* (pp. 327-344). New York: John Wiley & Sons.
- POLIT, D. and HUNGLER, B. 1997. *Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization* (4th ed). J.B.Lippincott Company: Philadelphia, Pennsylvania, USA.
- OLIVEIRA, J. H. B. (2005). *Psicologia do envelhecimento e do idoso*. Porto: Livpsic-Psicologia.
- OLÍVIA, A. A solidão da cidadania. São Paulo: Senac, 2000.
- QUARESMA, M. L., FERNANDES, A. A., CALADO, D. F. & PEREIRA, M. (2004). O Sentido das Idades da Vida: interrogara solidão e a dependência. Lisboa: CESDET.

- RENTE, E. C. & OLIVEIRA, M. M. (2002). Terceira Idade: A melhor fase da vida? Retirado a 24 de Janeiro de 2008, de [http:// www.scielo.com.br](http://www.scielo.com.br).
- RIGO, M. de L. N. R. & TEIXEIRA, D. de C. (2005). Efeitos da actividade física na percepção de bem-estar de idosas que residem sozinhas e acompanhadas. UNOPAR Científico: Ciência, Biologia e Saúde Londrina, 7 (1), 13-20.
- ROKACH, A., BACANLI, H., & RAMBERAN, G. (2000). Coping with loneliness: A cross-cultural comparison. *European Psychologist*, 5, 302-311. Ruggero, Niube. A inevitável solidão para as personagens femininas. *Cadernos: Centro Universitário São Camilo, São Paulo*, v.X, n. 4, p. 38-42, out/dez. 2004.
- RUSSELL, D., PEPLAU, L.A., & CUTRONA, C.E. (1980). *The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity evidence*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39, 472-480.
- SAVIKKO, N., ROUTASALO, P., TILVIS, R. S., STRANDBERG, T. E., e PITKALA, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 41, 223-233.
- SEEWALD, Frederico et al. O tema da solidão: Klein e Winnicott revisitados. *R. Psiquiatria, RS*, v. XVII, n.1, p. 29-37, 1995.
- SOUSA, L., FIGUEIREDO, D. & CERQUEIRA, M. (2004). Envelhecer em família. Os cuidados familiares na velhice. Porto: Âmbar.
- SOUSA, G., & FEIO, M. (1998). Avaliação psicossocial do idoso na casa de saúde de Santa Rosa de Lima. *Geriatria*, 11, 21-26.
- TAMAYO, Álvaro e PINHEIRO, Ângela. Conceituação e definição de solidão. *Revista de Psicologia, Fortaleza*, v.II, 1984.
- TEVES, Nilda Ferreira. *Cidadania: uma questão para educação*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- USSEL, J. I. (2001). *La soledad en las personas mayores: influencias personales, familiares y sociales. Analisis cualitativo*. Madrid: Ministério de Trabajo e Assuntos Sociais.
- VICTOR, C., SCAMBLER, S., BOND, J. & BOWLING, A. (2000). Being alone in later life: loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407-417.
- WEISS, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge, MA: MIT Press.
- WINNICOTT, D. W. (1983). A capacidade para estar so. In *O ambiente e os processos de maturação. Estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp. 31-37) (I. Ortiz trad.). Brasil: Artes Medicas (Obra original publicada em 1965).