



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA (UFOB)
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE (CCBS)
CURSO DE MEDICINA**

LARISSA DE JESUS ARRUDA

**RELAÇÃO ENTRE SOLIDÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

**Barreiras-BA
2022**

LARISSA DE JESUS ARRUDA

**RELAÇÃO ENTRE SOLIDÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM IDOSOS
INSTITUCIONALIZADOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Biológicas e da Saúde da Universidade Federal do Oeste da Bahia para obtenção do título de Bacharel em Medicina.

Orientador: Prof. Me. Bruno Klecius Andrade Teles.

**Barreiras-BA
2022**

FICHA CATALOGRÁFICA

A773 Arruda, Larissa de Jesus.

Relação entre solidão e sintomas depressivos em idosos institucionalizados: uma revisão sistemática da literatura. / Larissa de Jesus Arruda. – 2022.

46f.

Orientador: Prof. Me. Bruno Klecius Andrade Teles.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Medicina) –. Universidade Federal do Oeste da Bahia. Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. Barreiras, BA, 2022.

1. Depressão mental. 2. Idosos institucionalizados. I. Teles, Bruno Klecius Andrade. II. Universidade Federal do Oeste da Bahia - Centro das Ciências Biológicas e da Saúde. III. Título.

CDD 362.25



UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA
CENTRO DAS CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE MEDICINA

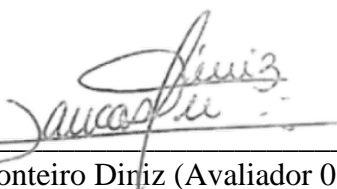


ATA DE DEFESA PÚBLICA DO TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

Aos sete dias do mês de julho de 2022, às dezenove horas e quarenta e cinco minutos (19h45), em sessão pública ocorrida de forma online, em sala criada através do aplicativo Google Meet, pelo link (meet.google.com/pzu-hjnk-yrs), na presença da Banca Examinadora presidida pelo Professor Bruno Klecius Andrade Teles e composta pelos examinadores: Lancaster Monteiro Diniz (Avaliador 01) e Haniel Passos Eller (Avaliador 02), a estudante **Larissa de Jesus Arruda** apresentou o Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: Relação entre solidão e sintomas depressivos em idosos institucionalizados: uma Revisão Sistemática da Literatura como requisito curricular indispensável para a integralização do Curso de Bacharelado em Medicina. Após reunião em sessão reservada, a Banca Examinadora deliberou e decidiu pela aprovação com nota **9,9** do referido trabalho, divulgando o resultado formalmente a aluna e demais presentes e eu, na qualidade de Presidente da Banca, lavrei a presente ata que será assinada por mim, pelos demais examinadores.

Documento assinado digitalmente
gov.br BRUNO KLECIUS ANDRADE TELES
Data: 11/07/2022 16:35:22-0300
Verifique em <https://verificador.iti.br>

Bruno Klecius A. Teles (Presidente e Orientador)



Lancaster Monteiro Diniz (Avaliador 01)



Haniel Passos Eller (Avaliador 02)

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu falecido avô, que além de avô fez o papel de pai com muita excelência e dedicação, que sempre me amou incondicionalmente, me apoiou em todos os projetos, e sempre foi o meu maior torcedor e incentivador!

Dedico também a minha avô, que assim como o vovô sempre esteve e está ao meu lado me dando forças e motivos para nunca desistir.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha família pelo apoio nessa trajetória de busca pelo sonho de me tornar uma médica de excelência, pela confiança depositada em mim nesse processo.

Aos meus poucos amigos por me ouvirem em muitos momentos de surtos e choros e pelas palavras de encorajamento e positividade.

Agradeço ao professor e mestre Bruno Klecius, por ter compartilhado comigo o seu amplo conhecimento e, pela calma, paciência e parceria em todas reuniões, mensagens e áudios que me ajudaram e me tranquilizaram em muitos momentos durante a escrita desse trabalho.

E por fim, mas não menos importante, agradeço à Universidade Federal do Oeste da Bahia pela oportunidade de aprender sobre métodos de pesquisa e colocar em prática.

EPÍGRAFE

“Devemos fazer tudo que esteja ao nosso alcance para aumentar a expectativa e a qualidade de vida das pessoas com mais idade de nossa família. A maior doença do idoso muitas vezes é a solidão. A velhice é sinal de sabedoria e nunca de discriminação.”

Johnny De' Carli

“A solidão é um monstro que a todos alcança é só, mulher... é só, idoso... é só, criança mas nem só de solidão vive o homem gente feliz gosta de viver junto e viver junto é bem-aventurança”

Renée Venâncio

RESUMO

Introdução: O crescente aumento da população idosa, na última década, vem acompanhado de diversas transformações biopsicossociais próprias do processo de envelhecimento que refletem na saúde mental do idoso e aumentam a sua vulnerabilidade à depressão. Além disso, com o processo de urbanização, o avanço das tecnologias e o surgimento das relações virtuais, em associação a outros fatores, ocorre um aumento das queixas referentes à solidão, principalmente, na população idosa. **Objetivo:** Analisar, na literatura científica, como a solidão influencia na prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, a qual foi realizada a partir da busca por estudos nas bases de dados eletrônicas: PubMed, BVS, Cochrane Library e Scielo, do ano de 2015 ao de 2019, desenvolvidos em inglês e/ou português, com uma estratégia de busca utilizando os descritores: “*depression/ mental health/ depressive symptoms AND loneliness AND elderly/ aged*”. A pergunta norteadora foi elaborada a partir da estratégia PICO, sendo ela: “Qual a relação da solidão na prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados?”. Foram seguidas as instruções do Manual de Revisões do Ministério da Saúde e critérios PRISMA. **Resultados:** A solidão é um importante preditor de depressão em idosos institucionalizados, além disso, outros fatores sociodemográficos, condições de saúde e psicológicos foram associados a depressão, entre eles: a presença de doenças crônicas, maior incapacidade funcional, autoavaliação negativa do estado de saúde, ser solteiro e ou viúvo, ser do sexo feminino, doenças de etiologia somática, déficit funcional, neurosensorial e cognitivo, ruminação, isolamento social, antecedente de depressão, solidão, viuvez, perda de entes queridos, a própria institucionalização, estresse e a falta de suporte social e familiar inadequados. **Conclusão:** Os idosos institucionalizados apresentam alta prevalência de prevalência de sintomas depressivos. Tais resultados enfatizam a importância das condições de saúde e funcionamento para idosos institucionalizados que desenvolvem depressão. Além disso, apontam também para a importância de proporcionar oportunidades de interação entre os indivíduos institucionalizados.

Palavras-chave: Depressão; Idosos institucionalizados; Solidão; Saúde mental; Idosos.

ABSTRACT

Introduction: The growing increase in the elderly population over the last decade has been accompanied by various biopsychosocial transformations inherent in the aging process that reflect on the mental health of the elderly and increase their vulnerability to depression. Furthermore, with the process of urbanization, the advance of technologies and the emergence of virtual relationships, in association with other factors, there is an increase in complaints concerning loneliness, mainly in the elderly population. **Objective:** To analyze, in the scientific literature, how loneliness influences the prevalence of depressive symptoms in institutionalized elderly. **Methodology:** This is a systematic review of the literature, which was carried out following the search for studies in the electronic databases: PubMed, BVS, Cochrane Library and Scielo, from 2015 to 2019, developed in English and/or Portuguese, with a search strategy using the descriptors: "depression/ mental health/ depressive symptoms AND loneliness and elderly/ aged". The guiding question was elaborated from the PICO strategy, being: "What is the relationship between loneliness and the prevalence of depressive symptoms in institutionalized elderly people?" The instructions of the Ministry of Health's Revisions Manual and PRISMA criteria were followed. **Results:** Loneliness is an important predictor of depression in institutionalized elderly people, and other sociodemographic factors, health conditions and psychological conditions have been associated with depression, among them: the presence of chronic diseases, greater functional incapacity, negative self-assessment of health status, being single and or widowed, being female, diseases of somatic etiology, functional deficit, sensorineural and cognitive, rumination, social isolation, history of depression, loneliness, widowhood, loss of loved ones, the very institutionalization, stress and the lack of inadequate social and family support. **Conclusion:** Institutionalized elderly people have a high prevalence of depressive symptoms. These results emphasize the importance of health and functioning conditions for institutionalized elderly people who develop depression. They also point to the importance of providing opportunities for interaction between institutionalized individuals.

Keywords: Depression; Institutionalized elderly people; Loneliness; Mental health

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos.	23
Figura 2 – Ano de publicação dos estudos incluídos.	24

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1. Acrônimo PICO da pergunta de pesquisa.	20
Quadro 2. Descrição dos estudos selecionados.	25
Quadro 3. Resultados referentes aos fatores associados à depressão em idosos institucionalizados.	30

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AGA	Avaliação Geriátrica Ampla
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CES-D	Center for Epidemiologic Studies–Depression
CAPS	Centro de Assistência Psicossocial
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
EDG-15	Escala de depressão geriátrica 15 itens
HADS	Hospital Depression Scale
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituição de Longa Permanência para Idosos
MeSH	Medical Subject Headings
MS	Ministério da Saúde
NM	Não mencionado
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PHQ-2	Patient Health Questionnaire 2
PICO	(População, intervenção, Comparador, Outcomes/Desfechos)
PPC	Projeto Político Pedagógico
PRISMA	Principais Itens para Relatar em Revisões Sistemáticas e Meta-análises
PubMed	U.S. National Library of Medicine National Institutes of Health
SciELO	Scientific Electronic Library Online
TILS	Three-Item Loneliness Scale

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	12
2.	JUSTIFICATIVA	13
3.	OBJETIVOS	14
3.1	OBJETIVO GERAL	14
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	14
4.	REFERENCIAL TEÓRICO	15
4.1	DEPRESSÃO	15
4.2	DEPRESSÃO EM IDOSOS	Erro! Indicador não definido.
4.3	SOLIDÃO	Erro! Indicador não definido.
4.4	SOLIDÃO NO IDOSO	Erro! Indicador não definido.
4.5	INTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO	Erro! Indicador não definido.
5	METODOLOGIA	20
5.1	TIPO DE ESTUDO	20
5.2	ESTRATÉGIA DE BUSCA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS	20
5.3	SELEÇÃO DAS EVIDÊNCIAS	21
5.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS ESTUDOS	21
5.5	CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS ESTUDOS	22
6	RESULTADOS	23
7.	DISCUSSÃO	31
8.	CONCLUSÃO	36
9.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	37
	REFERÊNCIAS	39

1. INTRODUÇÃO

A depressão é um transtorno multifatorial, que envolve os âmbitos genético, ambiental e psicológico (MANUAL MSD, 2020; MARI, KIELING, 2013). É um problema de saúde pública que afeta milhões de indivíduos e está no pódio das principais causas de incapacidade no mundo (OPAS, 2021). Apesar disso, sabe-se que, no Brasil, o seu diagnóstico e tratamento adequado ainda estão aquém do desejável (MARI, KIELING, 2013).

Devido ao crescimento exponencial da população idosa que tem ocorrido, no último século (ALVES, 2020), há um aumento de doenças crônicas incluindo as neuropsiquiátricas, como a depressão (VERAS, 2012). O idoso torna-se vulnerável à depressão como consequência das mudanças que surgem durante o processo de envelhecimento e que refletem em sua saúde mental, tais como a perda de pessoas queridas (RAMOS et al., 2017), o aparecimento de doenças (FERREIRA et al., 2013) e o aumento do uso de medicamentos (MOHAN et al., 2017).

