

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Escola de Enfermagem

Tatiane Prette Kuznier

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA UCLA *LONELINESS SCALE*
(*VERSION 3*) PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL
EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS**

Belo Horizonte

2016

Tatiane Prette Kuznier

**TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA UCLA *LONELINESS SCALE*
(*VERSION 3*) PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL
EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Dra. Tânia Couto Machado Chianca
Coorientadora: Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata

Belo Horizonte

2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor, através do
Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFMG

Kuznier, Tatiane Prette

Tradução, adaptação e validação da Ucla Loneliness Scale (Version 3) para o português do Brasil em uma amostra de idosos [manuscrito] / Tatiane Prette Kuznier. - 2016.

136 f. : il.

Orientadora: Dra. Tânia Couto Machado Chianca.

Coorientadora: Dra. Luciana Regina Ferreira da Mata.

Tese (Doutorado) - Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Enfermagem.

1.Idoso. 2.Solidão. 3.Escalas. 4.Estudos de validação. I.Chianca, Tânia Couto Machado. II.Mata, Luciana Regina Ferreira da. III.Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem. IV.Título.

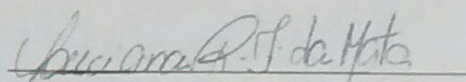
ATA DE NÚMERO 71 (SETENTA E UM) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGUIÇÃO E DEFESA DA TESE APRESENTADA PELA CANDIDATA TATIANE PRETTE KUZNIER PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE DOUTORA EM ENFERMAGEM.

Aos 9 (nove) dias do mês de agosto de dois mil e dezesseis, às 09:00 horas, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação - 430 da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da tese "TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA UCLA LONELINESS SCALE (VERSION 3) PARA O PORTUGUÊS DO BRASIL EM UMA AMOSTRA DE IDOSOS", da aluna **Tatiane Prette Kuznier**, candidata ao título de "Doutora em Enfermagem", linha de pesquisa "Cuidar em Saúde e Enfermagem", orientadora Prof^ª. Dr^ª. Tânia Couto Machado Chianca. A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Luciana Regina Ferreira da Mata (coorientadora), Emilia Campos de Carvalho, Rosana Aparecida Spadoti Dantas, Heloisa de Carvalho Torres e Eline Lima Borges, sob a presidência da primeira. As professoras Emilia Campos de Carvalho e Rosana Aparecida Spadoti Dantas participaram da sessão por meio de videoconferência. Abrindo a sessão, a Senhora Presidente da Comissão, após dar conhecimento aos presentes do teor das Normas Regulamentares do Trabalho Final, passou a palavra à candidata para apresentação de seu trabalho. Seguiu-se a arguição pelos examinadores com a respectiva defesa da candidata. Logo após, a Comissão se reuniu sem a presença da candidata e do público, para julgamento e expedição do seguinte resultado final:

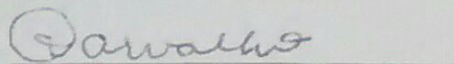
- () APROVADA;
(X) APROVADA COM AS MODIFICAÇÕES CONTIDAS NA FOLHA EM ANEXO;
() REPROVADA.

O resultado final foi comunicado publicamente à candidata pela Senhora Presidente da Comissão. Nada mais havendo a tratar, eu, Andréia Nogueira Delfino, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 09 de agosto de 2016.

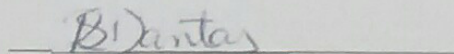
Prof^ª. Dr^ª. Luciana Regina Ferreira da Mata
Coorientadora e Presidente (UFSJ)



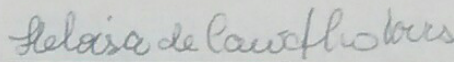
Prof^ª. Dr^ª. Emilia Campos de Carvalho
(EERP-USP)



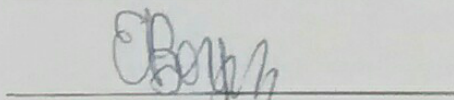
Prof^ª. Dr^ª. Rosana Aparecida Spadoti Dantas
(EERP/USP)



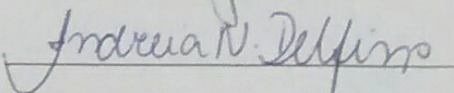
Prof^ª. Dr^ª. Heloisa de Carvalho Torres
(EEUFMG)



Prof^ª. Dr^ª. Eline Lima Borges
(EEUFMG)



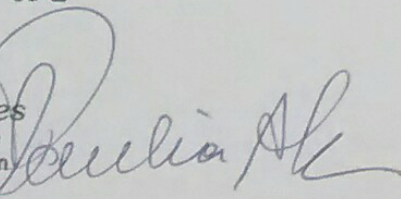
Andréia Nogueira Delfino
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação



homologado em reunião do CPG

Em 05/09/16

Prof^ª. Dra. Marília Alves
Coordenadora do Colegiado de
Pós-Graduação em Enfermagem
Escola de Enfermagem/UFMG



Dedico este trabalho primeiramente a Deus, por me guiar e direcionar em todos os momentos!

Aos meus pais, Oswaldo e Zélia, pelo apoio, amor, carinho e incentivo, por todos os momentos de alegria e aprendizado proporcionados. Que eu possa honrá-los todos os dias da minha vida!

Aos meus irmãos muito amados, Thiago e Ulisses, pessoas muito importantes e especiais em minha vida, obrigada pelo apoio, carinho e momentos de companheirismo!

AGRADECIMENTOS

A Jesus, amado da minha alma, que por meio do Seu Espírito Santo, guia a minha vida. Sinto sempre a Sua presença, o Seu amor e o Seu cuidado. O sentido da minha vida está em Ti. Sei que direcionou os meus passos, colocou pessoas em meu caminho, acalmou a minha alma e permitiu que eu chegasse até aqui. Antes do nascimento deste projeto em meu coração, sei que ele já existia no Seu. Que todos os trabalhos feitos por minhas mãos possam glorificar o Teu nome. A Ti a honra e a glória para todo sempre!

À minha orientadora, Prof^a Tânia Chianca, uma pessoa muito inteligente, competente, dedicada, humana e educada. Aprendi muito com você, não somente pelas questões ligadas ao mundo acadêmico, mas também pela forma como se relaciona com as pessoas. Desde o início do doutorado já sabia que Deus havia te escolhido para me orientar, pois todas as autoridades são instituídas por Ele. Muito obrigada pelos seus direcionamentos!

À minha coorientadora, Prof^a Luciana da Mata, minha admiração pela sua competência, dedicação e direcionamentos. Muito obrigada por fazer parte deste momento tão importante, não apenas pelas suas orientações, mas também pela sua amizade. Você é uma pessoa muito especial que Deus colocou em minha vida!

Aos amigos que torceram por mim e estiveram presentes em muitos momentos: Juliana Pessalácia, Edineia Mendes, Cléa Paiva, Cimélia Paiva, Luciana da Mata, Cristiane Souza, Joseane Silva e Helen Cristiny Ribeiro. Meu agradecimento especial àquelas que se dispuseram a orar pela minha vida, contribuindo muito para o meu fortalecimento e sustento nesta caminhada.

À Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, por permitir a coleta de dados nas Estratégias de Saúde da Família do município, como também a todos os profissionais que de alguma forma contribuíram para a realização deste estudo.

À Franciele Chagas, Geisa Fontes e Aline Menezes, agradeço muito à vocês pela disponibilidade, dedicação e empenho dispensados para realização da coleta de dados. Muito obrigada por fazerem parte desta conquista!

Aos profissionais que participaram da pesquisa nas fases de tradução e adaptação cultural, muito obrigada pela disponibilidade, disposição e ricas contribuições, sem as quais, não seria possível a realização deste trabalho.

Aos idosos que se dispuseram a participar desta pesquisa, possibilitando sua realização.

Aos professores Adriano Marçal Pimenta e Heloísa Torres, pela disponibilidade e importantes contribuições no exame de qualificação.

Ao autor da escala original Daniel Russell, por ter permitido a tradução, adaptação e validação da UCLA *Loneliness Scale (version 3)* para o português do Brasil.

À Universidade Federal de Minas Gerais e à Escola de Enfermagem da UFMG, de modo especial, aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da EEUFMG, por todo aprendizado proporcionado.

À Universidade Federal de São João del-Rei, pela oportunidade de crescimento e amadurecimento profissional, de modo especial, à Prof^a Márcia Caetano de Souza, por todo seu empenho para que o projeto DINTER UFMG/UFSJ fosse realizado.

“Assim diz o Senhor, o teu Redentor, o Santo de Israel: Eu sou o Senhor, o teu Deus, que te ensina o que é útil e te guia pelo caminho em que deves andar.”

(Isaías 48:17)

RESUMO

Introdução: os sentimentos de solidão têm consequências graves sobre a saúde dos idosos, tornando-os mais suscetíveis à sintomatologia depressiva, ao declínio da saúde mental, sendo associados com o aumento da mortalidade e ideação suicida. Torna-se necessário o conhecimento sobre o nível de solidão vivenciado pelo idoso, para que estratégias que visem diminuir ou melhorar esta condição possam ser implementadas. Uma das formas de mensurar o nível de solidão é pelo uso de escalas. Como não foram encontradas escalas no Brasil que mensurassem a solidão em idosos, optou-se neste estudo pela utilização da *UCLA Loneliness Scale*, originalmente construída nos Estados Unidos da América. **Objetivo:** realizar a tradução, adaptação cultural e validação da *UCLA Loneliness Scale (version 3)* em uma amostra de idosos brasileiros. **Método:** trata-se de um estudo metodológico, desenvolvido em duas etapas: a primeira consistiu na tradução e adaptação cultural da versão em língua inglesa da *UCLA Loneliness Scale (version 3)* para a versão portuguesa do Brasil; na segunda etapa foi realizado o estudo da validade da escala. O processo de adaptação cultural foi realizado por meio das seguintes etapas: Tradução inicial, Síntese das traduções, *Back-translation*, Comitê de juízes e Pré-teste. A validade de construto foi analisada por meio da comparação entre grupos distintos, pela validade de construto convergente e pela análise fatorial exploratória. A amostra utilizada para validação da escala foi composta por 136 idosos. Para avaliar a validade de construto por meio da comparação entre grupos distintos foi realizado o teste *t* para comparar possíveis diferenças nas medidas da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR, sexo e situação conjugal. Para avaliação da validade de construto convergente foram realizados testes de correlação de *Pearson* entre a medida da UCLA e medidas de apoio social e de depressão. As forças das correlações foram analisadas de acordo com a classificação em que valores abaixo de 0,1 foram classificados como correlação nula, entre 0,1 e 0,3 como correlação de fraca intensidade, entre 0,4 e 0,6, como de moderada intensidade e valores de 0,7 a 1 como correlação de forte intensidade. A validade de construto também foi avaliada por meio da análise fatorial exploratória. Foram utilizados o teste de medida de adequacidade da amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)* e o teste de esfericidade de *Bartlett*. Em relação à retenção fatorial foi utilizado o *eigenvalue > 1*. A extração de fatores foi realizada a partir de uma análise em componentes principais e rotação

Varimax. A confiabilidade foi calculada por meio do *Alfa de Cronbach*, sendo os valores considerados aceitáveis quando presentes no intervalo de 0,70 a 0,90. O nível de significância adotado foi de 0,05. **Resultados:** dos participantes da pesquisa, 57,3% possuía companheiro(a), sendo a média de idade de 70,33 anos. O tempo médio de estudo formal foi de 4,01 anos. A renda média foi de R\$ 1172,68, a maior parte encontrou-se aposentada (58,5%), 57,4% declarou ter cor de pele branca. A religião predominante foi a católica (79,4%). A média do número de filhos foi de 4,23, 30,1% afirmou morar com seu companheiro(a) e 20,6% referiu morar sozinho. Dos idosos, 89,7% afirmou possuir alguma doença, sendo que 74,3% referiu ser hipertenso e 33,1%, diabético. Os resultados obtidos pela Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR, indicaram um valor médio de solidão de 36,86 pontos. O escore para presença ou não de sintomas depressivos variou entre 1 e 58 pontos, com média de 18,63 pontos. Em relação ao apoio social, a média geral encontrada foi de 83,30 pontos. Não houve diferença estatisticamente significativa entre a medida de solidão e sexo ($t = 0,915$; $p = 0,362$) e entre a medida de solidão e situação conjugal ($t = 1,940$; $p = 0,054$). Houve correlação positiva significativa de moderada intensidade entre as medidas de solidão e depressão ($r = 0,665$; $p = 0,001$) e correlação negativa significativa de moderada intensidade entre as medidas de solidão e de apoio social ($r = -0,576$; $p = 0,001$). Em relação à análise fatorial exploratória, a medida *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) indicou um tamanho de amostra adequado para a estabilidade da estrutura fatorial (KMO = 0,86), o teste de *Bartlett* foi estatisticamente significativo ($\chi^2(190) = 929,47$, $p < 0,001$) e a melhor solução fatorial consistiu na extração de um único fator. Quanto à confiabilidade, foi obtido um valor adequado para a consistência interna da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR ($\alpha = 0,88$). **Conclusão:** o método utilizado para realização do processo de tradução e adaptação cultural foi considerado pertinente e apropriado, uma vez que permitiu a adequação da escala para a população idosa brasileira, abrangendo uma linguagem clara e de fácil compreensão pelos participantes do estudo. A Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR evidenciou não haver diferenças na medida de solidão em função do sexo. Em relação à situação conjugal, não houve diferença do nível de solidão entre idosos que possuem e os que não possuem companheiros. A validade de construto convergente foi confirmada pelos valores dos coeficientes de correlação da medida de solidão com as medidas de apoio social e depressão. Por meio da análise fatorial, foi observada

a presença de um único fator, comprovando a unidimensionalidade da escala. O instrumento apresentou valor apropriado do *Alfa de Cronbach*. Sendo a versão brasileira da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR um instrumento válido e confiável, recomenda-se sua utilização como ferramenta de avaliação da solidão entre idosos brasileiros.

Palavras chave: Idoso. Solidão. Tradução. Escalas. Estudos de validação.

ABSTRACT

Introduction: the feelings of loneliness have serious consequences on the health of the elderly, making them more susceptible to depressive symptoms, the decline in mental health and is associated with increased mortality and suicidal ideation. It is necessary to know about the loneliness level experienced by the elderly, so that strategies to reduce or improve this condition can be implemented. One way to measure loneliness level is the use of scales. As scales were not found in Brazil that mensurassem loneliness in the elderly, it was decided in this study the use of the UCLA Loneliness Scale, originally built in the United States. **Objective:** To perform the translation, cultural adaptation and validation of the UCLA Loneliness Scale (version 3) in a sample of Brazilian elderly. **Method:** This is a methodological study, carried out in two stages: the first was the translation and cultural adaptation of the English language version of the UCLA Loneliness Scale (version 3) for the Portuguese version of Brazil; in the second stage it was carried out to study the validity of the scale. The adaptation process was carried out through the following steps: initial translation, synthesis of translations, back-translation, judges Committee and Pre-test. Construct validity was analyzed by comparing different groups for the convergent construct validity and the exploratory factor analysis. The sample used for scale validation consisted of 136 elderly. To assess the construct validity by comparing between different groups was performed t test to compare possible differences in the measurements of the UCLA Loneliness Scale (Version 3) BR, sex and marital status. To evaluate the convergent construct validity were performed Pearson correlation test between UCLA and measure social support measures and depression. The strength of the correlations were analyzed according to the classification values below 0.1 were classified as null correlation between 0.1 and 0.3 as weak intensity correlation between 0.4 and 0.6, as moderate and values from 0.7 to 1 in intense correlation. Construct validity was evaluated by factor analysis. the adequacy of measurement test were used sample of Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) and Bartlett's test of sphericity. Regarding the retention factor was used eigenvalues > 1. The extraction of factors was performed from a principal component analysis and Varimax rotation. Reliability was calculated by Cronbach's alpha, and the values considered acceptable when present in the range 0.70 to 0.90. The significance level was 0.05. **Results:** of the survey participants, 57.3% had a companion (a), with a mean age of 70.33 years. The mean duration of formal study was 4.01 years. The

average income was R \$ 1,172.68, most met retired (58.5%), 57.4% claimed to have white skin. The predominant religion was Catholic (79.4%). The average number of children was 4.23, 30.1% said living with his companion (a) and 20.6% reported living alone. The elderly, 89.7% claimed to have a disease, and 74.3% reported being hypertensive and 33.1%, diabetic. The results obtained by the UCLA Loneliness Scale (Version 3) BR, indicated an average value of solitude of 36.86 points. The score for the presence or absence of depressive symptoms varied between 1 and 58 points, averaging 18.63 points. Regarding social support, the overall average was 83.30 points. There was no statistically significant difference between the measure of loneliness and sex ($t = 0.915$, $p = 0.362$) and between the measure of loneliness and marital status ($t = 1, 940$, $p = 0.054$). There was a significant positive correlation of moderate intensity between loneliness and depression measures ($r = 0.665$; $p = 0.001$) and a significant negative correlation of moderate intensity between loneliness measures and social support ($r = -0.576$; $p = 0.001$). Regarding the exploratory factor analysis, as Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) indicated an adequate sample size for the stability of the factorial structure (KMO = 0.86), the Bartlett test was statistically significant ($\chi^2 (190) = 929.47$, $p < 0.001$) and the best factor solution was the extraction of a single factor. The reliability was obtained an appropriate value for the internal consistency of the UCLA Loneliness Scale (Version 3) BR ($\alpha = 0.88$).

Conclusion: The method used to perform the translation and cultural adaptation process was considered relevant and appropriate, since it allowed the adequacy of the scale for the Brazilian elderly population, including a clear and easily understood by the participants language. The UCLA Loneliness Scale (Version 3) BR showed no difference in solitude measure based on sex. Regarding marital status, there was no difference of loneliness level among the elderly who have and those who do not have companions. The convergent validity was confirmed by the values of solitude measure of correlation coefficients with the measures of social support and depression. Through factor analysis, we observed the presence of a single factor, demonstrating the one-dimensionality of the scale. The instrument presented appropriate value of Cronbach's alpha. As the Brazilian version of the Loneliness Scale UCLA (version 3) BR a valid and reliable instrument, it is recommended its use as an assessment tool of loneliness among elderly Brazilians.

Keywords: Aged. Loneliness. Translating. Scales. Validation studies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Projeção da População por sexo e idade para o Brasil, Grandes e Unidades da Federação.	24
Figura 2 - Processo de Adaptação Cultural da UCLA <i>Loneliness Scale</i> (<i>version</i> 3).....	44
Quadro 1 - Instrumento para avaliação das equivalências, Divinópolis, 2016.....	46
Quadro 2 - Tradução e síntese da versão inglesa da UCLA <i>Loneliness Scale</i> (<i>version</i> 3) para o português do Brasil, Divinópolis, 2016	57
Quadro 3 - Versão consenso da versão em português da UCLA <i>Loneliness Scale</i> (<i>version</i> 3) pelo comitê de juízes, Divinópolis, 2016.....	61

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Estatística descritiva das características sociodemográficas dos participantes do estudo. Divinópolis, 2016	64
Tabela 2 - Estatística descritiva das características clínicas dos participantes do estudo. Divinópolis, 2016	66
Tabela 3 - Estatística descritiva da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR de cada um dos 20 itens para a amostra estudada. Divinópolis, 2016	67
Tabela 4 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR com valores entre um e quatro pelos participantes do estudo. Divinópolis, 2016.....	68
Tabela 5 - Estatística descritiva da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR, da CES-D e do MOS-STUDY. Divinópolis, 2016.....	68
Tabela 6 - Resultado da correlação de <i>Pearson</i> entre as medidas de solidão, depressão e apoio social. Divinópolis, 2016.....	69
Tabela 7 - Resultado da correlação de <i>Pearson</i> entre a medida de solidão e as dimensões do apoio social. Divinópolis, 2016	70
Tabela 8 - Análise fatorial da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR com as respectivas cargas fatoriais. Divinópolis, 2016.....	71
Tabela 9 - <i>Alfa de Cronbach</i> total dos itens, coeficiente de correlação item-total e valores de alfa quando cada um dos itens for excluído da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR. Divinópolis, 2016.....	73

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AFC	Análise Fatorial Confirmatória
AFE	Análise Fatorial Exploratória
B1	Retrotradução 1
B2	Retrotradução 2
BR	Brasil
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CES D	Escala de Depressão do <i>Center for Epidemiological Studies</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
DeCS	Descritores em Ciência da Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IE	Índice de Envelhecimento
KMO	<i>Kaiser-Meyer-Olkin</i>
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLIE	<i>Medical Literature Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MOS	Escala de Apoio Social <i>Medical Outcomes Study</i>
NANDAI	<i>North American Nursing Diagnosis Association</i>
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
SEMUSA	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	<i>Statistical Package for Social Science</i>
T1	Tradução 1
T12	Versão síntese
T2	Tradução 2
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TRI	Teoria de Resposta ao Item
UCLA	Universidade da Califórnia, <i>Los Angeles</i>

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS.....	22
2.1 Objetivo geral	22
2.2 Objetivos específicos.....	22
3 REVISÃO DA LITERATURA	23
3.1 O processo de envelhecimento	23
3.2 A solidão e o idoso	28
3.3 Processo de adaptação cultural	35
3.4 Processo de validação.....	38
4 MÉTODO.....	43
4.1 Delineamento do estudo.....	43
4.2 Processo de tradução e adaptação cultural da <i>UCLA Loneliness Scale</i> (<i>version 3</i>).....	43
4.2.1 <i>Tradução inicial</i>	44
4.2.2 <i>Síntese das traduções</i>	44
4.2.3 <i>Back-translation ou retrotradução</i>	45
4.2.4 <i>Comitê de juízes</i>	45
4.2.5 <i>Pré-teste</i>	47
4.3 Análise das propriedades psicométricas da Escala de Solidão da UCLA (<i>versão 3</i>) BR.....	48
4.3.1 <i>Análise da validade</i>	48
4.3.1.1 <u>Validade de conteúdo</u>	48
4.3.1.2 <u>Validade de construto</u>	48
4.3.1.2.1 Comparação entre grupos distintos.....	48
4.3.1.2.2 Validade de construto convergente	49
4.3.1.2.3 Análise fatorial exploratória	49
4.3.2 <i>Análise da confiabilidade</i>	49
4.4 Local de realização	50
4.5 População do estudo	50
4.6 Amostra.....	50
4.7 Cálculo do tamanho da amostra	50
4.8 Coleta de dados.....	51

4.8.1 Instrumentos para coleta de dados	51
4.8.1.1 A UCLA Loneliness Scale (version 3)	51
4.8.1.2 A escala de apoio social MOS-Study	52
4.8.1.3 CES-D Escala de Depressão do Center for Epidemiological Studies	53
4.9 Análise de dados	54
4.10 Aspectos éticos da pesquisa	56
5 RESULTADOS	57
5.1 Tradução e adaptação cultural da UCLA Loneliness Scale (version 3)	57
5.1.1 Tradução e síntese	57
5.1.2 Avaliação pelo comitê de juízes	60
5.1.3 Pré-teste	63
5.2 Resultados relacionados à caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes na fase de validação do estudo	63
5.3 Resultados relacionados à análise descritiva da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR e análises descritivas da CES-D e do MOS-STUDY	66
5.4 Resultados relacionados à análise da validade de construto da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR	68
5.4.1 Análise da validade de construto por meio da comparação entre grupos distintos	69
5.4.2 Análise da validade de construto convergente	69
5.4.3 Análise da validade de construto por meio da análise fatorial exploratória	70
6 DISCUSSÃO	75
7 CONCLUSÃO	89
8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO	91
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICES	105
ANEXOS	127

1 INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento populacional vem ganhando destaque em todo o mundo, trazendo novos desafios no que diz respeito às questões demográficas, políticas, socioculturais e econômicas. Espera-se que no ano de 2050, existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento (BRASIL, 2007).

No Brasil, o envelhecimento populacional demonstrou o maior índice nas décadas de cinquenta e setenta, sendo que, em 2010, aproximadamente 11% da população apresentava idade igual ou superior a 60 anos (CAMARANO; KANSO, 2011). A população idosa brasileira irá quadruplicar até 2060, representando 26,7% da população total do país (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Este crescimento acelerado da população idosa no Brasil gera mudanças estruturais e profundas no perfil populacional em nosso país. O envelhecimento demográfico não é em si um problema social, todavia, a ausência, insuficiência e inadequação de respostas sociais para o enfrentamento das necessidades dos idosos gera um problema social (FREITAS, 2011).

De acordo com Teixeira (2010), a velhice é caracterizada pela mudança de papéis e pela perda de alguns deles, tais como a perda do *status* profissional, mudança nas relações familiares e nas redes sociais, sendo essas mudanças inevitáveis, pois a velhice é uma etapa especialmente intensa de perdas afetivas. Um dos principais desafios do envelhecimento é o confronto com essas perdas, o que vai exigir um esforço por parte do idoso para adaptar-se a essas situações para manter a qualidade de vida desejada.

O ser humano é por natureza um ser sociável, que não foi feito para viver na solidão. Todavia, muitas pessoas ao atingirem a terceira idade, acabam sendo vítimas de discriminação social, ficando mais vulneráveis à pobreza, isolamento e exclusão social (OLIVEIRA, 2011).

O interesse pela solidão sentida pelos idosos aumentou nos últimos anos devido ao aumento do número de indivíduos com sessenta anos ou mais, visto que várias situações podem diminuir a autoestima do idoso e conseqüentemente, aumentar a probabilidade de solidão (FREITAS, 2011).

A solidão é manifestada por intensos sentimentos de vazio, de abandono, sendo que a qualidade insuficiente ou a quantidade de uma rede de relações sociais do indivíduo está intimamente ligada à causa da solidão. Os sentimentos de solidão têm consequências graves sobre a saúde dos idosos. A solidão prevê sintomatologia depressiva, declínio da saúde mental, maior declínio cognitivo, menor qualidade de vida, prejuízo à saúde física, sono de má qualidade, sendo associada com o aumento da mortalidade e ideação suicida (DONG et al., 2012).

A solidão é um construto muito complexo e subjetivo, que facilmente se confunde com isolamento, abandono, tornando-se uma experiência dolorosa, de caráter intuitivo, visto que cada pessoa analisa o seu estado de solidão, levando em conta a situação na qual se encontra, pois nem sempre solidão significa estar só. A solidão não é causada por se estar só, mas por se estar sem alguma relação de que se sinta necessidade (OLIVEIRA, 2011).

Com o aumento da idade, as relações sociais e a troca de apoio social diminuem. Deste modo, o sentimento de solidão surge associado à diminuição das redes sociais, conceito este que se encontra fortemente relacionado com o isolamento social e com o viver só (TEIXEIRA, 2010).

No que diz respeito à solidão, importa referir que as relações entre a solidão, isolamento e viver sozinho são complexas, e a existência de uma vasta rede social, não implica a existência de uma relação próxima ou ausência de solidão (OLIVEIRA, 2011).

Várias explicações vêm sendo apresentadas na tentativa de elucidar os efeitos da solidão na saúde humana. Sugere-se que o mecanismo de enfrentamento usado pelas pessoas para lidar com a solidão pode ter um efeito negativo na saúde. Pessoas solitárias têm maior probabilidade de fumar e tendem a se exercitar menos. A solidão tem sido associada à depressão e ao suicídio e pode ser um fator de risco para transmissão sexual do vírus da imunodeficiência humana (PATTERSON; VEENSTRA, 2010).

Diante dos prejuízos à qualidade de vida que podem ser provocados pela solidão, faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias que visem diminuir ou melhorar esta condição. Dentre estas estratégias, encontra-se o incentivo ao idoso, em aumentar os seus vínculos sociais.

De acordo com Carneiro et al. (2007), há um aumento da qualidade de vida e da longevidade em idosos que apresentam vida social intensa, existindo uma

relação direta entre relacionamentos sociais, qualidade de vida e capacidade funcional. Já a ausência de convívio social causa efeitos negativos na capacidade cognitiva geral, além de depressão e tem sido considerada tão danosa quanto o fumo, a pressão arterial elevada, a obesidade e a ausência de atividade física.

O apoio social contribui para a sensação de coerência da vida e o seu controle sobre a mesma e traz benefícios não só para quem o recebe, na forma de informação ou auxílio, mas também para quem o oferece. O contato social é um fator importante para o equilíbrio de doenças, já que a adaptação ao meio e ao ambiente pode diminuir a suscetibilidade tanto às doenças físicas quanto às doenças mentais (THIENGO et al., 2011).

A solidão tem uma estreita associação com o apoio social, pois os seres humanos são essencialmente sociais, e como tais, possuem dependência e desejo de relações sociais e íntimas (MENDIETA et al., 2013).

A solidão constitui um fenômeno de interesse para enfermagem. O “risco de solidão” representa um diagnóstico de enfermagem que é definido como “risco de vivenciar desconforto associado a um desejo ou necessidade de mais contato com outros” (NANDA-I, 2015, p. 435). A existência de um diagnóstico de enfermagem aponta para a necessidade de reconhecimento e avaliação de indivíduos solitários ou em risco de solidão, para que intervenções que visem diminuir esta condição possam ser realizadas. Dentre estas intervenções, encontram-se a promoção do envolvimento familiar, fortalecimento da autoestima e melhora da socialização (BULECHEK et al., 2016). Desta maneira, torna-se necessário o conhecimento e a mensuração do nível de solidão vivenciado pelo idoso, para que estratégias possam ser desenvolvidas, na tentativa de minimizar este sofrimento na velhice.

Uma das formas de mensurar a solidão é através do uso de escalas. Várias escalas foram desenvolvidas para avaliar a solidão, como a *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults*, a *Loneliness Rating Scale* e a *Differential Loneliness Scale*. Entre essas medidas, destaca-se a *UCLA Loneliness Scale*, construída na Universidade da Califórnia, Los Angeles (UCLA), que é a mais frequentemente utilizada em vários países. Esta encontra-se em sua terceira versão, tendo sido desenvolvida por Russell (1996) para avaliar a solidão (DURAK; SENOL-DURAK, 2010). Sua tradução e validação foram realizadas em vários países, como Irlanda do Norte, Turquia, Taiwan e Dinamarca (SHEVLIN; MURPHY F.; MURPHY J.; 2015; DURAK; SENOL-DURAK, 2010; WU; YAO, 2008; LASGAARD, 2007).

Como não foram encontradas escalas no Brasil que mensurassem a solidão em idosos, optou-se por realizar a tradução, adaptação cultural e validação de uma escala já validada em outro país, ou seja, a *UCLA Loneliness Scale (version 3)*. No Brasil, em 1984, Pinheiro e Tamoyo realizaram a adaptação cultural e validação da segunda versão da escala, a *Revised UCLA Loneliness Scale*, construída originalmente por Russell, Peplau e Ferguson em 1980, em uma amostra de estudantes universitários (PINHEIRO; TAMOYO, 1984). Em 2016, a *Revised UCLA Loneliness Scale* passou pelo processo de adaptação cultural e validação em uma amostra de brasileiros com faixa etária entre 20 a 87 anos (BARROSO et al., 2016).

Cabe ressaltar que a terceira e atual versão da escala utilizada nesta pesquisa – a *UCLA Loneliness Scale (version 3)*, não havia sido validada para o Brasil, sendo a única das três versões originais validada pelo autor do instrumento em amostra de idosos. As duas versões anteriores foram validadas pelo autor apenas em amostras de estudantes universitários. O autor formulou a terceira versão da escala por ter percebido problemas na segunda versão do instrumento, especialmente quando pesquisadores começaram a estudar a solidão em outras populações, que não a de estudantes universitários. De acordo com o referido autor, algumas palavras ou frases contidas na *Revised UCLA Loneliness Scale* eram de difícil compreensão pelos idosos, o que prejudicava a confiabilidade da escala quando a solidão era avaliada nesses indivíduos. Para resolver este problema, o autor do instrumento desenvolveu a *UCLA Loneliness Scale (version 3)*, buscando simplificar o formato de respostas e redação dos itens da escala (RUSSELL, 1996).

A adaptação cultural de um instrumento já elaborado, em detrimento da construção de um novo instrumento, apresenta vantagens consideráveis. Nesta situação, o pesquisador pode comparar resultados conseguidos em diferentes amostras, em diferentes contextos, o que possibilita uma maior equidade na avaliação, visto se tratar de uma mesma medida, que avalia o construto a partir de uma mesma perspectiva teórica e metodológica (BORSA et al., 2012).

A própria adaptação em outra cultura pode, também, ser um problema, pois um item pode ter um significado muito diferente ou não apresentar nenhum significado num contexto cultural específico (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIM, 2015).

Desta forma, a adaptação de instrumentos constitui-se uma tarefa complexa, que demanda planejamento e rigor no que diz respeito à conservação do seu conteúdo, das suas peculiaridades psicométricas e da sua validade para a

população que está sendo avaliada (CASSEPP-BORGES; BALBINOTTI; TEODORO, 2010).