Além disso, segundo Russel (2004, apud FERNANDES, 2007) a solidão é uma das queixas mais comuns entre a população idosa, e constitui um dos possíveis fatores que contribuem para o seu isolamento e possível quadro depressivo. Embora, a solidão não esteja necessariamente ligada à depressão, estudos observam um paralelismo entre as situações (AUGUSTO et al., 2008; GODINHO, 2013; NEVES, 2013; RODRIGUES, 2013; VIEIRA, 2015).

No contexto da institucionalização do indivíduo, com ou sem o seu consentimento, torna-se necessário que ele se adeque a ambientes e a rotinas, grande parte das vezes, diferentes dos seus costumes, ao lado de desconhecidos, tendo todas as atividades diárias regradas e padronizadas (PORCU et al., 2002). Portanto, ao ser parte da instituição, o idoso perde o poder de escolha, a autonomia e a privacidade (SOUZA I.A.L., 2015; GUIMARÃES, L.A. et al., 2019), sendo esse um momento que proporciona solidão, sensação de inutilidade, afastamento do cotidiano e depressão (CHELONI C.F.P. et al., 2003).

Desse modo, diante de uma sociedade direcionada a compor-se por indivíduos acima dos 60 anos, faz-se necessária a compreensão da senescência e das perdas que dela advém, uma vez que essas últimas podem precipitar a solidão, cenário que tende a evoluir para depressão. Estudos sobre essa temática são de relevância, visto que a partir das análises desses, seria possível amplificar o entendimento do processo saúde-doença, sensibilizar os profissionais específicos de tal grupo etário e desenvolver soluções que promovam uma sociedade menos excludente (RODRIGUES, 2018), assim como nortear a elaboração de políticas públicas

orientadas para os cidadãos em questão (FLECK et al., 2003). Desta forma este estudo objetivou analisar, na literatura científica, como a solidão influencia na prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados.

2. JUSTIFICATIVA

Diante dos debates sobre a transição demográfica, desperta-se o interesse em relação às políticas públicas orientadas para o aumento da expectativa de vida da população, principalmente, àquelas que envolvem a área da saúde. Sabe-se que com o crescimento do número de idosos, surgem maiores demandas dos serviços de saúde e os gastos do setor aumentarão tornando-se um desafio para a gestão de diferentes localidades.

Dentre as consequências negativas ocasionadas pela senescência, podemos destacar a solidão e a depressão como sendo problemas sociais e de saúde pertinentes, visto que estão associadas à morbimortalidade considerável e são, por si só, origem de sofrimento e redução da qualidade de vida não fazendo parte do processo de envelhecimento saudável. Além disso, o ato de institucionalizar um idoso, causa drásticas mudanças na rotina, na autonomia, na liberdade e altera o sentimento de pertencimento ao meio, fato que colabora negativamente para o surgimento e a manutenção de sinais e sintomas depressivos.

Portanto, torna-se imprescindível a reflexão crítica sobre o tema, a fim de que desenvolvam-se ações que garantam a promoção da saúde, a prevenção e o retardo de doenças e a manutenção da independência e da autonomia do indivíduo acima de 60 anos. Com isso, existe a possibilidade da estruturação de uma sociedade inclusiva, capaz de proporcionar bem estar e qualidade de vida aos idosos.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar, na literatura científica, como a solidão influencia na prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Sumarizar os estudos sobre a influência da solidão na prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados;

Avaliar o que dizem os estudos científicos sobre a incidência de solidão em pessoas idosas institucionalizadas;

Comparar a prevalência de sintomas depressivos entre idosos institucionalizados que se sentem solitários e os que não se sentem solitários;

Analisar a influência da solidão nos sintomas depressivos em idosos institucionalizados.

4. REFERENCIAL TEÓRICO

4.1 DEPRESSÃO

A depressão, de acordo com dados da Organização Mundial da Saúde – OMS (2001), é considerada um problema de saúde pública, uma vez que afeta milhões de pessoas, e com tendência ao aumento nos próximos anos. É uma condição comum, de curso crônico e recorrente, a qual é capaz de afetar o cotidiano do indivíduo prejudicando a capacidade de realizar atividades instrumentais e de vida diária, tais como comer, trabalhar, dormir e estudar. Sendo assim, considerada umas das principais causas de incapacidade, no mundo, com previsão de tornar-se a primeira até o ano de 2030 (OPAS, 2021). Entretanto, ela ainda não é diagnosticada e tratada de modo correto em todos os níveis de atenção à saúde no Brasil. (MARI, KIELING, 2013).

A etiologia exata da depressão é desconhecida, já que não há uma causa específica, porém ela já é considerada uma doença. Diversos estudos já demonstraram a presença de modificações químicas no cérebro de indivíduos deprimidos, sobretudo em relação aos neurotransmissores como a serotonina, a noradrenalina e a dopamina. Em suma, é considerada um transtorno multifatorial, que envolve tanto o âmbito genético, quanto o ambiental e o psicológico (MANUAL MSD, 2020; MARI, KIELING, 2013).

O conceito, a etiologia e a descrição do quadro clínico da depressão passaram por algumas modificações ao longo dos anos, devido à complexidade da doença. Atualmente, dentro da classificação da depressão, existem os quadros em que alguns indivíduos podem apresentar perda do apetite chegando à caracterização da anorexia ou ter o apetite aumentado; enquanto uns apresentam insônia, outros podem queixar-se de hipersonia. Em determinados pacientes a depressão parece estar relacionada à alguma perda material ou imaterial, entretanto pode haver, também, relação com histórico de bullying ou outras circunstâncias capazes de desencadear traumas (IRONS, 2018).

Dessa forma, o seu diagnóstico é essencialmente clínico, feito por meio do levantamento completo da história clínica do paciente e de exames do estado mental levando em conta os critérios para os diversos subtipos de depressão. Já o tratamento, pode ser realizado tanto na Atenção Primária, quanto nos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e nos ambulatórios especializados, onde a terapêutica é baseada em medicamentos antidepressivos associada à psicoterapia. Caso haja adesão adequada, cerca de 90-95% dos pacientes tendem a alcançar remissão total, entretanto uma vez interrompido o tratamento, eleva-se

substancialmente o risco de cronificação (BRASIL, 2021).

4.2 DEPRESSÃO EM IDOSOS

Conforme dados da Divisão de População da Organização das Nações Unidas (ONU) (2019, apud ALVES, 2020), o ritmo de crescimento da população idosa que ocorria na segunda metade do século XX e ao longo do século XXI, tornou-se substancial. O número de cidadãos acima de 60 anos, que em 1950 representava 8% do total de habitantes, saltou para 13,5%, em 2020, e deve alcançar 28,2% em 2100. De fato, sabe-se que um dos aspectos marcantes da recente dinâmica demográfica mundial é o aumento da longevidade.

No que diz respeito ao Brasil, esse envelhecimento tem ocorrido de modo ainda mais acelerado. O número de brasileiros com 60 anos ou mais, o qual era de 2,6 milhões em 1950, em 2020, passou a ser 29,9 milhões. Em suma, esses dados demonstram que o futuro do século XXI, no Brasil e no mundo, será caracterizado por uma quantidade maior de idosos que de crianças, jovens e adultos (ALVES, 2020).

Ao longo da senescência, alguns mecanismos corporais e órgãos podem ser afetados, conseqüentemente, ocorre o surgimento ou a exacerbação de doenças crônicas degenerativas, incluindo aquelas que afetam o desempenho do sistema nervoso central, como as neuropsiquiátricas, por exemplo, a depressão (VERAS, 2012). Embora o avançar da idade propicie o aumento das chances de desenvolvimento de doenças de diferentes etiologias, cabe salientar que o envelhecer não é sinônimo de adoecer, sendo essa a divergência entre os conceitos de senescência e senilidade, visto que o último representa o curso patológico desse processo (NERI, 2002; COSTA, 2002). A perda de pessoas queridas, a qual tende a ocorrer com maior intensidade durante a terceira idade (RAMOS et al., 2017), o aparecimento ou a intensificação de doenças e a condição comum de polifarmácia dos pacientes (MOHAN et al., 2017) refletem na saúde mental do idoso, e ainda aumentam a vulnerabilidade ao quadro de depressão (RAMOS et al., 2017). Essa doença é o transtorno de humor mais comum nos indivíduos acima dos 60 anos, e tende a tornar-se crônica, quando subdiagnosticada ou negligenciada (BORGES et al., 2013).

O transtorno depressivo maior, nos longevos, tem como características a presença de humor majoritariamente deprimido ou irritável e apático, a incapacidade em sentir prazer ou se motivar na realização de atividades antes prazerosas, a demonstração de desinteresse, a lentificação e os pensamentos pessimistas (LENTSCK et al., 2015; GONZALÉZ et al., 2016). Somado a isso, pode-se também evidenciar outras queixas somáticas, tais como hipocondria,

redução da autoestima, sentimento de inutilidade, tendência autodepreciativa, alterações do sono-vigília e do apetite e até pensamentos suicidas, nos quais o risco de suicídio é duas vezes maior do que naqueles não deprimidos (PEARSON; BROWN, 2000).

Diante do exposto, com o cenário de aumento da longevidade, a incidência da depressão em pessoas mais velhas é crescente (DUARTE, 2012), sendo assim a pessoa idosa inclina-se a utilizar com maior frequência os serviços de saúde, o que demanda ampliação de iniciativas de promoção e educação em saúde, prevenção de doenças e manutenção da independência e da autonomia do idoso, no intuito de garantir qualidade de vida e bem-estar para essa população (VERAS, 2012). Portanto, evidencia-se a relevância de estudos sobre saúde mental do idoso para amplificar o entendimento do processo saúde doença e desse modo, nortear a elaboração de políticas públicas voltadas para esse grupo (FLECK et al., 2003).

4.3 SOLIDÃO

O sentimento de solidão pode acometer o indivíduo em diferentes fases da vida, e apresenta-se mais frequente nas situações em que há enfraquecimento das relações sociais, falha na relação entre o ser e o mundo, e no processo de envelhecimento (POCINHO; MACEDO, 2017). A origem da palavra solidão é atribuída a “só”, expressão que tem origem do Latim *solus* significando tanto “solitário” e “desacompanhado”, quanto “único” (CUNHA, 2001). De acordo com Seewald e Halperin (1995), a solidão pode ser vista por duas perspectivas.

Do ponto de vista sociológico, ela é o resultado da produção social de um homem egocêntrico, individualista e narcisista. Uma vez que, em sua individualidade, o ser separa-se do universo social e se isola (GODINHO, 2013). Essa visão leva em consideração que a solidão é oriunda de fatores externos, tais como déficits sociais, esperanças não realistas, e fatores internos como traços da personalidade, distúrbios cognitivos e afetivos, ou seja, indivíduos que possuem habilidades sociais limitadas, as quais os levam a sofrer de solidão (POCINHO, 2007; SINGH, MISRA, 2009).

Uma outra perspectiva é a da abordagem interacionista, nessa a solidão é manifestada de dois modos: a de cunho social e a emocional. A primeira, tem relação direta com problemas de socialização do indivíduo e a segunda surge como consequência da falta de um personagem de vínculo que represente segurança ou como resultado do luto, que nesse enfoque é considerada a forma mais grave de solidão. Em qualquer que seja o caso, mesmo que circundado de amigos e das redes sociais, o indivíduo está susceptível a sentir solidão emocional, por não

possuir família ou parceiros (CACIOPPO et al., 2006; CACIOPPO et al., 2003).

Já em termos psicológicos, a solidão pode surgir, independente da presença ou não do outro. Ela se caracteriza pela carência afetiva do outro, estreitamente associada com a sensação de estar só, dessa forma, o outro pode até estar fisicamente por perto, no entanto, não existe aproximação emocional e psicológica (MOREIRA & CALLOU, 2006). É o que Ruggero (2004) chama de solidão ontológica, aquela que é própria do indivíduo enquanto ser – ela se apresenta na companhia de outro, e pode ser também denominada “solidão acompanhada”.

Muitas pessoas, no mundo atual, experienciam os malefícios da solidão ou estão à margem de vivenciar uma vida solitária. Alguns, como consequência dela, se tornam exauridos, deprimidos e desmoralizados (SADDLER, 1987). Com isso, a solidão aparece, frequentemente, associada a doenças como depressão, suicídio, alcoolismo e doenças psicossomáticas (MACWHIRTER, 1990).

4.4 SOLIDÃO NO IDOSO

De acordo com Sozeri-Varma (2012), a depressão é uma das psicopatologias mais frequentes na população idosa, o que configura um sério problema para a sociedade, devido à sua elevada incidência e aos grandes impactos trazidos por ela. Isso pois, a sintomatologia depressiva é uma causa relevante de morbidade clínica, mortalidade, suicídio, diminuição da qualidade de vida e aumento significativo da necessidade dos serviços de saúde na velhice (CHAMPMAN; PERRY, 2008). Além de ser considerada, também, fator de risco para distúrbios cognitivos, funcionais e complicações a nível de saúde física (CHAPMAN, PERRY, 2008; STELLA et al., 2002).

Com o processo de urbanização, o avanço das tecnologias e o surgimento das relações virtuais, em associação a outros fatores, atualmente, ocorre um aumento das lamentações referentes à solidão, principalmente, em idosos e em adolescentes (AZEREDO, AFONSO, 2016). Segundo Russel (2004, apud FERNANDES, 2007), a solidão está dentre as queixas mais comuns entre a terceira idade. No ano de 2011, aproximadamente, 2.900 idosos que morreram em casa, foram encontrados dias e, até semanas, depois do seu falecimento em Portugal (POCINHO; MACEDO, 2017). Na Inglaterra, mais de 50% dos idosos acima de 75 anos moram sozinhos e alegam sentir-se muito solitários (AGE UK, 2004; MORTIMER, 2016). Por fim, estima-se que 25% da população mundial experimenta o sentimento de solidão e, no que tange aos idosos, os números variam de 7% a 49% (CHALISE et al., 2010).

Dessa forma, pode-se inferir que nos idosos há uma maior vulnerabilidade à solidão,

que está presente devido à associação de diversos fatores, tais como, a diminuição das atividades e contatos sociais (COIMBRA, 2008), a perda de amigos e entes queridos, a independência dos filhos, a saída do mercado de trabalho, a percepção da saúde mais debilitada, a perda da autonomia e a insuficiência das funções cognitivas (RODRIGUES, 2013; AYLAZ et al., 2012). Todas essas mudanças e sinais fisiológicos que surgem com o tempo, para muitos idosos, representam grandes perdas, que possivelmente contribuem para seu isolamento e solidão (AZEREDO, 2011).

Quando familiares e cuidadores que convivem com idosos não compreendem as mudanças pelas quais eles passam ao longo da senescência, cria-se um contexto capaz de agravar o sentimento de tristeza fortalecendo a condição solitária do indivíduo em questão (AZEREDO, 2015). Muito embora a solidão não esteja, necessariamente, atrelada à depressão, uma vez que nem todos os idosos solitários estão, também, deprimidos, vários estudos constataam um paralelismo entre as situações (AUGUSTO et al., 2008; GODINHO, 2013; NEVES, 2013; RODRIGUES, 2013; VIEIRA, 2015), além de correlacionar a solidão com o conceito de depressão entre os longevos, e defender que a solidão seja um predisponente à depressão (POCINHO, MACEDO, 2017).

4.5 INSTITUCIONALIZAÇÃO DO IDOSO

Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, as ILPIs podem ser governamentais ou não governamentais sendo apresentadas como residências coletivas para indivíduos com 60 anos ou mais, possuindo ou não suporte familiar (BRASIL, 2005). Atualmente, elas não devem mais ser nomeadas como asilos, mas sim instituições de saúde, devido à participação de diferentes profissionais da equipe de saúde completando todo o suporte que a população idosa residente necessita (CREUTZBERG et al., 2008; TOMASINI; ALVES, 2007). Nessas instituições é imprescindível a garantia ao exercício dos direitos à liberdade, à dignidade e à cidadania, a manutenção da identidade e da privacidade do idoso (FONSÊCA; FRANCO, 2019). Há, também, a necessidade de assegurar um ambiente de integração, socialização intergeracional e cultural, a fim de possibilitar momentos de lazer, instrução sensação de pertencimento e acolhimento (FRIAS, 2015).

Nesse processo de institucionalização, o idoso deve adequar-se a ambientes e a rotinas, grande parte das vezes, diferentes dos seus costumes, ao lado de desconhecidos, tendo todas as atividades diárias regradas e padronizadas (PORCU et al., 2002). Ao ser parte da instituição ele perde o poder de escolha, a autonomia e a privacidade (SOUZA., 2015;

GUIMARÃES et al., 2019) e seus familiares, além de transferirem a responsabilidade dos cuidados e do bem-estar, por vezes, estabelecem o abandono, como forma de não necessitar lidar com o envelhecimento do parente e com as características pertinentes a esse contexto (PORCU et al., 2002). Sendo assim, tal mudança torna-se um momento que proporciona solidão, sensação de inutilidade, afastamento do cotidiano e depressão (CHELONI et al., 2003).

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura, uma forma de pesquisa que utiliza a literatura científica como fonte de dados sendo útil para integrar as informações de diversos estudos que podem apresentar resultados conflitantes e/ou coincidentes, prestando então, auxílio para investigações futuras (SAMPAIO; MANCINI, 2007). Este estudo seguiu as instruções do Manual de Revisões do Ministério da Saúde (MS) e usou como base para estruturação do projeto e análise dos artigos dentro dos critérios dos Principais Itens para Relatar em Revisões Sistemáticas e Meta-análises (PRISMA).

5.2 ESTRATÉGIA DE BUSCA E SELEÇÃO DOS ESTUDOS

Para condução deste estudo, a seguinte pergunta de pesquisa foi estruturada: Qual a relação da solidão na prevalência de sintomas depressivos em idosos institucionalizados? A pergunta estruturada, conforme os componentes do acrônimo PICO (População, intervenção, Comparador, Outcomes/Desfechos) encontram-se no Quadro 1.

Quadro 1. Acrônimo PICO da pergunta de pesquisa.

População	Idosos institucionalizados
Intervenção	Prevalência de solidão
Comparador	Idosos sem solidão
Outcome (Desfechos)	Sintomas depressivos

Fonte: Elaborada pela própria autora

5.3 SELEÇÃO DAS EVIDÊNCIAS

Foram realizadas buscas por evidências na base de dados PubMed, no portal de revistas eletrônico Scientific Electronic Library Online (Scielo) nas seguintes bases por meio da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS). Todas foram escolhidas por serem consideradas bases científicas de relevância internacional, além da importância no âmbito da saúde, somado à facilidade de acesso e à familiaridade da autora com as plataformas.

Para a estratégia de busca foi realizada a busca de descritores usando os termos cadastrados nos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e no Medical Subject Headings (MeSH). Assim, os descritores, juntamente com os operadores booleanos, selecionados formaram a seguinte estratégia de busca: *((depression OR “mental health” OR “depressive symptoms” OR depressão OR “saúde mental” OR “sintomas depressivos”)) AND (loneliness OR solidão) AND (elderly OR aged OR idoso OR “pessoa idosa” OR população idosa)*. O acesso foi feito da residência da autora, via notebook e internet própria, realizada entre os meses de julho e agosto de 2021.

5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DOS ESTUDOS

Os critérios de inclusão dos estudos foram:

- Artigos que contivessem em seu título e/ou resumo as palavras-chave: solidão, depressão e idoso institucionalizado ou seus respectivos sinônimos (abrigo, casa de repouso, asilado, Instituição de longa permanência para idosos (ILPIs));
- Artigos publicados de 2015 a 2019;
- Escritos nos idiomas inglês e/ou português;
- Estudos do tipo observacionais: transversais e coorte.

A escolha de artigos publicados com o recorte de 2015 a 2019 como critério de inclusão, foi feita para trazer os resultados mais atuais em relação à temática sem incluir o cenário de pandemia por Covid-19. Os idiomas foram os que a autora melhor domina e os tipos de estudos transversal e coorte foram escolhidos como critério de inclusão, pois são os que possuem maior relevância para alcançar os objetivos propostos, que são: uma análise de prevalência e associação de causa/efeito.

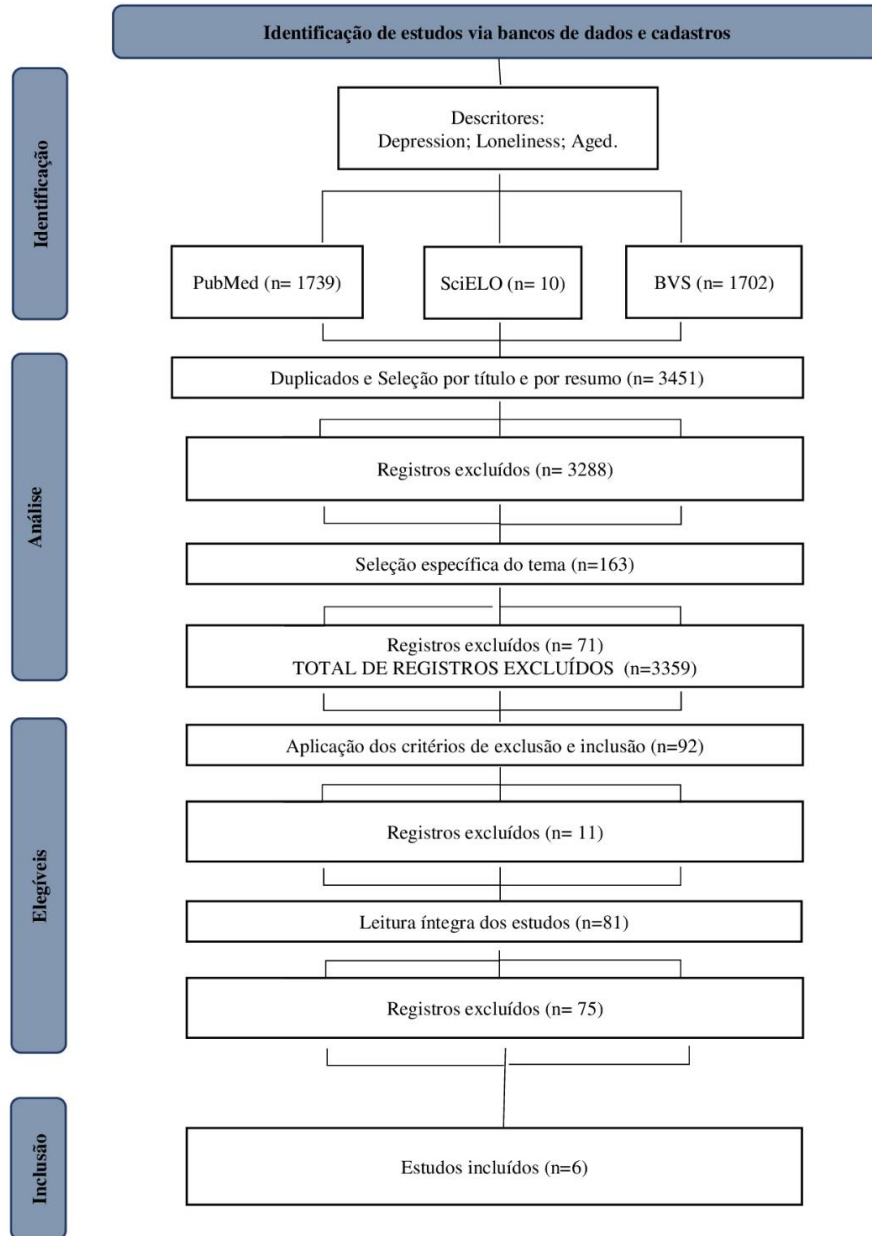
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO DOS ESTUDOS

Os critérios de exclusão foram:

- Artigos duplicados;
- Estudos qualitativos;
- Artigos de revisão sistemática e revisões de literatura;
- Artigos que não abordassem sobre idosos institucionalizados.