Neste estudo, optou-se pela utilização da *UCLA Loneliness Scale* pela sua ampla utilização em várias pesquisas, sua facilidade de aplicação e por ser um instrumento que tem sido adaptado culturalmente em diferentes países, possibilitando a futura comparação de dados referentes à solidão vivenciada pela população de idosos do Brasil com a de outros países.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Realizar a tradução, adaptação cultural e validação da *UCLA Loneliness Scale (version 3)* em uma amostra de idosos brasileiros.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a validade de conteúdo da *UCLA Loneliness Scale (version 3)*.
- Avaliar a validade de construto da *UCLA Loneliness Scale (version 3)*, comparando os resultados obtidos entre grupos distintos;
- Verificar a validade de construto convergente da *UCLA Loneliness Scale (version 3)*, comparando os resultados obtidos com medidas de apoio social e de depressão.
- Avaliar a validade de construto da *UCLA Loneliness Scale (version 3)* por meio da análise fatorial.
- Verificar a confiabilidade do instrumento por meio da consistência interna de seus itens.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 O processo de envelhecimento

As questões relacionadas ao envelhecimento humano despertam cada vez mais interesse por parte da sociedade por motivo do crescente processo de envelhecimento populacional que acontece em vários países, dentre os quais, o Brasil. Este processo ocorre em consequência das alterações de alguns indicadores, como o declínio das taxas de mortalidade e fecundidade, bem como o aumento da expectativa de vida da população em geral.

A transição demográfica vem acontecendo de forma heterogênea na população mundial e encontra-se em diferentes fases ao redor do mundo, tendo iniciado na Europa, sendo a diminuição da fecundidade na Revolução Industrial o primeiro fenômeno observado, antes mesmo do aparecimento da pílula anticoncepcional. Já o aumento na expectativa de vida aconteceu lentamente, motivado pela melhoria das condições sociais e de saneamento (CLOSS; SCHWANKE; CARLA, 2012).

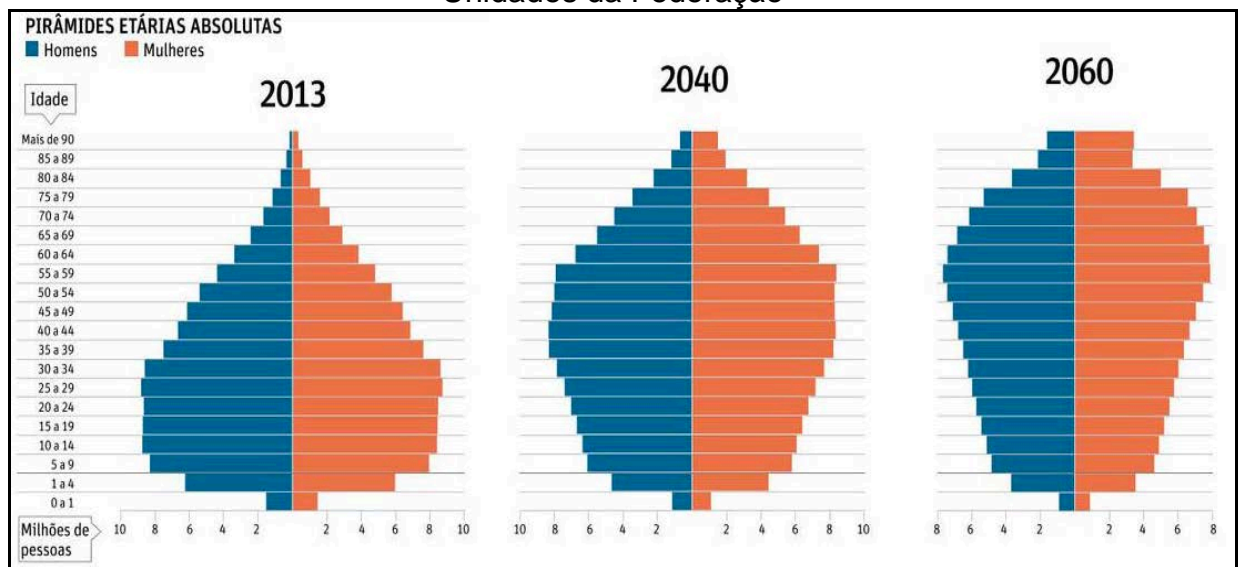
Em muitos países desenvolvidos, a proporção de indivíduos com idade igual ou acima de 65 anos é elevada e o número absoluto de idosos está em franca ascensão em todo mundo (GOTTLIEB et al., 2011). Sob o ponto de vista cronológico, a Organização Mundial da Saúde (1984) considera como idosa a pessoa que possui 65 anos ou mais de idade em países desenvolvidos, sendo que, em países em desenvolvimento, prevalece a idade de 60 anos ou mais. No Brasil, o Estatuto do Idoso estabelece como idosas, as pessoas com 60 anos ou mais (BRASIL, 2003).

A diminuição das taxas de mortalidade configura-se uma conquista de relevância para a humanidade. No Brasil, a esperança de vida ao nascer era de aproximadamente 30 anos em 1900, 50 anos em 1950 e chegou a 73 anos em 2000, ou seja, o tempo médio de vida dos brasileiros mais que dobrou em um período de um século (ALVES, 2014).

Com o desenvolvimento socioeconômico, científico e tecnológico de uma sociedade, com consequentes melhorias das condições de vida, controle da fecundidade e natalidade, trabalho e saúde, sobrevém gradualmente um crescimento da longevidade (GOTTLIEB et al., 2011).

Estas condições podem ser observadas no Brasil, gerando um aumento considerável da população idosa ao longo dos anos, que pode ser percebido pelo crescente contingente desta faixa populacional no país. No ano 2000, por exemplo, a população idosa era de 14,2 milhões de pessoas, o que representava 8,1% da população brasileira. Já em 2030, a população idosa deve chegar a 41,6 milhões de pessoas, ou seja, 18,7% da população. Em 2060 a população idosa deve atingir 75,1 milhões de pessoas, representando 32,9% da população, o que significa que 1 em cada 3 brasileiros terá 60 anos ou mais neste ano (ALVES, 2014). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013), haverá um crescimento significativo do número de idosos brasileiros em 2060, como demonstra a figura 1 a seguir:

Figura 1- Projeção da População por sexo e idade para o Brasil, Grandes e Unidades da Federação



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2013)

Desta forma, os idosos configuram um contingente populacional significativo e de crescente importância para a sociedade brasileira, demandando uma série de novas exigências relativas às políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social (CLOSS; SCHWANKE; CARLA, 2012).

O maior contingente de idosos está centralizado nos países desenvolvidos, onde as condições socioeconômicas são favoráveis, todavia, o envelhecimento não se dá de forma homogênea para todos os seres humanos (FARIAS; SANTOS; SILVA, 2012).

Os países em desenvolvimento, dentre os quais, o Brasil, também estão passando por mudanças em suas estruturas etárias. Isto se reflete em uma diminuição relativa na proporção de crianças e jovens e um aumento na proporção de adultos e idosos no conjunto da população (CLOSS; SCHWANKE; CARLA, 2012).

Uma das formas de se avaliar o perfil de envelhecimento de uma população é pelo Índice de Envelhecimento (IE), o qual demonstra a razão entre o número de idosos (60 anos e +) e o número de crianças e adolescentes (0-14 anos) em uma população (ALVES, 2014).

A análise do envelhecimento populacional de forma global demonstrou que, em 2000, o IE mundial era de 33,4, e a previsão para 2050 é de que seja de 100,5, comprovando ser evidente o fenômeno do envelhecimento populacional. Todavia, este processo não ocorre de modo homogêneo entre os países, sendo o IE maior nas regiões mais desenvolvidas, porém com previsão de crescimento maior para as regiões menos desenvolvidas (CLOSS; SCHWANKE; CARLA, 2012).

No Brasil, o IE era de 12 idosos para cada 100 crianças e adolescentes em 1950, foi para 28 em 2000 e em 2030 deverá alcançar o número de 100 idosos para 100 crianças e adolescentes, devendo atingir 276 em 2100, o que significa que haverá 276 idosos para cada 100 crianças e adolescentes no final do século XXI, totalizando quase 3 idosos para cada criança e jovem (ALVES, 2014).

O Brasil está entre os 35 países mais populosos do mundo, sendo o quarto com processo de envelhecimento mais intenso, depois da República da Coreia, Tailândia e Japão (CLOSS; SCHWANKE; CARLA, 2012).

Este ritmo acelerado do processo de envelhecimento no Brasil e a grande diversidade das regiões brasileiras em relação ao processo de envelhecimento ocasionam dificuldades na efetivação de ajustamentos e expansão dos sistemas sociais relativos à pessoa idosa (GOTTLIEB et al., 2011).

Essa mudança no perfil epidemiológico do idoso gera custos com tratamentos médicos e hospitalares, se constituindo num desafio para os governantes, principalmente no que diz respeito à implantação de novos modelos e serviços para o enfrentamento da situação, visto que o processo de envelhecimento humano está intimamente relacionado ao desenvolvimento mais provável de patologias.

De maneira geral, o processo de envelhecimento está relacionado a uma maior possibilidade de acometimento por doenças crônicas não-transmissíveis,

sendo que o processo de envelhecimento normal abrange modificações do nível molecular ao funcional, alterações associadas à própria idade, como também ao acúmulo de danos ao longo da vida, causados principalmente pela interação entre fatores genéticos e hábitos de vida não saudáveis (GOTTLIEB et al., 2011).

Desta forma, o envelhecimento constitui um processo natural e geneticamente programado, influenciado por vários fatores que se relacionam com a genética, o meio ambiente, os estilos de vida, entre outros, sendo caracterizado como individual e heterogêneo (TORRES et al., 2014).

O envelhecimento compreende uma etapa da vida com características e valores próprios, no qual ocorrem modificações no indivíduo em sua estrutura orgânica, metabólica, no equilíbrio bioquímico, na imunidade, na nutrição, nos mecanismos funcionais, nas condições emocionais, intelectuais e na comunicação (SCHIMIDT; SILVA, 2012).

O envelhecimento humano é um processo contínuo de transformações biológicas e fisiológicas, sendo constituído por várias etapas desde sua concepção até a morte, que o caracteriza como um processo progressivo. Entretanto, a maneira como as pessoas compreendem seu envelhecimento possui intensa relação com as influências históricas e socioculturais do indivíduo (DUQUE; SILVA, 2013).

No imaginário social, coletivo e individual, a velhice é percebida, muitas vezes, como sinônimo de invalidez, sofrimento, fragilidades, decadências e dependências, o que a caracteriza como um processo negativo. Todavia, o que faz com que a velhice seja sinônimo de sofrimento é mais o abandono do que a doença; a solidão do que a dependência (MINAYO; COIMBRA, 2002).

Os aspectos psicológicos relativos ao envelhecimento, abarcam uma série de ajustamentos individuais necessários frente à ocorrência de mudanças no *self*, desencadeadas por alterações corporais, cognitivas e emocionais, expectativas sociais e relações interpessoais, sendo que nem todos os indivíduos lidam com estas transições da mesma forma (FONSECA, 2010).

Sob o ponto de vista social, o envelhecimento modifica o *status* do idoso e a sua maneira de se relacionar com as pessoas. Estas mudanças podem acontecer em função de uma crise de identidade ocasionada pela ausência de papel social, pelas mudanças de papéis, pela aposentadoria e pela diminuição dos contatos sociais (FECHINE; TROMPIERI, 2012).

O envelhecimento não deve ser percebido apenas como fase de perdas e fragilidades. Aspectos positivos do envelhecimento também podem ser vivenciados, podendo o envelhecer se transformar em uma fase de alegrias, conquistas e realizações. O idoso é um ser em transformação, podendo amar, empreender, trabalhar, criar, em suma, viver (PELZER; SANDRI, 2002).

A tendência atual é reavaliar os estereótipos associados ao envelhecimento, na medida em que a imagem de um processo de perdas tem sido substituída pelo entendimento de que as fases mais avançadas da vida constituem-se momentos propensos à novas conquistas. As experiências vivenciadas e os saberes acumulados são ganhos que proporcionam oportunidades para realização de projetos abandonados em outras etapas da vida (HEIN; ARAGAKI, 2012).

Todavia, a velhice pode ser entendida como algo positivo, por trazer sabedoria e tempo de vida, ou negativo, por poder desencadear depressão, solidão, tristeza, doença e morte, sendo que isto dependerá “da cabeça e do espírito” de cada um (HEIN; ARAGAKI, 2012).

Neste sentido, “as concepções de velhice nada mais são do que resultado de uma construção social e temporal feita no seio de uma sociedade com valores e princípios próprios, que são atravessados por questões multifacetadas, multidirecionadas e contraditórias” (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008, p. 587).

A velhice e o envelhecimento, constituem, deste modo, realidades heterogêneas, ou seja, se modificam conforme os tempos históricos, as culturas e subculturas, as classes sociais, as histórias de vida da pessoa, as condições educacionais, os estilos de vida, os gêneros, as profissões e as etnias, dentre outros elementos que compõe as trajetórias de vida individuais e dos grupos (HEIN; ARAGAKI, 2012).

Envelhecer de maneira satisfatória não depende somente do indivíduo, mas também de outros fatores de cunho social, educacional, econômico, familiar, de saúde, habitacional e profissional na velhice como também em toda trajetória do indivíduo (FREITAS, 2010).

A velhice deve ser entendida em sua totalidade, na medida em que é um fenômeno biológico universal com implicações psicológicas e sociais variadas, possuindo uma dimensão existencial, que transforma a relação da pessoa com o tempo, provocando modificações em suas relações com o mundo e com sua própria história (SCHMIDT; SILVA, 2012).

Visto que o século XXI assistirá a um envelhecimento mais acelerado do que o observado no século passado, torna-se um desafio para o futuro assegurar aos indivíduos um envelhecer com segurança e dignidade, com participação ativa na sociedade e com os direitos garantidos (CLOSS; SCHWANKE; CARLA, 2012).

Esta mudança provocada pelo envelhecimento da sociedade traz consigo desafios que demandam atenção por parte dos governantes na formulação de políticas públicas. Assim, poderão propiciar as condições necessárias para melhorar a qualidade de vida dos idosos, gerando também a necessidade de reconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre as necessidades, situações e anseios vivenciados pelo idoso nesta fase.

Uma das situações vivenciadas pelas pessoas durante seu processo de envelhecimento é a solidão, característica que pode acarretar inúmeras consequências negativas ao idoso solitário. Desta forma, cabe ao profissional de saúde, dentre os quais os enfermeiros, o reconhecimento e o manejo da solidão manifestada pelo idoso, bem como suas consequências, para que um cuidado de qualidade possa ser oferecido e os aspectos negativos identificados possam ser minimizados.

3.2 A solidão e o idoso

O ser humano é um ser social, sendo as relações interpessoais imprescindíveis para a formação do indivíduo e sociedade. O desenvolvimento humano depende da necessidade de formação de vínculos entre os seres humanos, uma vez que estes laços permitem a existência da procriação da espécie. Assim, desde os primórdios da espécie humana, uma das finalidades do sentimento de solidão, consistia em alertar o ser humano de que seus laços afetivos estavam deficientes, o que poderia gerar uma mudança de comportamento no indivíduo, levando-o a buscar novos vínculos (CACIOPPO; PATRICK, 2010).

Todavia, a organização social do mundo contemporâneo define o indivíduo como central, diminuindo o comprometimento com as relações interpessoais, o que aumenta a probabilidade das pessoas de sofrerem com a solidão (ZELDIN, 1994).

A solidão é um subproduto da construção social do indivíduo, na medida que, ao afirmar sua individualidade, o homem afirma igualmente a fragmentação do universo social e o isolamento do outro. Esse isolamento, no entanto, pode se tornar

insuportável e gerar a necessidade de ser superado por meio da relação interpessoal (GOMES, 2001).

A solidão é entendida como intrínseca a condição humana (ANGERAMI-CAMON, 1992). Apesar da necessidade de pertencimento, a solidão é considerada como parte da existência humana, visto que somos seres separados, únicos e aceitar esta realidade é o nosso desafio como seres humanos (CARTER, 2000).

O delicado limite entre ser sozinho e estar sozinho dificulta o entendimento do fenômeno solidão, como também a representação de que seja uma experiência da esfera pessoal. A solidão não se compartilha, ela também é solitária em si porque é compreendida como parte da vida privada. Entretanto, os sentimentos não podem ser desvinculados do social, pois é neste campo que a solidão se revela com suas estratégias de manutenção ou de transformação (DORNELAS, 2010).

A etimologia da palavra solidão vem da palavra 'só', termo que se origina do latim *solus* e pode significar tanto 'desacompanhado' e 'solitário' como 'único' (CUNHA, 2001). A solidão é um conceito complexo e vago, podendo ser confundido com isolamento. Todavia, isolamento não é sinônimo de solidão, pois a solidão ocasiona um sentimento de vazio e de ansiedade, no qual o indivíduo não deseja estar só; já o isolamento pode ser opcional, sendo, desta forma, objetivo, enquanto a solidão é subjetiva (FERNANDES, 2012).

A solidão é um fenômeno multidimensional, potencialmente estressante que resulta de carências afetivas, sociais e/ou físicas, reais ou percebidas, que possui um impacto expressivo sobre o funcionamento da saúde física e psíquica do indivíduo (MOREIRA; CALLOU, 2006). Tem origem na interação entre os aspectos pessoais e situacionais, impedindo a realização de alguma função do relacionamento para o alcance e manutenção do bem-estar (WEISS, 1973).

A solidão é decorrente de déficits em um ou mais tipos dos seguintes relacionamentos: de apego, do qual as pessoas emanam senso de segurança; de integração social, a qual é propiciada por uma rede de relações sociais; de cuidado e dedicação, em que uma das partes se compromete com bem-estar da outra; de reafirmação de valor, pela qual as capacidades e habilidades do indivíduo são reconhecidas por outro; de aliança, na qual os envolvidos concordam e fazer acordo que uns podem contar com a assistência dos outros; de orientação, quando a pessoa recebe conselhos (WEISS, 1973).

Pode acontecer de várias formas: ser circunstancial, em virtude de uma situação; desejada, quando a pessoa busca um momento de isolamento; interna, quando o indivíduo se sente sozinho apesar das relações sociais; ou social, quando a sociedade deixa o indivíduo desassistido (DORNELAS, 2010).

A solidão é influenciada pela satisfação do indivíduo com seus relacionamentos, não pela quantidade de vínculos estabelecidos, mas sim com sentimentos relacionados à percepção da falta de alguns tipos de relações específicas (ZAPATA; ARREDONDO, 2012).

É um sentimento subjetivo, faz referência à percepção de privação de contatos sociais ou ausência de pessoas disponíveis ou com vontade de partilhar experiências sociais e emocionais. Basicamente, trata-se de um estado no qual o sujeito possui vontade de interagir com os outros, mas não o faz, ou seja, há desconexão entre o desejo e a realidade das interações com os outros (SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2004).

As pessoas possuem como motivação básica o desejo de pertencimento e participação em relacionamentos próximos, sendo que, a limitação nesses relacionamentos interpessoais pode causar grande sofrimento e, como consequência, a solidão (BAUMEISTER; LEARY, 1995). A solidão acontece quando a rede de relacionamentos interpessoais é deficiente quantitativamente ou qualitativamente (GIERVELD; RAADSCHELDERS, 1982).

A solidão pode ser caracterizada pela ausência afetiva do outro e estar intimamente relacionada com o sentimento, com a sensação de se estar só, onde o outro pode até estar próximo geograficamente, mas não ocorre aproximação psicológica, havendo carência de interação e comunicação emocional (MOREIRA; CALLOU, 2006).

A ausência de sentido nas relações interpessoais é experienciada no contexto individual e, como tal, parece como uma questão de se pensar a própria vida. Entretanto, são os processos sociais que auxiliam o ser humano a se colocar no mundo. A produção de sujeitos solitários reflete uma sociedade restritiva no que se refere ao apoio emocional, apego e intimidade entre as pessoas (DORNELAS, 2010).

Existem padrões sociais e individuais que determinam a experiência de solidão. Situações objetivas, juntamente com experiências subjetivas determinadas pela avaliação que o indivíduo faz de uma situação, determinarão seus

comportamentos atuais, as disposições futuras para sentir solidão e a disposição para tentar diminuí-la (DYKSTRA, 1995). A falta de habilidades sociais e características individuais podem cooperar para que o indivíduo seja mais reservado e solitário (PEPLAU; PERLMAN, 1982).

A solidão não significa essencialmente a ausência dos relacionamentos interpessoais, mas a ausência do sentimento de “pertencimento” e/ou de alguém que auxilie na referência de ser no mundo, uma vez que a presença do outro auxilia no processo de formação da identidade, na distinção de preferências e gostos, possibilita o compartilhar de diferenças e similaridades e estabelece parâmetros para as relações sociais (HINDE, 1977). O modo como cada um percebe as diversas situações da vida e como lida com o cotidiano, vai fazer com que se sinta mais ou menos só, e que a solidão o atinja com maior ou menor intensidade (FERNANDES, 2012).

A solidão pode ser percebida, por um lado, por meio da dor e do sofrimento oriundos da perda, e, por outro, pela capacidade de estar só na ausência do outro (SEEWALD, 1995). A solidão pode ser entendida como algo que tem um sentido positivo, possibilitando condição para o exercício mais efetivo da liberdade e da responsabilidade, elemento de consciência de si e do mundo, de autonomia em relação às determinações em que somos formados, elemento imprescindível para a individualização (SEIBT, 2013).

Em uma sociedade de mercado, na qual os critérios nas relações humanas e com a natureza são constituídos a partir da ótica mercadológica, a solidão parece não ser muito valorizada e, conseqüentemente, estimada. O modelo de pessoa é aquela bem-sucedida no trabalho e nas relações, sendo oportunizadas diversas alternativas de trabalho, de lazer, de relações, de domínio da natureza, visando manter o ser humano bem ‘ocupado’, com sensação constante de utilidade, de identidade segura. Desta forma, o silêncio, a solidão, o afastamento da multidão, são vistos como desvios da normalidade (SEIBT, 2013). Todavia, a capacidade de estar só demonstra amadurecimento emocional (DOLTO, 2001).

Da mesma forma que os seres humanos necessitam da presença do outro, em algum momento, voluntariamente, as pessoas precisam estar consigo mesmas. Estar sozinho se faz importante para o desenvolvimento pessoal e social, sendo a solidão positiva, na medida em que leva o sujeito a refletir sobre suas experiências, anseios e potencialidades (LONG; AVERIL, 2003).

A maturidade afetiva pressupõe a capacidade de solidão, habilidade de ser si mesmo, de assumir-se e de responsabilizar-se conscientemente pela existência, pois somente quem é capaz da solidão está em condições de constituir uma relação madura, amorosa e saudável com outros indivíduos (SEIBT, 2013).

Os momentos de solidão são fundamentais para que o indivíduo possa dedicar um tempo para si, rever sua vida, aprimorar-se (CARMONA; COUTO; SCORSOLINI-COMIN, 2014). Entretanto, frequentemente, os seres humanos fogem dessa solidão. O estar só provoca a sensação de desamparo, de inutilidade, de uma angústia que é prontamente afastada pela busca constante de pessoas e de ocupações. Ela demanda a coragem de enfrentar a si mesmo, os medos, as angústias, os vazios e as frustrações, ou seja, assumir a real condição do ser humano (SEIBT, 2013).

Desta forma, a solidão constitui um fenômeno complexo de significado amplo e subjetivo, sendo um assunto de interesse entre os pesquisadores, na medida em que acomete indivíduos de várias faixas etárias. Entre os idosos, torna-se relativamente comum o sentimento de solidão, na medida em que o envelhecimento populacional aumenta a possibilidade dos idosos viverem sozinhos em decorrência da diminuição de sua rede de relações sociais.

O número de idosos que vivem sozinhos cresceu por motivos sociais e demográficos, como a redução nas taxas de natalidade e de fecundidade, mudanças nos valores referentes à vida familiar e ao casamento, as quais dão origem ao aumento do número de adultos solteiros e divorciados, como também pelo aumento da mobilidade geográfica entre a população jovem, a urbanização e a longevidade em homens e mulheres, que tendem a viver cada vez mais sozinhos (CAPITANINI, 2000).

No período do envelhecimento acontecem significativas perdas de vínculos, que demandam do idoso condições internas fortes para superá-las (VERDI, 2010). Entre as experiências na velhice, são comuns as vivências de perdas que podem levar ao sentimento de solidão, sendo que a solidão constitui uma reação emocional de descontentamento gerada pela ausência ou deficiência de relacionamentos significativos (CARMONA; COUTO; SCORSOLINI-COMIN, 2014). A solidão provoca um sentimento de vazio interior, tendo como fatores desencadeantes a depressão, o luto, o isolamento social e o abandono (LOPES R.; LOPES M.; CÂMARA, 2009).

Solidão e o abandono entre pessoas idosas são mais frequentes do que se pensa, atuando no conceito capitalista da sociedade (OLIVEIRA, 2011).

Nos idosos, a solidão é vivenciada como uma experiência de sentimento de isolamento, desligamento e de não pertença (HAWKLEY et al., 2006). Ao deixar uma vida ativa, o idoso se sente desvalorizado, o que o predispõe à solidão. Uma das formas do idoso não se sentir solitário é sentir-se útil à sociedade e à família (SILVA, 2012).

A solidão é definida como um sentimento penoso e dolorido, com uma carência que faz referência aos outros (PY; OLIVEIRA, 2012). Representa um grave problema para os idosos, sendo que sentimentos de angústia, exclusão e insatisfação podem ser experimentados por pessoas que se sentem solitárias (FERNANDES, 2007).

O sentimento de solidão pode proporcionar um empobrecimento da saúde mental e estar relacionado à depressão, consumo de substâncias ilícitas e tentativas de suicídio (CACIOPPO; PATRICK, 2010).

As atividades de vida diária e a qualidade de vida do idoso são comprometidas pela solidão, sendo que a incapacidade física, entre outras incapacidades, como as demências senis, podem induzir ao isolamento social e à depressão do idoso (LOPES R.; LOPES M.; CÂMARA, 2009).

Eventos que desencadeiem o sentimento de perda de papéis anteriormente importantes desempenhados pelos idosos, se associam ao aumento dos níveis de isolamento e solidão (LOPES, 2012).

O trabalho e a família são pilares que fornecem estrutura e determinam a existência humana, sendo que problemas nestas esferas podem levar à solidão (FERNANDES, 2007). Situações como a aposentadoria, a viuvez, a morte de parentes, a separação conjugal, o desemprego e outras experimentadas com maior frequência na velhice podem desencadear o sentimento de solidão (COIMBRA, 2008).

Com a aposentadoria, verifica-se uma diminuição marcante da rotina diária, cooperando para uma redução gradual das capacidades intelectuais e físicas do indivíduo. Esta diminuição das capacidades, agregada a uma perda de independência, ao afastamento de amigos e colegas podem levar o idoso ao isolamento (FERNANDES, 2007).

As relações entre a solidão, isolamento e viver sozinho são complexas, e a existência de uma extensa rede social, não implica a existência de uma relação próxima ou solidão; viver sozinho, não é sinônimo de estar sozinho nem de solidão (SOUSA; FIGUEIREDO; CERQUEIRA, 2004).

A perda do cônjuge, de amigos e parentes com quem foram compartilhadas experiências de vida, alegrias e tristezas pode ser dolorosa, levando o idoso a viver só, existindo uma forte relação entre as perdas, principalmente a viuvez e a solidão nos idosos (LOPES, 2012).

A institucionalização ou andar em sistema de rotatividade pela casa dos filhos, aumentam os sentimentos de solidão. O baixo nível de saúde, a debilidade física e problemas de saúde mental, especialmente a depressão, predispõem à solidão e ao isolamento (LOPES, 2012).

Quando o idoso associa o envelhecimento ao declínio, desamparo, solidão, isto o limita na aquisição de novos vínculos significativos, podendo aumentar seu nível de solidão e levá-lo a vivenciar maiores perdas físicas (RAMOS et al., 2013).

Perdas nas capacidades físicas e intelectuais do idoso podem fazer com que ele seja discriminado, não sendo mais reconhecido como referência da família (CARMONA; COUTO; SCORSOLINI-COMIN, 2014).

A solidão a que os idosos muitas vezes estão expostos, quer pela incapacidade de resposta familiar, quer pela resposta da própria sociedade, quer ainda pela redução das redes sociais, tem como implicação o desenvolvimento de emoções e sentimentos negativos (CARDONA et al., 2010).

Algumas situações podem ajudar os idosos a prevenir, ou mesmo combater, a solidão, como conhecer novas pessoas e fazer novas amizades; participar de atividades sociais voluntárias; transmitir conhecimentos e experiências a outras pessoas; se comunicar com pessoas da mesma geração e de outras gerações; envolver-se em grupos de convívio; cuidar da saúde mental e física; compreender as mudanças naturais da idade; buscar crescimento espiritual; eleger prioridades pessoais e defender a privacidade e pontos de vista próprios (NERI; FREIRE, 2000).

A solidão e isolamento não são prerrogativas da velhice quando os idosos relatam a sua própria experiência de solidão (FERNANDES, 2007). Alguns idosos referem o estar só como uma experiência positiva, que propicia maior independência ao sujeito, proporcionando privacidade, caracterizando-se como um

momento no qual o idoso pode dispensar atenções para si próprio (COIMBRA, 2008).

O isolamento e a privacidade proporcionados pelo isolamento e o afastamento, mais prováveis na velhice, transformam-se em lugares seguros para o idoso refletir acerca do seu estado de espírito, podendo, desta forma, encontrar a paz e aceitar as mudanças impostas ao corpo e à mente pelo tempo (ERIKSON E.; ERIKSON J., 1998).

Desta forma, percebe-se que a solidão é intrínseca à condição humana. Seu significado pode variar, dependendo de quem a vivencia. O ser humano possui a necessidade de sentir-se como parte de um grupo, desempenhando relações afetivas. Quando estes desejos não são satisfeitos, emerge a solidão. Assim, cabe distinguir a solidão necessária, daquela que pode ocasionar riscos à saúde física ou emocional do indivíduo, para que estratégias que atenuem este sentimento, possam ser implementadas.

3.3 Processo de adaptação cultural

Nas últimas décadas o número de instrumentos usados em vários campos da ciência está aumentando exponencialmente. Criar um questionário implica dispêndio de tempo e dinheiro, primeiramente pela necessidade de desenvolver o questionário propriamente dito e a escolha dos domínios e itens que irão melhor explorar o construto de interesse, como também pela necessidade de validação deste instrumento (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIM, 2015).

Assim como a construção de um novo instrumento de medida é um processo longo e dispendioso, a adaptação de um instrumento já existente para outra cultura também exige tempo, custos financeiros e o seguimento de um processo metodológico rigoroso. O instrumento adaptado precisa satisfazer todos os critérios metodológicos exigidos para a medida original, ou seja, ser válido e confiável, medindo realmente aquilo que se propõe a medir (SPERBER, 2004; CHWALOW, 1995).

A aferição de um fenômeno pode ser realizada pela construção de um instrumento ou pela validação e adaptação cultural de instrumentos já existentes, que podem ser utilizados mundialmente. A maior parte dos instrumentos para

mensurar variáveis psicossociais, relacionadas à saúde, encontra-se em língua inglesa e é direcionada para populações que falam este idioma (GUILLEMIN, 1995).

A utilização desses instrumentos em populações de outras línguas e culturas requer processo de tradução e adaptação cultural. Além da versão do inglês para outra língua, esse processo envolve a avaliação rigorosa da tradução, adaptação cultural e, posteriormente, avaliação das propriedades psicométricas do instrumento (GUILLEMIN, 1993).

Pesquisas podem ser conduzidas para explorar a mesma pergunta em várias culturas ou diferenças de medidas entre as culturas. Para qualquer uma destas situações, os pesquisadores precisam do mesmo questionário em diferentes idiomas. Desta forma, se o questionário está disponível em outra língua, os pesquisadores devem adaptar um questionário com validade documentada ao invés de criar um novo porque a adaptação cultural é mais rápida e é realizada para produzir uma medida equivalente. Esta situação é verdadeira com a condição de que o construto exista na cultura alvo e que o instrumento existente possa medir este construto adequadamente (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIM, 2015).

A adaptação cultural pressupõe a combinação de duas etapas associadas: a tradução do instrumento e a sua adaptação propriamente dita. Primeiramente, é feita a tradução literal de palavras e sentenças de um idioma para o outro e de um contexto cultural para o outro. Após esta etapa ocorre a avaliação da qualidade da medida adaptada em relação à sua compreensibilidade e validade (GUILLEMIN, 1993).

O objetivo da adaptação cultural é ajustar o instrumento de uma maneira culturalmente relevante e compreensível, mantendo o significado e a intenção dos itens originais. O processo de adaptação cultural de instrumentos de estado de saúde a serem usados em outros países, culturas e línguas necessitam utilizar um único método para se obter equivalência entre as medidas originais e as novas versões dos instrumentos (EPSTEIN; SANTO; GUILLEMIM, 2015; BEATON et al., 2000).