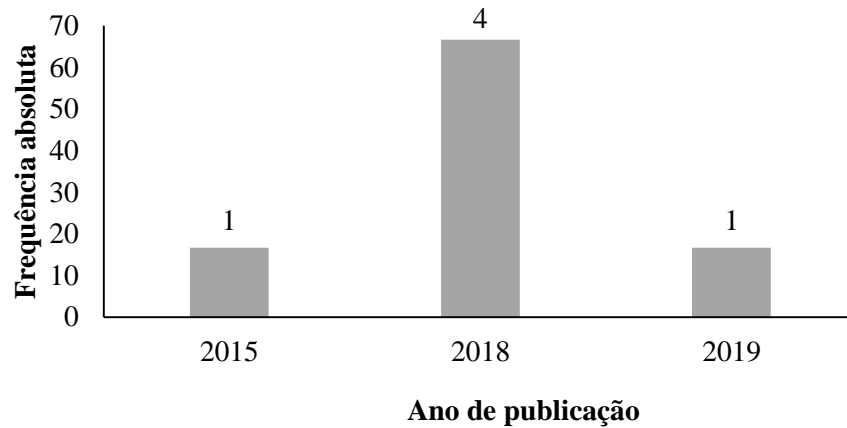
6 RESULTADOS

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos estudos.



Fonte: Elaborado pela autora.

A pesquisa inicial resultou na identificação de 3.451 estudos. Após a remoção das duplicatas e exclusão a partir da leitura de título e resumo, restaram 81 estudos para leitura do texto completo. Destes, 75 foram excluídos após a leitura completa do texto. O fluxograma da seleção das evidências é apresentado na Figura 1. O período de publicação dos estudos variou de 2015 a 2019 (Figura 2).

Figura 2 – Ano de publicação dos estudos incluídos.

Fonte: Elaborado pela autora.

As principais características e resultados dos estudos encontram-se sumarizados no Quadro 2. A seleção resultou na inclusão de seis estudos observacionais, sendo todos baseados em análises transversais utilizando dados primários para a análise. Referente ao país de origem, três foram realizados na Ásia (dois na China e um no Sri Lanka), um na América latina (Brasil) e dois na América do Norte (Estados Unidos). Em relação a idade, foram considerados como idosos pessoas com idade ≥ 60 anos, apenas um estudo incluiu como idosos pessoas a partir de 55 anos.

Dentre os estudos incluídos, cinco utilizaram escalas para avaliação da solidão e da depressão e apenas um apresentou dados de prevalência da solidão em idosos institucionalizados, a qual foi de 42,7% para idosos classificados como moderadamente solitários e 26,6% para aqueles classificados como gravemente solitários. Já a prevalência de depressão em idosos residentes de instituições de longa permanência foi descrita em três estudos e variou entre 14,3% e 48,7% (Quadro 2).

Quadro 2. Descrição dos estudos selecionados.

Autor/ano	Local	Tipo de estudo	População		Instrumentos de avaliação		Tempo de institucionalização	Prevalência	
			Idade	Amostra	Solidão	Depressão		Solidão	Depressão
GAN, P. et al., 2015	China	Transversal	66 a 94 anos	71	UCLA-Loneliness – 20 itens	CES-D	327,13 ± 238,23 dias	NM	NM
GONYEA, J. G. et al., 2018	EUA	Transversal	55 a 90 anos	216	UCLA-Loneliness 8 itens	CES-D	NM	NM	NM
SAINTRAIN, M. V. D. L. et al., 2018	Brasil	Transversal	≥ 60 anos	462	NA	EDG15	NM	NM	48,7%
TAYLOR, H. O.; WANG, Y.; MORROW-HOWELL, N., 2018	EUA	Transversal	≥ 62 anos	58	TILS	PHQ-2	NM	42,7% moderada 26,6% grave	14,3%
WIJESIRI, H. S. M. S. K.; SAMARASINGHE, K.; EDBERG, A. K., 2019	Sri Lanka	Transversal	≥ 65 anos	75	UCLA-Loneliness – 8 itens	NA	3 meses a 11 anos (média: 3 anos)	NM	NMo
ZHAO, X. et al., 2018	China	Transversal	≥ 60 anos	323	UCLA-Loneliness – 20 itens	HADS	NM	NM	26,6%

Notas: NA: Não avaliado; NM: Não mencionado; TILS: Three-Item Loneliness Scale; CES-D: Center for Epidemiologic Studies–Depression; EDG15: Escala de depressão geriátrica; PHQ-2: Patient Health Questionnaire 2; HADS: 7-item Hospital Depression Scale.

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre os instrumentos usados para avaliação da depressão e solidão, observa-se que foram utilizadas diferentes escalas. Em relação as escalas utilizadas para a avaliação de solidão foram utilizadas: UCLA-Loneliness – 20 itens, UCLA-Loneliness – 8 itens e Three-Item Loneliness.

A UCLA-loneliness – 20 itens é uma escala projetada para medir os sentimentos subjetivos de solidão, bem como os sentimentos de isolamento social. Os participantes classificam cada item como O (“Eu frequentemente me sinto assim”), S (“Às vezes me sinto assim”), R (“Eu raramente me sinto assim”), N (“Eu nunca me sinto assim”) (RUSSELL, PEPLAU, & FERGUSON, 1978). Já a UCLA-Loneliness – 8 itens, inclui 2 itens redigidos positivamente (Item 3: “Sou uma pessoa extrovertida” e Item 6: “Posso encontrar companhia quando quero”), que são sempre pontuados. Cada item tem uma pontuação de frequência de 4 níveis, com opções de resposta de 1 (nunca), 2 (raramente), 3 (às vezes) e 4 (sempre). A pontuação total varia de 8 a 32 pontos, com pontuações mais altas sugerindo um maior grau de solidão (HAYS, DIMATTEO, 1987). A escala Three-Item Loneliness (TILS) é um questionário administrado por um entrevistador desenvolvido a partir da Escala de Solidão da UCLA revisada. Cada questão é avaliada em uma escala de 3 pontos: 1 = Quase nunca; 2 = Algumas vezes; 3 = Frequentemente. Todos os itens são somados para dar uma pontuação total (HUGHES et al., 2004).

Para a avaliação de depressão foram usados os seguintes instrumentos pelos estudos selecionados: Patient Health Questionnaire 2 (PHQ-2); (EDG15) Escala de depressão geriátrica; Escala Center for Epidemiologic Studies–Depression (CES-D) e, Hospital Depression Scale (HADS)- 7 item.

O PHQ-2 é um instrumento usado para realizar a triagem de indivíduos que podem ter depressão e consiste em duas perguntas sobre o sentimento de desprazer em fazer coisas e sobre sentir-se deprimido e sem esperanças. As respostas variam de 0 a 3 dependendo da frequência variando entre nenhum, vários dias, mais da metade dos dias e quase todos os dias. Uma medida somativa foi criada para que pontuações mais altas representassem maiores sintomas depressivos. Os entrevistados que pontuam 3 ou mais no PHQ-2 apresentam sintomas depressivos altos, enquanto os entrevistados que pontuaram 2 ou menos são determinados como tendo sintomas depressivos baixos (KROENKE, SPITZER, WILLIAMS, 2003).

A EDG15 é composta por perguntas fáceis de serem entendidas e possui pequena variação nas possibilidades de respostas (sim/não), pode ser autoaplicada ou aplicada por um entrevistador treinado. Inicialmente foi composta por 30 questões binárias (sim/não) e de fácil compreensão, após foi criada uma versão reduzida, com 15 itens, a partir da escala original,

considerando-se os itens que mais fortemente se correlacionavam com o diagnóstico de depressão (YESAVAGE et al., 1983). Possui uma variação de zero (ausência de sintomas depressivos) a quinze pontos (pontuação máxima de sintomas depressivos). Almeida (1999) propõem escore de corte ≥ 5 para determinar a presença de sintomas depressivos nos idosos.

A CES-D trata-se de uma escala de 20 itens de 0 a 3 pontos cada um, que comportam avaliação da frequência de sintomas depressivos vividos na semana anterior à entrevista (nunca, poucas vezes, maioria das vezes, sempre). Contém 20 itens escalares sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. As respostas são em escala Likert (nunca ou raramente, às vezes, frequentemente, sempre). O escore final varia de zero a 60 pontos. O ponto de corte para identificar depressão é > 16 pontos (RADLOFF, 1977). A HDS é uma escala de avaliação de autorrelato de 14 itens em uma escala Likert de 4 pontos (intervalo de 0 a 3). Ela é projetada para medir ansiedade e depressão (7 itens para cada subescala). A pontuação total é a soma dos 14 itens, e para cada subescala a pontuação é a soma dos respectivos sete itens (variando de 0 a 21) (ZIGMOND & SNAITH, 1983).

A seguir, o Quadro 3 apresenta os principais resultados dos estudos incluídos. Observa-se que o tempo de institucionalização, estado civil, características clínicas (presença de doenças, capacidade funcional, auto percepção do estado de saúde) são fatores associados a depressão em idosos institucionalizados. Além disso, a solidão esteve associada ao desenvolvimento de depressão. Dentro do contexto de maiores escores de solidão, havia uma forte relação com os sentimentos de abandono. Esse sentimento foi registrado a partir da ausência de companhia e apoio familiar aos idosos participantes do estudo, o que leva à percepção da importância da rede familiar e da manutenção do contato com a família como fator de alívio.

Gan, et al., analisaram a associação entre solidão, ruminação e sintomas de depressão entre idosos chineses em asilos com idade média de 82,49 anos, que não possuíam sintomas ou diagnóstico de depressão no início do estudo. Os resultados mostraram que tanto a solidão quanto a ruminação podem prever futuros sintomas depressivos. Porém, a ruminação não pode mediar a relação existente entre solidão e depressão (GAN, et al., 2015).

Saintrain, et al., realizaram um estudo incluindo 237 indivíduos de 60 anos ou mais residentes em duas instituições de longa permanência para idosos (ILPI) no Município de Fortaleza, no Ceará. No total de idosos pesquisados, 34,6% apresentaram diagnóstico de Depressão Maior de acordo com os critérios do DSM-IV, já no diagnóstico de depressão por ILPI observou-se um percentual de 37,8% de casos de depressão entre aqueles que tinham até três anos de institucionalização, sugerindo que o pouco tempo de distanciamento dos familiares e o processo de adaptação a nova residência possam ser condições de risco para a doença. Além

disso, constatou-se que a prevalência de idosos com depressão foi maior entre os solteiros e viúvos, sugerindo que a solidão ou luto pela morte de um cônjuge pode ser fator de risco para desenvolvimento de sintomas depressivos (SAINTRAIN, et al., 2018).