O processo de tradução e adaptação de instrumentos deve conter as seguintes etapas: tradução inicial, síntese das traduções, *back-translation* ou retrotradução, comitê de juizes, pré-teste e apresentação da documentação para os autores do instrumento (BEATON et al., 2007; BEATON et al., 2000). Estas etapas encontram-se descritas a seguir:

- **Etapa I - Tradução inicial:** esta etapa consiste na tradução da versão original do instrumento para a língua alvo por dois tradutores independentes bilíngues, resultando desta forma em duas versões. Estas duas versões devem ser comparadas e as possíveis discrepâncias, resolvidas. Os dois tradutores devem ter perfis diferentes, sendo que o tradutor 1 deve estar ciente dos conceitos que estão sendo analisados no instrumento a ser traduzido, enquanto o tradutor 2 não deve ser informado dos conceitos que estão sendo quantificados e de preferência, não deve ter formação médica ou clínica (BEATON et al., 2007; BEATON et al., 2000).
- **Etapa II - Síntese das traduções:** nesta etapa os dois tradutores e um observador deverão sintetizar os resultados das traduções, obtendo-se assim a 1ª versão de consenso da escala (BEATON et al., 2007; BEATON et al., 2000).
- **Etapa III - *Back-translation* ou retrotradução:** visa traduzir novamente para a língua de origem a versão obtida na primeira etapa, ou seja, na língua alvo. Os dois tradutores devem possuir como língua materna o idioma da versão original da escala e não devem conhecer a versão original do instrumento que está sendo adaptado. A seguir, a versão original e as versões traduzidas devem ser comparadas, sendo o objetivo corrigir prováveis erros de tradução que comprometam os significados dos itens e rever interpretações equivocadas ocorridas durante as etapas de tradução e retrotradução (BEATON et al., 2007; BEATON et al., 2000).
- **Etapa IV - Comitê de juízes:** a composição deste comitê é fundamental para a realização de equivalência cultural, devendo ser formado por pessoas preferencialmente bilíngues. O papel deste comitê é desenvolver a versão pré-final do instrumento para testes de campo, devendo avaliar as equivalências entre a versão original e a alvo em quatro áreas:
Equivalência semântica: refere-se à correspondência do significado das palavras; baseia-se na avaliação gramatical e do vocabulário, isto é, as palavras possuem os mesmos significados? Visto que, muitas palavras de um idioma podem não possuir tradução adequada para outro idioma.
Equivalência idiomática: refere-se ao uso das expressões equivalentes em ambos os idiomas; algumas palavras, termos e expressões idiomáticas são difíceis de traduzir, logo, caso haja dificuldades na compreensão de algum

item, devem ser sugeridas palavras, termos ou expressões idiomáticas equivalentes. **Equivalência cultural ou experiencial:** as situações evocadas nos itens devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural; além de utilizar termos coerentes com a experiência vivida pela população à qual se destina. **Equivalência conceitual:** representa a coerência do item em relação àquilo que se propõe a medir; palavras, frases ou expressões podem ter equivalência semântica e serem conceitualmente diferentes. Os conceitos devem ser explorados e os eventos experimentados pela população do Brasil (BEATON et al., 2007; BEATON et al., 2000). O objetivo dessa etapa é certificar que todo o conteúdo do instrumento tenha sido traduzido e adaptado de forma a conservar as equivalências do instrumento adaptado com a versão original. Os juízes podem incluir ou eliminar itens irrelevantes, inadequados ou ambíguos e, ao mesmo tempo, criar substitutos que sejam adequados à população-alvo.

- **Etapa V - Pré-teste:** a fase final do processo de adaptação cultural é o pré-teste. A versão pré-final do instrumento é submetida a um pré-teste para análise da compreensibilidade dos itens por parte da população alvo do estudo. O pré-teste deve ser realizado com 30 a 40 indivíduos (BEATON et al., 2007; BEATON et al., 2000).
- **Etapa VI - Apresentação da documentação para os autores do instrumento:** consiste na submissão de todos os relatórios e formulários utilizados durante o processo de adaptação cultural para os desenvolvedores do instrumento. Não cabe a estes autores a modificação do conteúdo, pois presume-se que, com a realização destes estágios do processo de adaptação cultural, uma tradução razoável tenha sido alcançada (BEATON et al., 2007; BEATON et al., 2000).

3.4 Processo de validação

Após a realização do processo de adaptação cultural, torna-se necessário testar a validade e confiabilidade do instrumento. Medidas válidas compreendem representações precisas da característica que se almeja medir, sendo que as medidas confiáveis produzem os mesmos resultados, sendo replicáveis e consistentes (WEBER, 2012).

Validação é um processo de coletar e avaliar as evidências da validade do instrumento. Tanto o pesquisador quanto o sujeito/respondente desempenham papéis importantes nesse processo, cabendo ao primeiro coletar as evidências que confirmam ou não a validade do instrumento (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006).

Com intuito de verificar as evidências de validade da UCLA *Loneliness Scale* nos diferentes países onde suas propriedades psicométricas foram analisadas, uma revisão integrativa foi realizada (APÊNDICE A). Para Pasquali (2010), a validação pode ser verificada por meio da validade de conteúdo, de critério e de construto.

A **validade de conteúdo** de uma escala examina a extensão em que a especificação, sobre a qual ela foi construída, reflete o propósito específico para o qual ela está sendo desenvolvida. Em geral, demonstra o grau em que uma amostra de itens, tarefas ou questões de uma escala representa um universo definido ou um domínio de um conteúdo (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006). A validade de conteúdo pode ser realizada por meio da avaliação por um comitê de especialistas (ALEXANDRE; COLUCI, 2011). Quando se trata de um processo de adaptação cultural, recomenda-se a formação de um comitê multidisciplinar (HUTCHINSON; BENTZEN; KONIG-ZANHN, 1996). Cabe ao comitê certificar que a versão final seja compreensível e avaliar a equivalência do instrumento para a população alvo. Desta forma, deve haver equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual entre o instrumento original e o adaptado (GUILLEMIN, 1995).

A **validade de critério** de um teste consiste no grau de eficácia que ele tem em prever um desempenho específico de um sujeito (PASQUALI, 2009). Ela representa o grau em que as medidas concordam com outras abordagens que medem a mesma característica (PASQUALI, 2010). Desta forma, como não existem no Brasil instrumentos válidos que possam ser aplicados conjuntamente à UCLA *Loneliness Scale (version 3)*, a validade de critério não foi analisada.

A **validade de construto** refere-se ao grau em que uma escala mede a teoria ou a hipótese sob investigação, ou seja, está relacionada à habilidade do instrumento para confirmar as hipóteses esperadas (SILVA; RIBEIRO-FILHO, 2006). Para alcançar este tipo de validação faz-se necessário uma série de estudos realizados por meio de testes estatísticos e das construções teóricas sobre a relação entre as variáveis a serem medidas (RAYMUNDO, 2009).

Para Morales-Vallejo, Sanz e Blanco (2003) a validade de construto apresenta dois tipos de estratégias complementares com a finalidade de comprovar as

hipóteses instituídas referentes ao construto avaliado, isto é, a validade convergente e a validade divergente. A validade convergente avalia as relações esperadas e presumíveis com outras medidas relacionadas a dois tipos de variáveis, ou seja, as relações existentes com variáveis mensuradas por outros instrumentos que medem de forma intencional o mesmo construto e as relações com instrumentos que medem outros aspectos com o qual se acredita existir uma relação positiva ou negativa. A validade divergente ou discriminante avalia o grau em que uma medida não se correlaciona com outras medidas das quais se acredita que deveria divergir (SÁNCHEZ; SARABIA, 1999). Deve ser realizado um criterioso planejamento do processo de validação durante a preparação do instrumento para coletar simultaneamente os dados necessários. Assim, no processo de validação é necessário especificar as hipóteses previstas entre as variáveis envolvidas indicando o sentido que se espera da relação, seja positivo, negativo, ou ausência de relação e a magnitude relativa esperada da relação, onde se pode comprovar a existência de relações maiores e mais claras (MORALES-VALLEJO; SANZ; BLANCO, 2003).

Testes como a comparação entre grupos distintos e a análise fatorial também têm sido usados para avaliar a validade relacionada ao construto. A comparação de resultados obtidos entre grupos distintos demonstra que os escores de um teste variam de modo previsível em função da participação em algum grupo. Desta forma, se um teste se constituir uma medida válida de um determinado construto, o escore de grupos de pessoas que apresentam supostas diferenças relativas à esse construto, devem ser correspondentemente diferentes (COHEN; SWERDLIK; STURMAN, 2014).

A análise fatorial constitui-se uma classe de procedimentos matemáticos que buscam identificar fatores ou variáveis, características ou dimensões nas quais os indivíduos podem diferir. É um método de redução de dados no qual diversos conjuntos de escores e a correlações entre eles são analisados, sendo que, nos estudos psicométricos, a finalidade da análise fatorial pode ser a identificação de fator ou fatores em comum entre escores em uma série de testes. Geralmente a análise fatorial é conduzida em base exploratória ou confirmatória, sendo que a análise fatorial exploratória (AFE) implica estimar ou extrair fatores, decidir quantos fatores serão mantidos e alternar fatores para orientar uma interpretação; já na análise fatorial confirmatória (AFC), é testado em que grau um modelo hipotético se ajusta aos dados reais (COHEN; SWERDLIK; STURMAN, 2014).

A análise fatorial produz para cada item a carga fatorial deste no fator, sendo que a carga fatorial aponta a covariância entre o fator e o item. Assim, a carga fatorial indicará quanto em porcentagem há de relação entre o item e o fator (covariância). Desta forma, quanto mais perto de 100% de covariância item-fator, melhor será o item, o qual constituirá um ótimo representante comportamental do fator ao refletir o traço latente. As cargas fatoriais variam entre -1 e +1, sendo que o valor da carga fatorial de 0,00 significa que não há relação entre item e fator, não representando ou não refletindo o traço latente desejado. Normalmente, estabelece-se que uma carga fatorial com valor de 0,30 (positivo ou negativo) constitui-se uma carga mínima para a representatividade e qualidade do item (PASQUALI, 1999).

Neste tipo de análise, o pressuposto é que, quanto menor o número de variáveis fonte (construto ou traço latente), mais adequada será a explicação sobre o número de variáveis observadas (itens). Desta forma, se o teste estiver medindo um único construto, a análise fatorial verificará esta hipótese, demonstrando que a matriz de correlações entre os itens pode ser, de forma adequada, diminuída ou reduzida a um único fator. Assim, fornece uma demonstração empírica da hipótese que o teste alcançou uma representação condizente ao construto em questão, o que demonstra que o instrumento apresenta validade de construto (PASQUALI, 1996; PASQUALI, 1999).

O primeiro passo para realização de uma AFE consiste em analisar se a matriz de dados pode ser submetida ao processo de análise fatorial. Para este fim, existem dois métodos que são mais frequentemente utilizados, o teste de medida de adequabilidade da amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett*. O KMO é um índice utilizado para verificar a possibilidade de realização da análise fatorial. Valores entre 0,5 e 1,0 demonstram ser possível uma análise fatorial, enquanto valores inferiores a 0,5 indicam que esta pode ser inadequada. O teste de esfericidade de *Bartlett* verifica se dentro da matriz de correlação suas correlações são significativas, devendo-se alcançar um nível de significância inferior a 0,05, o que demonstra que a matriz é fatorável (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010; DAMÁSIO, 2012). Posteriormente, deve-se determinar a técnica de extração de fatores, cuja finalidade é definir o número de fatores que melhor representa o modelo de correlação entre as variáveis observadas, sendo a análise de componentes principais a preferida para fins de redução de dados. Após esta fase, deve-se decidir pelo tipo de rotação dos fatores, o que permite determinar de

forma mais simples quais variáveis são carregadas em quais componentes, sendo a rotação Varimax a mais comumente utilizada (FIGUEIREDO FILHO; SILVA JÚNIOR, 2010).

A confiabilidade ou fidedignidade de um instrumento relaciona-se ao quanto repetidas avaliações, medições ou quantificações de um mesmo sujeito ou objeto produzem resultados semelhantes (FLECHER R.; FLECTHER S., 2006; MARTINS, 2006). Poderá ser avaliada pelo grau de consistência interna, que prediz se os itens do instrumento relacionam-se ou são complementares entre si, podendo ser testada estatisticamente pela utilização do coeficiente *Alfa de Cronbach*, que é calculado a partir de correlações entre escores de itens individuais (HULLEY; MARTIN; CUMMINGS, 2003).

4 MÉTODO

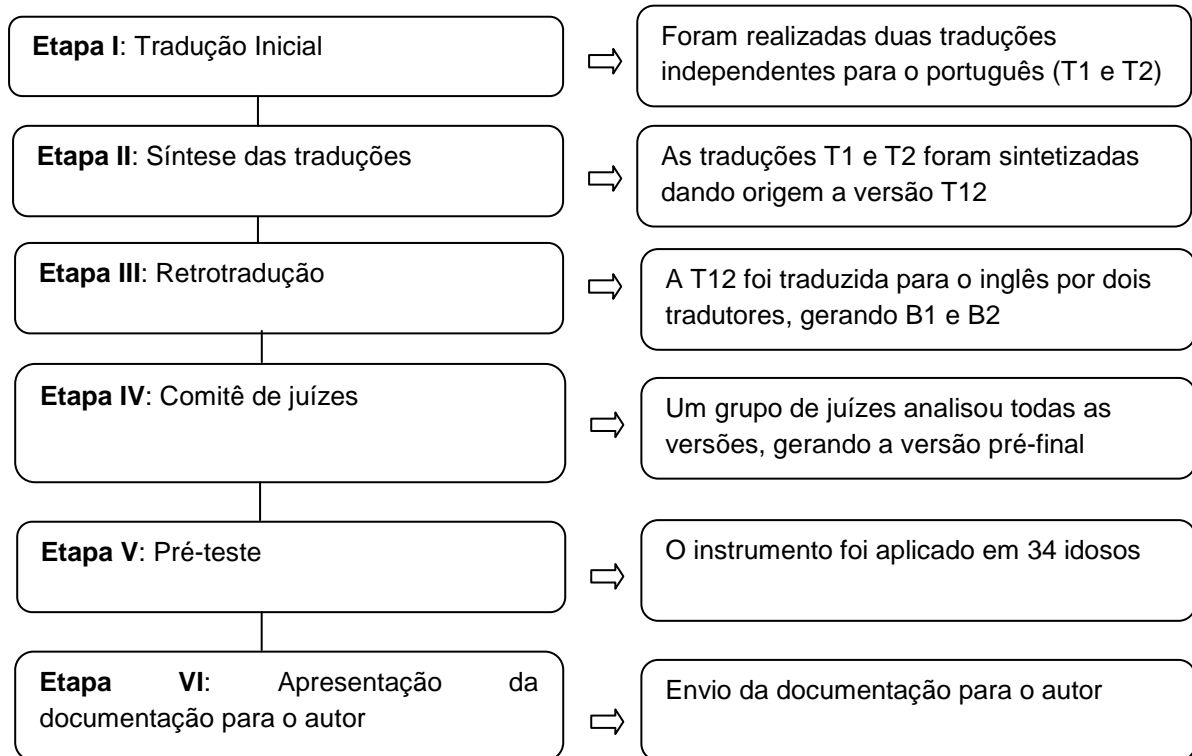
4.1 Delineamento do estudo

O estudo foi desenvolvido em duas etapas: a primeira corresponde à tradução e a adaptação cultural do instrumento na versão da língua inglesa da *UCLA Loneliness Scale (version 3)* (ANEXO A) para a versão portuguesa do Brasil; na segunda etapa foi realizado o estudo da validade da escala. Trata-se de um estudo metodológico que é direcionado a aprimorar métodos usados em outras pesquisas e consiste no desenvolvimento de ferramentas específicas para a coleta de dados, como instrumentos e questionários, sendo extremamente importante para o desenvolvimento de outras pesquisas (WASSERBAUER; ABRAHAM, 1995). O aspecto mais importante deste tipo de delineamento, abordado em mensuração e estatística é chamado de psicometria, que se relaciona com a teoria e o desenvolvimento de instrumentos ou técnicas de medição ao longo do processo de pesquisa, ou seja, medição de um conceito com ferramentas de confiabilidade e validade (LOBIONDO-WOOD; HABER, 2001).

4.2 Processo de tradução e adaptação cultural da *UCLA Loneliness Scale (version 3)*

A permissão para realização do processo de tradução e adaptação cultural foi concedida pelo autor do instrumento, Dr. Daniel Russell (ANEXO B), bem como a publicação da versão original da escala nos anexos da tese (ANEXO C). O processo de adaptação cultural foi efetivado em concordância com as orientações propostas pela literatura internacional (BEATON et al., 2007; BEATON et al., 2000). As etapas realizadas são apresentadas na figura abaixo:

Figura 2 - Processo de Adaptação Cultural da UCLA *Loneliness Scale* (version 3),
Divinópolis, 2016



Fonte: Dados do estudo

4.2.1 Tradução inicial

Foram realizadas duas traduções, tradução 1 (T1) e tradução 2 (T2), por duas tradutoras independentes, brasileiras, bilíngues, sendo uma enfermeira, com conhecimento dos objetivos do estudo e uma professora de inglês, sem conhecimento prévio do objetivo da pesquisa. As tradutoras, individualmente, receberam um instrumento contendo a versão original em inglês da UCLA *Loneliness Scale* (version 3). Neste, poderiam anotar possíveis dúvidas ou comentários sobre o processo de tradução dos itens quando necessário. Desta forma, o instrumento que originalmente é redigido na língua inglesa, recebeu duas versões na língua portuguesa do Brasil.

4.2.2 Síntese das traduções

A partir da versão original e das duas primeiras traduções (T1 e T2), foi gerada a versão síntese (T12). Esta versão foi obtida a partir do consenso entre a pesquisadora e as duas tradutoras, responsáveis pela etapa de tradução inicial do

instrumento. Nesta etapa, todos os itens do instrumentos foram analisados, avaliando cada tradução individual para, em conjunto, ser escolhida a melhor tradução para cada item da escala.

4.2.3 Back-translation ou retrotradução

A versão síntese deu origem a duas retrotraduções (B1 e B2) geradas por tradutores independentes e que não conheciam o instrumento original. Os dois tradutores possuem o inglês como língua materna, atuando no Brasil como professores da língua inglesa.

Os tradutores, individualmente, receberam um instrumento contendo a versão síntese (T12) em português da UCLA *Loneliness Scale (version 3)*, no qual poderiam anotar possíveis dúvidas ou comentários sobre o processo de tradução dos itens quando necessário. Desta forma, o instrumento que estava redigido em língua portuguesa, recebeu duas versões na língua inglesa, ou seja, foi redigido na língua original do instrumento.

A análise das duas versões foi realizada pela pesquisadora, sendo cada item avaliado no intuito de comparar as versões geradas na retrotradução com a versão original do instrumento, não sendo constatadas discrepâncias entre a versão original e as duas retrotraduções.

4.2.4 Comitê de juízes

Para escolha dos participantes deste comitê, critérios de inclusão foram estabelecidos. Desta forma, o juiz deveria possuir alguma característica que pudesse contribuir com o processo de tradução e adaptação do instrumento na população do estudo, ou seja, possuir fluência na língua inglesa, ter experiência na realização de tradução e adaptação cultural de instrumentos e/ou possuir experiência na área de saúde do idoso.

Este comitê foi composto por seis profissionais da área da saúde, sendo duas enfermeiras, duas psicólogas, uma médica e uma bióloga, todas com domínio da língua inglesa. Uma das enfermeiras é formada há 31 anos, está cursando o doutorado em Enfermagem e é docente de uma Universidade Federal em Minas Gerais, atuando na área de adulto e idoso nesta instituição. Morou por dez meses

nos Estados Unidos da América (EUA). A outra enfermeira é graduada há 10 anos, trabalha há oito anos em um PSF da cidade de Divinópolis, possui especialização em Saúde da Família e atuou por um ano e meio como professora de inglês em uma escola de idiomas. Uma das psicólogas é formada há 21 anos, em seu mestrado realizou a tradução e adaptação cultural de uma escala para o Brasil, cursa o pós-doutorado na Califórnia, e é docente de uma Universidade Federal em Minas Gerais. A outra psicóloga é formada há 14 anos, possui doutorado em Psicologia e atualmente é pesquisadora colaboradora de uma Universidade em Portugal, tem desenvolvido pesquisas que envolvem o processo de tradução e adaptação cultural de instrumentos. A médica terminou sua graduação há 31 anos, cursou o pós-doutorado nos EUA e é docente de uma Universidade Federal em Minas Gerais. A bióloga é formada há 22 anos, realizou o pós-doutorado nos EUA, onde morou por quatro anos e atualmente é docente de uma Universidade Federal em Minas Gerais.

Em um primeiro momento, os membros do comitê receberam todas as versões do instrumento em processo de adaptação, ou seja, a versão original, as duas traduções iniciais (T1 e T2), a síntese das traduções (T12), as duas versões da retrotradução (B1 e B2) e um formulário para avaliação das equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual.

O formulário para avaliação das equivalências continha um quadro no qual cada membro do comitê deveria assinalar -1, quando considerasse que o item não possuía equivalência com o instrumento original, 0, quando estivesse indeciso em relação à sua resposta e 1 quando julgasse ser o item equivalente à versão original, podendo escrever suas sugestões em um espaço exclusivo para este fim, como consta no quadro a seguir:

Quadro 1- Instrumento para avaliação das equivalências, Divinópolis, 2016

EQUIVALÊNCIAS	-1	0	+1
Semântica (correspondência do significado das palavras)			
Idiomática (expressões equivalentes em ambos os idiomas)			
Cultural (situações evocadas nos itens devem corresponder às vivenciadas em nosso contexto cultural)			
Conceitual (coerência do item em relação àquilo que se propõe a medir)			
Sugestões:			

Fonte: Dados do estudo

Posteriormente à avaliação individual das versões, os juízes enviaram suas considerações à pesquisadora, a qual compilou todas as informações em um único impresso. A avaliação de cada juiz foi comparada com os demais e os itens que apresentaram concordância menor do que 90% em qualquer equivalência, foram novamente avaliados pelos membros do comitê. Aos membros foi entregue um documento com a versão original do instrumento e as porcentagens de concordância entre os juízes relativas às equivalências em todos os itens. Posteriormente, a pesquisadora leu cada item do instrumento, os quais foram discutidos pelos juízes, tendo os mesmos chegado em um consenso. A validade de conteúdo foi realizada nesta fase. Desta forma, em conjunto, os membros do comitê definiram a versão pré-final da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR que foi utilizada na Etapa V, ou seja, no Pré-teste.

4.2.5 Pré-teste

A versão pré-final da escala foi aplicada em 34 idosos atendidos em 17 Estratégias de Saúde da Família (ESF) do município de Divinópolis, sendo dois idosos por ESF. Alguns idosos foram entrevistados na ESF e outros em seu domicílio. O contato com estes idosos era facilitado por profissionais da ESF.

Em um primeiro momento, os idosos eram convidados a participar da pesquisa e, quando aceitavam, respondiam às questões relativas aos 20 itens da Escala de Solidão. Para isto, os entrevistadores faziam a leitura de todos os itens do instrumento e posteriormente assinavam as respostas proferidas pelos idosos.

Após a aplicação desta versão, os idosos eram questionados quanto a compreensibilidade e facilidade de escolha dos itens, para atestar a compreensão por parte destes idosos relativa aos conteúdos abordados na escala. Além da versão pré-final da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR foram aplicados também os instrumentos para caracterização sociodemográfica e clínica (APÊNDICE B), o questionário de Apoio Social MOS-*Study* (GRIEP et al., 2005) (ANEXO D) e a CES-D – Escala de Depressão do *Center for Epidemiological Studies* (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007) (ANEXO E). Como os idosos participantes desta fase apresentaram dificuldade quanto à compreensão de um item da versão pré-final da UCLA *Loneliness Scale* (version 3), este item retornou ao comitê de juízes e, após discussão e consenso por parte dos membros, foi formulada a versão final da escala

(APÊNDICE E). Posteriormente a esta fase, os materiais resultantes do processo de tradução e adaptação cultural foram encaminhados para o autor da escala original.

4.3 Análise das propriedades psicométricas da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR

4.3.1 Análise da validade

4.3.1.1 Validade de conteúdo

A validade de conteúdo foi obtida durante o processo de tradução e adaptação cultural da UCLA *Loneliness Scale (version 3)*. A validade de conteúdo foi medida por meio da Porcentagem de Concordância entre os juízes, com a utilização da seguinte fórmula (TILDEN; NELSON; MEY, 1990; TOPF, 1986):

$$\% \text{ concordância} = \frac{\text{Número de participantes que concordaram}}{\text{Número total de participantes}} \times 100$$

Quando se utiliza esse método, recomenda-se considerar como taxa aceitável de concordância entre os membros do comitê o valor de 90% (POLIT; BECK, 2006). Os itens que obtiveram porcentagem inferior à 90% retornaram ao comitê de juízes, que, após consenso, gerou a versão aplicada no pré-teste.

4.3.1.2 Validade de construto

A validade de construto foi analisada por meio da comparação entre grupos distintos, pela correlação da medida obtida pela versão final da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR com medidas de instrumentos que avaliam construtos correlacionados à solidão (validade convergente) e pela análise fatorial exploratória.

4.3.1.2.1 Comparação entre grupos distintos

Foram avaliadas as medidas obtidas pela versão final da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR considerando-se o sexo e a situação conjugal.

Desta forma, as seguintes hipóteses foram testadas:

- Quanto ao sexo dos participantes: não há diferenças entre homens e mulheres nas medidas obtidas pela Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR.
- Quanto a situação conjugal: há diferença entre idosos que possuem companheiro e os que não possuem e as medidas da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR.

4.3.1.2.2 Validade de construto convergente

A validade de constructo convergente foi testada pela correlação da medida da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR com as medidas de apoio social e depressão.

Foram testadas as seguintes hipóteses:

- Há correlação positiva de moderada intensidade entre a medida da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR e a medida de depressão obtida pela Escala de Depressão do *Center for Epidemiological Studies*.
- Há correlação negativa de moderada intensidade entre a medida da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR e a medida de apoio social obtida pelo questionário de Apoio Social *MOS-Study*.

4.3.1.2.3 Análise fatorial exploratória

A análise fatorial tem sido utilizada em vários estudos para avaliar a dimensionalidade da UCLA *Loneliness Scale*. Assim, a análise fatorial exploratória foi realizada para analisar a dimensionalidade da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR e comparar os resultados obtidos com os resultados de outras pesquisas.

4.3.2 Análise da confiabilidade

A confiabilidade foi analisada por meio da medida de consistência interna dos itens da escala, calculada pelo coeficiente *Alfa de Cronbach*, para verificar se a

Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR conseguiria medir o que se propõe a avaliar.

4.4 Local de realização

O estudo foi realizado em 17 ESF urbanas no município de Divinópolis, MG. Foi obtida autorização pelo profissional responsável pela Secretaria Municipal de Saúde (SEMUSA) para realização da coleta de dados (ANEXO F).

4.5 População do estudo

A população do estudo é composta por 3.907 idosos atendidos nas 17 ESF urbanas.

4.6 Amostra

Fizeram parte da amostra os idosos que atenderam aos seguintes critérios de seleção: ter idade igual ou superior a 60 anos; não apresentarem suspeita de déficit cognitivo demonstrado pelo questionário Mini-Mental, cujos escores de corte são 13 para analfabetos, 18 para indivíduos com até 8 anos de escolaridade e 26 para indivíduos com escolaridade acima de 8 anos, de acordo com Bertolucci (1994). O Mini-Mental constitui-se em um teste simples e de rápida aplicação, utilizado para fins de exame do estado mental (BERTOLUCCI, 1994).

4.7 Cálculo do tamanho da amostra

Para realização do pré-teste, a amostra foi de 34 idosos, obedecendo a orientação dos autores sobre o processo de tradução e adaptação cultural (BEATON et al., 2000). Para a fase de validação do estudo, é recomendado que sejam feitas de cinco a dez observações para cada item do instrumento a ser validado, para avaliação do *Alfa de Cronbach*. Desta forma, a amostra por conveniência foi composta por 136 idosos (68 do sexo feminino e 68 do sexo masculino), visto que a UCLA *Loneliness Scale (version 3)* é composta por 20 itens (HAIR et al., 2009).

Buscou-se equivalência entre os sexos para evitar a influência desta variável nos resultados da pesquisa.

4.8 Coleta de dados

Os dados relativos ao pré-teste foram coletados pela pesquisadora e por uma enfermeira voluntária. Os dados referentes à fase de validação foram coletados pela pesquisadora, por uma enfermeira voluntária, por uma acadêmica de enfermagem bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) e por uma acadêmica de enfermagem voluntária. Foi realizado um treinamento prévio para padronizar o processo de coleta de dados e aplicação dos seguintes instrumentos: caracterização sociodemográfica dos idosos, com a inclusão de questões relativas à rede social do idoso (GRIEP et al., 2003); a Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR; a escala de Apoio Social MOS-*Study* (GRIEP et al., 2005) e a CES-D - Escala de Depressão do *Center for Epidemiological Studies* (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007).

Os dados relativos ao pré-teste foram coletados durante os meses de maio e junho de 2015. A coleta dos dados referentes à fase de validação aconteceu durante os meses de novembro de 2015 à fevereiro de 2016. Alguns idosos eram abordados na ESF, enquanto outros, em sua própria residência. O contato com estes idosos era facilitado pela intermediação dos profissionais destes serviços, como agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem e enfermeiros.

4.8.1 Instrumentos para coleta de dados

4.8.1.1 A UCLA Loneliness Scale (version 3)

A *UCLA Loneliness Scale (version 3)* é uma escala constituída originalmente por 20 itens, todos elaborados no sentido do construto da solidão com quatro alternativas de resposta variando entre nunca e frequentemente. Foi desenvolvida para avaliar os sentimentos subjetivos de solidão. Os itens da versão original foram criados com frases utilizadas por indivíduos solitários para descrever sentimentos de solidão (RUSSELL; REPLAU; FERGUSON, 1978). As questões estavam todas apresentadas na direção negativa ou dirigidas à solidão, às quais os

indivíduos indicavam com que frequência tinham sentimentos de solidão, numa escala de medida que variava entre nunca (1) e frequentemente (4).

Desde a sua criação, a versão original tem sido revista, estando atualmente na sua 3ª versão, devido ao fato de suas frases estarem todas na mesma direção, fato este que poderia afetar o escore.

A atual versão da escala é composta por 20 itens, sendo 9 redigidos positivamente (1, 5, 6, 9, 10, 15, 16, 19 e 20) e 11 formulados negativamente (2, 3, 4, 7, 8, 11, 12, 13, 14, 17 e 18). Os itens redigidos positivamente devem ter os valores das pontuações invertidos (ex., 1=4, 2=3, 3=2, 4=1).

Sua consistência interna variou entre 0,89 e 0,94 numa amostra de estudantes universitários, enfermeiros, professores e idosos (RUSSELL, 1996).

Os resultados da análise fatorial forneceram suporte para a visualização da *UCLA Loneliness Scale (version 3)* como uma medida unidimensional (RUSSELL, 1996).

A validade de critério da escala foi confirmada quando a correlação entre a escala e outras medidas de solidão foi examinada. A validade de construto da escala mostrou-se relacionada com o apoio social e deseabilidade social na amostra de estudantes universitários. Além disso, a escala foi significativamente correlacionada com as medidas de bem-estar (satisfação com a vida e depressão) em uma amostra de idosos. A pontuação pode variar entre 20 e 80 pontos. Quanto maior a pontuação, maior o nível de solidão. Uma pontuação de 50 a 59 pontos está relacionada a um nível moderadamente elevado de solidão, sendo que 60 ou mais pontos estão associados a níveis elevados de solidão (RUSSELL, 1996).

4.8.1.2 A escala de apoio social MOS-Study

O *Medical Outcomes Study* (MOS) refere-se a Escala de Apoio Social que foi elaborada, originalmente, por Sherbourne e Stewart para o *Medical Outcomes Study* (MOS), em um estudo que envolveu usuários de serviços de saúde em Boston, Chicago e Los Angeles, que apresentavam uma ou mais doenças crônicas (GRIEP et al., 2005).

Os itens da escala foram submetidos a um processo de tradução, adaptação e validação de construto para o português por pesquisadores da Universidade

Federal do Rio de Janeiro, sendo a versão validada a escolhida para fazer parte deste estudo (GRIEP et al., 2005).

A escala compreende cinco dimensões de apoio social: material (provisão de recursos práticos e ajuda material); afetivo (demonstrações físicas de amor e afeto); emocional (expressões de afeto positivo, compreensão e sentimentos de confiança); interação social positiva (disponibilidade de pessoas para se divertirem ou relaxarem) e informação (disponibilidade de pessoas para a obtenção de conselhos ou orientações). Para todas as perguntas, cinco opções de resposta são apresentadas: 1 (“nunca”); 2 (“raramente”); 3 (“às vezes”); 4 (“quase sempre”) e 5 (“sempre”).

Foi realizada avaliação da validade de construto da escala por intermédio da análise fatorial exploratória, propondo-se três fatores como melhor expressão das dimensões da escala: afetiva/ interação social positiva, emocional/informação e apoio material. A média da escala global foi 80,8. O coeficiente *Alfa de Cronbach* foi igual ou maior do que 0,83 para todas as dimensões (GRIEP et al., 2005). Na escala global, a pontuação pode variar entre 19 e 95. Nas dimensões, a pontuação pode variar entre sete e 35 na dimensão afetiva/ interação social positiva, entre oito e 40 na dimensão emocional/informação e entre quatro e 20 na dimensão apoio material, sendo que, uma maior pontuação caracteriza maior apoio social.

4.8.1.3 CES-D Escala de depressão do *Center for Epidemiological Studies*

A Escala de depressão do *Center for Epidemiological Studies* é um instrumento de rastreio reconhecido como recurso rápido, simples e útil para a identificação de sintomas depressivos ou de vulnerabilidade à depressão na velhice (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007). Desde seu desenvolvimento por Radloff (1977) na década de 1970, a CES-D tem sido estudada e utilizada em uma variedade de contextos.

A CES-D não se constitui num instrumento diagnóstico no sentido estrito, mas funciona como um indicador da possível presença de depressão, que deve ser avaliada por critérios clínicos, bioquímicos e psicossociais, para que se possa fazer uma afirmação mais segura sobre sua presença ou ausência (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007). A CES-D contém 20 itens escalares sobre humor, sintomas somáticos, interações com os outros e funcionamento motor. As respostas são em

escala Likert (nunca ou raramente (0), poucas vezes (1), quase sempre (2), sempre (3)).

Os autores validaram a CES-D em idosos, avaliando a validade interna, de construto e de critério da escala. O instrumento mostrou-se psicometricamente adequado para uso entre idosos. O escore varia de 0 a 60 pontos. Os resultados apontaram alta consistência interna para a CES-D ($\alpha=0,860$). O escore >11 foi o que melhor discriminou entre casos e não-casos, sendo que, um escore menor ou igual a 11 caracteriza um sujeito sem sintomas de depressão e a pontuação de 12 a 60 é indicativa da presença de sintomas depressivos (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007).

4.9 Análise de dados

Os dados foram digitados no Excel versão 2007, tendo sido realizada a dupla digitação dos dados. Após conferência e correção das discrepâncias entre os dois bancos, os dados foram transportados para o programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), versão 21.0, onde foram processados para fins de análise. Foram realizadas análises descritivas sendo as variáveis categóricas submetidas à análise de frequência simples, enquanto as contínuas foram analisadas de acordo com as medidas de tendência central (média, mediana) e dispersão (desvio-padrão).

Anteriormente à verificação das relações entre as variáveis, foi investigado se os pressupostos da estatística paramétrica estavam presentes ou não na amostra. Desta forma, para a verificação da normalidade foi utilizado o teste de *Shapiro-Wilk* (RAZALI; WAH, 2011).

O teste *Shapiro-Wilk* forneceu o valor- p , que pode ser interpretado como a medida do grau de concordância entre os dados e a hipótese nula (H_0), sendo H_0 correspondente à distribuição normal. Se $\text{valor-}p \leq \alpha$, rejeita-se H_0 , ou seja, não se pode admitir que o conjunto de dados avaliados tenha distribuição normal; se $\text{valor-}p > \alpha$, não se rejeita H_0 , ou seja, a distribuição normal é uma distribuição possível para o conjunto de dados em questão (LOPES; BRANCO; SOARES, 2013). Assim, os resultados do teste *Shapiro-Wilk* demonstraram que as variáveis solidão, depressão e apoio social possuíam distribuição não normal na amostra analisada.

Desta forma, testes não paramétricos foram realizados para análise destas variáveis, ou seja, o teste de *Mann-Whitney* para comparar possíveis diferenças nas

medidas da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR, sexo e situação conjugal e testes de correlação de *Spearman* entre as medidas da UCLA e medidas de apoio social e de depressão.

Posteriormente, testes paramétricos foram realizados como estratégia alternativa, conforme orientações de Fife-Schaw (2006), para tratar os dados quando os pressupostos necessários para a utilização de testes paramétricos não foram cumpridos. Segundo este autor, em situações em que os pressupostos paramétricos são violados, o pesquisador pode executar os testes paramétricos e não paramétricos equivalentes e adequados para a questão de investigação do estudo. Quando ambos os testes concordam no que se refere à rejeição *versus* retenção da hipótese nula, deve-se reportar os resultados dos testes paramétricos. Como os testes não paramétricos e paramétricos forneceram resultados que concordaram em relação à rejeição *versus* retenção da hipótese nula, optou-se pela apresentação dos resultados dos testes paramétricos.

Desta forma, para a avaliação da validade de construto convergente da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR foram realizados testes de correlação de *Pearson* entre as medidas da UCLA e medidas de apoio social e de depressão. Para variáveis categóricas, foi realizado o teste *t* para comparar possíveis diferenças nas medidas da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR, sexo e situação conjugal. As forças das correlações foram analisadas de acordo com a classificação em que valores abaixo de 0,1 foram classificados como correlação nula, entre 0,1 e 0,3 como correlação de fraca intensidade, entre 0,4 e 0,6, como de moderada intensidade e valores de 0,7 a 1 como correlação de forte intensidade (DANCEY; REIDY, 2006).

A validade de construto também foi avaliada por meio da análise fatorial exploratória. Foram utilizados o teste de medida de adequacidade da amostra de *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) e o teste de esfericidade de *Bartlett*. Em relação à retenção fatorial foi utilizado o *eigenvalue* > 1. A extração de fatores foi realizada a partir de uma análise em componentes principais e rotação Varimax.

A análise da confiabilidade da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR foi calculada por meio do *Alfa de Cronbach*, sendo os valores considerados aceitáveis quando presentes no intervalo de 0,70 a 0,90 (FAYERS; MACHIN, 2007). O nível de significância adotado neste estudo foi de 0,05.

4.10 Aspectos éticos da pesquisa

O presente estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFMG, parecer número 860.453 (ANEXO G), seguindo normatização da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos, tendo sido solicitada autorização à Coordenação da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, para posterior coleta de dados.

Os juízes e idosos convidados a participar da pesquisa foram informados sobre os objetivos e importância do estudo e aos que concordaram em participar da pesquisa, foram solicitadas assinaturas no TCLE (APÊNDICES C e D). Todas as informações sobre os pacientes foram tratadas de forma sigilosa e confidencial, sendo garantido o anonimato.

5 RESULTADOS

5.1 Tradução e adaptação cultural da UCLA *Loneliness Scale* (version 3)

5.1.1 Tradução e síntese

O processo de tradução e síntese da versão inglesa da UCLA *Loneliness Scale* (version 3) para o português do Brasil encontra-se descrito no quadro à seguir:

Quadro 2 - Tradução e síntese da versão inglesa da UCLA *Loneliness Scale* (version 3) para o português do Brasil, Divinópolis, 2016

(continua)

Versão original	Tradução 1 (T1)	Tradução 2 (T2)	Síntese (T12)
UCLA <i>Loneliness Scale</i> (version 3)	UCLA Escala de Solidão (versão 3)	Escala de Solidão da UCLA (versão 3)	Escala de Solidão da UCLA (versão 3)
<i>Instructions:</i> The following statements describe how people sometimes feel. For each statement, please indicate how often you feel the way described by writing a number in the space provided. Here is an example:	<i>Instruções:</i> As frases a seguir descrevem como as pessoas se sentem às vezes. Para cada frase, por favor indique com que frequência você se sente da maneira descrita, preenchendo com números os espaços disponíveis. Segue um exemplo:	<i>Instruções:</i> As afirmações seguintes descrevem como as pessoas se sentem às vezes. Para cada uma delas, por favor, indique com que frequência você se sente da maneira descrita, completando com um número o espaço disponível. Eis um exemplo:	<i>Instruções:</i> As frases a seguir descrevem como as pessoas se sentem às vezes. Para cada uma delas, por favor, indique com que frequência você se sente da maneira descrita, completando com um número o espaço disponível. Segue um exemplo:
How often do you feel happy?	Com que frequência você se sente feliz?	Com que frequência você se sente feliz?	Com que frequência você se sente feliz?
If you never felt happy, you would respond "never"; if you always feel happy, you would respond "always".	Se você nunca se sentiu feliz responda "nunca"; se você sempre se sente feliz, responda "sempre".	Se você nunca se sente feliz, você responderia "nunca"; se você sempre se sente feliz, responderia "sempre".	Se você nunca se sentiu feliz responda "nunca"; se você sempre se sente feliz, responda "sempre".
NEVER (1)	NUNCA (1)	NUNCA(1)	NUNCA (1)
RARELY (2)	RARAMENTE (2)	RARAMENTE (2)	RARAMENTE (2)

Quadro 2 - Tradução e síntese da versão inglesa da UCLA *Loneliness Scale* (version 3) para o português do Brasil, Divinópolis, 2016

(continuação)

Versão original	Tradução 1 (T1)	Tradução 2 (T2)	Síntese (T12)
UCLA Loneliness Scale (version 3)	UCLA Escala de Solidão (versão 3)	Escala de Solidão da UCLA (versão 3)	Escala de Solidão da UCLA (versão 3)
SOMETIMES (3)	ÀS VEZES (3)	ÀS VEZES (3)	ÀS VEZES (3)
ALWAYS (4)	SEMPRE (4)	SEMPRE (4)	SEMPRE (4)
*1. How often do you feel that you are “in tune” with the people around you?	*1. Com que frequência você se sente “em sintonia” com as pessoas ao seu redor?	*1. Com que frequência você sente que está “em sintonia” com as pessoas ao seu redor?	*1. Com que frequência você sente que está “em sintonia” com as pessoas ao seu redor?
2. How often do you feel that you lack companionship?	2. Com que frequência você sente que lhe falta companheirismo da sua parte?	2. Com que frequência você sente que lhe falta companhia?	2. Com que frequência você sente que lhe falta companhia?
3. How often do you feel that there is no one you can turn to?	3. Com que frequência você sente que não tem nenhuma pessoa com quem possa contar?	3. Com que frequência você sente que não há ninguém a quem possa recorrer?	3. Com que frequência você sente que não há ninguém com quem possa contar?
4. How often do you feel alone?	4. Com que frequência você se sente sozinho(a)?	4. Com que frequência você se sente só?	4. Com que frequência você se sente só?
*5. How often do you feel part of a group of friends?	*5. Com que frequência você se sente parte de um grupo de amigos?	*5. Com que frequência você se sente como parte de um grupo de amigos?	*5. Com que frequência você se sente como parte de um grupo de amigos?
*6. How often do you feel that you have a lot in common with the people around you?	*6. Com que frequência você sente que tem muito em comum com as pessoas ao seu redor?	*6. Com que frequência você sente que possui muito em comum com as pessoas ao seu redor?	*6. Com que frequência você sente que tem muito em comum com as pessoas ao seu redor?
7. How often do you feel that you are no longer close to anyone?	7. Com que frequência você sente que não é mais próximo de ninguém?	7. Com que frequência você sente que não está mais próximo de ninguém?	7. Com que frequência você sente que não está mais próximo de ninguém?
8. How often do you feel that your interests and ideas are not shared by those around you?	8. Com que frequência você sente que seus interesses e ideias não são compartilhados pelas pessoas ao seu redor?	8. Com que frequência você sente que seus interesses e ideias não são compartilhados pelas pessoas ao seu redor?	8. Com que frequência você sente que seus interesses e ideias não são compartilhados pelas pessoas ao seu redor?

Quadro 2 - Tradução e síntese da versão inglesa da UCLA *Loneliness Scale* (version 3) para o português do Brasil, Divinópolis, 2016

(continuação)

Versão original	Tradução 1 (T1)	Tradução 2 (T2)	Síntese (T12)
UCLA Loneliness Scale (version 3)	UCLA Escala de Solidão (versão 3)	Escala de Solidão da UCLA (versão 3)	Escala de Solidão da UCLA (versão 3)
*9. How often do you feel outgoing and friendly?	* 9. Com que frequência você se sente sociável e amigável ?	*9. Com que frequência você se sente extrovertido e simpático ?	* 9. Com que frequência você se sente sociável e amigável ?
*10. How often do you feel close to people?	* 10. Com que frequência você se sente próximo das pessoas?	*10. Com que frequência você se sente próximo às pessoas?	*10. Com que frequência você se sente próximo das pessoas?
11. How often do you feel left out?	11. Com que frequência você se sente deixado de lado?	11. Com que frequência você se sente deixado de lado?	11. Com que frequência você se sente deixado de lado?
12. How often do you feel that your relationships with others are not meaningful?	12. Com que frequência você sente que suas relações com outras pessoas não tem significado ?	12. Com que frequência você sente que suas relações com os outros não são significativas ?	12. Com que frequência você sente que suas relações com os outros não são significativas ?
13. How often do you feel that no one really knows you well?	13. Com que frequência você sente que nenhuma pessoa realmente te conhece?	13. Com que frequência você sente que ninguém lhe conhece de verdade ?	13. Com que frequência você sente que ninguém te conhece de verdade ?
14. How often do you feel isolated from others?	14. Com que frequência você se sente isolado de outras pessoas ?	14. Com que frequência você se sente isolado dos outros ?	14. Com que frequência você se sente isolado de outras pessoas ?
*15. How often do you feel you can find companionship when you want it?	*15. Com que frequência você sente que pode encontrar companheirismo quando quer ?	*15. Com que frequência você sente que pode encontrar companhia quando você quiser ?	*15. Com que frequência você sente que pode encontrar companheirismo quando você quiser ?
*16. How often do you feel that there are people who really understand you?	*16. Com que frequência você sente que existem pessoas que realmente te entendem?	*16. Com que frequência você sente que existem pessoas que realmente lhe entendem?	*16. Com que frequência você sente que existem pessoas que realmente te entendem?
17. How often do you feel shy?	17. Com que frequência você se sente tímido?	17. Com que frequência você se sente tímido?	17. Com que frequência você se sente tímido?

Quadro 2 - Tradução e síntese da versão inglesa da UCLA *Loneliness Scale* (version 3) para o português do Brasil, Divinópolis, 2016

(conclusão)			
Versão original	Tradução 1 (T1)	Tradução 2 (T2)	Síntese (T12)
UCLA Loneliness Scale (version 3)	UCLA Escala de Solidão (versão 3)	Escala de Solidão da UCLA (versão 3)	Escala de Solidão da UCLA (versão 3)
18. How often do you feel that people are around you but not with you?	18. Com que frequência você sente que as pessoas estão ao seu redor, mas não com você?	18. Com que frequência você sente que as pessoas estão ao seu redor, mas não com você?	18. Com que frequência você sente que as pessoas estão ao seu redor, mas não com você?
*19. How often do you feel that there are people you can talk to?	*19. Com que frequência você sente que existem pessoas com quem você pode conversar?	*19. Com que frequência você sente que existem pessoas com quem você possa conversar?	*19. Com que frequência você sente que existem pessoas com quem você possa conversar?
*20. How often do you feel that there are people you can turn to?	*20. Com que frequência você sente que existem pessoas com quem você pode contar ?	*20. Com que frequência você sente que há pessoas a quem você possa recorrer ?	*20. Com que frequência você sente que há pessoas a quem você possa recorrer ?
Scoring: Items that are asterisked should be reversed (i.e., 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1), and the scores for each item then summed together. Higher scores indicate greater degrees of loneliness.	Pontuação: Itens que possuem o asterisco devem ter os valores das pontuações revertidos (ex., 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1), e os pontos de cada item devem ser somados depois . Pontuações maiores indicam alto grau de solidão.	Pontuação: Os itens que possuem asterisco devem ser revertidos (i.e., 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1), e as pontuações para cada item devem ser então somadas . Pontuações mais altas indicam grande grau de solidão.	Pontuação: Os itens que possuem o asterisco devem ter os valores das pontuações revertidos (ex., 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1), e os pontos de cada item devem ser somados depois . Pontuações maiores indicam alto grau de solidão.
<i>Note.</i> Copyright 1994 by Daniel W. Russell. Reprinted with permission.	<i>Nota.</i> Copyright 1994 por Daniel W. Russell. Reimpresso com permissão.	<i>Nota.</i> Direitos autorais por Daniel W. Russell 1994. Reimpresso com permissão.	<i>Nota.</i> Direitos autorais por Daniel W. Russell 1994. Reimpresso com permissão.

Fonte: Dados do estudo

5.1.2 Avaliação pelo comitê de juízes

Primeiramente, as sugestões feitas pelos juízes foram realizadas individualmente. Após esta primeira análise, os juízes se reuniram e chegaram em consenso, conforme demonstra o quadro a seguir:

Quadro 3 - Versão consenso da versão em português da UCLA *Loneliness Scale* (version 3) pelo comitê de juizes, Divinópolis, 2016

(continua)

Item na versão original	Versão T12 (português)	Decisão juizes
UCLA Loneliness Scale (version 3)	Escala de Solidão da UCLA (versão 3)	Escala de Solidão da **UCLA (versão 3) BR **Universidade da Califórnia, Los Angeles.
<i>Instructions:</i> The following statements describe how people sometimes feel. For each statement, please indicate how often you feel the way described by writing a number in the space provided. Here is an example:	<i>Instruções:</i> As frases a seguir descrevem como as pessoas se sentem às vezes . Para cada uma delas , por favor, indique com que frequência você se sente da maneira descrita, completando com um número o espaço disponível. Segue um exemplo:	As frases a seguir descrevem como as pessoas às vezes se sentem . Para cada frase , indique com que frequência você se sente da maneira descrita, completando com um número no espaço disponível. Segue um exemplo:
How often do you feel happy? If you never felt happy, you would respond "never"; if you always feel happy, you would respond "always".	Com que frequência você se sente feliz? Se você nunca se sentiu feliz responda "nunca"; se você sempre se sente feliz, responda "sempre".	Com que frequência você se sente feliz? Se você nunca se sentiu feliz responda "nunca"; se você sempre se sente feliz, responda "sempre".
NEVER (1)	NUNCA (1)	NUNCA (1)
RARELY (2)	RARAMENTE (2)	RARAMENTE (2)
SOMETIMES (3)	ÀS VEZES (3)	ÀS VEZES (3)
ALWAYS (4)	SEMPRE (4)	SEMPRE (4)
*1. How often do you feel that you are "in tune" with the people around you?	*1. Com que frequência você sente que está "em sintonia" com as pessoas ao seu redor?	*1. Com que frequência você sente que está "em sintonia" com as pessoas ao seu redor?
2. How often do you feel that you lack companionship?	2. Com que frequência você sente que lhe falta companhia?	2. Com que frequência você sente que te falta companhia?
3. How often do you feel that there is no one you can turn to?	3. Com que frequência você sente que não há ninguém com quem possa contar?	3. Com que frequência você sente que não existe ninguém com quem possa contar?
4. How often do you feel alone?	4. Com que frequência você se sente só ?	4. Com que frequência você se sente sozinho ?
*5. How often do you feel part of a group of friends?	*5. Com que frequência você se sente como parte de um grupo de amigos?	*5. Com que frequência você se sente fazendo parte de um grupo de amigos?

Quadro 3 - Versão consenso da versão em português da UCLA *Loneliness Scale* (version 3) pelo comitê de juízes, Divinópolis, 2016

(continuação)

Item na versão original	Versão T12 (português)	Decisão juízes
UCLA Loneliness Scale (version 3)	Escala de Solidão da UCLA (versão 3)	Escala de Solidão da **UCLA (versão 3) BR **Universidade da Califórnia, Los Angeles.
*6. How often do you feel that you have a lot in common with the people around you?	*6. Com que frequência você sente que tem muito em comum com as pessoas ao seu redor	*6. Com que frequência você sente que tem muito em comum com as pessoas ao seu redor?
7. How often do you feel that you are no longer close to anyone?	7. Com que frequência você sente que não está mais próximo de ninguém?	7. Com que frequência você sente que ninguém está próximo de você?
8. How often do you feel that your interests and ideas are not shared by those around you?	8. Com que frequência você sente que seus interesses e ideias não são compartilhados pelas pessoas ao seu redor?	8. Com que frequência você sente que seus interesses e ideias não são compartilhados pelas pessoas ao seu redor?
*9. How often do you feel outgoing and friendly?	* 9. Com que frequência você se sente sociável e amigável?	* 9. Com que frequência você se sente sociável e amigável?
*10. How often do you feel close to people?	*10. Com que frequência você se sente próximo das pessoas?	*10. Com que frequência você se sente próximo das pessoas?
11. How often do you feel left out?	11. Com que frequência você se sente deixado de lado?	11. Com que frequência você se sente deixado de lado?
12. How often do you feel that your relationships with others are not meaningful?	12. Com que frequência você sente que suas relações com os outros não são significativas?	12. Com que frequência você sente que suas relações com os outros não têm importância?
13. How often do you feel that no one really knows you well?	13. Com que frequência você sente que ninguém te conhece de verdade?	13. Com que frequência você sente que ninguém te conhece de verdade?
14. How often do you feel isolated from others?	14. Com que frequência você se sente isolado de outras pessoas?	14. Com que frequência você se sente isolado das outras pessoas?
*15. How often do you feel you can find companionship when you want it?	*15. Com que frequência você sente que pode encontrar companheirismo quando você quiser?	*15. Com que frequência você sente que pode encontrar companhia quando você quer?
*16. How often do you feel that there are people who really understand you?	*16. Com que frequência você sente que existem pessoas que realmente te entendem?	*16. Com que frequência você sente que existem pessoas que realmente te compreendem?
17. How often do you feel shy?	17. Com que frequência você se sente tímido?	17. Com que frequência você se sente tímido?
18. How often do you feel that people are around you but not with you?	18. Com que frequência você sente que as pessoas estão ao seu redor, mas não com você?	18. Com que frequência você sente que as pessoas estão ao seu redor, mas não estão com você?
*19. How often do you feel that there are people you can talk to?	*19. Com que frequência você sente que existem pessoas com quem você possa conversar?	*19. Com que frequência você sente que existem pessoas com quem você possa conversar?

Quadro 3 - Versão consenso da versão em português da UCLA *Loneliness Scale* (version 3) pelo comitê de juízes, Divinópolis, 2016

(conclusão)		
Item na versão original	Versão T12 (português)	Decisão juízes
UCLA <i>Loneliness Scale</i> (version 3)	Escala de Solidão da UCLA (versão 3)	Escala de Solidão da **UCLA (versão 3) BR **Universidade da Califórnia, Los Angeles.
*20. How often do you feel that there are people you can turn to?	*20. Com que frequência você sente que há pessoas a quem você possa recorrer ?	*20. Com que frequência você sente que há pessoas com quem você possa contar ?
<i>Scoring:</i> Items that are asterisked should be reversed (i.e., 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1), and the scores for each item then summed together. Higher scores indicate greater degrees of loneliness.	<i>Pontuação:</i> Os itens que possuem o asterisco devem ter os valores das pontuações revertidos (ex., 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1), e os pontos de cada item devem ser somados depois. Pontuações maiores indicam alto grau de solidão.	<i>Pontuação:</i> Os itens que possuem o asterisco devem ter os valores das pontuações invertidos (ex., 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1), e os pontos de cada item devem ser somados depois. Quanto maior a pontuação, maior o grau de solidão.
<i>Note.</i> Copyright 1994 by Daniel W. Russell. Reprinted with permission.	<i>Nota.</i> Direitos autorais por Daniel W. Russell 1994. Reimpresso com permissão.	<i>Nota.</i> Direitos autorais por Daniel W. Russell 1994. Reimpresso com permissão.

Fonte: Dados do estudo

5.1.3 Pré-teste

Após a aplicação da versão pré-final da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR nos 34 idosos das 17 ESF, observou-se que cinco idosos (14,7%) não compreenderam o significado da palavra “tímido” do item 17 do instrumento (Com que frequência você se sente tímido?). Desta forma, após retornar ao comitê de juízes, por consenso, o item foi modificado para: “Com que frequência você se sente tímido (inibido, envergonhado)?”, dando origem a versão final, ou seja, à Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR.

5.2 Resultados relacionados à caracterização sociodemográfica e clínica dos participantes na fase de validação do estudo

Entre os 136 idosos que participaram do estudo, 57,3% tinha companheiro(a), sendo a média de idade de 70,33 anos. A maioria possuía um tempo médio de estudo formal de 4,01 anos. A renda média dos participantes foi de R\$ 1172,68,

sendo que 6,6% não quis informar seus rendimentos. Em relação à situação profissional, a maior parte encontrou-se aposentada (58,5%), sendo que apenas 4,4% estava aposentada, mas continuava trabalhando. A maior parte dos idosos declararam ter cor de pele branca (57,4%). A religião predominante foi a católica (79,4%). A média do número de filhos entre os idosos foi de 4,23. Dos idosos participantes da pesquisa, 30,1% afirmou morar com seu companheiro(a) e 20,6% referiu morar sozinho. A grande maioria dos idosos mencionou não participar de atividades esportivas ou artísticas em grupo (78,7%), trabalho voluntário (92,6%) e em reuniões de associação de moradores, sindicatos ou partidos políticos (87,5%). Quanto à frequência à cultos religiosos, 47,8% referiu ir uma vez por semana ou mais ao culto (TABELA 1).

Tabela 1 - Estatística descritiva das características sociodemográficas dos participantes do estudo. Divinópolis, 2016

Variável (N=136)	N	%	Média (DP) ¹	Mediana	(continua) Amplitude (Máximo e Mínimo)
Sexo					
Feminino	68	(50,0)			
Masculino	68	(50,0)			
Situação conjugal					
Com companheiro	78	(57,3)			
Sem companheiro	58	(42,7)			
Casado/união consensual	78	(57,3)			
Viúvo	41	(30,1)			
Divorciado	12	(8,9)			
Solteiro	5	(3,7)			
Idade em anos			70,33(7,08)	70,00	26 (60-86)
Escolaridade			4,1(3,71)	4,00	20 (0-20)
Renda em Reais			1172,68(766,98)	880,00	5000(0-5000)
Situação profissional					
Aposentado	79	(58,5)			
Ativo	14	(10,4)			
Pensão	13	(9,6)			
Pensão + aposentadoria	11	(8,1)			
Do lar	07	(5,2)			
Aposentado + trabalho	06	(4,5)			
Desempregado	05	(3,7)			
Cor de pele					
Branco	78	(57,4)			
Pardo	36	(26,5)			
Negro	21	(15,4)			
Amarelo	01	(0,7)			
Religião					
Católica	108	(79,5)			
Evangélica	24	(17,6)			
Não há	03	(2,2)			
Espírita	01	(0,7)			

Tabela 1 - Estatística descritiva das características sociodemográficas dos participantes do estudo. Divinópolis, 2016

Variável (N=136)	N	%	Média (DP) ¹	Mediana	(conclusão) Amplitude (Máximo e Mínimo)
Número de filho			4,23 (2,99)	4,00	14 (0-14)
Mora com quem					
Companheiro	41	(30,1)			
Sozinho	28	(20,6)			
Companheiro + filhos	26	(19,1)			
Filhos	20	(14,7)			
Filhos + netos	06	(4,5)			
Companheiro + filhos + netos	05	(3,7)			
Companheiro + netos	03	(2,2)			
Companheiro + parentes	03	(2,2)			
Netos	02	(1,5)			
Parentes	01	(0,7)			
Filhos + parentes	01	(0,7)			
Frequência em atividades esportivas ou artísticas em grupo*					
Nenhuma vez	107	(78,7)			
Uma vez por semana ou mais	26	(17,6)			
Duas a três vezes por mês	03	(2,2)			
Uma ou algumas vezes por ano	02	(1,5)			
Frequência de trabalho voluntário*					
Nenhuma vez	126	(92,6)			
Uma vez por semana ou mais	05	(3,7)			
Duas a três vezes por mês	03	(2,2)			
Uma ou algumas vezes ao por ano	02	(1,5)			
Frequência em reuniões de assoc. moradores, sindicatos ou partidos políticos*					
Nenhuma vez	119	(87,5)			
Uma ou algumas vezes por ano	09	(6,6)			
Uma vez por semana ou mais	05	(3,7)			
Duas a três vezes por mês	03	(2,2)			
Frequência a cultos religiosos*					
Uma vez por semana ou mais	65	(47,8)			
Nenhuma vez	29	(21,3)			
Duas a três vezes por mês	26	(19,1)			
Uma ou algumas vezes por ano	16	(11,8)			

Fonte: Dados do estudo

Nota: *Nos últimos 12 meses. ¹ Desvio padrão.

Dos idosos participantes do estudo, 89,7% afirmou possuir alguma doença, sendo que 74,3% referiu ser hipertenso e 33,1%, diabético. Em relação a como avalia sua saúde, 47,1% avaliou sua saúde como sendo boa e 36,7 %, regular. A descrição das características clínicas encontra-se na tabela 2.

Tabela 2 - Estatística descritiva das características clínicas dos participantes do estudo. Divinópolis, 2016

Variável (N=136)	N	%
Possui alguma doença		
Sim	122	(89,7)
Não	14	(10,3)
Hipertensão	101	(74,3)
Diabetes	45	(33,1)
Insuficiência cardíaca congestiva	12	(8,8)
Hipotireoidismo	08	(5,9)
Osteoporose	08	(5,9)
Doença pulmonar obstrutiva crônica	07	(5,1)
Glaucoma	04	(2,9)
Acidente vascular encefálico	03	(2,2)
Câncer de próstata	03	(2,2)
Depressão	03	(2,2)
Insuficiência renal crônica	03	(2,2)
Reumatismo	03	(2,2)
Hipertireoidismo	02	(1,5)
Asma	01	(0,7)
Câncer de mama	01	(0,7)
Câncer de pele	01	(0,7)
Doença de Chagas	01	(0,7)
Epilepsia	01	(0,7)
Fibromialgia	01	(0,7)
Labirintite	01	(0,7)
Vitiligo	01	(0,7)
Como avalia sua saúde		
Boa	64	(47,1)
Regular	50	(36,7)
Ótima	11	(8,1)
Ruim	11	(8,1)

Fonte: Dados do estudo

5.3 Resultados relacionados à análise descritiva da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR e análises descritivas da CES-D e do MOS-STUDY.

Com relação aos valores da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR apresentados para cada item, observa-se que a mediana variou entre 1 e 3, a média entre 1,13 e 2,38 e o desvio padrão entre 0,35 e 1,21. Os itens 1, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 19 e 20 apresentaram mediana com valor 1, os itens 3, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 16, 17 e 18, valor 2, sendo que apenas o item 2, apresentou valor 3. No que diz respeito à média, 11 itens apresentaram valores inferiores à 2,0 (1, 3, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 19, 20) e 09 superiores a este valor (2, 4, 5, 6, 7, 8, 13, 17, 18). Os resultados da

estatística descritiva de cada um dos 20 itens da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR estão apresentados na tabela 3.

Tabela 3 - Estatística descritiva da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR de cada um dos 20 itens para a amostra estudada. Divinópolis, 2016

UCLA	Mínimo e Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão(DP)
Item 1	1-4	1,0	1,28	0,63
Item 2	1-4	3,0	2,38	1,05
Item 3	1-4	2,0	1,89	1,01
Item 4	1-4	2,0	2,36	1,07
Item 5	1-4	2,0	2,29	1,21
Item 6	1-4	2,0	2,09	0,91
Item 7	1-4	2,0	2,04	0,97
Item 8	1-4	2,0	2,22	0,94
Item 9	1-4	1,0	1,13	0,35
Item 10	1-4	1,0	1,36	0,72
Item 11	1-4	1,0	1,85	1,03
Item 12	1-4	1,0	1,46	0,83
Item 13	1-4	2,0	2,23	1,00
Item 14	1-4	1,0	1,74	0,94
Item 15	1-4	1,0	1,55	0,81
Item 16	1-4	2,0	1,73	0,80
Item 17	1-4	2,0	2,32	1,15
Item 18	1-4	2,0	2,21	0,86
Item 19	1-4	1,0	1,34	0,69
Item 20	1-4	1,0	1,41	0,74

Fonte: Dados do estudo

Pode-se visualizar na Tabela 4 a frequência das respostas aos itens da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR, considerando a escala de valores de um a quatro possíveis no instrumento para cada item. Observa-se a presença de vários itens (1, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 19, 20) cujas frequências de respostas ultrapassaram os 50% para o valor um, menor valor possível atribuído a um item da escala. Os itens 1 e 9 foram os que apresentaram frequências acima de 80% para o valor 1 da escala, ou seja 80,1% e 88,2%, respectivamente.