Taylor; Wang & Morrow-Howell realizaram um estudo com idosos institucionalizados em 3 habitações para idosos nos Estados Unidos, a fim de identificar a prevalência de solidão e quais os fatores associados a solidão na população. Foram entrevistados 58 idosos, onde 42,7% foram classificados como moderadamente solitários e 26,6% gravemente solitários e 14,3% foram classificados com sintomas de depressão. Em relação aos fatores associados, o estudo mostrou que à medida que os sintomas de depressão e ansiedade aumentaram, o mesmo aconteceu com a solidão. Além disso, os idosos que tiveram alta participação nas reuniões de grupo foram significativamente menos solitários em comparação com aqueles com baixa participação nas reuniões de grupo (TAYLOR; WANG & MORROW-HOWELL, 2018).

Em outro estudo realizado nos Estados Unidos, Gonyea, et al. (2018), analisaram dados de 216 idosos com idade a partir de 55 anos de baixa renda sendo que 50% foram identificados como negros e 45% autoidentificados como latinos. O objetivo do estudo foi explorar a prevalência e os correlatos da depressão nesta população, dando ao papel da solidão um foco particular. A decisão de usar 55 anos de idade como limite de idade inferior (vs. a definição de “velhice” como 62 anos ou mais) foi influenciada por estudos que mostram uma idade mais precoce de início da deficiência para populações minoritárias em comparação com as não -População branca hispânica, bem como resultados de pesquisas de uma associação entre condições incapacitantes crônicas e depressão. Os resultados mostraram que 26% dos idosos foram classificados com depressão. Dentre as características demográficas pesquisadas (gênero, estado civil, nível educacional, idade e raça) nenhuma demonstrou relação significativa com os sintomas depressivos. Em contrapartida, as três variáveis de saúde se relacionaram positivamente com a depressão, a presença doenças crônicas, maior incapacidade funcional e má autoavaliação do estado de saúde foram associados a níveis mais elevados de sintomas depressivo. Em relação as variáveis psicológicas estresse e solidão, também foram apontadas como fatores de risco para o desenvolvimento de depressão (GONYEA, et al., 2018).

Wijesiri; Samarasinghe & Edberg realizaram um estudo que teve como objetivo investigar a solidão em idosos que vivem em casas de repouso em Colombo, Sri Lanka. Foram selecionados 75 idosos com 65 anos ou mais aleatoriamente em instituições governamentais, não governamentais e privadas. Nesse estudo a solidão foi compreendida como um sofrimento emocional e foram analisadas as maneiras pelas quais os idosos lidavam com esse sofrimento. Alguns idosos que se sentiam abandonados por não terem contato com familiares e amigos,

e/ou acorrentados, dependentes dos cuidadores, devido a perda da independência resultante de suas limitações físicas. Os resultados do estudo mostraram que o único fator sociodemográfico que apresentou scores significativamente mais altos de solidão foi ser viúvo/viúva ou divorciado/divorciada. Os pacientes com os maiores scores de solidão, foram aqueles que se sentiam abandonados e acorrentados ao asilo, mostrando que o sentimento de abandono é um fator crucial do desencadeamento de sofrimento emocional, e esse sentimento surgiu quando os idosos ficaram sem companhia e apoio familiar (WIJESIRI; SAMARASINGHE & EDBERG, 2019).

Ainda neste sentido, Zhao et al., avaliaram 323 idosos institucionalizados na China, com idade entre 60 e 99 anos, sendo 63,5% do sexo feminino. Neste estudo foram analisados a solidão, resiliência, apoio social e sintomas depressivos. Foi constatado a prevalência de sintomas depressivos em 26,6% dos participantes, e os maiores scores estavam entre os idosos solteiros. Os resultados apontaram que a solidão estava positivamente relacionada aos sintomas depressivos, a resiliência se mostrou positivamente associada ao suporte social, e ambos (resiliência + suporte social) se relacionaram negativamente com a depressão. Esses resultados mostraram a importância da resiliência e do suporte social para a superação do estresse gerado pelo sentimento de solidão, e na prevenção da depressão. O efeito da solidão sobre sintomas depressivos foi mais baixo em idosos de lares que contavam com um alto suporte social. (ZHAO, et al., 2018).

Quadro 3. Resultados referentes aos fatores associados à depressão em idosos institucionalizados.

Autor/ano	Título	Objetivo	Resultados principais
GAN, P. et al., 2015	Rumination and loneliness independently predict six-month later depression symptoms among chinese elderly in nursing homes.	Examinar se a solidão dos idosos em lares de idosos e associar a ruminação a sintomas depressivos e se a ruminação pode mediar a relação entre a solidão atual e os futuros sintomas de depressão.	Apenas a solidão ($t= 2,617$, $p<0,05$) previu a depressão, enquanto a solidão ($t= 2,099$, $p<0,05$) e a ruminação ($t= 2,007$, $p<0,05$) se tornaram os preditores. Apenas a ruminação não pode mediar a relação entre solidão e depressão.
GONYEA, J.G. et al., 2018	Loneliness and depression among older adults in urban subsidized housing.	Explorar a prevalência e a correlação da depressão e solidão.	A prevalência de depressão foi de 26%. A solidão foi associada a sintomas depressivos em idosos mais velhos. Indivíduos que tinham mais doenças crônicas, uma maior incapacidade funcional e uma visão menos positiva de sua saúde apresentaram níveis mais elevados de sintomas depressivos ($p<0,001$). Maiores níveis de estresse e solidão foram associados a maiores níveis de sintomas depressivos ($p<0,001$).
SAINTRAIN, M.V D.L. et al., 2018	Depressed older adults: an analysis of factors related to institutionalization and family support.	Identificar a prevalência de depressão de idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPI) e sua relação com os motivos de institucionalização.	37,8% de idosos com tempo de institucionalização com até três anos apresentaram depressão. Foram associados a depressão: sexo feminino, doenças de etiologia somática, déficit funcional, neurossensorial e cognitivo, isolamento social, antecedente de depressão, solidão, viuvez, perda de entes queridos e a própria institucionalização e, falta de suporte social e familiar inadequados.
TAYLOR, H.O.; WANG, Y.; MORROW-HOWELL, N., 2018	Loneliness in senior housing communities.	Examinar a correlação da solidão em três comunidades públicas de habitação para idosos.	Cerca de 70% dos indivíduos foram classificados como moderadamente ou severamente solitários. Os sintomas de ansiedade elevada foram prevalentes em 17,3% A prevalência de depressão foi de 14,3%.
WIJESIRI, H.S.M.S.K.; SAMARASINGHE, K.; EDBERG, A. K., 2019	Loneliness among older people living in care homes in Sri Lanka.	Investigar associações entre solidão e variáveis sócio-demográficas em pessoas mais velhas (com mais de 65 anos). Descrever a experiência de solidão e as estratégias usadas por pessoas idosas para aliviar sua solidão.	Não foram observadas diferenças na solidão entre os residentes dos diferentes tipos de lares de idosos utilizados no estudo. A solidão foi associada ao estado civil, no qual, indivíduos viúvos/viúvas ou divorciados/divorciadas apresentaram maiores escores para solidão. A solidão também foi associada aos sentimentos como: abandono e de sentir-se preso à casa de repouso.
ZHAO, X. et al., 2018	Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support.	Avaliar a prevalência de sintomas depressivos, explorar se a resiliência mediou a associação entre solidão e sintomas depressivos e investigar se o suporte social moderou o efeito indireto ou direto do modelo de mediação.	Os resultados indicaram que a solidão estava positivamente relacionada aos sintomas depressivos ($r= 0,458$, $p<0,001$). A resiliência se mostrou positivamente associada ao suporte social ($r= 0,255$, $p<0,001$), e ambos (resiliência: $r= -0,531$, $p<0,001$; suporte social: $r= -0,221$, $p<0,001$) correlacionados negativamente com sintomas depressivos. A solidão teve uma relação negativa significativa com a resiliência ($r = -0,496$, $p <0,001$) e o suporte social ($r= -0,437$, $p<0,001$).

Fonte: Elaborado pela autora.

Dentre os fatores associados a depressão, destaca-se que a autoavaliação negativa da saúde é um bom preditor de morbidade e mortalidade entre as populações mais velhas e também é determinante de sintomas depressivos nesse grupo. Apesar de diferentes contextos socioculturais, diferenças na composição das populações de estudo (em termos de faixas etárias e outras características sociodemográficas), e também nas metodologias utilizadas para a identificação dos sintomas de solidão e depressão, as associações observadas nos estudos, em sua maioria, apontam que a solidão é um importante preditor de depressão em idosos institucionalizados.

9. DISCUSSÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a depressão como um grave problema de saúde e estima que mais de 300 milhões de pessoas sofrem com essa doença no mundo. O Brasil é o país que apresenta mais casos entre os países da América Latina. Apesar de comumente associada a população mais jovem, de acordo com a última pesquisa Nacional de Saúde, feita em 2019 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), os idosos lideram o ranking dos mais afetados pela depressão. Estima-se que 15% dos idosos apresentam algum sintoma depressivo, e que a depressão seja mais prevalente em idosos hospitalizados (5% a 13%) e institucionalizados (12% a 16%) (COUTINHO et al., 2003). No entanto, podemos inferir que esse número é ainda maior se levarmos em conta o fato de que embora a depressão em idosos tenha potencial de ser tratada, ela costuma ser negligenciada e, nem sempre é investigada durante a institucionalização. Assim, a doença não recebe diagnóstico precoce e nem terapia adequada (TESKY et al., 2019).

A falta de conhecimento, o medo, a indiferença e todos os outros tabus ao redor das doenças mentais impossibilitam, muitas vezes, um diagnóstico e tratamento adequado. Na dimensão da clínica trata-se de questionar o agir terapêutico que supervaloriza uma relação com a doença, perdendo de foco o que deveria considerar como sua principal preocupação: o sujeito em sofrimento (PASCHE, 2010).

Os estudos sobre depressão em idosos mostraram-se relevantes para a prática clínica, uma vez que, possibilitam a realização de intervenções precoces, além da prevenção de fatores de risco (GAZALLE, HALLAL, LIMA, 2004; OLIVEIRA, GOMES, OLIVEIRA, 2006). Portanto, a avaliação dos sintomas depressivos por meio da aplicação de escalas reconhecidas internacionalmente tem sido considerada uma estratégia relevante, pois, pode contribuir para

melhor detectar os casos de depressão nessa faixa etária, são de baixo custo e podem ser aplicadas por diferentes profissionais da saúde e assim, identificar esta condição precocemente (SOUSA et al., 2007). Ainda assim, sabe-se que a prevalência de depressão entre os idosos pode mudar muito, a depender do instrumento usado para a avaliação da presença de sintomas depressivos e do risco de desenvolvimento de depressão (GAZALLE, HALLAL, LIMA, 2004).

Essas variações estão associadas a falta de um método padronizado para a avaliação e rastreio de sintomas depressivos, uma vez que, são usados diferentes instrumentos, assim, não há consenso sobre qual é o ‘padrão-ouro’ para essa análise. (BAPTISTA, 2018; BAGBY, et al., 2004; UHER, et al., 2008). Diante disso, é necessário a realização de uma análise multidimensional do idoso institucionalizado, pois somente com a aplicação de uma avaliação geriátrica ampla (AGA) é possível identificar mais precisamente os problemas da pessoa idosa, em especial a suspeita de depressão e a presença de fatores de risco. A AGA é um instrumento que permite conhecer o indivíduo como um todo analisando o idoso tanto de forma individual quanto global, tornando então o seu cuidado mais humanizado, e dessa forma, contribuindo para a melhora na qualidade de vida dos idosos dentro das instituições.