Tabela 4 - Distribuição das frequências de respostas aos itens da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR com valores entre um e quatro pelos participantes do estudo. Divinópolis, 2016

UCLA	Valor 1 (%)	Valor 2 (%)	Valor 3 (%)	Valor 4 (%)
Item 1	80,1	13,2	5,1	1,5
Item 2	29,4	17,6	39,0	14,0
Item 3	49,3	19,9	23,5	7,4
Item 4	29,4	21,3	33,1	16,2
Item 5	37,5	21,3	16,2	25,2
Item 6	30,9	36,0	26,5	6,6
Item 7	38,2	26,5	28,7	6,6
Item 8	23,5	42,6	22,1	11,8
Item 9	88,2	11,0	0,7	0,0
Item 10	74,3	19,1	2,9	3,7
Item 11	54,4	12,5	26,5	6,6
Item 12	72,8	11,0	13,2	2,9
Item 13	33,8	16,9	41,9	7,4
Item 14	56,6	17,6	21,3	4,4
Item 15	62,5	22,8	11,8	2,9
Item 16	46,3	37,5	13,2	2,9
Item 17	36,0	14,7	30,9	18,4
Item 18	22,8	39,0	32,4	5,9
Item 19	76,5	15,4	5,9	2,2
Item 20	72,8	14,7	11,0	1,5

Fonte: Dados do estudo

Os resultados obtidos pela Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR, indicaram um valor médio geral da medida de solidão de 36,86 pontos. O escore para presença ou não de sintomas depressivos variou entre 1 e 58 pontos, com média de 18,63 pontos. Em relação ao apoio social, a média geral encontrada foi de 83,30 pontos, conforme descrito na tabela 5.

Tabela 5 - Estatística descritiva da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR, da CES-D e do MOS-STUDY. Divinópolis, 2016

Instrumento	Média (DP) ¹	Mediana	Amplitude (Mínimo e Máximo)
Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR	36,86 (10,016)	36,50	45 (20-65)
CES-D	18,63 (11,302)	16,00	57 (1-58)
MOS-STUDY	83,30 (14,753)	89,00	76 (19-95)
Dimensão afetiva /interação social positiva	30,90 (5,561)	33,00	28 (7-35)
Dimensão emocional / informação	34,28 (7,244)	37,00	32 (8-40)
Dimensão apoio material	18,12 (3,474)	20,00	16 (4-20)

Fonte: Dados do estudo

Nota: ¹ Desvio padrão

5.4 Resultados relacionados à análise da validade de construto da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR

A seguir, são apresentados os resultados das análises da validade de construto, que foi avaliada por meio da comparação entre grupos distintos, da validade de construto convergente e da análise fatorial exploratória.

5.4.1 Análise da validade de construto por meio da comparação entre grupos distintos

Testes de diferença foram realizados entre as medidas de solidão com as variáveis sexo e situação conjugal. Os resultados do teste *t* indicaram que não houve diferença estatística significativa entre a medida de solidão e sexo ($t= 0,915$; $p=0,362$) e não houve diferença significativa entre a medida de solidão e situação conjugal ($t= 1,940$; $p= 0,054$).

5.4.2 Análise da validade de construto convergente

No que se refere ao resultado da correlação de *Pearson*, constatou-se a seguinte relação: correlação positiva significativa de moderada intensidade entre a medida de solidão e depressão ($r= 0,665$; $p= 0,001$); correlação negativa significativa de moderada intensidade entre as medidas de solidão e de apoio social ($r= - 0,576$; $p=0,001$) e correlação negativa significativa de fraca intensidade entre as medidas de apoio social e depressão ($r= - 0,378$; $p= 0,001$), conforme demonstra a tabela 6.

Tabela 6 - Resultado da correlação de *Pearson* entre as medidas de solidão, depressão e apoio social. Divinópolis, 2016

Variáveis	Solidão	Depressão	Apoio Social
Solidão	1	0,665** 0,001	- 0,576** 0,001
Depressão	0,665** 0,001	1	-0,378** 0,001
Apoio Social	-0,576** 0,001	-0,378** 0,001	1

Fonte: Dados do estudo

Nota: **A correlação é significativa no nível 0,01

Em relação ao resultado da correlação de *Pearson* para a avaliação entre solidão e as dimensões do apoio social, constatou-se as seguintes correlações: correlação negativa significativa de moderada intensidade entre a medida de solidão e a dimensão afetiva/interação social positiva ($r= - 0,567$; $p= 0,001$); correlação negativa significativa de moderada intensidade entre as medidas de solidão e a

dimensão emocional/informação ($r = -0,541$; $p = 0,001$); correlação negativa significativa de moderada intensidade entre as medidas de solidão e a dimensão apoio material ($r = -0,411$; $p = 0,001$).

Constatou-se também as seguintes relações: correlação positiva significativa de forte intensidade entre a dimensão afetiva/interação social positiva e a dimensão emocional/informação ($r = 0,809$; $p = 0,001$); correlação positiva significativa de moderada intensidade entre a dimensão afetiva/interação social positiva e o apoio material ($r = 0,655$; $p = 0,001$) e correlação positiva significativa de moderada intensidade entre as medidas da dimensão emocional/informação e a dimensão apoio material ($r = 0,631$; $p = 0,001$) (TABELA 7).

Tabela 7 - Resultado da correlação de *Pearson* entre a medida de solidão e as dimensões do apoio social. Divinópolis, 2016

Variáveis	Solidão	Afetiva / interação social positiva	Emocional / Informação	Apoio Material
Solidão	1	-0,567** 0,001	-0,541** 0,001	-0,411** 0,001
Afetiva / Interação social positiva	-0,567** 0,001	1	0,809** 0,001	0,655** 0,001
Emocional / Informação	-0,541** 0,001	0,809** 0,001	1	0,631** 0,001
Apoio Material	-0,411** 0,001	0,655** 0,001	0,631** 0,001	1

Fonte: Dados do estudo

Nota: **A correlação é significativa no nível 0,01

5.4.3 Análise da validade de construto por meio da análise fatorial exploratória

A extração de fatores fez-se a partir de uma análise em componentes principais com 20 itens e rotação Varimax. A medida *Kaiser-Meyer-Olkin* (KMO) indicou um tamanho de amostra adequado para a estabilidade da estrutura fatorial (KMO = 0,86). O teste de *Bartlett* foi estatisticamente significativo ($\chi^2(190) = 929,47$, $p < 0,001$). A melhor solução fatorial consistiu na extração de um único fator que apresentou *eigenvalue* de 6,402 e explicou 32% da variância. As cargas fatoriais foram superiores a 0,30 em todos os itens. Os itens 1,5,6,9,10,15,16,19 e 20 apresentaram carga fatorial negativa (TABELA 8).

Tabela 8 - Análise fatorial da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR com as respectivas cargas fatoriais. Divinópolis, 2016

(continua)

Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR		Carga fatorial
Item 1	Com que frequência você sente que está “em sintonia” com as pessoas ao seu redor?	-0,33
Item 2	Com que frequência você sente que te falta companhia?	0,65
Item 3	Com que frequência você sente que não existe ninguém com quem possa contar?	0,66
Item 4	Com que frequência você se sente sozinho?	0,60
Item 5	Com que frequência você se sente fazendo parte de um grupo de amigos?	-0,42
Item 6	Com que frequência você sente que tem muito em comum com as pessoas ao seu redor?	-0,46
Item 7	Com que frequência você sente que ninguém está próximo de você?	0,70
Item 8	Com que frequência você sente que seus interesses e ideias não são compartilhados pelas pessoas ao seu redor?	0,53
Item 9	Com que frequência você se sente sociável e amigável?	-0,37
Item 10	Com que frequência você se sente próximo das pessoas?	-0,56
Item 11	Com que frequência você se sente deixado de lado?	0,60
Item 12	Com que frequência você sente que suas relações com os outros não têm importância?	0,44
Item 13	Com que frequência você sente que ninguém te conhece de verdade?	0,49

Tabela 8 - Análise fatorial da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR com as respectivas cargas fatoriais. Divinópolis, 2016

(conclusão)

Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR		Carga fatorial
Item 14	Com que frequência você se sente isolado das outras pessoas?	0,67
Item 15	Com que frequência você sente que pode encontrar companhia quando você quer?	-0,61
Item 16	Com que frequência você sente que existem pessoas que realmente te compreendem?	-0,62
Item 17	Com que frequência você se sente tímido? (inibido/envergonhado)	0,49
Item 18	Com que frequência você sente que as pessoas estão ao seu redor, mas não estão com você?	0,58
Item 19	Com que frequência você sente que existem pessoas com quem você possa conversar?	-0,64
Item 20	Com que frequência você sente que há pessoas com quem você possa contar?	-0,67

Fonte: Dados do estudo

Para a análise da confiabilidade foi calculado o *Alfa de Cronbach* do instrumento. O valor do alfa para o total da escala e os valores de alfa quando cada item for excluído do instrumento e resultados dos coeficientes de correlação item-total são apresentados na tabela 6. Os resultados obtidos apontam um valor adequado para a consistência interna da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR ($\alpha = 0,88$). Quanto à força de correlação de seus itens com o total do instrumento, os valores obtidos variaram entre 0,26 e 0,65. O valor do alfa total dos itens foi de 0,88 e, nos 20 itens, observa-se que a exclusão de cada um deles proporcionou um alfa com variação de 0,87 a 0,88 (TABELA 9).

Tabela 9 - *Alfa de Cronbach* total dos itens, coeficiente de correlação item-total e valores de alfa quando cada um dos itens for excluído da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR. Divinópolis, 2016

(continua)

	Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR total (α total =0,88)	Coeficiente de correlação Item-total corrigida	α de Cronbach, se item for excluído
Item 1	Com que frequência você sente que está “em sintonia” com as pessoas ao seu redor?	0,26	0,88
Item 2	Com que frequência você sente que te falta companhia?	0,60	0,87
Item 3	Com que frequência você sente que não existe ninguém com quem possa contar?	0,59	0,87
Item 4	Com que frequência você se sente sozinho?	0,53	0,87
Item 5	Com que frequência você se sente fazendo parte de um grupo de amigos?	0,36	0,88
Item 6	Com que frequência você sente que tem muito em comum com as pessoas ao seu redor?	0,42	0,88
Item 7	Com que frequência você sente que ninguém está próximo de você?	0,65	0,87
Item 8	Com que frequência você sente que seus interesses e ideias não são compartilhados pelas pessoas ao seu redor?	0,48	0,87
Item 9	Com que frequência você se sente sociável e amigável?	0,31	0,88
Item 10	Com que frequência você se sente próximo das pessoas?	0,49	0,87
Item 11	Com que frequência você se sente deixado de lado?	0,54	0,87
Item 12	Com que frequência você sente que suas relações com os outros não têm importância?	0,37	0,88
Item 13	Com que frequência você sente que ninguém te conhece de verdade?	0,44	0,88

Tabela 9 - *Alfa de Cronbach* total dos itens, coeficiente de correlação item-total e valores de alfa quando cada um dos itens for excluído da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR. Divinópolis, 2016

(conclusão)

Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR total (α total =0,88)		Coeficiente de correlação Item-total corrigida	α de Cronbach, se item for excluído
Item 14	Com que frequência você se sente isolado das outras pessoas?	0,61	0,87
Item 15	Com que frequência você sente que pode encontrar companhia quando você quer?	0,54	0,87
Item 16	Com que frequência você sente que existem pessoas que realmente te compreendem?	0,53	0,87
Item 17	Com que frequência você se sente tímido? (inibido/envergonhado)	0,42	0,88
Item 18	Com que frequência você sente que as pessoas estão ao seu redor, mas não estão com você?	0,52	0,87
Item 19	Com que frequência você sente que existem pessoas com quem você possa conversar?	0,55	0,87
Item 20	Com que frequência você sente que há pessoas com quem você possa contar?	0,59	0,87

Fonte: Dados do estudo

6 DISCUSSÃO

A solidão gera um sentimento de vazio interior, que pode estar presente no ser humano nas diferentes fases da vida e tende a ser frequente na velhice (LOPES R.; LOPES M.; CÂMARA, 2009). O problema da solidão merece uma atenção especial na medida em que pode ter repercussões negativas na vida de um indivíduo (FERNANDES, 2012).

A solidão sofre influência de determinantes sociais, pessoais e situacionais, tendo significados que derivam da forma como cada pessoa avalia o seu estado de solidão. Com o avançar da idade a maioria das pessoas idosas diminuem a sua participação na comunidade, o que pode desencadear sentimentos de solidão e desvalorização, com efeitos que afetam a integração social e familiar, bem como a saúde física e psíquica do indivíduo (TEIXEIRA, 2010). Desta forma, avaliar o grau de solidão vivenciado pelos idosos torna-se um desafio, motivo pelo qual a UCLA *Loneliness Scale (version 3)* passou pelo processo de tradução e adaptação cultural para o português do Brasil. A adaptação pressupõe a adequação cultural, ou seja, o preparo de um instrumento para a sua utilização em outro contexto, sendo a tradução apenas o primeiro passo deste processo. Ao se adaptar um instrumento, os aspectos culturais, idiomáticos, linguísticos e contextuais concernentes à sua tradução necessitam ser considerados (HAMBLETON, 2005).

Após a realização do processo de adaptação de um instrumento, pode-se realizar pesquisas entre distintas populações para comparar características de indivíduos inseridos em diferentes contextos culturais (GJERSING et al., 2010).

A adaptação cultural de um instrumento para uso em um novo país, cultura e/ou linguagem requer uma metodologia única, a fim de alcançar equivalência entre os idiomas de origem e de destino. Para que as medidas sejam utilizadas em todas as culturas, os itens precisam ser bem traduzidos linguisticamente e culturalmente, a fim de manter a validade de conteúdo do instrumento em diferentes culturas (BEATON et al., 2007).

Assim, foram realizadas as etapas propostas pela literatura e observou-se que todos estes estágios foram considerados pertinentes e importantes para possibilitar adequação cultural entre o instrumento original e a versão em português do Brasil da escala (BEATON et al., 2007; BEATON et al., 2000).

Em relação à caracterização sociodemográfica, o presente estudo encontrou resultados muito semelhantes ao de uma pesquisa que avaliou a rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família, no qual a maioria dos entrevistados declarou-se branca, católica participante de cultos semanais, com baixa escolaridade, baixa renda e pouca participação em atividades sociais em associações comunitárias ou clubes de lazer (ALVARENGA et al., 2011). No que se refere às características marcantes da população idosa, dados do IBGE apontam que a maioria refere ter a cor da pele branca (55%), recebe algum benefício da previdência social (76,8%), 63,7% reside com uma pessoa de referência, ou seja, a maioria da população idosa reside com filhos ou outros parentes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2012).

Ficou evidente nesta presente pesquisa a grande porcentagem de idosos sem companheiros identificados (42,7%), sendo que fizeram parte desta categoria idosos viúvos (30,1%), divorciados (8,9%) e solteiros (3,7%). Dos viúvos, 75,6% eram mulheres. Em um estudo realizado em Portugal, a porcentagem de viúvos encontrada foi de 40%, 31,4% eram casados, 11,4% eram divorciados e 17,1% solteiros (RIBEIRO, 2012). A viuvez e a permanência na vida solitária pelas mulheres idosas chama atenção, pois a maior proporção de mulheres viúvas e o maior tempo que estas passam nessa condição, quando comparadas aos homens, é decorrente da discrepância da longevidade entre os sexos (CAMARANO, 2003).

As mulheres idosas apresentam também, via de regra, uma maior tendência a viverem sozinhas, visto que os homens na mesma situação normalmente preferem se relacionar com mulheres mais jovens (SANTOS et al., 2002). A proporção de viúvas aumenta com a idade, ao mesmo tempo em que decresce o número de mulheres casadas (CAMARANO, 2003).

A modificação cultural dos significados do casamento e do divórcio influenciam todas as gerações, dentre as quais a de idosos, com abrandamento do preceito de que o casamento é uma instituição que deve durar a vida toda, o que pode influenciar no aumento do número de divórcios entre os idosos, incluindo os que estão no primeiro casamento de longa duração, pois são estes os que possuem maior dificuldade em se manterem na época atual, onde prevalecem o individualismo e o aumento na expectativa de vida (WU; SCHIMMELE, 2007).

A maioria dos idosos possuía um tempo médio de estudo formal de 4,01 anos, sendo que 25,4% afirmou ser analfabeto. Dados da Pesquisa Nacional por

Amostras de Domicílios revelam que 9,4% das pessoas entre 60 e 64 anos são analfabetas no Brasil e, para as pessoas de 65 anos ou mais, esse percentual aumenta para 29,4% (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2009).

Em relação à atuação profissional, a maior parte encontrou-se aposentada (58,5%) e 8,1% era aposentada e pensionista. Estes valores se aproximam dos valores encontrados pelo IBGE, visto que, 76,6% dos idosos entrevistados eram aposentados e/ou pensionistas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2008).

A renda média dos participantes foi de R\$ 1172,68, sendo que 6,6% não quiseram informar seus rendimentos. A maioria dos idosos mora com seu companheiro(a) (30,1%), 20,6% mencionou morar sozinho e 19,1% referiu morar com companheiro(a) e filhos. A renda tem papel de grande importância entre os determinantes dos arranjos domiciliares dos idosos, sendo duas as possibilidades abordadas na literatura, uma vez que o recebimento de uma renda pode, por um lado, estimular os idosos a procurarem independência, optando por morarem sozinhos, enquanto por outro, como em situações de pobreza, pode atrair familiares com interesse em partilhar desses benefícios, aumentando a possibilidade de moradia compartilhada (PAULO; WAJNMAN; OLIVEIRA, 2013).

A tendência de redução do número de filhos, o aumento do número de divórcios, mudanças relacionadas ao estilo de vida, melhora nas condições de saúde dos idosos, o aumento da longevidade e especialmente a viuvez, são fatores que ajudam a compreender, em parte, o crescimento do número de pessoas morando sozinhas (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007). Em países em desenvolvimento, como o Brasil, o número de idosos que vivem com seus filhos ou outros familiares é elevado, processo inverso ao que é encontrado em países desenvolvidos, nos quais a porcentagem de idosos vivendo com seus familiares é menor (UNITED NATIONS, 2005). Normalmente, o que se observa é que, quanto maior o nível de desenvolvimento econômico do país ou quanto maior a renda do idoso, menores são as taxas de residência compartilhada entre os idosos e outras pessoas (CAMARGOS; MACHADO; RODRIGUES, 2007).

A maior parte dos idosos declarou ter a cor de pele branca (57,4%). De acordo com o IBGE no censo realizado em 2010, dos 191 milhões de brasileiros em 2010, 91 milhões se classificaram como brancos, 15 milhões como negros, 82

milhões como pardos, 2 milhões como amarelos e 817 mil como indígenas. Houve uma redução na proporção de brancos, que em 2000 era de 53,7%, passando para 47,7% em 2010 e um crescimento de negros (de 6,2% para 7,6%) e pardos (de 38,5% para 43,1%) (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010).

A religião predominante foi a católica (79,4%). Em um estudo realizado em Campinas que analisou a autopercepção de saúde em um grupo de idosos, a porcentagem de católicos foi de 66,5% (BORIN; BARROS; NERI, 2012). O resultado do presente estudo encontra-se um pouco acima da média nacional, pois de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010), 64,60% da população do Brasil declararam professar a fé católica. Quanto à frequência em cultos religiosos, a maioria (47,8%) referiu ir uma vez por semana ou mais. A prática religiosa parece normalmente se tornar mais intensa no final da vida, sendo uma atividade que toma na vida deles extraordinária importância e por vezes é a única atividade recreativa do idoso (FERNANDES, 2012).

A religião tem como principal função fornecer sentido à vida, sendo que os idosos parecem encontrar na religião forte apoio que os ajuda a enfrentar as situações próprias da idade (OLIVEIRA, 2008). Esta prática constitui-se também um acontecimento social, que pode permitir aos idosos afirmarem-se como pessoas, sentindo-se responsáveis e ativos por participarem de uma atividade que julgam importante. Pertencer a um grupo religioso tranquiliza-os, serve de ponto de referência, de suporte e, por vezes, de substituto familiar (CALDAS; CERQUEIRA; LIRA, 1999).

A média do número de filhos entre os idosos foi de 4,23. Um estudo que avaliou o apoio social em idosos, a média de filhos foi de 5,2 (ALVARENGA et al., 2011). Em outro estudo realizado para investigar o perfil dos idosos em uma área de abrangência da Estratégia da Família, a média de filhos encontrada foi de 5,7, tendo o autor inferido que a média relativamente alta no número de filhos refletiu os aspectos econômicos herdados da cultura rural, onde os filhos representavam a força adicional de trabalho na agricultura (FARINASSO, 2005). Um número expressivo de filhos pode significar uma rede potencial de apoio social informal (ALVARENGA et al., 2011).

A grande maioria dos idosos referiu não participar de atividades esportivas ou artísticas em grupo (78,7%), trabalho voluntário (92,6%) e em reuniões de

associação de moradores, sindicatos ou partidos políticos (87,5%). Fato este preocupante, pois, o risco para a solidão pode estar aumentado e evidenciado no envelhecimento, visto que nesta fase da vida muitos idosos perderam seu núcleo social de trabalho, alguns ficaram viúvos, perdendo seus entes queridos e geralmente seus filhos não moram mais na mesma casa. Neste cenário, as atividades em grupo permitem que o idoso supere seus problemas, insira-se em atividades sociais, relacionais e de movimentos (BOTH et al., 2011).

No presente estudo, a porcentagem encontrada referente à autopercepção positiva de saúde (ótima ou boa) foi de 55,2%, valor muito próximo ao encontrado em uma pesquisa que avaliou a autopercepção positiva de saúde em uma população de idosos (51,2%) (CONFORTIN et al., 2015). O conceito de autopercepção do estado de saúde, ainda que conhecidamente abarque processos ilógicos e irracionais no processo de aferição introspectiva da avaliação do estado de saúde, compõe um preditor consistente de morbimortalidade. É uma medida holística da saúde compreendida que engloba uma síntese das percepções físicas, mentais e emocionais da saúde e apreende a percepção do indivíduo acerca de como bem está (JYLHA, 2009). As respostas obtidas são, fundamentalmente, consequência do conjunto de informações relevantes sobre saúde que os indivíduos possuem. Desta forma, o seu posicionamento varia em função da informação de que dispõe e da sua concepção de saúde (CALHA; ARRIAGA; CORDEIRO, 2014).

As prevalências de autopercepção de saúde positiva entre as investigações de base populacional brasileiras variam de 24,7 a 89,1% (LIMA-COSTA et al., 2004; BORIN; BARROS; NERI, 2012; SILVA et al., 2012). Como pode ser observado diferem de forma considerável entre os estudos, ainda que as perguntas bem como as opções de resposta, sejam semelhantes entre as investigações. Essa discrepância acontece devido a flutuações de curto prazo na saúde ou doença, ocasionadas por variações cíclicas relacionadas ao bem-estar (CONFORTIN et al., 2015). Em um estudo realizado com idosos foi constatado que 59,1% deles apresentou autopercepção negativa da saúde, apesar de serem independentes para a realização de atividades básicas e instrumentais da vida diária, sendo que esta autopercepção negativa teve associação estatisticamente significativa com o autorrelato de alguma doença crônica (SILVA; PINTO JUNIOR ; VILELA, 2014).

A hipertensão arterial e o diabetes mellitus foram as comorbidades mais informadas pelos idosos, visto que 74,3% informou ser hipertenso e 33,1% diabético.

O processo de envelhecimento populacional constitui-se um dos maiores desafios para a saúde pública, principalmente porque o avanço na idade aumenta ainda mais os riscos de desenvolver alguma doença crônica (BECKERT et al., 2014). Em um estudo que apresentou a importância da carga das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil em idosos, houve destaque para o crescimento do diabetes, da hipertensão e do excesso de peso nesta população, sendo este aumento atribuído às mudanças negativas na dieta e diminuição da prática de atividade física (SCHIMIDT et al., 2011).

Os resultados obtidos pela Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR, indicaram um valor médio geral da medida de solidão de 36,86 pontos ($DP= 10,016$), sendo a pontuação mínima atingida 20 e a máxima 65 pontos. Estes valores foram muito semelhantes ao de uma pesquisa realizada na Dinamarca (LASGAARD, 2007), na qual a pontuação média da UCLA foi de 37,46 ($DP = 10,38$), sendo a pontuação mínima de 20 e a máxima de 75 pontos. A pontuação média do instrumento original, ou seja, da UCLA *Loneliness Scale (version 3)* foi de 31,51 pontos ($DP= 6,92$), variando de 20 a 59 pontos (RUSSELL, 1996).

Em um estudo realizado em Portugal que avaliou a solidão e a depressão em idosos, a Escala de Solidão da UCLA apresentou pontuação média de 32,91, com mínimo de 19 e máximo de 59 pontos (TEIXEIRA, 2010). Dentre os participantes da pesquisa, 86,7% obtiveram escores abaixo de 50 pontos, 11,76% entre 50 a 59 pontos e 1,47% apresentou pontuação maior que 60 pontos. Valores de 50 a 59 apontam para nível moderadamente alto de solidão e de 60 ou mais alto nível de solidão. Desta forma, 11,76% apresentaram nível moderadamente alto de solidão e 1,47%, alto nível de solidão. Este resultado foi também encontrado pelo autor do instrumento original, o qual afirma que poucos indivíduos recebem altos escores na medida de solidão, especialmente os idosos, que relataram níveis mais baixos de solidão quando comparados à outros grupos, como por exemplo, estudantes universitários (RUSSELL, 1996). Em uma outra pesquisa realizada em Portugal, 11,5% dos idosos apresentou entre 50 e 59 pontos (RIBEIRO, 2012). Estes valores também apontam para um nível moderadamente alto de solidão.

Em relação ao processo de validação, na literatura, não há consenso sobre quais e quantas evidências de validade o instrumento precisa ter para que seja considerado válido. Sugere-se que, quanto maior o número de evidências apresentadas pelo instrumento, melhor, pois este fato tende a aumentar a

confiabilidade da medida (BORSA; DAMÁSIO; BANDEIRA, 2012). Desta forma, foram realizadas várias análises na tentativa de confirmar a validade da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR. Quanto aos resultados relacionados à análise da validade de construto da escala, buscou-se encontrar a sustentação de validade por meio de diferentes técnicas de análises apresentadas na literatura, ou seja, comparação entre grupos distintos, validade de construto convergente e análise fatorial (COHEN; SWERDLIK; STURMAN, 2014).

Com relação à comparação das medidas obtidas pela Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR em indivíduos que pertencem à grupos distintos, foram consideradas as variáveis sexo e situação conjugal. Foi previamente estipulada a hipótese de que não há diferenças entre homens e mulheres nas medidas obtidas pela Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR e que há diferenças entre idosos que possuem companheiro e os que não possuem e as medidas de solidão. A hipótese relativa à não existência de diferenças na medida de solidão com relação ao sexo foi confirmada, ao passo que não houve confirmação relativa a existência de diferenças entre idosos que possuem ou não companheiros.

Os resultados desta pesquisa indicaram que não houve diferença estatística significativa entre a medida de solidão e sexo, ($t=0,915$; $p=0,362$), sugerindo que não houve diferença no nível de solidão entre os idosos do sexo feminino e do sexo masculino. Estes resultados são semelhantes à um estudo realizado no Zimbábue, o qual encontrou uma pontuação média de 38,97 para adultos do sexo feminino e 39,97 entre os adultos do sexo masculino, demonstrando não haver diferença significativa entre as médias dos dois grupos (WILSON et al., 1992). Um estudo realizado na Nova Zelândia também não encontrou diferença significativa nos valores de solidão encontrados entre homens e mulheres ($t < 1.80$; $p > 0,05$) (KNIGHT et al., 1988). Todavia, estudos com resultados diferentes também foram encontrados. Uma pesquisa realizada com idosos portugueses apontou que, quanto ao sexo, as mulheres apresentam maior tendência para se sentirem sós quando comparadas aos homens ($t = 2,42$; $p < 0,05$) (COSTA, 2012). As pesquisas sobre solidão apontam que o sexo não é um fator determinante para este fenômeno. Todavia, o modo como o estudo é realizado pode influenciar os resultados. Em situações nas quais a pessoa pesquisada precisa se autodeclarar “eu sou uma pessoa só” ou com a palavra “solitário”, apresentam um índice maior de respostas femininas nesta questão (DORNELAS, 2010). Os homens parecem apresentar

menores sentimentos de solidão pela maior dificuldade em expressar suas fraquezas emocionais (COSTA, 2012).

Não houve diferença significativa entre a medida de solidão e situação conjugal, ($t= 1,940$; $p= 0,054$), sugerindo que, ter ou não companheiro não influenciou no nível de solidão. Foram encontrados diferentes resultados em pesquisas que abordaram este assunto. Em um estudo realizado em Portugal, a autora não observou nenhuma diferença estatisticamente significativa entre solidão e estado civil ($F= 1,743$; $p= 0,202$) (TEIXEIRA, 2010). Em outra pesquisa, também realizada neste país, não houve diferença estatisticamente significativa na relação entre o estado civil e a solidão nos idosos ($F= 2,695$; $p= 0,052$) (LOPES, 2015). Em um estudo realizado nos EUA, os autores encontraram que as pessoas casadas eram mais solitárias quando comparadas às pessoas solteiras (ALLEN; OSHAGAN, 1995). Em idosos portugueses, verificou-se que existem diferenças e correlações estatisticamente significativas ($t=3,86$; $p <0,001$; $r= 0,25$; $p <0,001$) observando-se predomínio de sentimentos de solidão em idosos sem companheiro quando comparados a idosos com companheiro (COSTA, 2012). Um estudo verificou diferenças significativas entre casados e viúvos, sendo que o grupo de idosos casados apresentou menos sentimentos de solidão (SEQUEIRA; SILVA, 2002). Um dos primeiros estudos realizados sobre a solidão, apontou que as pessoas que não estão casadas sofrem mais de solidão que as casadas (WEISS, 1973). Como pode-se observar, os resultados são variados e diferenciados e diferentes argumentos surgem na tentativa de explicar esta situação.

Homens e mulheres almejam pela segurança do convívio, mas, procuram e cultivam relações “descartáveis”, o que torna os vínculos frágeis, visto que querem, ao mesmo tempo, estar ligadas umas às outras afetiva e emocionalmente, estando cada vez mais individualistas e egoístas. Desta forma, os desejos entre estar com alguém e permanecer e estar com uma pessoa e não permanecer com alguém, ocasionam uma situação conflitante, de apertar os laços e, ao mesmo tempo, mantê-los frouxos. Percebe-se que muitas pessoas ainda optam por viver em uma relação conjugal na esperança de encontrar apoio e segurança emocional (BAUMAN, 2004). Neste contexto, a solidão vivida por aqueles que não vivem na companhia de um parceiro parece ser uma situação mais provável. Contudo, quando a solidão é sentida por alguém que possui um parceiro conjugal, parece ser um possível “paradoxo” (FUJIOKA, 2009). Todavia, a solidão produz insegurança, ao passo que

o relacionamento não parece praticar outra coisa, visto que numa relação, o indivíduo pode se sentir tão inseguro quanto sem ela, ou mesmo pior (BAUMAN, 2004). O paradoxo social na atualidade é conviver com tantas pessoas e, ao mesmo tempo, se sentir solitário, sendo muitas as situações geradoras de solidão (FUJIOKA, 2009). A solidão pode acontecer na presença ou na ausência do outro, podendo ser própria do ser, quando se revela na presença de outros (MOREIRA; CALLOU, 2006).

A maneira de viver na contemporaneidade remete à inexistência de relações entre seres humanos mais sólidas e profundas, de modo que as pessoas não se encontram apesar de estarem juntas (MOREIRA, 2001). A solidão é a reação emocional de uma pessoa quando percebe a discrepância entre os níveis esperados e os obtidos no contato com o outro. O sentimento de solidão surge a partir do momento em que o que se recebe de alguém não é o que se espera (PEPLAU; PERLMAN, 1982). A relação conjugal, quando procurada e utilizada como um escudo contra a solidão, configura-se em uma falsa solução. A solidão vivida no relacionamento conjugal além de acontecer por aspectos decadentes e degradantes da vida marital está fortemente relacionada a aspectos intrínsecos a experiência de cada indivíduo, seja por aspectos existenciais ou não. A solidão conjugal é um fator secundário que está intimamente relacionado à solidão individual (FUJIOKA, 2009).

A validade de construto convergente foi avaliada pela correlação entre a Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR com outras medidas procedentes de instrumentos que foram previamente validados para a população brasileira, tendo sido realizada a análise das medidas da escala de solidão correlacionadas às medidas de apoio social e depressão. O apoio social e a solidão tem sido correlacionados com a solidão. Neste estudo, foi estipulada previamente a existência de correlação positiva de moderada intensidade entre a medida da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR e a medida de depressão obtida pela Escala de Depressão do *Center for Epidemiological Studies* e correlação negativa de moderada intensidade entre a medida da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR e a medida de apoio social obtida pela escala de Apoio Social MOS-*Study*. Os resultados confirmaram essas hipóteses uma vez que, no que se refere ao resultado da correlação de *Pearson*, constatou-se a correlação positiva significativa de moderada intensidade entre a medida de solidão e depressão ($r= 0,665$; $p= 0,001$), o que sugere que, quanto maior o nível de solidão, maior o nível de depressão. Houve

também correlação negativa significativa de moderada intensidade entre as medidas de solidão e de apoio social ($r = -0,576$; $p = 0,001$), sugerindo que, quanto maior o nível de solidão, menor o apoio social.