Todavia, para que isso ocorra os profissionais de saúde que atuam nas ILPI’s precisam conhecer e saber utilizar esses instrumentos avaliativos geriátricos. Mas a realidade do país é que apesar do aumento da expectativa de vida e da população idosa, menos da metade das escolas médicas brasileiras possuem conteúdos de geriatria e gerontologia em seus projetos pedagógicos de curso (BATISTA, 2015), demonstrando que há uma deficiência nacional em relação ao aprendizado de habilidades mínimas fundamentais para o cuidado em geriatria. (GALERA & COSTA, 2017).

Há então, a necessidade de que os cursos da área da saúde, não somente da Medicina, como também da Enfermagem, principalmente, incluam o ensino de geriatria em seu Projeto Pedagógico de Curso (PPC), para tornar os futuros trabalhadores de instituições de longa permanência habilitados e capazes de identificar os problemas relacionando a pessoa idosa, especialmente a depressão, o mais precoce possível. É importante ressaltar, a importância da preparação de todos os profissionais que atuam nas ILPI’s, pois apesar de o diagnóstico e tratamento da depressão ser médico, de acordo com estudo feito por Bucheroni (2016), apenas 70,9% das instituições que possuíam idosos mais independentes contavam com equipe de saúde, e dessas, 53,6% tinham como responsável técnico um profissional de saúde e apenas 58,9% possuíam um médico atuando no serviço. Ou seja, a realidade é que muitas instituições não contam com um profissional médico na equipe, e quando contam, devido a uma deficiência que ainda existe no ensino universitário, muitos desconhecem os instrumentos de avaliação

geriátrica e as peculiaridades da saúde do idoso. Sendo assim, cabe também aos gestores dessas instituições promover projetos de educação continuada, para capacitar os profissionais para que consigam utilizar esses instrumentos avaliativos.

No que tange os fatores associados a depressão em idosos institucionalizados, a presença de comorbidades, incapacidade funcional, dependência física, menor apoio social, pouco engajamento nas atividades, pouca participação social e baixo suporte social são fatores que contribuem para o desenvolvimento da depressão e, portanto, na qualidade de vida de idosos institucionalizados (MEDEIROS et al. 2017). Pode-se inferir que a institucionalização é uma situação estressante e desencadeadora de depressão, aproximadamente 13% dos idosos institucionalizados desenvolvem sintomas depressivos dentro de um ano após a institucionalização (SIQUEIRA, et al., 2009) e possuem chances aumentadas em 2,7 vezes de apresentar depressão comparados aos idosos não institucionalizados (TESTON, CARREIRA & MARCON, 2014).

Além destes fatores destaca-se que o sexo feminino é um fator de risco importante para o desenvolvimento da depressão em idosos institucionalizados (GIRGUS et al., 2017). Segundo Moreno et al., a mulher idosa torna-se mais vulnerável ao risco de depressão, pois é nesse ciclo da vida que ela passa por diversas transformações, como aquelas relacionadas ao climatério, à senescência do envelhecimento e à presença de doenças crônicas, diminuindo a vontade de viver e assim levando a desenvolver sintomas depressivos (MORENO et al., 2022). Além disso, estudos apontam que o maior risco de depressão no sexo feminino nesta faixa etária é resultante da sobrecarga de funções da mulher, principalmente as de origem familiar (de esposa, mãe, cuidadora de enfermos, educadora), da maior taxa de viuvez, da maior taxa de sobrevivência, do isolamento social e da privação de estrogênio (RICHARDSON et al., 2020; FORLANI et al., 2020).

Em idosos sem cônjuge (viúvos e /ou divorciados) também se observa uma maior prevalência de depressão (SAINTRAIN. et al., 2018), além disso, pode contribuir para a ida e permanência definitiva em uma ILPI devido a falta de alguém para supervisioná-lo em seus cuidados (CARREIRA, et al., 2011). Da mesma forma, um estudo conduzido em várias ILPI's na China (TSAI, et al., 2005) demonstrou predominância de sintomas depressivos nos idosos institucionalizados com pior suporte social incluindo a ausência de um companheiro. A pessoa idosa apresenta sentimentos de solidão quando as suas relações são reduzidas e pouco satisfatórias ou quando existe a perda de alguém querido como por exemplo o cônjuge, passando a constituir um grupo vulnerável de risco ao aparecimento de doenças e consequentemente a um processo de institucionalização. A condição de solteiro implica, na

maioria das vezes, em viver sozinho e, portanto, a solidão, é condição associada à depressão (VINK, AARTSEN, SCHOEVERS, 2008). Assim que se encontra casado possui, além do companheiro(a), outros familiares resultante dessa união. Isso implica na necessidade de contínua interação, diálogo e exercício do convívio diário, o que pode contribuir para a manutenção de um idoso ativo, tirando-o da introspecção, condição comum ao estado depressivo (ROSA, 2007). Posto isso, priorizar estratégias de atividades nas ILPI'S para o manejo da solidão é de suma importância no cuidado de idosos viúvos ou divorciados, uma vez que esses parecem estar mais vulneráveis à solidão.

Em relação a investigação da solidão em idosos, um estudo desenvolvido por Savikko et al., na Finlândia, com uma amostra de 6786 idosos, com idade igual ou superior a 75 anos, deu uma grande colaboração para o tema. Neste estudo, 39% da amostra referiram sentimentos de solidão (SAVIKKO et al., 2005). A depressão e a solidão podem estar relacionadas, uma vez que, o aumento do nível de solidão pode levar ao aumento da depressão e vice-versa. De maneira geral, com o avanço da idade as relações sociais e a troca de apoio social reduzem. Deste modo, os resultados desse estudo sugerem que a solidão não é, isoladamente, a origem de sintomas depressivos mas que é um fator de risco importante. Nesse sentido, trabalhar os sentimentos de solidão por meio do fortalecimento das redes sociais pode ser uma importante forma de tentar prevenir a depressão em idosos que vivem em instituições de longa permanência.

O avanço da idade é caracterizado com a diminuição da participação dos idosos na comunidade, o que pode desencadear sentimentos de solidão (KEMPERMAN et al., 2019). Alguns estudos transversais descobriram que o suporte social mediava de forma negativa a relação entre a solidão e a depressão entre os idosos, sinalizando que a percepção de suporte social diminui a solidão e os sintomas depressivos, em estudo realizado em três comunidades de habitação para idosos nos Estados Unidos, cerca de 70% dos residentes foram classificados como moderadamente ou severamente solitários (TAYLOR; WANG & MORROW-HOWELL, 2018), portanto, entende-se que os idosos que vivem em residências para idosos contam com menos apoio social e ficando mais isolados e solitários em comparação com os idosos que vivem em casas convencionais. Logo, deve-se estabelecer nos lares de idosos um sistema de apoio social por meio do desenvolvimento de atividades esportivas, culturais e sociais com o objetivo de ajudar a manejar e reduzir o sentimento de solidão e aumentar a percepção do apoio social desses idosos. Alguns estudos demonstraram que atividades como a terapia assistida por animais (WINNINGHAM & PIKE, 2007) , atividade física (DIEGELMANN et al., 2018), musicoterapia (UGUR, et al., 2017), bem como intervenções individuais, como videoconferências semanais com a família ou amigos (TSAI et al., 2010) são

estratégias eficazes na redução da solidão e sintomas depressivos em idosos institucionalizados.

O envelhecimento, particularmente após os 60 anos de idade, cursa com maior prevalência de doenças crônico-degenerativas. Neste estudo, idosos institucionalizados que possuíam alguma doença de base apresentaram maiores prevalência de depressão (GONYEA, J. G. et al., 2018; SAINTRAIN, M. V. D. L. et al., 2018; WIJESIRI, H. S. M. S. K.; SAMARASINGHE, K.; EDBERG, A. K., 2019). Resultados da pesquisa de Duarte & Rego mostraram que a depressão em pessoas com mais de 60 anos pode estar relacionada às doenças crônicas, uma vez que a presença de comorbidades, muitas vezes, limitam ainda mais o idoso, gerando efeitos diretos nas capacidades funcionais, cognitivas, motoras, psicológicas e/ou psicossociais e por isso são fatores de risco para depressão. Esta associação pode ser compreendida de modo bidirecional, ou seja, a depressão pode ser um fator de risco para o surgimento de doenças crônicas bem como a presença de doenças crônicas podem potencializar os sintomas depressivos. Assim, essa relação complexa tem impactos importantes tanto para o manejo das doenças crônicas, quanto para o tratamento da depressão (DUARTE & REGO, 2007).

Ainda foi observado que a depressão também foi associada à autopercepção negativa da saúde (GONYEA, J. G. et al., 2018). Apesar da contribuição das comorbidades para uma percepção ruim de saúde, segundo Paskulin & Vianna (2007), a percepção de ser doente está mais associada às incapacidades do que a ser portador de doenças crônicas. Logo, a saúde no idoso é determinada de forma mais adequada pela capacidade que ele possui para realizar atividades cotidianas, ou seja, à sua capacidade funcional (COIMBRA, 2008) Neste sentido, prevalências de autoavaliação negativa de saúde devem suscitar uma avaliação específica de determinantes por profissionais de saúde para identificar medidas de prevenção, envolvendo políticas públicas de saúde, educação permanente de profissionais e até políticas sociais. Neste sentido destaca-se como estratégia melhorar o acesso do idoso a prática de atividade física, ao consumo adequado de alimentos pra prevenção de doenças e para a reabilitação. Além disso, a integração de uma equipe multidisciplinar com ações integradoras poderão promover a qualidade de vida e o envelhecimento ativo (CZERESNIA, 2003). Além disso, a implementatação da Política Nacional de Saúde do Idoso é fundamental, pois, baseia-se na promoção do envelhecimento saudável, na manutenção da capacidade funcional, na prevenção de doenças, na recuperação da saúde e, na reabilitação da capacidade funcional perdida, com o objetivo de garantir a esta população um envelhecimento ativo de modo a exercerem de suas funções na sociedade de maneira independente (BRASIL, 2006).

Os idosos institucionalizados apresentam determinadas características que os diferem

dos demais idosos que vivem na comunidade. Estas características estão frequentemente associadas à inatividade frequente, carência emocional, alta prevalência de dependência funcional, problemas cognitivos, falta de ajuda para o autocuidado e suporte financeiro insuficiente (DAVIES et al., 2022).

10. CONCLUSÃO

Observou-se que os estudos incluídos nesta revisão eram do tipo transversal, publicados em sua maioria no ano de 2018 e os indivíduos idosos foram classificados com idade a partir de 55 anos. Essa pesquisa demonstrou que a incidência de solidão nos idosos institucionalizados é alta, uma vez que, eles possuem determinadas características que os diferem dos demais idosos que vivem na comunidade. Estas características estão associadas à inatividade frequente, carência emocional, alta prevalência de dependência funcional, problemas cognitivos, falta de ajuda para o autocuidado e suporte financeiro insuficiente. Os estudos apontam que a solidão do idoso residente de ILP's está relacionada ao sentimento de abandono e a impressão de estarem acorrentados ao asilo, mostrando que o sentimento de abandono é um fator crucial do desencadeamento de sofrimento emocional, e esse sentimento surgiu quando os idosos ficaram sem companhia e apoio familiar.

Quanto à análise da relação entre solidão e depressão em idosos institucionalizados, constatou-se que a prevalência de depressão foi maior entre os idosos solteiros e viúvos, sugerindo que a solidão ou luto pela morte de um cônjuge pode ser fator de risco para o desenvolvimento de sintomas depressivo. Somado a isso, os estudos mostraram que à medida que os sintomas de depressão e ansiedade aumentam, o mesmo acontece com a solidão, ou seja, a solidão pode influenciar no desenvolvimento de depressão e vice-versa. Em contrapartida, foi demonstrado que os idosos que tinham alta participação nas reuniões de grupo estavam significativamente menos solitários e que o efeito da solidão sobre sintomas depressivos foi mais baixo em idosos de lares que contavam com um alto suporte social.

Este trabalho vem corroborar com os resultados de outras investigações que apontam a solidão como um preditor a longo-prazo de sintomas depressivos. Além da solidão, vários outros fatores de risco para a depressão em idosos institucionalizados foram identificados, incluindo problemas físicos, funcionais, psicológicos, cognitivos e sociais que são gerados por mudanças na vida e na saúde dos idosos que tendem a afasta-los das suas redes sociais e,

consequentemente, entrarem em situação de isolamento e solidão. Os resultados apontaram que a presença de doenças crônicas, maior incapacidade funcional e má autoavaliação do estado de saúde estão associados a níveis mais elevados de sintomas depressivos.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Percebe-se que existe uma gama de trabalhos sobre depressão e solidão em idosos, no entanto, ao utilizar os métodos e estratégias de buscas descritas neste estudo, pode-se afirmar que aqueles que abordam depressão e solidão em idosos institucionalizados, concomitantemente, são escassos. O estudo apresentou limitações, especialmente em relação a quantidade de artigos selecionados, uma vez que muitos artigos não puderam ser utilizados por terem o acesso pago e por muitos não abordarem conjuntamente solidão e depressão em idosos institucionalizados. Além disso, alguns dos estudos selecionados possuíam algumas limitações devido, principalmente, ao tamanho reduzido de suas amostras. Dentre as razões para amostras pequenas, variaram entre a impossibilidade de participação de idosos com problemas cognitivos e problemas na fala e o fato de alguns estudos terem preferido utilizarem em suas amostras idosos que não possuísem diagnóstico prévio de depressão.

O envelhecimento da população brasileira é rodeado por transformações epidemiológicas e sociais e suas consequências são de extrema relevância para a área de saúde, isso porque com as alterações nos padrões de morbimortalidade e dependência há consequentemente maior necessidade de serviços de saúde, gerando maior ônus para o Estado. Sendo assim, os resultados desse estudo podem ser usados para influenciar políticas públicas, uma vez que os formuladores desses projetos devem estar cientes da necessidade das instituições contarem com profissionais que possuam as habilidades necessárias para o cuidado em geriatria, que saibam utilizar os instrumentos avaliativos geriátricos e que consigam fornecer maior apoio social aos idosos. Além disso, esse estudo também é de grande valia para as práticas dos profissionais das ILP's, pois ao conhecerem os fatores de risco associados a solidão e depressão é possível atuar objetivando a eliminação ou redução desses fatores e assim, reduzir e/ou minimizar os sintomas de solidão e os sintomas depressivos na pessoa idosa institucionalizada.

Futuros estudos longitudinais devem ser conduzidos para explorar se o sentimento de solidão vivenciado pelos idosos residentes em instituições de longa permanência mudará

quando medidas para ampliação do suporte social forem implementadas. Dessa forma, pesquisas futuras devem estar atentas ao estabelecimento de um sistema de apoio social buscando diminuir a solidão nesse grupo, associado a um programa de intervenção psicológica, que pode ser utilizado para analisar se houve ou não eficácia no alívio dos sintomas de depressão nesses idosos.

Ademais, espera-se que o presente trabalho tenha contribuído para uma reflexão crítica sobre o processo de envelhecimento e sintomatologia associada com a solidão e a depressão em idosos institucionalizados e que, colabore com a valorização do envelhecimento, bem como, possa dar maior visibilidade a uma problemática identificada, mas muitas vezes ignorada.

REFERÊNCIAS

- AGE UK **pilot programme shows great promise in reducing loneliness**. London, 6 jan. 2017. Disponível em: <https://www.ageuk.org.uk/latest-news/archive/pilot-programme-shows-promise-in-combatting-loneliness/>. Acesso em: 14 ago. 2021.
- ALMEIDA, O. P. Idosos atendidos em serviço de emergência de saúde mental: características demográficas e clínicas. **Rev Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 1, p. 12-8, 1999.
- ALVES, J.E.D. O envelhecimento populacional compromete o crescimento econômico no Brasil?. **Revista eletrônica EcoDebate**, [s. l.], ed. 3.431, 15 maio 2020. Disponível em: <https://www.ecodebate.com.br/2020/05/15/o-envelhecimento-populacional-compromete-o-crescimento-economico-no-brasil-artigo-de-jose-eustaquio-diniz-alves/>. Acesso em: 24 nov. 2021.
- AUGUSTO, S.; OLIVEIRA, R.; POCINHO, M. Solidão e Envelhecimento nos Doentes Reumáticos. **Interações: Sociedade e as novas modernidades**, v. 8, n. 15, 31 out. 2008.
- AYLAZ, R. et al. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v. 55, ed. 3, p. 548-554, 8 Apr. 2012.
- AZEREDO, Z. O Idoso fragilizado e a prevenção da fragilidade. **Rev Iberoam Gerontol**, v. 2, p. 70-80, 2013.
- AZEVEDO, Z. O idosos como um todo. [S. l.]: **Psicosoma**, v. 60, 144 p., 2011.
- BAGBY, R. M., et al. The hamilton depression rating scale: Has the gold standard become a lead weight?. **American Journal of Psychiatry**, v. 161, n. 12, p. 2163-2177, 2004.
- BAPTISTA, M. N. Avaliando "depressões": dos critérios diagnósticos às escalas psicométricas. **Aval. psicol.**, v. 17, n. 3, p. 301-310, 2018.
- BATISTA, N. A. O ensino de geriatria e gerontologia na graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 344-351, jul./set. 2015.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Regulamento técnico que define as normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos. RDC nº 283. 2005. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-rdc-n-502-de-27-de-maio-de-2021-323003775> > . Acesso em: 16 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Depressão**: causa, sintoma, tratamento, diagnóstico e prevenção. Disponível em: <https://antigo.saude.gov.br/saude-de-a-z/depressao>. Acessado em : 20 de agosto de 2021.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº2528 de 19 de outubro de 2006. **Aprova a Política**

Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília: Ministério da Saúde. 2006.

BUCHERONI, P. M. **Instituições de longa permanência para idosos: avaliação da assistência à saúde do idoso,** SP. 2016. 114f. Dissertação (mestrado) – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, Instituto de Saúde. São Paulo, 2016.

CACIOPPO, J. et al. Loneliness as a specific risk factor for depressive symptoms: cross-sectional and longitudinal analyses. **Psychology and Aging**, v. 21, n. 1, p. 140-151, 2006.

CACIOPPO, J. et al. Loneliness within a nomological net: An evolutionary perspective. **Journal of Research in Personality**, v. 40, n. 6, p. 1054-1085, 2006.

CACIOPPO, J. et al. The anatomy of loneliness. **Current Directions in Psychological Science**, v. 12, ed. 3, p. 71-74, Jun 2003.

CARREIRA, L. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados. **Rev Enferm UERJ**, v. 19, n. 2, p. 268-73, 2011.

CHALISE, H. N.; ICHIRO K.; SAITO, T. Social support and its correlation with loneliness: A cross-cultural study of Nepalese older adults. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 71, ed. 2, p. 115-138, 2010.

CHELONI C.F.P. et al. Prevalência de depressão em idosos institucionalizados no município de Mossoró/RN segundo Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage). **Expressão**, v. 34, n. 1-2, pág. 61-73, 2003.

CHIANG, K.J. et al. Os efeitos da terapia de reminiscências no bem-estar psicológico, depressão e solidão entre os idosos institucionalizados. **Revista Internacional de Psiquiatria Geriátrica**, v. 25, n.4, p. 380-388, 2010.

COIMBRA, J. F. M. **O sentimento de solidão em idosas institucionalizadas: A influência da autonomia funcional e do meio ecológico.** 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008.

COSTA, J. L. R. **Em Busca da (C)Idade Perdida: O Município e as Políticas Públicas Voltadas à População Idosa.** 2002. 203p. Tese (Doutorado- Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas -UNICAMP, Campinas, 2002.

COUTINHO, M. P. L. et al. Depressão um sofrimento sem fronteira: representações sociais entre crianças e idosos. **Psicol USF**, v. 8, n. 2, p. 182-91, 2003.

CREUTZBERG, M. et al. Instituição de longa permanência para idosos: a imagem que permanece. **Texto & Contexto de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 273-279, 2008.

CUNHA, A. **Dicionário Etimológico da língua portuguesa.** São Paulo: Nova Fronteira, 2001.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre a prevenção e a promoção. In: CZERESNIA D; FREITAS, C.M. **Promoção da Saúde.** Conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2003.

DAVIES, L. E. et al. Describing transitions in residential status over 10 years in the very old: results from the Newcastle 85+ Study. **Age and ageing.**, v. 51, n. 3, 2022.

DIEGELMANN, M. et al. Does a physical activity program in the nursing home impact on depressive symptoms? A generalized linear mixed-model approach. **Ageing & Mental Health**, v. 22, n. 6, p. 784-793, 2018.

DUARTE, E. C.; BARRETO, S. M. Transição demográfica e epidemiológica: a Epidemiologia e Serviços de Saúde revisita e atualiza o tema. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 529-532, dez. 2012.

DUARTE, M. B.; REGO, M. A. V. Comorbidade entre depressão e doenças clínicas em um ambulatório de geriatria. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 3, p.691-700, 2007.

FERNANDES, H. **Solidão em idosos do meio rural do concelho de Bragança**. 2007. 191f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Idoso). Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação: 2007.

FLECK, M. P. A. et al. Projeto WHOQOL-OLD: método e resultados de grupos focais no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 37, n. 6, p. 793-799, dez 2003.

FONSÊCA W.; FRANCO C. Depressão em idosos institucionalizados: revisão sistemática. **RBCEH**, v. 16, n. 3, p. 9-22, 2019.

FORLANI, C. et al. Prevalence and gender differences in late-life depression: a population-based study. **The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry**, v. 22, n. 4, p. 370-80, 2014.

FRIAS, S. R. **Instituições de longa permanência para idosos**. Rio de Janeiro: Universidade Aberta da Terceira Idade. 2015.

GALERA, S. C.; COSTA, E. F. A. Ensino médico em geriatria e gerontologia. In: FREITAS, E. V.; PY, L. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

GAN, P. et al. Rumination and loneliness independently predict six-month later depression symptoms among chinese elderly in nursing homes. **PLoS ONE**, v. 10, n. 9, 2015.

GAZALLE, F. K.; HALLAL, P. C.; LIMA, M. S. Depressão na população idosa: os médicos estão investigando? **Rev Bras Psiquiatr**, v. 26, n. 3, p. 145-9, 2004.

GIRGUS, J. S. et al. The Gender Difference in Depression: Are Elderly Women at Greater Risk for Depression Than Elderly Men?. **Geriatrics (Basel, Switzerland)**, v. 2, n. 4, p. 35, 2017.

GODINHO, M. A. F. **Solidão e Depressão**: um contributo para a sua compreensão. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto superior Miguel Torga, Coimbra, 2013.