Valores semelhantes foram obtidos pelo autor do instrumento original, ($r = 0,45$; $p = 0,001$) para a validade de construto entre as medida de solidão e depressão e ($r = -0,54$; $p = 0,001$) para validade de construto entre as medida de solidão e apoio social (RUSSELL, 1996). A UCLA *Loneliness Scale (version 3)* apresentou correlação positiva significativa de moderada intensidade ($r = 0,59$; $p = 0,001$) com a depressão em uma amostra de idosos pesquisada na Turquia e correlação negativa significativa de moderada intensidade com o apoio social ($r = -0,50$; $p = 0,001$) em uma amostra de estudantes universitários (DURAK; SENOL-DURAK, 2010). A UCLA *Loneliness Scale (version 3)* apresentou correlação positiva significativa de moderada intensidade com medidas de depressão também em uma amostra de adolescentes dinamarqueses ($r = 0,59$; $p < 0,005$) (LASGAARD, 2007). Em um estudo realizado em Portugal, houve correlação negativa significativa de moderada intensidade entre as medidas de solidão e apoio social ($r = -0,626$; $p = 0,001$), sendo o apoio da família, dos amigos e a participação em atividades sociais considerados de importante relevância para a qualidade de vida do indivíduo (LOPES, 2015).

Em relação ao resultado da correlação de *Pearson* para a avaliação entre solidão e as dimensões do apoio social, constatou-se as seguintes relações: correlação negativa significativa de moderada intensidade entre a medida de solidão e a dimensão afetiva/interação social positiva ($r = -0,567$; $p = 0,001$), correlação negativa significativa de moderada intensidade entre as medidas de solidão e a dimensão emocional/informação ($r = -0,541$; $p = 0,001$), correlação negativa significativa de moderada intensidade entre as medidas de solidão e a dimensão apoio material ($r = -0,411$; $p = 0,001$).

Foi constatada também correlação positiva significativa de forte intensidade entre a dimensão afetiva/interação social positiva e a dimensão emocional/informação ($r = 0,809$; $p = 0,001$), correlação positiva significativa de moderada intensidade entre a dimensão afetiva/interação social positiva e o apoio material ($r = 0,655$; $p = 0,001$) e correlação positiva significativa de moderada intensidade entre as medidas da dimensão emocional/informação e a dimensão apoio material ($r = 0,631$; $p = 0,001$).

Um estudo que avaliou as características do apoio social fornecidas a idosos encontrou também elevados níveis de apoio social em todas as dimensões da escala de apoio social *MOS-Study* (PINTO et al., 2006). No que diz respeito ao apoio social, são propostas três funções fundamentais que estão interligadas entre si, ou seja, o apoio emocional, o apoio material e o apoio informal. O apoio emocional pressupõe à disponibilidade de alguém, com quem se possa conversar, fazendo com que o indivíduo se sinta mais querido, amado, respeitado, acreditando que existem pessoas que podem fornecer conforto e segurança. O apoio material abrange ações ou materiais proporcionados por outras pessoas, que ajudam a resolver problemas práticos e/ou facilitam a realização das tarefas do cotidiano. O apoio informal é o processo através do qual as pessoas recebem a informação e conselhos que as auxiliam a compreender o seu mundo e as mudanças que ocorrem (CORREIA, 2013).

Por sua vez, os idosos que possuem apoio social apresentam maiores possibilidades de serem socialmente mais competentes e de terem uma maior qualidade de vida quando comparados aos idosos que não se relacionam com o seu grupo familiar e amigos. Os idosos que carecem de apoio social apresentam uma grande probabilidade de desencadear deficiências em habilidades sociais e possuírem baixa qualidade de vida, o que pode elevar os níveis de depressão (CARNEIRO et al., 2007). A média geral da escala de apoio social foi de 83,30 pontos ($DP=14,753$), variando entre 19 e 95 pontos. Quanto maior o escore, maior é o nível de apoio social. Desta forma, os valores indicaram um alto nível de apoio social entre os participantes do estudo. A média encontrada neste estudo foi um pouco maior à encontrada no estudo que efetuou a validação da escala *MOS-Study* para o Brasil, na qual a média de pontuação da escala foi 80,8 em uma amostra de funcionários técnico-administrativos de uma universidade do Rio de Janeiro (GRIEP et al., 2005). Em um estudo que avaliou o apoio social entre idosos atendidos em uma unidade de Estratégia de Saúde da Família, a pontuação média foi de 74,43 pontos, tendo os autores afirmado ter encontrado altos níveis de apoio social entre os idosos (BRITO; PAVARINI, 2012).

O apoio social surge como um recurso vastamente valorizado, para dar suporte ao entendimento relativo às dinâmicas relacionais que se integram às vivências dos mais velhos, bem como para distinguir níveis de satisfação verificados de acordo com as correspondentes redes de apoio (LUZ; MIGUEL, 2015). Na idade

avançada, as redes relacionais essencialmente edificadas na base da proximidade familiar, social e territorial se instituem também por motivo do tempo que os idosos cursaram ao longo das suas vidas, o que explica o fato do capital relacional dos mais velhos ser normalmente mais robusto do que o dos jovens (DOMINGUES, 2012). A afirmação e manutenção de relações sociais são significativas para o bem-estar do idoso e para a sua própria saúde, sendo que a forma como o idoso interpreta o apoio emocional e instrumental, é fundamental para um envelhecimento de qualidade, com níveis mais baixos de solidão (MONTEIRO; FÉLIX NETO, 2008).

O escore para presença ou não de sintomas depressivos variou entre 1 e 58 pontos, com média de 18,63 ($DP = 11,302$). Um escore menor ou igual a 11 caracteriza um sujeito sem sintomas depressivos e a pontuação de 12 a 60 é indicativa da presença de sintomas de depressão. Desta forma, 67,65% dos idosos pesquisados apresentaram sintomas de depressão e 32,35% não. Estes valores são superiores aos relatados pelos autores que efetuaram a validação da CES-D em uma população de idosos brasileiros, os quais encontraram uma prevalência de 33,8% de idosos com sintomas depressivos (BATISTONI; NERI; CUPERTINO, 2007). Em um estudo realizado em Portugal, 48,8% dos idosos apresentaram sintomas depressivos (RODRIGUES, 2013).

A depressão está associada a níveis mais reduzidos de qualidade de vida entre as pessoas idosas, visto que a depressão possui natureza debilitante na terceira idade, o que demanda atenção diferenciada ao indivíduo, tornando-se fundamental a identificação, diagnóstico e tratamento precoce da mesma (RONCON; LIMA; PEREIRA, 2015). A depressão tem associação com níveis elevados de solidão, sendo que a solidão está ligada à maneira como o indivíduo se sente em suas relações, enquanto a depressão reflete o modo como a pessoa se sente (CACIOPPO; PATRICK, 2010).

Entre as várias causas da depressão nos idosos, estão as alterações biológicas, psicológicas, cognitivas, comportamentais e sociais próprias do envelhecimento. A depressão apresenta fatores de risco associados, sendo que, os fatores que apresentam um maior relacionamento com a depressão são estar solteiro, viúvo ou divorciado, viver em instituições, baixa escolaridade e o baixo rendimento social (VAZ, 2009).

Por sua vez, a solidão traz consequências ao sistema imunológico, ficando este debilitado e podendo contribuir para o aumento de doenças crônicas. Sofrer de

solidão contribui para o aumento de estresse, diminuição da autoestima e pode desencadear sintomas depressivos no idoso (JAREMKA et al., 2013). Assim, a solidão é considerada um fator preditivo do declínio funcional e também um preditor de mortalidade (PERISSINOTTO; STIJACIC; COVINSKY, 2012). Estudos demonstram que o percentual de depressão se mantém constante ao longo do ciclo de vida, todavia, o acréscimo continuado de problemas de saúde e limitações funcionais nos idosos, aumenta os fatores de risco associados, conduzindo a um maior número de diagnóstico de depressão na velhice (KATONA; SHANKAR, 2004). Os idosos apresentam dificuldade em identificar e verbalizar sintomas psicológicos, como tristeza, angústia, raiva, irritabilidade ou tensão, o que dificulta o diagnóstico de depressão. Desta forma, há necessidade de equipes multidisciplinares nos contextos de saúde, com a presença de psicólogo, para realizar avaliação, acompanhamento e tratamento das pessoas idosas que se encontram nesta situação (RONCON; LIMA; PEREIRA, 2015).

Na análise fatorial exploratória, a melhor solução fatorial consistiu na extração de um único fator, o que demonstra a unidimensionalidade da escala. Os itens 1,5,6,9,10,15,16,19 e 20 apresentaram carga fatorial negativa, devendo ser invertidos. Estes resultados corroboram com os pressupostos do autor da escala original (RUSSELL, 1996). No presente estudo, o *eigenvalue* foi de 6,402 e explica 32% da variância. Em um estudo realizado na Dinamarca, o *eigenvalue* foi de 8,018, explicando 40,1% da variância, tendo a análise fatorial exploratória confirmado também a unidimensionalidade da escala (LASGAARD, 2007). Todavia, um grande número de pesquisadores realizou a análise fatorial das diferentes versões da UCLA *Loneliness Scale* e encontrou diferentes números de fatores em seus estudos. Autores que utilizaram a UCLA *Loneliness Scale-Revised* descrevem a escala como sendo multifatorial (BORGES et al., 2008; FÉLIX NETO, 1992), com três fatores (DUSSAULT; FERNET; AUSTIN, 2009), com dois fatores (BARROSO et al., 2016; MAHON; YARCHESK; YARCHESKI, 1995; KNIGHT et al., 1988) e como sendo unidimensional (SACCHI; MINZI, 1997; HARTSHORNE, 1993; MAHON; YARCHESKI, 1990). A análise fatorial também foi realizada em estudos que utilizaram a terceira versão da escala, a UCLA *Loneliness Scale (version 3)*, tendo sido descrita como modelo de 3 fatores (SHEVLIN; MURPHY S.; MURPHY J., 2015; DURAK; SENOL-DURAK, 2010) e como unidimensional (LASGAARD, 2007). A versão reduzida de 8 itens (ULS-8) foi relatada como tendo um único fator (DOGAN;

COTOK; TEKIN, 2011; WU; YAO, 2008). Percebe-se que não há consenso quanto à uni ou multidimensionalidade da escala, necessitando de mais estudos que avaliem a dimensionalidade da *UCLA Loneliness Scale*.

A Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR mostrou-se confiável, tendo sido sua confiabilidade calculada por intermédio do *Alfa de Cronbach*, sendo 0,88 o valor encontrado. Este valor foi muito próximo ao relatado pelo autor do instrumento original, o qual encontrou um alfa de 0,89 (RUSSELL, 1996). Um estudo dinamarquês que realizou a análise da confiabilidade da *UCLA Loneliness Scale (version 3)* encontrou um valor de 0,92 do *Alfa de Cronbach* (LASGAARD, 2007). Uma pesquisa realizada em Portugal encontrou *Alfa de Cronbach* de 0,93 (COSTA, 2012). No Brasil, os estudos de validação da *Revised UCLA Loneliness Scale* (PINHEIRO; TAMOYO, 1984; BARROSO et al., 2016) encontraram um valor de 0,90 e de 0,94 para o *Alfa de Cronbach*, respectivamente.

Estes estudos demonstram que a Escala de Solidão da UCLA é muito confiável. Quanto à força de correlação de seus itens com o total do instrumento, os valores obtidos variaram entre 0,26 e 0,65, o que demonstra correlações de diferentes intensidades (fraca à forte intensidade) entre cada um dos itens e o instrumento como um todo. O valor do alfa total dos itens foi de 0,88 e, nos 20 itens, observa-se que a exclusão de cada um deles proporcionou um alfa com variação de 0,87 a 0,88, o que demonstra forte consistência interna. A correlação item-total do instrumento original variou entre 0,28 e 0,67 (RUSSELL, 1996). Em um estudo realizado na Turquia, a correlação item-total da Escala de solidão da UCLA (versão 3) variou entre 0,31 a 0,62 (DURAK; SENOL-DURAK, 2010).

7 CONCLUSÃO

A Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR, originalmente desenvolvida nos Estados Unidos da América, foi adaptada culturalmente e validada em uma amostra de idosos residentes em um município do estado de Minas Gerais, seguindo as etapas preconizadas pela literatura.

O método utilizado para realização do processo de tradução e adaptação cultural foi considerado pertinente e apropriado, uma vez que permitiu a adequação da escala para a população idosa brasileira, abrangendo uma linguagem clara e de fácil compreensão pelos participantes do estudo.

Os resultados observados nesta pesquisa permitem concluir que a Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR:

- conservou as equivalências semântica, idiomática, cultural e conceitual, conforme a versão original da escala;
- preservou a validade relacionada ao conteúdo da versão original da escala;
- apresentou resultados que vão ao encontro aos observados pelo autor da escala original pela comparação da medida de solidão entre grupos distintos, não sendo verificadas diferenças entre os sexos;
- demonstrou, quanto a situação conjugal, não haver diferenças entre idosos que possuem companheiro e os que não possuem e as medidas de solidão;
- demonstrou a validade de construto convergente, confirmada pelos valores dos coeficientes de correlação da medida de solidão com as medidas de apoio social e depressão;
- mostrou, através da análise fatorial exploratória, a presença de um único fator, o que demonstra a unidimensionalidade da escala;
- apresentou valor apropriado do *Alfa de Cronbach*, demonstrando a confiabilidade da escala por meio da consistência interna de seus itens.

Sendo a versão brasileira da Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR um instrumento confiável, conforme evidências encontradas neste estudo, recomenda-se sua utilização como ferramenta de identificação do nível de solidão apresentado pelos idosos, para que estratégias possam ser implementadas pelo enfermeiro e outros profissionais de saúde, visando a diminuição do nível de solidão encontrada nesta população. No Brasil, estudos que avaliem a solidão em idosos são escassos,

podendo o presente estudo servir como referência e estímulo à pesquisa deste tema na população brasileira acima de 60 anos.

Sugere-se que novos estudos sejam realizados com a Escala de Solidão da UCLA (versão 3) BR em diferentes cenários e contextos, para que a solidão experimentada pelos idosos possa ser investigada e novos perfis possam ser identificados.

8 LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Dentre as limitações do estudo, encontra-se a avaliação de um grupo específico, ou seja, de idosos, sugerindo-se que a *UCLA Loneliness Scale (version 3)* seja também validada em populações distintas, como adolescentes, universitários e adultos. O processo de tradução, adaptação cultural e validação de instrumentos é complexo, e, como este estudo avaliou apenas pessoas com 60 anos ou mais, não é possível afirmar que este instrumento seja válido para outras populações.

Cabe ressaltar também que, para análise da validade convergente da escala, não foram utilizados todos os instrumentos empregados pelo autor do instrumento original, por estes não terem sido encontrados validados para o português do Brasil. Dados referentes à característica da rede social do idoso, incluindo número de parentes e não parentes, frequência média de contato e a densidade da rede, bem como a Escala de Provisões Sociais não foram avaliados.

REFERÊNCIAS

- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3061-3068, 2011.
- ALLEN, R. L.; OSHAGAN, H. The UCLA loneliness scale: invariance of social structural characteristics. **Pers. Individ. dif.**, [S.l.], v. 19, n. 2, p. 185-195, Aug. 1995.
- ALVARENGA, M. R. M. et al. Rede de suporte social do idoso atendido por equipes de Saúde da Família. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2603-2611, 2011.
- ALVES, J. E. D. Transição demográfica, transição da estrutura etária e envelhecimento. **Revista Portal de Divulgação**, São Paulo, v. 4, n. 40, p. 8-15, mar./maio 2014.
- ANGERAMI-CAMON, V. A. **Solidão**. São Paulo: Pioneira, 1992.
- BARROSO, S. M. et al. Evidência de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA, **J Bras Psiquiatr.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 1, p. 68-75, 2016.
- BATISTONI, S. S. T.; NERI, A. L.; CUPERTINO, A. P. F. B. Validade da escala de depressão do Center for Epidemiological Studies entre idosos brasileiros. **Rev Saúde Públ.**, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 598-605, 2007.
- BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2004.
- BAUMEISTER, R. F.; LEARY, M. R. The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. **Psychol Bull.**, [S.l.], v. 117, n. 3, p. 497-529, 1995.
- BEATON, D. E. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures. **Spine**, [S.l.], v. 25, n. 24, p. 3186-91, Dec. 2000.
- BEATON, D. et al. **Recommendations for the Cross-Cultural Adaptation of the DASH & QuickDASH Outcome Measures**. [S.l.]: Institute for Work & Health, 2007. Disponível em: <http://www.dash.iwh.on.ca/sites/dash/files/downloads/cross_cultural_adaptation_2007.pdf>. Acesso em: 07 abr. 2014.
- BECKERT, F. et al. C. Consumo de sal e hipertensão na população idosa: Contribuições para planejamento de saúde. **Revista Espaço para Saúde**, Londrina, v. 15, n. 3, p. 6-12. jul./set. 2014.
- BERTOLUCCI, P. H. F. O mini-exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. **Arq Neuropsiquiatr.**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 1-7, 1994.

BORGES, A. et al. Validación cruzada de la factorización del Test UCLA de Soledad. **Psicothema**, Astúrias, v. 20, n. 4, p. 924-27, 2008.

BORIN F, S. A.; BARROS, M. B. A.; NERI, A. L. Autoavaliação da saúde em idosos: pesquisa de base populacional no Município de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 769-780, abr. 2012.

BORSA, J. C.; DAMÁSIO, B. F.; BANDEIRA, D. R. Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 22, n. 53, p. 423-432, set./dez. 2012.

BOTH, J. E. et al. Grupos de convivência: uma estratégia de inserção do idoso na sociedade. **Revista Contexto & Saúde**, Ijuí, v. 10, n. 20, p. 995-998, jan./jun. 2011.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> . Acesso em: 23 mar. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa**: caderno de atenção básica, nº 19. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>>. Acesso em: 22 nov. 2011.

BRITO, T. R. P.; PAVARINI, S. C. L. Relação entre apoio social e capacidade funcional de idosos com alterações cognitivas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 4, p. 1-8, jul./ago. 2012.

BULECHEK, G. M. et al. M. **Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC)**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

BURNS, D. **Intimate Connections**. New York: New American Library, 1985.

CACIOPOO, J. T.; PATRICK, W. **Solidão, a natureza humana e a necessidade de vínculo social**. Rio de Janeiro: Record, 2010.

CALDAS, G.; CERQUEIRA, M.; LIRA, L. **A arte de envelhecer**: contributo para o estudo da problemática do envelhecimento da população do concelho de Melgaço. 1999. Monografia (Especialização em Saúde Comunitária) - Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo, Viana do Castelo, 1999.

CALHA, A.; ARRIAGA, M.; CORDEIRO, R. Prevalência da solidão e depressão na população idosa residente na zona histórica da cidade de Portalegre. **Rev. port. enf. de saúde mental**, Porto, n. 1, p. 9-14, abr. 2014.

CAMARANO, A. A. Mulher idosa: suporte familiar ou agente de mudança? **Estudos Avançados**, São Paulo, v. 17, n. 49, p. 35-63, set./dez. 2003.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In: FREITAS, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. cap. 5, p. 58- 73.

CAMARGOS, M. C. S.; MACHADO, C. J.; RODRIGUES, R. N. A relação entre renda e morar sozinho para idosos paulistanos – 2000. **Rev. bras. estud. popul.**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 37-51, jan./jun. 2007.

CAPITANINI, M. E. S. **Sentimento de solidão, bem estar subjetivo e relações sociais em idosos vivendo só.** 2000. 117f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2000.

CARDONA, J. et al. Validacion de esla “ESTE” de soledad en la poblacion adulta. **Invest. educ. enferm.**, Medellín, v. 28, n. 3, p. 416-427, 2010.

CARMONA, C. F.; COUTO, V. V. D.; SCORSOLINI-COMIN, F. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosos. **Psicol. Estud.**, Maringá, v. 19, n. 4, p. 681-691, 2014.

CARNEIRO, R. S. et al. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. **Psicol. Refl. Crít.**, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 229-237, 2007.

CARTER, M. **Abiding loneliness: an existential perspective.** Illinois: Park Ridge Center, 2000.

CASSEPP-BORGES, V.; BALBINOTTI, M. A. A.; TEODORO, M. L. M. Tradução e validação de conteúdo: Uma proposta para a adaptação de instrumentos. In: PASQUALI, L. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas.** Porto Alegre: Artmed, 2010. p. 506-520.

CHWALOW, A. J. Cross-cultural validation of existing quality of life scales. **Patient Educ. couns. Sep.**, v. 26, n.1-3, p. 313-8, Set. 1995.

CLOSS, V. E.; SCHWANKE.; CARLA, H. A. A evolução do índice de envelhecimento no Brasil, nas suas regiões e unidades federativas no período de 1970 a 2010. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 443-58, 2012.

COHEN, R. J.; SWERDLIK, M. E.; STURMAN, E. D. **Testagem e avaliação psicológica: introdução à testes de medidas.** 8. ed. Porto Alegre: AMGH, 2014.

COIMBRA, J. F. M. **O sentimento de solidão em idosos institucionalizadas: a influência da autonomia funcional e do meio ecológico.** 2008. 50f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra, Coimbra, 2008.

CONFORTIN, S. C. et al. Autopercepção positiva de saúde em idosos: estudo populacional no sul do Brasil. **Cad. Saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 5, p. 1049-4060, Maio 2015.

CORREIA, A. F. **Percepção do apoio social versus estado de saúde no idoso no concelho de Mangualde.** 2013. 90f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Católica Portuguesa, Viseu, 2013.

COSTA, M. D. **Sentimento de solidão, correlatos e preditores**. 2012. 36f. Dissertação (Mestrado em Psicologia clínica) - Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2012.

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

DAMÁSIO, B. F. Uso da análise fatorial exploratória em psicologia. **Avaliação Psicológica**, Itatiba, v. 11, n. 2, p. 213-228, 2012.

DANCEY, C.P.; REIDY, J. **Estatística sem matemática para psicologia usando SPSS para Windows**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006, 608p.

DOGAN, T.; COTOK, N. A.; TEKIN, E. G. Reability and validity of the turkish version of the UCLA Loneliness Scale (ULS-8) among university students. **Procedia. Soc. Behav. Sci.**, [S.l.], v. 15, p. 2058-2062, 2011.

DOLTO, F. **Solidão**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

DOMINGUES, M. A. Mapa mínimo de relações do idoso: uma ferramenta para se avaliar rede de suporte social. In: PEREIRA, F. (Coord.). **Teoria e prática da gerontologia: um guia para cuidadores de idosos**: Viseu: Psicossoma, 2012.

DONG, X. Perception and negative effect of loneliness in a Chicago Chinese population of older adults. **Arch. Gerontol. Geriatr.**, [S.l.], v. 54, n. 1, p. 151-159, jan./fev. 2012.

DORNELAS, K. C. A. **Um olhar sobre a solidão feminina e os relacionamentos interpessoais nas histórias de brasileiras e mexicanas**. 2010. 228f. Tese (Doutorado em Psicologia) - Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo, 2010.

DUQUE, A. N.; SILVA, I. R. Papéis sociais e envelhecimento em uma perspectiva de curso de vida. **Revista Amazônica**, Belém, v. 11, n. 2, p. 310-326, 2013.

DURAK, M.; SENOL-DURAK, E. Psychometric qualities of the UCLA loneliness Scale-version 3 as applied in a Turkish culture. **Educ. Gerontol.**, [S.l.], v. 36, n. 10/11, p. 988-1007, 2010.

DUSSAULT, M.; FERNET, C.; AUSTIN, S. Revisiting the factorial validity of the revised UCLA Loneliness Scale: a test of competing models in a sample of teachers. **Psychol Rep**, [S.l.], v. 105, n. 3, p. 849-56, 2009.

DYKSTRA, P. A. Loneliness among the never and formerly married: The Importance of supportive friendships and a desire for independence. **J. Gerontol. B. Psychol. Sci. Soc.**, [S.l.], v. 50, n. 5, p. 321-329, 1995.

EPSTEIN, J.; SANTO, R. M.; GUILLEMIM, F. A review of guidelines for cross-cultural adaptation of questionnaires could not bring out a consensus. **J Clin Epidemiol**, [S.l.], v. 68, n. 4, p. 435-441, Apr. 2015.

ERIKSON, E. H.; ERIKSON, J. M. **O ciclo de vida completo**. Porto alegre: Artes Médicas, 1998.

FARIAS, R. F.; SANTOS; SILVIA, M. A. S. Influência dos determinantes do envelhecimento ativo entre idosos mais idosos. **Texto Contexto-Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 167-176, jan./mar. 2012.

FARINASSO, A. L. C. **Perfil dos Idosos em uma área de abrangência da estratégia da saúde da família**. Ribeirão Preto, 2005. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2005.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Scores and measurements: validity, reliability, sensitivity. In: _____. **Quality of life: assessment, analysis and interpretation**. New York: Wiley, 2007. p. 77-108.

FECHINE, B. R. A.; TROMPIERI, N. O Processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos. **Inter Science Place**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 7, p. 106-194, jan./mar. 2012.

FÉLIX NETO. Loneliness among portuguese adolescents. **Soc. Behav. Pers.**, v. 20, n. 1, p. 15-21, 1992.

FERNANDES, H. **Solidão em Idoso do Meio Rural do Concelho de Bragança**. 2007. 191f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Idoso) - Faculdade Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, 2007.

FERNANDES, J. E. A. **A solidão nos idosos numa comunidade rural: implicações para uma velhice bem-sucedida**. 2014. 128f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária) - Escola Superior de Saúde de Viana do Castelo, 2012.

FIFE-SCHAW, C. Levels of measurement. In: BREAKWELL, G.M.; HAMMOND, S.; FIFE-SCHAW, C.; SMITH, J.A. (Eds), **Research Methods in Psychology** (3 ed.). London: Sage.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; SILVA JÚNIOR, J. A. Visão além do alcance: uma introdução à análise fatorial. **Opin. Pública**, Campinas, v. 16, n. 1, p. 160-185, 2010.

FLETCHER, R. H.; FLETCHER, S. W. Anormalidade. In: _____. **Epidemiologia Clínica: elementos essenciais**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 36-55, 2006.

FONSECA, A. M. Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. **Contextos Clínicos**, v. 3, n. 2, p. 124-131, 2010.

FREITAS, A. C. **Espiritualidade e sentido de vida na velhice tardia**. 2010. 204f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Religião) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

FREITAS, P. C. B. Solidão em idosos: percepção em função da rede social. In: CICLO EM GERONTOLOGIA SOCIAL APLICADA, 2., 2011, Braga. **Trabalhos apresentados...** Braga, Universidade Católica Portuguesa, 2011, 1-96.

FUJIOKA, T. R. **Solidão na relação conjugal: um estudo fenomenológico.** 2009. 205f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade Católica de Goiás, Goiás, 2009.

GIERVELD, J. de J.; RAADSCHELDERS, J. **Types of loneliness.** In: PEPLAU, L. A.; PERLMAN, D. (Ed.). Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy. New York: Wiley-Interscience, 1982. p. 105-119.

GJERSING, L.; CAPLEHOM, J. R. M.; CLAUSEN, T. Cross-cultural adaptation of research instruments: language, setting, time and statistical considerations. **BMC Med Res Methodol.**, [S.l.], 2010. Disponível em:<
<http://bmcmmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2288-10-13>>. Acesso em: 15 abr. 2016.

GOMES, A. M. A. Solidão: uma abordagem interdisciplinar pela ótica da teologia bíblica reformada. **Fides Reformata**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 1-16, 2001.

GOTTLIEB, M. G. V. et al. Envelhecimento e longevidade no Rio Grande do Sul: um perfil histórico, étnico e de morbi-mortalidade dos idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Brasília, v. 14, n. 2, p. 365-80, 2011.

GRIEP, R. H. et al. Confiabilidade teste-reteste de aspectos da rede social no Estudo Pró-Saúde. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 37, n. 3, p. 379-85, 2003.

GRIEP, R. H. et al. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 703-714, 2005.

GUILLEMIN, F. Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. **Scand J Rheumatol.**, [S.l.], v. 24, n. 2, p. 61-3, 1995.

GUILLEMIN, F.; BOMBARDIER, C.; BEATON, D. Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. **J Clin Epidemiol.**, [S.l.], v. 46, n. 12, p. 1417-32, 1993.

HAIR, J. et al. **Análise Multivariada de Dados.** 6. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

HAMBLETON, R. K. Issues, designs, and technical guidelines for adapting tests into multiple languages and cultures. In: HAMBLETON, R. K.; MERENDA, P. F.; SPIELBERGER (Ed.). **Adapting educational and psychological tests for cross – cultural assessment.** Mahwah: Lawrence Erlbaum, 2005. p. 3-38.

HARTSHORNE, T. S. Psychometric properties and confirmatory factor-analysis of the UCLA Loneliness Scale. **J Pers Assess.**, [S.l.], v. 6, n. 1, p. 182-95, 1993.

HAWKLEY, L. C. et al. Loneliness is a unique predictor of age related differences in systolic blood pressure. **Psychol Aging**, [S.l.], v. 21, p. 152-164, 2006.

HEIN, M. A.; ARAGAKI, S. S. Saúde e envelhecimento: um estudo de dissertações de mestrado brasileiras (2000-2009). **Cienc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 2141-2150, 2012.

HINDE, R. A. **Relationships**: a dialectical perspective. [S.l.]: Psychology Press Publishers, 1977.

HULLEY, S. B.; MARTIN, J. N.; CUMMINGS, S. R. **Planejando as medições**: precisão e acurácia. In: HULLEY, S. B. et al. Delineando a pesquisa clínica: uma abordagem epidemiológica. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, p. 55-68, 2003.

HUTCHINSON, A.; BENTZEN, N.; KONIG-ZANHN, C. **Cross cultural health outcome assessment**: a user's guide. The Netherlands: ERGHO, 1996.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese dos indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[HTTP://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2008/)>. Acesso em: 27 jul. 2014.

_____. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: comentários: Indicadores do período de 2004 a 2009. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/>>. Acesso em: 27 jul. 2014.

_____. **"População residente, por situação do domicílio e sexo, segundo os grupos de religião - Brasil"**. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/default_caracteristicas_religiao_deficiencia.shtm>. Acesso em: 24 abr. 2016.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2012/>>. Acesso em: 15 ago. 2013.

_____. **Projeção da população do Brasil por sexo e idade para o Brasil e Grandes Unidades da Federação**. Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Projecao_da_Populacao/Projecao_da_Populacao_2013/nota_metodologica_2013.pdf>. Acesso em: 08 set. 2013.

JAREMKA, L. M. et al. Loneliness predicts pain, depression, and fatigue: Understanding the role of immune dysregulation. **Psychoneuroendocrinology**, [S.l.], v. 38, n. 8, p. 1310-1317, 2013.

JYLHÄ, M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. **Soc Sci Med**, [S.l.], v. 69, n. 3, p. 307-316, 2009.

KATONA, C.; SHANKAR, K. Depression in old age. **Rev. Clin. Gerontol.**, [S.l.], v. 14, n. 4, p. 283-306, 2004.

KNIGHT, R. G. et al. Some normative, reliability, and factor analytic data for the revised UCLA Loneliness Scale. **J Clin Psychol**, [S.l.], v. 44, n. 2, p. 203-206, Mar. 1988.

LASGAARD, M. Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. **Pers Individ Dif.**, [S.l.], v. 42, n. 7, p. 1359-1366, 2007.

LIMA-COSTA, M. F. et al. A estrutura da auto-avaliação da saúde entre idosos: projeto Bambuí. **Rev. Saúde Públ.** São Paulo, v. 38, n. 6, p. 827-34. 2004.

LOBIONDO-WOOD, G.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização.** 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LONG, C. R.; AVERIL, J. R. Solitude: an exploration of benefits of being alone. **J Theor Soc Behav.**, [S.l.], v. 33, n. 1, p. 21-44, 2003.

LOPES, D.; M.; S. **Solidão e bem-estar subjetivo na terceira idade: estudo comparativo de idosos institucionalizados e não institucionalizados.** 2012.75f. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Educação) - Universidade de Coimbra, Coimbra, 2012.

LOPES, M. M.; BRANCO, V. T. F. C.; SOARES, J. B. Utilização dos testes estatísticos de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk para verificação da normalidade para materiais de pavimentação. **Transportes**, [S.l.], v. 21, n. 1, p. 59-66, 2013.

LOPES, N. F. L. **A solidão nos idosos em função da rede de suporte social, no concelho de Vila do Bispo.** 2015. 86f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia social) - Escola Superior de Saúde, Universidade do Algarve, Faro, 2015.

LOPES, R. F.; LOPES, M. T. F.; CÂMARA, V. D. Entendendo a solidão do idoso. **Rev. Bras. de Ciên. do Envelh. Hum**, Passo Fundo, v. 6, n. 3, p. 373-381, set./dez. 2009.

LUZ, M. H. R. A.; MIGUEL, I. Apoio social e solidão: Reflexos na população idosa em contexto institucional e comunitário social. **RPICS**, Coimbra, v. 1, n. 2, p. 3-14, 2015.

MAHON, N. E.; YARCHESKI, T. J.; YARCHESKI, A. Validation of the Revised UCLA Loneliness Scale for adolescents. **Res Nurs Health**, [S.l.], v. 18, n. 3, p. 263-70, 1995.