GONYEA, J. G. et al. Loneliness and depression among older adults in urban subsidized housing. **Journal of Aging and Health**, v. 30, n. 3, p. 458–474, 2018.

- GONZÁLEZ, A. C. T. et al. Transtornos depressivos e algumas comorbidades em idosos: um estudo de base populacional. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 19, N. 1, p. 95-103, 2016.
- GUIMARÃES, L.A. et al. Sintomas depressivos e fatores associados em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 9, pág. 3275-3282, 2019.
- HAYS, R. D.; DIMATTEO, M. R. A short-form measure of loneliness. **Journal of personality assessment**, v. 51, n. 1 p. 69-81, 1987.
- HUGHES; M. E. et al. A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies. **Research on aging**, v. 26, n. 6, p. 655–672, 2004.
- KEMPERMAN, A. et al. Loneliness of Older Adults: Social Network and the Living Environment. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, v. 3, p. 406, 2019.
- KROENKE, K.; SPITZER, R. L.; WILLIAMS, J. B. The Patient Health Questionnaire-2: Validity of a Two-Item Depression Screener. **Medical Care**, v. 41, n. 1, p. 1284-92, 2003.
- LENTSCK, M. H. et al. Prevalência de sintomas depressivos e sinais de demência em idosos na comunidade. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 3, 2016.
- MARI, J.J ; KIELING , C. **Psiquiatria na prática clínica**. 1. ed. [S. l.]: Manole, 2013.
- MCWHIRTER, B. T. Loneliness: a review of current literature with implications for counseling and research. **Journal of Counseling and Development**, v.68, p.417-423, 1990.
- MEDEIROS, P. A. Avaliação da qualidade de vida de idosos institucionalizados: revisão sistemática de estudos quantitativos. **Pensar a prática**, v. 20, n. 1, p. 150-171, 2017.
- MOHAN, Y. et al. Elderly depression: unnoticed public health problem in India- a study on prevalence of depression and its associated factors among people above 60 years in a semi urban area in Chennai. **Int. J. Community Med. Public Health**, v.4, n.9, p.3468-3472, 2017.
- MOREIRA, V.; CALLOU, V. Fenomenologia da solidão na depressão. **Mental**, v. 4, n. 7, p. 67-83, nov. 2006.
- MORENO, X. et al. Gender differences in positive screen for depression and diagnosis among older adults in Chile. **BMC geriatrics**, v. 22, n.1, p. 54, 2022.
- MORTIMER, J. No one should have no one: Working to end loneliness amongst older people. **Age Uk**, v. 10., n.1 p. 3-15, 2016.
- MUÑOZ, G. L. et al. The experience of family caregivers of older people with depression. **Rev Esc Enferm USP [Internet]**, v. 44, n. 1, p. 32-9, 2010.
- NERI, A. L. Envelhecer Bem no Trabalho: possibilidades individuais, organizacionais e sociais. **A Terceira Idade**, , v. 13, ed. 24, p. 7-27, 2002.

NEVES, D. A. **Solidão e Depressão**: um estudo para a compreensão da sua relação com base numa amostra da população portuguesa. 2013. Dissertação (Mestrado em Psicologia), Coimbra, 2013.

OLIVEIRA, D. A. A. P.; GOMES, L.; OLIVEIRA, R. F. Prevalência de depressão em idosos que frequentam centros de convivência. **Rev Saúde Pública**, v. 40, n. 4, p. 734-6, 2006

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Depressão**. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/topicos/depressao>>. Acessado em: 15 de agosto de 2021.

PAQUE, K. et al. Living in a nursing home: a phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 32, n. 4, p. 1477–1484, 2018.

PASCHE, D. F.; PASSOS, E. Inclusão como método de apoio para a produção de mudanças na saúde: aposta da Política de Humanização da Saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 86, p. 423-432, 2010.

PASKULIN, L. M. G.; VIANNA, L. A. C. Perfil sociodemográfico e condições de saúde auto-referidas de idosos de Porto Alegre. **Rev Saude Publica**, v. 41, n. 5, p. 757-68, 2007.

PEARSON, J. L.; BROWN, G.K. Suicide prevention in late life: directions of suicide for science and practice. **Clinical and Psychological Review**, v. 20, n. 6, p. 685-705, 2000.

POCINHO, M.; MACEDO, E. Solidão: Um Construto Complexo. **Interações: Sociedade e as novas modernidades**, v. 32, n. 4, p. 53-66, 2017.

PORCU, M. et al. Estudo comparativo sobre a prevalência de sintomas depressivos em idosos hospitalizados, institucionalizados e residentes na comunidade. **Revista Acta Scientiarum**, Maringá, v. 24, n. 3, p. 713- 717, 2002.

RADLOFF, L. S. The CES-D Scale: A self-report depression scale for research in the general population. **Applied Psychological Measurement**, v. 1, n. 3, p 385–401, 1977.

RAMOS, L. R. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. **Cad Saude Publica**, v.19, n. 3, p.793-7, 2003.

RICHARDSON, R. A. et al. Sociodemographic inequalities in depression among older adults: cross-sectional evidence from 18 countries. **The lancet. Psychiatry**, v. 7, n. 8, p. 673-681, 2020.

RODRIGUES, C. M. O. **A Solidão e a Depressão nos idosos**: estudo numa amostra da população portuguesa. Orientadora: Esmeralda Macedo. 2013. 42 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto superior Miguel Torga, Coimbra, 2013.

ROSA, P. V. **Estudo sobre os fatores associados à depressão em idosos da comunidade de Barra Funda** – RS. Tese (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica. Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

RUGGERO, N. A inevitável solidão para as personagens femininas. **Cadernos: Centro**

Universitário São Camilo, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 38-42, 2004.

RUSSELL, D.; PEPLAU, L. A.; FERGUSON, M. L.. Developing a measure of loneliness. **Journal of Personality Assessment**, v. 42, n. 3, p. 290–294, 1978.

SADLER, W. A. Dimensions in the Problem of Loneliness: a phenomenological approach in social psychology. **Journal of Phenomenological Psychology**, v.9, p.157-187, 1987.

SAINTRAIN, M. V. D. L. et al. Depressed older adults: an analysis of factors related to institutionalization and family support. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 4, p. 1806–1230, 2018.

SAMPAIO, R.F; MANCINI, M.C. Systematic review studies: a guide for careful synthesis of the scientific evidence. **Braz. J. Phys. Ther.**, v. 11, n.1, 2007.

SANTOS, C. M. da C.; PIMENTA, C. A. de M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia pico para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, n. 3, 2007.

SANTOS, S. H. S.; GUIMARÃES, T. A. Fatores associados à depressão em idoso. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 11, n. 19, p. e239, 2019.

SAVIKKO, N. et al. Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 41, n. 3, p. 223–233, 2005.

SEEWALD, F. et al. O tema da solidão: Klein e Winnicott revisitados. **R. Psiquiatria**, RS, v. 17, n.1, p. 29-37, 1995.

SINGH, A; MISRA, N. Loneliness, depression and sociability in old age. **Industrial Psychiatry Journal**, v. 18, n. 1, p. 51-55, 2009.

SIQUEIRA, G.R. et al. Análise da sintomatologia depressiva nos moradores do abrigo Cristo Redentor através da aplicação da escala de depressão geriátrica (EDG). **Ciênc Saúde Colet.**, v. 14, n. 1, p. 253-259, 2009.

SOUSA, R. L. et al. Validade e fidedignidade da Escala de Depressão Geriátrica na identificação de idosos deprimidos em um hospital geral. **J Bras Psiquiatr**, v. 56, n. 2, p. 102-7, 2007.

SOUZA I.A.L. et al. O impacto de atividades linguístico-discursivas na promoção da saúde de idosos de uma instituição de longa permanência. **Audiol Commun Res**, v. 20, n. 2, p. 175-181, 2015.

SYED ELIAS, S. M. et al. Spiritual reminiscence therapy for older people with loneliness, anxiety and depression living in a residential aged care facility, Malaysia: A qualitative approach. **Australasian Journal on Ageing**, v. 38, n. 1, p. 25–30, 2019.

TAYLOR, H. O.; WANG, Y.; MORROW-HOWELL, N. Loneliness in senior housing

communities. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 61, n. 6, p. 623–639, 2018.

TESKY, V. A. et al. Depression in the nursing home: a cluster-randomized steppedwedge study to probe the effectiveness of a novel case management approach to improve treatment (the DAVOS project). **Trials**, v. 20, n. 1, p. 424, 2019.

TESTON, E.F.; CARREIRA, L.; MARCON, S.S. Sintomas depressivos em idosos: comparação entre residentes em condomínio específico para idoso e na comunidade. **Rev Bras Enferm.**, v.67, n.3, p. 450-456, 2014.

TOMASINI, S. L. V.; ALVES, S. Envelhecimento bem-sucedido e o ambiente das instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 4, n. 1, p. 88-102, 2007.

TSAI, H.H. et al. O programa de videoconferência aumenta o apoio social, a solidão e o estado depressivo de idosos residentes em asilos. **Envelhecimento e Saúde Mental**, v. 14, n. 8, p. 947-954, 2010.

TSAI, Y.F.; CHUNG, J.W.; WONG, T.K et al. Comparison of the prevalence and risk factors for depressive symptoms among elderly nursing home residents in Taiwan and Hong Kong. **Int J Geriat Psychiatry**, v. 20, n. 4, p. 315-21, 2005.

TUESCA-MOLINA, R.; HERRERA, N. F.; SOSA, A. M. et al. Los grupos de socialización como factor protector contra la depresión en personas ancianas. **Rev Esp Salud Publica**, v. 77, n. 5, p. 595-604, 2003.

UGUR, H. G. et al. The effect of music therapy on depression and physiological parameters in elderly people living in a Turkish nursing home: a randomized-controlled trial. **Aging & Mental Health**, v. 21, n. 12, p. 1280-1286, 2017.

UHER, et al. Measuring depression: Comparison and integration of three scales in the GENDEP study. **Psychological Medicine**, v. 38, n. 2, p. 289-300, 2008

VERAS, R. P. Prevenção de doenças em idosos: os equívocos dos atuais modelos. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 10, p. 1834-1840, 2012.

VIEIRA, C. S. P. **Solidão e Depressão: Perspectiva temporal**. Orientadora: Esmeralda Macedo. 2015. 41 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Instituto superior Miguel Torga, Coimbra, 2015.

VINK, D.; AARTSEN, M. J.; SCHOEVERS, R. A. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: a review. **J Affect Disord**, v. 106, n.1, n.1, p. 29-44, 2008.

WIJESIRI, H. S. M. S. K.; SAMARASINGHE, K.; EDBERG, A. K. Loneliness among older people living in care homes in Sri Lanka. **International Journal of Older People Nursing**, v. 14, n. 4, p. 1–11, 2019.

WINNINGHAM, R. G.; PIKE, N. L. A cognitive intervention to enhance institutionalized older adults' social support networks and decrease loneliness. **Aging & mental health**, v. 11, n. 6 p. 716-21, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Organization of Family Doctors. **Integrating mental health into primary care: a global perspective** [Internet]. Geneva; 2008.

YESAVAGE, J.A. et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. **J Psychiat Res**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983

ZIGMOND, A. S., SNAITH, R. P. The hospital anxiety and depression scale. **Acta psychiatrica Scandinavica**, v.67, n. 6, p. 361–370, 1983.

ZHAO, X. et al. Loneliness and depression symptoms among the elderly in nursing homes: A moderated mediation model of resilience and social support. **Psychiatry Research**, v. 268, p. 143–151, 2018.