MAHON, N. E.; YARCHESKI, A. The dimensionality of the UCLA Loneliness Scale in early adolescents. **Res Nurs Health**, [S.l.], v. 13, n. 1, p. 45-52, 1990.

MARTINS, G. A. Sobre confiabilidade e validade. **RBGN**, São Paulo, v. 8, n. 20, p. 1-12, 2006.

MENDIETA, I. H.; MARTIN, M. A. G.; JACINTO, L. G. The Relationship Between Social Support, Loneliness, and Subjective Well-Being in a Spanish Sample from a Multidimensional Perspective. **Soc Indic Res.**, [S.l.], v. 114, p. 1013-1034, 2013.

MINAYO, M. C. S.; COIMBRA, J. C. E. A. **Antropologia, saúde e envelhecimento**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MONTEIRO, H.; FÉLIX NETO. **Universidades da terceira idade: da solidão aos motivos para a sua frequência**. Porto: Legis Editora, 2008.

MORALES-VALLEJO, P. M.; SANZ, B. U.; BLANCO, A. **Cuadernos de Estadística: construcción de escalas de actitudes tipo Likert**. Madrid: Editorial La Muralla, 2003.

MOREIRA, V. Psicopatologia e Contemporaneidade: Individualismo como sintoma contemporâneo. **Rev. ter. psicol.**, [S.l.], v. 19, n. 1, p. 33-38, 2001.

MOREIRA, V.; CALLOU, V. Fenomenologia da solidão na depressão. **Mental**, Barbacena, v. 4, n. 7, p. 67-83, nov. 2006.

NANDA INTERNATIONAL. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação**. 2015-2017. Porto Alegre: Artmed, 2015.

NERI, A. L.; FREIRE, S. A. **E por falar em boa velhice**. Campinas: Papyrus, 2000.

OLIVEIRA, F. A. **Características psicológicas e solidão sentida em idosos do meio Urbano**. 2011. 85f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2011.

OLIVEIRA, J. B. **Psicologia do envelhecimento e do Idoso**. Coimbra: Livpsic, 2008.

PAQUALI, L. Medida psicométrica. In: _____. **Teoria e métodos de medida em ciências do comportamento**. Brasília: LabPAM/INEP, 1996. cap 3, p. 73-115.

_____. Testes referentes a construto: teoria e modelo de construção. In: _____. **Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração**. Brasília: LabPAM/IBAP, 1999. cap. 3, p. 37-71.

_____. Psicometria. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 43, n. Esp, p. 992-9, 2009.

_____. **Instrumentação psicológica: fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

PATTERSON, A. C.; VEENSTRA, G. Loneliness and risk of mortality: a longitudinal investigation in Alameda County, California. **Soc. Sci. Med.**, [S.l.], v. 71, p. 181-186, 2010.

PAULO, M. A.; WAJNMAN, S.; OLIVEIRA, A. M. C. H. A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do

recebimento do Benefício de Prestação Continuada. **Rev. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 25-43, 2013.

PELZER, M. T.; SANDRI, J. V. A. O viver e ser saudável no envelhecimento humano contextualizado através da história oral. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 108-122, 2002.

PEPLAU, L. A.; PERLMAN, D. **Loneliness: A Source-book of Current Theory, Research, and Therapy.** New York: John Willey & Sons, 1982.

PERISSINOTTO, C. M.; STIJACIC, C. I.; COVINSKY, K. E. Loneliness in older persons: a predictor of functional decline and death. **Arch Intern Med**, [S.l.], v. 172, n. 14, p. 1078-1083, 2012.

PINHEIRO, AAA; TAMAYO, A. Escala UCLA de Solidão: adaptação e validação. **Arq Bras Psicol.**, v. 36, n. 1, p. 36-44, 1984.

PINTO, J. L. G. et al. Características do apoio social oferecido a idosos de área rural assistida pelo PSF. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 753-764, 2006.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, [S.l.], v. 29, n. 5, p. 489-497, Oct. 2006.

PY, L.; OLIVEIRA, J. F. P. de A. A espera do nada. **Ciênc. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 8, p. 1955-1962, 2012.

RADLOFF, L. S. The CES-D Scale: a self-report depression scale for research in the general population. **Appl Psychol Meas.**, [S.l.], v. 1, n. 3, p. 385-401, 1977.

RAMOS, L. R. et al. Perguntas mínimas para rastrear dependência em atividades da vida diária em idosos. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 506-513, 2013.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. **Letras de hoje**, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, jul./set. 2009.

RAZALI, N. M.; WAH, Y. B. Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Lilliefors and Anderson-Darling tests. **Journal of Statistical Modeling and Analytics**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 21-33, 2011.

RIBEIRO, A. S. L. S. **Solidão e qualidade de vida em idosos.** 2012. 103f. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade Ciências da Saúde, Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2012.

RODRIGUES, C. M. O. **A solidão e a depressão nos idosos:** estudo numa amostra da população portuguesa. 2013. 42f. Dissertação (Mestrado em Psicologia clínica) - Escola Superior de Altos Estudos, Instituto Superior Miguel Torga, Coimbra, 2013.

RONCON, J.; LIMA, S.; PEREIRA, M. G. Morbidade psicológica e stress familiar em idosos residentes na comunidade. **Psic. Teor. e Pesq**, Brasília, v. 31, n. 1, p. 87-96, jan./mar. 2015.

RUSSELL, D. W. UCLA Loneliness Scale (version 3): Reliability, validity, and factor structure. **J. Personal. Assess.**, [S.I.], v. 66, n. 1, p. 20-40, 1996.

RUSSELL, D.; PEPLAU, L. A.; FERGUSON, M. L. Developing a measure of loneliness. **J. Personal. Assess.**, [S.I.], v. 42, p. 290-294, 1978.

SACCHI, C.; MINZI, M. C. La Escala Revisada de Soledad de UCLA: Una adaptación argentina. **Rev. Argent. Clin. Psicol.**, [S.I.], v. 6, n. 1, p. 43-53, 1997.

SÁNCHEZ, M.; SARABIA, F. J. **Validez y fiabilidad de escalas**. In: SARABIA, F. J. (Coord.), **Metodología para la investigación em marketing y dirección de empresas**. Madrid: Editorial Pirámide, 1999.

SANTOS, S. R. et al. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino- Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-764, 2002.

SCHIMIDT, T. C. G.; DA SILVA, M. J. P. Percepção e compreensão de profissionais e graduandos de saúde sobre o idoso e o envelhecimento humano. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 612-17, 2012.

SCHINEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. **Estud. Psicol.**, Campinas, v. 25, n. 4, p. 585-593, out./dez. 2008.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. **Lancet**, [S.I.], v. 377, n. 9781, p.1949-61, 2011.

SCHMITT, N. Uses and abuses of coefficient alpha. **Psychol Assess**, [S.I.], v. 8, n. 4, p. 350-53, 1996.

SEEWALD, F. O tema da solidão: Klein e Winnicott revisitados. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 17, n. 1, p. 29-37, 1995.

SEIBT, C. L. Solidão como processo de educação e de apropriação de si. **Acta Sci. Educ.**, Maringá, v. 35, n. 1, p. 97-103, 2013.

SEQUEIRA, A.; SILVA, M. N. O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. **Análise Psicológica**, Lisboa, v. 3, n. 20, p. 505-516, 2002.

SHEVLIN, M.; MURPHY, S.; MURPHY, J. The Latent Structure of Loneliness: testing competing factor models of the UCLA Loneliness Scale in a Large Adolescent Sample. **Assessment**, [S.I.], v. 22, n. 2, p. 208-215, 2015.

SILVA, C. P. A. M. **O Idoso e a institucionalização**: o fenômeno da solidão. 2012. 35f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Instituto Universitário Ciências Psicológicas Sociais e da Vida, 2012.

SILVA, J. A.; RIBEIRO-FILHO, N. P. **Avaliação e mensuração da dor**: pesquisa, teoria e prática. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2006.

SILVA, R. J. et al. Prevalência e fatores associados a percepção negativa da saúde em pessoas idosas do Brasil. **Rev. bras. epidemiol**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 49-62, 2012.

SILVA, I. T. da; PINTO JUNIOR, E. P.; VILELA, A. B. A. Autopercepção de saúde de idosos que vivem em estado de coresidência. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 275-287, 2014.

SOUSA, L.; FIGUEIREDO, D.; CERQUEIRA, M. **Envelhecer em família, os cuidados familiares na velhice**. Porto: Âmbar Editora, 2004.

SPERBER, A. D. Translation and validation of study instruments for cross-cultural research. **Gastroenterology**, [S.l.], v. 126, n. 1, Sup. 1, p. 124-8, Jan. 2004.

TEIXEIRA, L. M. F. **Solidão, depressão e qualidade de vida em idosos**: um estudo avaliativo exploratório e implementação-piloto de um programa de intervenção. 2010, 101f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2010.

THIENGO, D. L. et al. Associação entre apoio social e depressão na gestação. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p.129-138, 2011.

TILDEN, V. P.; NELSON, C. A.; MAY, B. A. Use of qualitative methods to enhance content validity. **Nurs Res**, [S.l.], v. 39, n. 3, p. 172-175, 1990.

TOPF, M. Three estimates of interrater reliability for nominal data. **Nurs Res**, [S.l.], v. 35, n. 4, p. 253-245, 1986.

TORRES, C. et al. Diálogos em torno dos significados do corpo no envelhecimento: um estudo com pessoas idosas inscritas num programa de atividade física. **Estud. Interdiscipl. Envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 155-172, 2014.

UNITED NATIONS. **Living arrangements of older persons around the world**. New York: United Nations, 2005.

VAZ, S. F. **A depressão no idoso institucionalizado**: estudo em idosos residentes nos lares do distrito de Bragança. 2009. 181f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Idoso) - Universidade do Porto, Porto, 2009.

VERDI, M. T. Vínculos: antídoto da solidão. **Rev. SPAGESP**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 17-23, 2010.

WASSERBAUER, L. I.; ABRAHAM I. L. Quantitative designs. In: TALBOT, L. A. **Principles and practice of nursing research**. St. Louis: Mosby, 1995. p. 217-39,

WEBER, B. **Tradução, adaptação transcultural e validação do método INTERMED para a língua portuguesa**: um estudo em pacientes hospitalizados.

2012, 175f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2012.

WEISS, R. **Loneliness**: the experience of emotional and social isolation. Cambridge, MA: MIT PRESS, 1973.

WILSON, D. et al. Psychometric properties of the revised UCLA Loneliness Scale and two short-form measures of loneliness in Zimbabwe. **J Pers Assess**, [S.l.], v. 59, n. 1, p. 72-81, 1992.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The uses of epidemiology in the study of the elderly**. Geneva, 1984.

WU, Chia-Huei; YAO, G. Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-8) in Taiwanese undergraduate students. **Pers. Individ. Dif.**, [S.l.], v. 44, n. 8, p. 1762–1771, 2008.

WU, Z.; SCHIMMELE, C. M. Uncoupling in late life. **Generations**, [S.l.], v. 31, n. 3, p. 41-46, Sep. 2007.

ZAPATA, P. C. R.; ARREDONDO, N. H. L. Percepción de soledad en la mujer. **Ágora USB**, Medellín, v. 12, n. 1, p. 143-164, 2012.

ZELDIN, T. **História íntima da humanidade**. Lisboa: Editorial Teorema, 1994.

APÊNDICE A - Artigo: “PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA: REVISÃO INTEGRATIVA”

Referência: Kuznier TP, Souza CC, Mata L.RF, Chianca, TCM. Propriedades psicométricas da Escala de Solidão da UCLA: revisão integrativa. R. Enferm. Cent. O. Min. 2016;6(2):2271-81.

PROPRIEDADES PSICOMÉTRICAS DA ESCALA DE SOLIDÃO DA UCLA: REVISÃO INTEGRATIVA

PROPERTIES OF PSYCHOMETRIC UCLA LONELINESS SCALE: INTEGRATIVE REVIEW

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA ESCALA DE SOLEDAD DE UCLA: REVISIÓN INTEGRATIVA

Tatiane Prette Kuznier¹, Cristiane Chaves de Souza², Luciana Regina Ferreira da Mata³,
Tânia Couto Machado Chianca⁴.

RESUMO

Objetivo: Analisar produções científicas acerca das propriedades psicométricas da Escala de Solidão da UCLA. Método: Revisão integrativa da literatura, entre 1978 e 2014, nas bases de dados LILACS, Cochrane, MEDLINE, CINAHL, Web of Science e PsycINFO. Resultados: O alpha de Cronbach variou de $\alpha=0,71$ a $\alpha = 0,92$ entre as versões, com exceção da versão reduzida UCLA *Loneliness Scale-4* que apresentou $\alpha =0,31$ a $\alpha = 0,45$. Houve falta de consenso entre os pesquisadores, tendo alguns definido a escala como unidimensional, enquanto outros como tendo dois ou mais fatores. Foi encontrada relação negativa entre a Escala de Solidão da UCLA e medidas de apoio social, disposição social, autoestima, satisfação com a vida, suporte social, medida de pertencimento percebido, auto-conceito, autoavaliação de atratividade física e felicidade e relação positiva com ansiedade social, timidez e depressão. Conclusão: As evidências científicas comprovam as qualidades psicométricas da Escala de Solidão da UCLA, com exceção da UCLA *Loneliness Scale-4*.

Descritores: Psicometria; Estudos de validação; Validade dos testes; Reprodutibilidade dos testes.

ABSTRACT

Objective: To analyze scientific production about the psychometric properties of the UCLA Loneliness Scale. Method: Integrative literature review between 1978 and 2014 in the following databases: LILACS, Cochrane, MEDLINE, CINAHL, Web of Science and PsycINFO. Results: Cronbach's alpha ranged from $\alpha = 0.71$ to $\alpha = 0.92$ between versions, except for the reduced version UCLA *Loneliness Scale-4* ranging from $\alpha = 0.31$ to $\alpha = 0.45$. There was a lack of consensus among researchers, with some defined the scale as one-dimensional, while others as having two or more factors. There were negative relationship between the UCLA Loneliness Scale and measures of social support, social disposition, self-esteem, life satisfaction, social support, perceived belonging measure, self-concept, self-rated physical attractiveness and happiness and positive relationship with social anxiety, shyness and depression. Conclusion: The scientific evidence supports the psychometric properties of the UCLA Loneliness Scale, except for the UCLA *Loneliness Scale-4*.

Descriptors: Psychometrics; Validation studies; Validity of tests; Reproducibility of results.

RESUMEN

Objetivo: Analizar la producción científica sobre las propiedades psicométricas de la Escala de Soledad de UCLA. Método: Revisión integrativa de la literatura, entre 1978 y 2014, en las siguientes bases de datos: LILACS, Cochrane, MEDLINE, CINAHL, Web of Science y PsycINFO. Resultados: alfa de Cronbach variaron de $\alpha = 0,71$ para $\alpha = 0,92$ entre las versiones, a excepción de la versión reducida UCLA *Loneliness Scale-4* que van

desde $\alpha = 0,31$ para $\alpha = 0,45$. Hubo una falta de consenso entre los investigadores, con algunos definen la escala como unidimensional, mientras que otros que tienen dos o más factores. Hubo relación negativa entre la Escala de Soledad de UCLA y medidas de apoyo social, la disposición social, la autoestima, la satisfacción con la vida, apoyo social percibido perteneciente medida, el autoconcepto, el atractivo físico autopercepción y la felicidad y relación positiva con la ansiedad social, la timidez y la depresión. Conclusión: La evidencia científica apoya las propiedades psicométricas de la Escala de Soledad de UCLA, a excepción de la UCLA *Loneliness Scale-4*.

Descriptor: Psicometría; Estudios de validación; Validez de las pruebas; Reproducibilidad de resultados.

INTRODUÇÃO

A solidão acomete indivíduos de diferentes faixas etárias, que vivem em áreas urbanas e rurais e é observada como um grave problema social na atualidade⁽¹⁾. Suas manifestações incluem intensos sentimentos de vazio e abandono, sintomatologia depressiva, declínio da saúde mental, maior declínio cognitivo, menor qualidade de vida, prejuízo à saúde física e sono de má qualidade. A qualidade insuficiente ou a quantidade de uma rede de relações sociais do indivíduo está intimamente ligada à solidão⁽²⁾.

Várias explicações vêm sendo apresentadas na tentativa de elucidar os efeitos da solidão na saúde humana. Sugere-se que o mecanismo de enfrentamento usado pelas pessoas para lidar com a solidão pode ter um efeito negativo para saúde. Pessoas solitárias têm maior probabilidade de fumar e tendem a se exercitar menos. Além disso, a solidão tem sido associada à depressão e ao suicídio e pode ser um fator de risco para transmissão sexual do Vírus da Imunodeficiência Humana⁽²⁻³⁾.

Desta forma, os profissionais de saúde, dentre os quais os enfermeiros, precisam reconhecer que a solidão causa prejuízos à qualidade de vida, trazendo consequências negativas para os indivíduos. Na enfermagem, o 'Risco de solidão' representa um diagnóstico de enfermagem que é definido como "risco de vivenciar desconforto associado a um desejo ou necessidade de mais contato com outros"⁽⁴⁾. A existência de um diagnóstico de enfermagem aponta para a necessidade de reconhecimento e avaliação de indivíduos solitários ou em risco de solidão, para que intervenções que visem diminuir ou amenizar esta condição possam ser realizadas.

Uma das maneiras de conhecer e avaliar o nível de solidão de um indivíduo é por meio da utilização de instrumentos específicos, que tenham sido avaliados e sejam psicometricamente adequados. Medidas válidas compreendem representações precisas da característica que se almeja medir, sendo que as medidas confiáveis produzem os mesmos resultados, sendo replicáveis e consistentes⁽⁵⁾. Desta forma, a psicometria tem fundamentação na teoria da medida em ciências para elucidar o sentido das respostas dadas pelos sujeitos a uma série de tarefas e propor técnicas de medida dos processos mentais. Os dois parâmetros mais importantes de legitimidade de uma medida ou teste são

a validade e a precisão⁽⁶⁾. A validade refere-se ao aspecto da medida ser congruente com a propriedade medida dos objetos, sendo demonstrada fundamentalmente pelas técnicas que visam a validade de construto (validade divergente e convergente), validade de conteúdo e validade de critério (validade concorrente e preditiva)⁽⁶⁾. A análise fatorial também tem sido usada para avaliar a validade relacionada ao construto. A comparação de resultados obtidos entre grupos distintos demonstra que os escores de um teste variam de modo previsível em função da participação em algum grupo⁽⁷⁾. A confiabilidade avalia a capacidade do instrumento em reproduzir um resultado de modo consistente no tempo e no espaço ou com observadores diferentes, demonstrando quão consistente ou preciso é o instrumento⁽⁸⁾. Poderá ser avaliada pela consistência interna, que examina a consistência entre os vários itens que fazem parte de um instrumento, possuindo como base a correlação média entre esses itens, podendo ser avaliada pelo alpha de Cronbach⁽⁹⁾.

Sendo um fenômeno de interesse da enfermagem, torna-se necessário o conhecimento e a mensuração do nível de solidão em indivíduos. Várias escalas para avaliar este fenômeno foram desenvolvidas, como a *Social and Emotional Loneliness Scale for Adults*, a *Loneliness Rating Scale*, e a *Differential Loneliness Scale*. Entre essas medidas, destaca-se a *UCLA Loneliness Scale*, que é a mais frequentemente utilizada em vários países e encontra-se em sua terceira versão⁽¹⁰⁾.

A *UCLA Loneliness Scale* foi desenvolvida na *University of California, Los Angeles*, sendo constituída originalmente por 20 itens, todos elaborados no sentido do constructo da solidão com quatro alternativas de resposta variando entre nunca e frequentemente. Foi desenvolvida para avaliar os sentimentos subjetivos de solidão⁽¹¹⁾. As questões indicam com que frequência os indivíduos apresentam sentimentos de solidão, numa escala de medida que variava entre nunca (1) e frequentemente (4). Quanto maior a pontuação, maior o nível de solidão do indivíduo.

A atual versão da escala, a *UCLA Loneliness Scale (Version 3)* é composta por 20 itens e sua consistência interna variou entre 0,89 e 0,94 numa amostra de estudantes universitários, enfermeiros, professores e idosos. Este instrumento encontra-se em processo de validação para o Brasil, motivo pelo qual foi realizada a análise das propriedades psicométricas da escala.

Diante do exposto, tendo por referência que a solidão é um fenômeno de interesse da enfermagem, sobre o qual o enfermeiro tem intervenções específicas e que a escala UCLA é o instrumento atualmente mais utilizado para avaliar a solidão de indivíduos em diferentes países, delineou-se este estudo que tem o objetivo de analisar produções científicas acerca das propriedades psicométricas da Escala de Solidão da UCLA.

MÉTODOS

Trata-se de estudo do tipo revisão integrativa da literatura. Para sua concretização seguiu-se as etapas: definição da questão de pesquisa e objetivos da revisão integrativa, estabelecimento de critérios de seleção da amostra, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, análise dos resultados, discussão e apresentação dos resultados⁽¹²⁾.

Este estudo foi guiado pela seguinte questão norteadora: quais são as publicações de estudos existentes na literatura que avaliam as propriedades psicométricas da UCLA *Loneliness Scale*?

As bases de dados consultadas foram: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Cochrane, Medical Literature On-Line (MEDLINE), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science e PsycINFO.

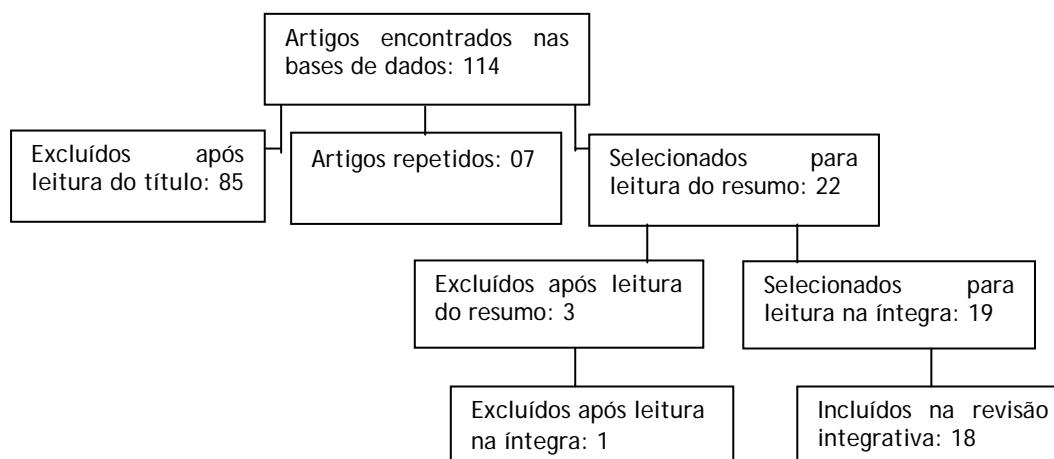
Para tanto, utilizou-se os descritores controlados contidos nos Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e MeSH (Medical Subject Headings) e os operadores booleanos combinados obtendo-se as estratégias de busca: (Psychometrics OR validation studies OR validity of tests OR reproducibility of results) AND (UCLA *Loneliness Scale*).

Foram incluídos no estudo os artigos publicados na literatura nacional e internacional, em língua inglesa ou espanhola, cujo foco tenha sido o estudo das propriedades psicométricas da UCLA *Loneliness Scale*, realizados com jovens, adultos, e/ou idosos publicados entre os anos de 1978 a 2014. A análise do material foi realizada em dezembro de 2014.

O fluxograma do processo de seleção dos artigos que compuseram a amostra deste estudo está descrito na Figura 1.

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção da literatura encontrada sobre propriedades psicométricas da UCLA *Loneliness Scale*, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Fonte: Bases de dados Lilacs, Medline, Cochrane, Web of Science, Cinahl, PsycINFO. Período da busca: 1978 a 2014.



Para a extração dos dados foi desenvolvido um instrumento para facilitar a análise e caracterização dos artigos da amostra, contendo as seguintes informações: identificação do artigo, título, autores, revista, país de desenvolvimento do estudo, objetivos, resultados, principais conclusões⁽¹²⁾. Os dados foram analisados segundo os conteúdos apresentados pelos artigos, utilizando estatística descritiva.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 18 artigos selecionados, três (16,7%) correspondem às três versões originais existentes da *UCLA Loneliness Scale* publicadas nos anos de 1978, a *UCLA Loneliness Scale*⁽¹¹⁾, em 1980 a *UCLA Loneliness Scale- Revised*⁽¹³⁾ e em 1996 a *UCLA Loneliness Scale (Version 3)*⁽¹⁴⁾, as quais foram desenvolvidas nos Estados Unidos da América (EUA) e posteriormente utilizadas em outros países, como demonstra a figura a seguir (Figura 2).

Figura 2 - Quadro síntese com os artigos incluídos na revisão integrativa sobre propriedades psicométricas da *UCLA Loneliness Scale*, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 2016.

Fonte: Bases de dados Lilacs, Medline, Cochrane, Web of Science, Cinahl, PsycINFO. Período da busca: 1978 a 2014.

Autor/Ano publicação	Objetivo/ Estudada/N(amostra) População	Conclusão
DoGan <i>et al.</i> ⁽¹⁵⁾ , 2011	Adaptar a UCLA <i>Loneliness Scale</i> - 8 para a língua turca e examinar suas propriedades psicométricas entre universitários. N=553	A análise fatorial exploratória resultou em um fator. A versão turca da UCLA <i>Loneliness Scale</i> -8 demonstrou boas propriedades psicométricas, com um bom nível de consistência interna ($\alpha = 0,72$).
Durak; Senol-Durak ⁽¹⁰⁾ , 2010	Investigar as propriedades psicométricas da UCLA <i>Loneliness Scale (Version 3)</i> na cultura turca utilizando duas amostras diferentes: estudantes universitários e idosos. ESTUDO 1: N=478 (estudantes universitários). ESTUDO 2: N=166 (idosos).	A consistência interna foi satisfatória, variando de $\alpha = 0,85$ a $\alpha = 0,90$ para a amostra dos estudantes universitários e $\alpha = 0,84$ a $\alpha = 0,90$ na amostra de idosos. Os resultados demonstram que o modelo de 3 fatores revela resultados significativos em ambas as amostras.
Dussault <i>et al.</i> ⁽²⁷⁾ , 2009	Avaliar a estrutura fatorial da UCLA <i>Loneliness Scale-Revised</i> em professores de ensino fundamental e médio. N= 1.157	A escala apresentou alto nível de consistência interna ($\alpha = 0,89$). Os resultados da análise fatorial confirmatória apóiam um modelo de três fatores.
Borges <i>et al.</i> ⁽¹⁶⁾ , 2008	Demonstrar a validade da UCLA <i>Loneliness Scale-Revised</i> para analisar a estrutura fatorial encontrada em duas populações de estudantes universitários (espanhóis e italianos) em dois países da Comunidade Europeia. N=522	Os resultados mostram uma estrutura multifatorial em ambas as amostras.
Wu; Yao ⁽¹⁷⁾ , 2008	Validar a forma reduzida da UCLA <i>Loneliness Scale</i> -8 em estudantes universitários de Taiwan. N=130	A UCLA <i>Loneliness Scale</i> -8 mostrou alta consistência interna ($\alpha = 0,84$). No resultado da análise fatorial confirmatória, o modelo de um fator revela que os 8 itens são homogêneos para medir a solidão.
Britton; Conner ⁽²⁸⁾ , 2007	Analisar a consistência interna da UCLA <i>Loneliness Scale (Version 3)</i> em pacientes em manutenção com metadona em um hospital universitário. N=117	A UCLA <i>Loneliness Scale (Version 3)</i> mostrou-se adequada, com alta consistência interna ($\alpha = 0,87$).
Lasgaard ⁽²⁰⁾ , 2007	Examinar as propriedades psicométricas de uma versão dinamarquesa da UCLA <i>Loneliness Scale (Version 3)</i> em adolescentes. N=379	A consistência interna da escala foi alta ($\alpha = 0,92$). A análise realizada apóia uma estrutura unidimensional da versão dinamarquesa da UCLA.
Sacchi; Minzi ⁽²⁵⁾ , 1997	Estudar a estrutura de fatores da versão argentina da UCLA <i>Loneliness Scale-Revised</i> em homens e mulheres na Argentina. N=260	Os resultados mostram que a solidão é um conceito unidimensional.
Russell ⁽¹⁴⁾ , 1996	Avaliar as propriedades psicométricas da UCLA <i>Loneliness Scale (Version 3)</i> em amostras de estudantes universitários, enfermeiros, professores e idosos. N=489 (estudantes universitários); N=316 (professores), N=301 (idosos); N=310 (enfermeiros).	A UCLA <i>Loneliness Scale (Version 3)</i> é altamente confiável, (α variando 0,89-0,94). Os resultados da análise fatorial forneceram suporte para a visualização da Escala de Solidão UCLA como uma medida unidimensional.
Mahon <i>et al.</i> ⁽²¹⁾ , 1995	Validar a UCLA <i>Loneliness Scale - Revised</i> em adolescentes. N=333	Neste estudo, foi encontrada alta consistência interna ($\alpha=0,89$). Os resultados das análises fatoriais indicam uma estrutura de dois

		fatores.
Hartshorne ⁽¹⁸⁾ , 1993	Investigar as propriedades psicométricas da UCLA <i>Loneliness Scale-Revised</i> em estudantes universitários. N=220	Consistência interna ($\alpha=0,8996$). A análise fatorial confirmatória apóia a unidimensionalidade da escala.
Wilson, <i>et al.</i> ⁽²²⁾ , 1992	Avaliar a confiabilidade da UCLA <i>Loneliness Scale-Revised</i> e duas formas reduzidas UCLA <i>Loneliness Scale</i> UCLA <i>Loneliness Scale-4</i> e UCLA <i>Loneliness Scale</i> UCLA <i>Loneliness Scale-8</i> no Zimbabwe. N=1354 (adolescentes). N=754 (adultos)	A consistência interna foi calculada separadamente para homens e mulheres em cada amostra. Na UCLA <i>Loneliness Scale-20</i> , α variou de 0,71 a 0,75. Na UCLA <i>Loneliness Scale-4</i> , de 0,31 a 45 e na UCLA <i>Loneliness Scale-8</i> , α variou de 0,56 a 0,60. A UCLA <i>Loneliness Scale-20</i> demonstrou ser confiável e a versão UCLA <i>Loneliness Scale-8</i> se mostrou superior em relação à UCLA <i>Loneliness Scale-4</i> para mensurar a solidão.
Neto ⁽²³⁾ , 1992	Investigar as características psicométricas da UCLA <i>Loneliness Scale-Revised</i> em adolescentes portugueses. N=217	A consistência interna foi alta ($\alpha=0,82$). A estrutura fatorial apóia um conceito multidimensional de solidão.
Anderson; Malikiosi-Loizos ⁽¹⁹⁾ , 1992	Avaliar a confiabilidade da UCLA <i>Loneliness Scale-Revised</i> em estudantes gregos e comparar com dados da versão dos EUA. N=91 estudantes universitários N=36 estudantes bilíngues	A consistência interna foi alta ($\alpha=0,89$). A correlação da versão grega com a versão dos EUA foi 0,94 para os 36 estudantes bilíngues.
Mahon; Yarcheski ⁽²⁴⁾ , 1990	Avaliar a dimensionalidade da UCLA <i>Loneliness Scale-Revised</i> em adolescentes. N=326	A análise fatorial apóia a unidimensionalidade da escala.
Knight <i>et al.</i> ⁽²⁶⁾ , 1988	Avaliar a confiabilidade e estrutura fatorial da UCLA <i>Loneliness Scale-Revised</i> em adultos da Nova Zelândia. N=978	A escala é altamente confiável ($\alpha=0,92$). A análise fatorial demonstrou a presença de dois fatores.
Russell <i>et al.</i> ⁽¹³⁾ , 1980	Apresentar a UCLA <i>Loneliness Scale-Revised</i> e avaliar a validade concorrente e discriminante da mesma. Estudo 1: N=162 universitários. Estudo 2: N=237 universitários.	A UCLA <i>Loneliness Scale-Revised</i> apresentou alta consistência interna ($\alpha= 94$). O estudo 1 apresentou uma versão revista da UCLA <i>Loneliness Scale</i> (1978), comprovando a validade concorrente para a medida revista. O estudo 2 demonstrou que a solidão esta correlacionada com medidas de afeto negativo, tomada de risco social e tendências de filiação.
Russell <i>et al.</i> ⁽¹¹⁾ , 1978	Relatar o desenvolvimento da escala de solidão UCLA. N=239 jovens adultos.	A UCLA <i>Loneliness Scale</i> demonstrou alta consistência interna ($\alpha=0,96$). A validade concorrente foi demonstrada através da relação dos escores da escala com medidas de auto-relatos de solidão.

No que se refere ao ano de publicação do artigo, um (5,6%) foi publicado em 2011, um (5,6%) em 2010, um (5,6%) em 2009, dois (11,1%) em 2008, dois (11,1%) 2007, um (5,6%) em 1997, dois (11,1%) em 1995, um (5,6%) em 1993, três (16,3%) em 1992, um (5,6%) em 1990, um (5,6%) em 1988, um (5,6%) em 1980 e um (5,6%) em 1978. Os dados mostram que a maior parte das publicações ocorreu no período de 1978 a 1997 (11 - 61,1%).

Em relação à origem dos estudos, dois (11,1%) foram realizados na Turquia, um (5,6%) no Canadá, um (5,6%) na Espanha, um (5,6%) em Taiwan, um (5,6%) na Dinamarca, um (5,6%) na Argentina, um (5,6%) no Zimbábue, um (5,6%) em Portugal, um (5,6%) na Grécia, um (5,6%) na Nova Zelândia e sete (38,5%) nos EUA. Estes dados mostram que a maior parte dos estudos foi realizada nos EUA, país onde a *UCLA Loneliness Scale* foi desenvolvida.

No que se refere à origem do periódico no qual o artigo foi publicado, a maioria (14 - 77,8%) foi publicada em periódicos da área da psicologia, dois (11,0%) em periódicos da enfermagem, um (5,6%) em revista de gerontologia e um (5,6%) na área de ciências sociais e comportamentais.

Em relação às populações estudadas, várias pesquisas incluíram estudantes universitários em suas amostras^(10,13-19). Os adolescentes constituíram uma população frequentemente utilizada nos artigos pesquisados^(13, 20-24). Adultos foram avaliados em número significativo dos estudos^(11,22,25-26). Outras populações foram abordadas em número reduzido das pesquisas, como idosos^(10,14), professores^(14,27), enfermeiros⁽¹⁴⁾ e pacientes⁽²⁸⁾.

A busca por instrumentos de medida confiáveis é importante para garantir a mensuração correta do constructo que se almeja conhecer. Desta forma, testes que avaliem as propriedades psicométricas destes instrumentos tornam-se extremamente necessários. Os 18 estudos encontrados utilizaram diferentes formas de análise psicométrica do instrumento, de acordo com o objetivo de cada artigo.

A seguir, encontram-se descritas as versões empregadas, como também as técnicas utilizadas para realização das análises psicométricas nos diferentes artigos.

Percebe-se que versões distintas da *UCLA Loneliness Scale* passaram por análises psicométricas em diferentes países. A *UCLA Loneliness Scale (Version 3)* foi utilizada em três estudos^(10,20,28), a *UCLA Loneliness Scale-Revised* em sete pesquisas^(16,18,22-25,27), a versão reduzida de 8 itens da escala, a *UCLA Loneliness Scale-8* foi utilizada em três estudos^(15,17,22) e a versão reduzida de 4 itens, a *UCLA Loneliness Scale-4* foi empregada em apenas um estudo⁽²²⁾.

A utilização de diferentes versões pode ser explicada pelo fato desta escala estar em sua terceira versão⁽¹⁴⁾, sendo que a segunda, a *UCLA Loneliness Scale-Revised*⁽¹³⁾, obteve duas versões reduzidas, a *UCLA Loneliness Scale-8*⁽²⁹⁾ e *UCLA Loneliness Scale-4*⁽¹³⁾.

Chama a atenção à utilização de versões reduzidas, *UCLA Loneliness Scale-8*^(15,17,22) e *UCLA Loneliness Scale-4*⁽²²⁾ da escala entre os pesquisadores. A versão reduzida *UCLA Loneliness Scale-4* tem apenas 4 itens, que foram selecionados de acordo com análise de regressão⁽¹³⁾. A versão reduzida *UCLA Loneliness Scale-8* possui 8 itens. Esses itens foram selecionados de acordo com resultado de análise fatorial exploratória, em que oito itens tiveram uma carga substancial sobre o primeiro fator⁽²⁹⁾. Estas duas escalas reduzidas

foram comparadas com a versão UCLA *Loneliness Scale-Revised*^(22,29). Os resultados revelaram que a UCLA *Loneliness Scale-8* é um melhor substituto para a UCLA *Loneliness Scale-Revised* do que a UCLA *Loneliness Scale-4* em três aspectos. Em primeiro lugar, a relação entre UCLA *Loneliness Scale-8* e UCLA *Loneliness Scale-Revised* ($r = 0,91^{(29)}$; $r = 0,82$ a $0,87^{(22)}$) foi maior do que a relação entre a UCLA *Loneliness Scale-4* e UCLA *Loneliness Scale-Revised* ($r = 0,88^{(29)}$; $r = 0,69-0,74^{(22)}$). Em segundo lugar, a confiabilidade da UCLA *Loneliness Scale-8* ($\alpha = 0,84^{(29)}$; $r = 0,56-0,60^{(22)}$) foi maior do que do UCLA *Loneliness Scale-4* ($\alpha = 0,63^{(29)}$; $r = 0,31-0,45^{(22)}$). Em terceiro lugar, as relações entre a UCLA *Loneliness Scale-8* e outras medidas relacionadas, tais como ansiedade social, a alienação, a satisfação com os amigos, vida sexual, família, *self* foram semelhantes às correlações entre a UCLA *Loneliness Scale-Revised* e estas medidas, mas superior aos da UCLA *Loneliness Scale-4* e estas mesmas medidas⁽²⁹⁾.

Estes resultados foram consistentes com as relações teóricas de solidão, demonstrando que a UCLA *Loneliness Scale-8* era um melhor substituto para a UCLA *Loneliness Scale-Revised* do que UCLA *Loneliness Scale-4*, motivo pelo qual alguns autores optaram pela utilização da versão reduzida de oito itens em suas pesquisas.

A avaliação psicométrica sofreu modificações no último século, na medida em que adotou tendências existentes em outros contextos, que apoiavam a idéia de que quanto maior fosse o instrumento para mensurar um construto, melhores seriam suas propriedades de validade⁽³⁰⁾. Assim, um maior número de itens colaborava no cálculo das fórmulas de confiabilidade, como no alpha de Cronbach. Todavia, nas últimas décadas, este conceito tem sido modificado por uma corrente teórica conhecida como Teoria de Resposta ao Item (TRI), que propõe que o uso de escalas mais curtas seriam tão confiáveis quanto às longas⁽³¹⁾.

Um grande número de pesquisadores realizou a análise fatorial das diferentes versões da UCLA *Loneliness Scale*, encontrando diferentes números de fatores em seus estudos. Autores que utilizaram a UCLA *Loneliness Scale-Revised* descreveram a escala como tendo três fatores⁽²⁷⁾, como sendo multifatorial⁽¹⁶⁾, como sendo unidimensional^(18,24-25), com dois fatores^(21,26) e como multidimensional⁽²³⁾, o que demonstra falta de consenso entre os pesquisadores neste quesito.

A análise fatorial também foi realizada em estudos que utilizaram a terceira versão da escala, a UCLA *Loneliness Scale (Version 3)*, tendo sido descrita como unidimensional⁽²⁰⁾ e como modelo de 3 fatores⁽¹⁰⁾. A versão reduzida de 8 itens (ULS-8) foi relatada como tendo um único fator^(15,17).

Observa-se que a maior parte dos estudos (8-66,7%) realizaram a análise fatorial da 2ª versão da escala, ou seja, da UCLA *Loneliness Scale - Revised*, sendo que cinco (62,5%)

dos artigos analisados concordam que a escala possui dois ou mais fatores e três (37,5%) consideram a escala unidimensional.

Em relação à confiabilidade, o alpha de Cronbach variou de $\alpha = 0,84$ a $\alpha = 0,92$ nos estudos que utilizaram a *UCLA Loneliness Scale (Version 3)*^(10,14,20,28); $\alpha=0,8996$ a $\alpha=0,71$ nos estudos realizados com a *UCLA Loneliness Scale-Revised*^(13,16,18-19,21-27); de $\alpha =0,56$ a $\alpha =0,84$ em estudos realizados com a *UCLA Loneliness Scale-8*^(15,17,22) e de $\alpha =0,31$ a $\alpha = 0,45$ em estudo que utilizou a *UCLA Loneliness Scale-4*⁽²²⁾.

Há diferentes relatos para os valores aceitáveis referentes ao alpha de Cronbach, podendo variar de 0,70 a 0,95⁽³²⁾. Assim, percebe-se, desta forma, que a *UCLA Loneliness Scale* é uma medida muito confiável, com exceção da versão que possui apenas quatro itens.

No que diz respeito às medidas associadas à solidão, a validade convergente da escala foi apoiada, revelando a associação da *UCLA Loneliness Scale (Version 3)* com medidas conceitualmente relacionadas, ou seja, o apoio social, disposição social, depressão, afeto positivo, afeto negativo e autoestima na amostra de estudantes universitários; depressão geriátrica, autoestima e satisfação com a vida na amostra de idosos⁽¹⁰⁾. A *UCLA Loneliness Scale-8* tem relações hipotéticas com medidas de satisfação com a vida e suporte social⁽¹⁷⁾. A escala foi relacionada (negativamente) com uma medida de pertencimento percebido⁽²⁸⁾. Foram encontradas relações entre a solidão e as medidas de personalidade e depressão⁽²⁰⁾. Foram observadas relações negativas com medidas de auto-conceito, auto-avaliação de atratividade física e felicidade e relações positivas com ansiedade social e timidez⁽²³⁾.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A utilização do método de revisão integrativa permitiu encontrar evidências científicas que comprovam as qualidades psicométricas da Escala de Solidão da UCLA, com exceção da *UCLA Loneliness Scale-4*.

A partir da avaliação dos estudos encontrados, percebe-se que diferentes delineamentos foram conduzidos para realização da avaliação da qualidade psicométrica desta escala, de acordo com o objetivo proposto em cada artigo.

Os estudos que avaliaram a confiabilidade obtiveram valores significativos, demonstrando ser a Escala de Solidão da UCLA uma medida muito confiável, com exceção da *UCLA Loneliness Scale-4*, que apresentou baixa confiabilidade, motivo pelo qual não é muito utilizada entre os pesquisadores.

Quanto à análise fatorial, esta medida foi muito utilizada entre os pesquisadores, por se tratar de uma questão controversa relativa a *UCLA Loneliness Scale*. Todavia, não houve

consenso entre os pesquisadores, na medida em que alguns definiram a escala como sendo uma medida unidimensional, enquanto outros a classificaram como tendo dois ou mais fatores, característica que aponta para a necessidade de mais estudos destinados a definir a dimensionalidade da escala.

No que diz respeito às medidas associadas à solidão, estudos encontraram relação negativa entre a Escala de Solidão da UCLA e medidas de apoio social, disposição social, autoestima, satisfação com a vida, suporte social, medida de pertencimento percebido, medidas de auto-consciência pública, auto-conceito, auto-avaliação de atratividade física e felicidade e relações positivas com ansiedade social, timidez e depressão.

A Escala de Solidão da UCLA constitui-se um instrumento apropriado para mensuração de solidão em várias populações de vários países, devendo ser utilizada por profissionais no intuito de identificar e reconhecer o nível de solidão experienciado pelo indivíduo. Neste contexto, profissionais enfermeiros também podem e devem utilizá-la como instrumento para enriquecimento de sua prática, visto que muitas pessoas hoje no mundo são acometidas pela solidão.

REFERÊNCIAS

1. Koc Z. Determination of older people's level of loneliness. *J. clin. nurs.* 2012;(21):3037-46.
2. Dong X, Chang ES, Wong E, Simon M. Perception and negative effect of loneliness in a Chicago Chinese population of older adults. *Arch. gerontol. geriatr.* 2012;(54):151-9.
3. Patterson AC, Veenstra G. Loneliness and risk of mortality: a longitudinal investigation in Alameda County, California. *Soc. sci. med.* 2010;(71):181-6.
4. North American Nursing Diagnosis Association - NANDA International. Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação. 2012-2014. Porto Alegre: Artmed; 2013. 606 p.
5. Weber B. Tradução, adaptação transcultural e validação do método INTERMED para a língua portuguesa: um estudo em pacientes hospitalizados [tese]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 2012.
6. Pasquali L. *Psicometria. Rev. Esc. Enferm. USP.* 2009; 43(Esp):992-9.

7. Cohen RJ, Swerdlik ME, Sturman ED. Testagem e avaliação psicológica: introdução à testes de medidas. 8 ed. Porto Alegre: AMGH; 2014.
8. Coluci MZO, Alexandre NMC, Daniela M. Construção de instrumentos de medida na área da saúde. Ciênc. saúde coletiva. 2015;20(3):925-36.
9. Alexandre NMC, Gallasch CH, Lima MHM, Rodrigues RCM. A confiabilidade no desenvolvimento e avaliação de instrumentos de medida na área da saúde. Rev. eletrônica enferm. 2013 jul/set;15(3):802-9.
10. Durak M, Senol-Durak E. Psychometric qualities of the UCLA Loneliness Scale (version 3) as applied in a turkish culture. Educ Gerontol. 2010;36(10-11):988-1007.
11. Russell D, Peplau LA, Ferguson ML. Developing a measure of loneliness. J. Pers. Assess. 1978;42(3):290-4.
12. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & contexto enferm. 2008;17(4):758-64.
13. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The Revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. J. pers. soc. psychol. 1980;39(3):472-80.
14. Russell D. UCLA Loneliness Scale (Version 3): reliability, validity and factor structure. J. Pers. Assess. 1996;66(1):20-40.
15. Dogan T, Cotok NA, Tekin EG. Reability and validity of the turkish version of the UCLA Loneliness Scale (ULS-8) among university students. Procedia Soc. Behav. Sci. 2011;(15):2058-62.
16. Borges A, Prieto P, Ricchetti G, Hernández-Jorge C, Rodríguez-Naveiras E. Validación cruzada de la factorización del Test UCLA de Soledad. Psicothema. 2008;20(4):924-7.
17. Wu C, Yao G. Psychometric analysis of the short-form UCLA Loneliness Scale (ULS-8) in Taiwanese undergraduate students. Pers. Individ. Diff. 2008;(44):1762-71.

18. Hartshorne TS. Psychometric properties and confirmatory factor-analysis of the UCLA Loneliness Scale. *J. Pers. Assess.* 1993;61(1):182-95.
19. Anderson LR, Malikiosi-Loizos M. Reliability data for a Greek translation of the Revised UCLA Loneliness Scale: comparisons with data from the USA. *Psychol. rep.* 1992;71(2):665-6.
20. Lasgaard M. Reliability and validity of the Danish version of the UCLA Loneliness Scale. *Pers. Individ. Diff.* 2007;42(7):1359-66.
21. Mahon NE, Yarcheski TJ, Yarcheski A. Validation of the Revised UCLA Loneliness Scale for adolescents. *Res. nurs. health.* 1995;18(3):263-70.
22. Wilson D, Cutts J, Lees I, Mapungwana S, Maunganidze L. Psychometric properties of the Revised UCLA Loneliness Scale and two short-formmeasures of loneliness in Zimbabwe. *J. Pers. Assess.* 1992;59(1):72-81.
23. Neto F. Loneliness among portuguese adolescents. *Soc. behav. pers.* 1992;20(1): 15-21.
24. Mahon NE, Yarcheski A. The dimensionality of the UCLA Loneliness Scale in early adolescents. *Res. nurs. health.* 1990;13(1):45-52.
25. Sacchi C, Minzi MC. La Escala Revisada de Soledad de UCLA: Una adaptación argentina. *Rev. argent. clin. psicol.* 1997;6(1):43-53.
26. Knight RG, Chisholm BJ, Marsh NV, Godfrey HP. Some normative, reliability, and factor analytic data for the revised UCLA Loneliness Scale. *J. clin. psychol.* 1988 Mar;44(2):203-6.
27. Dussault M, Fernet C, Austin S. Revisiting the factorial validity of the revised UCLA Loneliness Scale: a test of competing models in a sample of teachers. *Psychol. rep.* 2009; 105(3):849-56.
28. Britton PC, Conner KR. Reliability of the UCLA Loneliness Scale in opiate dependent individuals. *J. Pers. Assess.* 2007;88(3):368-71.

29. Hays RD, DiMatteo MR. A short-form measure of loneliness. *J. Pers. Assess.* 1987;(51):69-81.
30. Streiner DL. *A guide for statistically perplexed: selected readings for clinical researchers.* Canadá: University of Toronto Press; 2013.
31. Maroco J, Garcia-Marques T. Qual a fiabilidade do alpha de Cronbach? Questões antigas e soluções modernas? *Lab. psicol.* 2006;4(1):65-90.
32. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011; 2:53-5.

Nota: Este artigo é parte da tese de doutorado intitulada: "Tradução, adaptação e validação de uma escala de solidão (UCLA) em população de idosos no Brasil".

APÊNDICE B - Caracterização sociodemográfica e clínica

Nome: _____

Data da entrevista: _____ / _____ / _____

ESF: 1 () Belvedere I 2 () Belvedere II 3 () Lagoa dos Mandarins 4 () Jardinópolis 5 () Morada Nova 6 () Icarai 7 () Candidés 8 () São Paulo 9 () Primavera 10 () Vale do Sol 11 () Nova Holanda 12 () Nilda Barros 13 () Sagrada Família 14 () Serra Verde 15 () Santa Lúcia 16 () Osvaldo Machado 17 () Santos Dumont

Identificação do entrevistador(a): _____

DADOS PESSOAIS:

Idade: _____ anos Data de nascimento: _____ / _____ / _____

Sexo: 1 () F 2 () M

Renda: R\$ _____ reais

Profissão: qual? _____

Ocupação: qual? _____

Situação profissional: 1 () ativo 2 () aposentado 3 () aposentado + trabalho 4 () pensão 5 () pensão + aposentadoria 6 () desempregado 7 () do lar

Situação conjugal: 0 () sem companheiro 1 () com companheiro
0 () solteiro 1 () viúvo 2 () divorciado 3 () casado/união consensual

Mora com quem? 1 () sozinho 2 () esposo 3 () filho(s) 4 () Neto(s) 5 () amigos 6 () parentes 7 () esposo/a + filhos 8 () esposo/a + netos 9 () esposo/a + parentes 10 () filhos/as + parentes 11 () filhos/as + netos

Casa própria? 1 () Sim 2 () Não

Religião: 1 () Católica 2 () Evangélica 3 () Espírita 4 () Outras: qual? _____
0 () não há

Escolaridade: _____ anos

Cor de pele: 1 () Branco 2 () Pardo 3 () Amarelo 4 () Negro

Número de filhos? _____

Possui alguma(as) doença (s)? 1 () Sim 0 () Não

HAS: 1 () Sim 0 () Não **DM:** 1 () Sim 0 () Não

Qual(is)?

Como avalia sua saúde? 1 () Ótima 2 () Boa 3 () Regular 4 () Ruim

Frequência em atividades esportivas ou artísticas em grupo nos últimos 12 meses

1 Uma vez por semana ou mais

2 Duas a três vezes por mês

- 3 Uma ou algumas vezes por ano
- 0 Nenhuma vez

Frequência de trabalho voluntário nos últimos 12 meses

- 1 Uma vez por semana ou mais
- 2 Duas a três vezes por mês
- 3 Uma ou algumas vezes por ano
- 0 Nenhuma vez

Frequência em reuniões de associação de moradores, sindicatos ou partidos políticos nos últimos 12 meses

- 1 Uma vez por semana ou mais
- 2 Duas a três vezes por mês
- 3 Uma ou algumas vezes por ano
- 0 Nenhuma vez

Frequência a cultos religiosos nos últimos 12 meses

- 1 Uma vez por semana ou mais
- 2 Duas a três vezes por mês
- 3 Uma ou algumas vezes por ano
- 0 Nenhuma vez

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os juízes

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com o item IV da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

TÍTULO DO ESTUDO: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE SOLIDÃO (UCLA) EM POPULAÇÃO DE IDOSOS NO BRASIL

Eu, Tatiane Prette Kuznier, aluna do curso de doutorado em Enfermagem da UFMG, sob orientação da professora Dra Tânia Couto Machado Chianca, venho convidá-lo(a) a participar, na condição de juiz, da pesquisa desta pesquisa. Esta tem por objetivo traduzir, adaptar culturalmente e validar a *UCLA Loneliness Scale (version 3)*, a qual é capaz de mensurar o nível de solidão de um indivíduo.

Sua participação nesta pesquisa consiste em, em conjunto com os demais juízes, auxiliar na obtenção de uma versão final do instrumento de modo que este seja linguisticamente adaptado com base nas várias traduções e retro-traduções feitas durante as etapas anteriores da pesquisa. O objetivo dessa etapa é certificar que todo o conteúdo do instrumento tenha sido traduzido e adaptado de forma a conservar as equivalências do instrumento adaptado com a versão original. Os juízes podem incluir ou eliminar itens irrelevantes, inadequados ou ambíguos e, ao mesmo tempo, criar substitutos que sejam adequados à população-alvo.

Ressalto a importância de sua colaboração, uma vez que contribuirá para identificação do nível de solidão experienciado por pessoas idosas, futuramente podendo contribuir para a realização de estratégias que visem diminuir a solidão nesta população.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão relacionados a risco de constrangimento por exposição dos sujeitos, e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos, o comitê de juízes será reunido em local reservado, para proporcionar privacidade. Garantimos sigilo referente à sua participação.

Os benefícios desta pesquisa consistem na possibilidade de planejamento futuro de ações preventivas em relação à solidão, melhorando a qualidade de vida do idoso.

A sua participação é voluntária e não acarretará nenhuma despesa adicional e nenhum benefício financeiro. Além disso, o(a) Sr^a poderá retirar-se a qualquer momento do estudo. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisadora. E em caso de algum problema decorrente da pesquisa, você terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Com o seu consentimento o termo será apresentado em duas vias, uma cópia dele ficará com os pesquisadores e a outra com o (a) senhor (a).

Em caso de dúvida, comunicar os pesquisadores responsáveis ou ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Agradeço a sua colaboração e solicito a declaração do seu consentimento livre e esclarecido neste documento, através da sua rubrica em todas as páginas e a assinatura na última página.

Eu, _____, ____ anos, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) do estudo “TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE SOLIDÃO (UCLA) EM POPULAÇÃO DE IDOSOS NO BRASIL”. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Divinópolis ____ de _____ de 2014.

Assinatura do juiz

Tatiane Prette Kuznier

Responsáveis pelo Projeto:

Contatos: Tatiane Prette Kuznier Tel.: (37) 91165173.

Rua Vitória, n. 96, apto 101, Divinópolis, MG. CEP: 35500-099

Profª Tânia Couto Machado Chianca. Tel.: (31) 87638783

Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II- 2º andar – Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG. CEP: 31270-901. Fone: (31) 3409-4592

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para os idosos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com o item IV da Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde sobre Pesquisa envolvendo seres humanos)

TÍTULO DO ESTUDO: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE SOLIDÃO (UCLA) EM POPULAÇÃO DE IDOSOS NO BRASIL

Eu, Tatiane Prette Kuznier, aluna do curso de doutorado em Enfermagem da UFMG, sob orientação da professora Dra Tânia Couto Machado Chianca, venho convidá-lo(a) a participar desta pesquisa. Esta tem por objetivo traduzir, adaptar culturalmente e validar a *UCLA Loneliness Scale (version 3)*, a qual é capaz de mensurar o nível de solidão de um indivíduo.

Sua participação nesta pesquisa consiste em responder as entrevistas que serão por mim realizadas, sendo importante sua colaboração, uma vez que contribuirá para identificação do nível de solidão experienciado por pessoas idosas, futuramente podendo contribuir para a realização de estratégias que visem diminuir a solidão nesta população.

Os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão relacionados a risco de constrangimento por exposição dos sujeitos, e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos, a coleta de dados será realizada em local reservado, para proporcionar privacidade. Além disso, os instrumentos de coleta de dados serão identificados por códigos numéricos, garantindo assim o anonimato dos sujeitos envolvidos, e permanecerão em posse da pesquisadora por um período de cinco anos e, após, serão incinerados. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

Os benefícios desta pesquisa consistem na possibilidade de planejamento futuro de ações preventivas em relação à solidão, melhorando a qualidade de vida do idoso.

A sua participação é voluntária e não acarretará nenhuma despesa adicional e nenhum benefício financeiro. Além disso, o(a) Sr^a poderá retirar-se a qualquer momento do estudo, sendo que a desistência não causará nenhum prejuízo à sua saúde ou ao seu bem estar. Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pela pesquisadora. E em caso de algum problema decorrente da pesquisa, você terá assegurado o direito a ressarcimento ou indenização no caso de quaisquer danos eventualmente produzidos pela pesquisa.

Com o seu consentimento o termo será apresentado em duas vias, uma cópia dele ficará com os pesquisadores e a outra com o (a) senhor (a).

Em caso de dúvida, comunicar os pesquisadores responsáveis ou ao Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG).

Agradeço a sua colaboração e solicito a declaração do seu consentimento livre e esclarecido neste documento, através da sua rubrica em todas as páginas e a assinatura na última página.

Eu, _____, _____ anos, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntário (a) da entrevista e estudo "TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCALA DE SOLIDÃO (UCLA) EM POPULAÇÃO DE IDOSOS NO BRASIL".

Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas.

Divinópolis _____ de _____ de 2015.

Assinatura do idoso ou digital

Tatiane Prette Kuznier

Responsáveis pelo Projeto:

Contatos: Tatiane Prette Kuznier Tel.: (37) 91165173.

Rua Vitória, n. 96, apto 101, Divinópolis, MG. CEP: 35500-099

Profª Tânia Couto Machado Chianca. Tel.: (31) 87638783

Comitê de Ética em Pesquisa

Av. Antônio Carlos, 6627. Unidade Administrativa II- 2º andar – Sala 2005, Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG. CEP: 31270-901. Fone: (31) 3409-4592

APÊNDICE E - Versão final em português do Brasil da UCLA Loneliness Scale (version 3)

ESCALA DE SOLIDÃO DA **UCLA (VERSÃO 3) BR

As frases a seguir descrevem como as pessoas às vezes se sentem. Para cada frase, indique com que frequência você se sente da maneira descrita. Segue um exemplo: Com que frequência você se sente feliz? Se você nunca se sentiu feliz responda “nunca”; se você sempre se sente feliz, responda “sempre”.

		NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	SEMPRE
*1	Com que frequência você sente que está “em sintonia” com as pessoas ao seu redor?	1	2	3	4
2	Com que frequência você sente que te falta companhia?	1	2	3	4
3	Com que frequência você sente que não existe ninguém com quem possa contar?	1	2	3	4
4	Com que frequência você se sente sozinho?	1	2	3	4
*5	Com que frequência você se sente fazendo parte de um grupo de amigos?	1	2	3	4
*6	Com que frequência você sente que tem muito em comum com as pessoas ao seu redor?	1	2	3	4
7	Com que frequência você sente que ninguém está próximo de você?	1	2	3	4
8	Com que frequência você sente que seus interesses e ideias não são compartilhados pelas pessoas ao seu redor?	1	2	3	4
*9	Com que frequência você se sente sociável e amigável?	1	2	3	4
*10	Com que frequência você se sente próximo das pessoas?	1	2	3	4
11	Com que frequência você se sente deixado de lado?	1	2	3	4
12	Com que frequência você sente que suas relações com os outros não têm importância?	1	2	3	4
13	Com que frequência você sente que ninguém te conhece de verdade?	1	2	3	4
14	Com que frequência você se	1	2	3	4

	sente isolado das outras pessoas?				
*15	Com que frequência você sente que pode encontrar companhia quando você quer?	1	2	3	4
*16	Com que frequência você sente que existem pessoas que realmente te compreendem?	1	2	3	4
17	Com que frequência você se sente tímido? (inibido/envergonhado)	1	2	3	4
18	Com que frequência você sente que as pessoas estão ao seu redor, mas não estão com você?	1	2	3	4
*19	Com que frequência você sente que existem pessoas com quem você possa conversar?	1	2	3	4
*20	Com que frequência você sente que há pessoas com quem você possa contar?	1	2	3	4

Pontuação:

Os itens que possuem o asterisco devem ter os valores das pontuações invertidos (ex., 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1) e os pontos de cada item devem ser somados depois. Quanto maior a pontuação, maior o grau de solidão.

**UCLA (Universidade da Califórnia, Los Angeles).

Nota. Direitos autorais por Daniel W. Russel 1994. Reimpresso com permissão.

ANEXO A - Versão original da UCLA Loneliness Scale (version 3)

TABLE 1
UCLA Loneliness Scale (Version 3)

Instructions: The following statements describe how people sometimes feel. For each statement, please indicate how often you feel the way described by writing a number in the space provided. Here is an example:

How often do you feel happy?

If you never felt happy, you would respond "never"; if you always feel happy, you would respond "always."

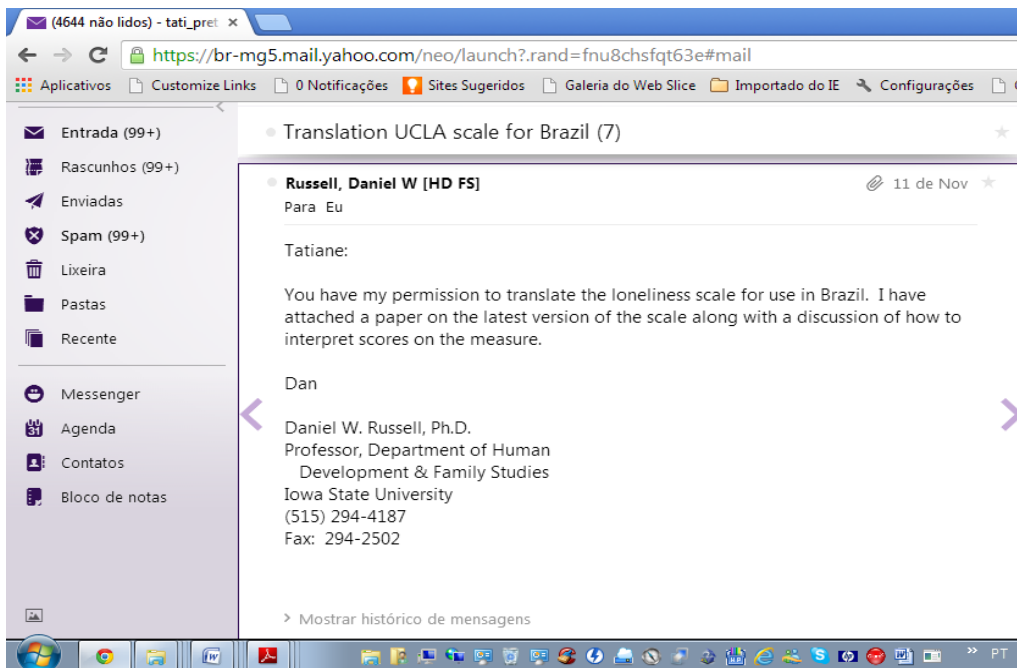
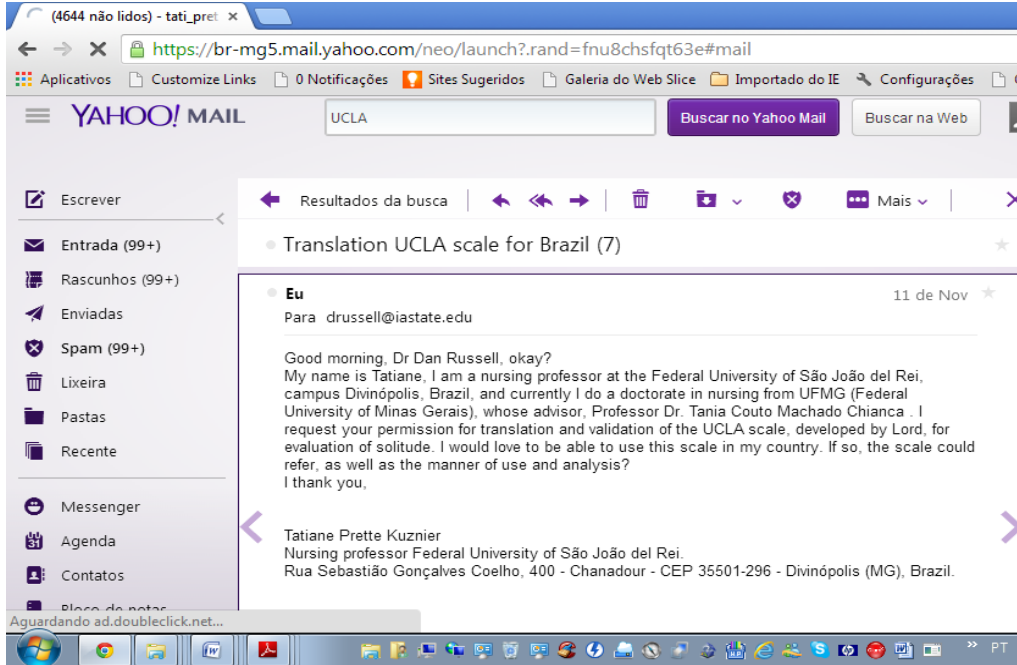
<u>NEVER</u>	<u>RARELY</u>	<u>SOMETIMES</u>	<u>ALWAYS</u>
1	2	3	4
*1. How often do you feel that you are "in tune" with the people around you?			_____
2. How often do you feel that you lack companionship?			_____
3. How often do you feel that there is no one you can turn to?			_____
4. How often do you feel alone?			_____
*5. How often do you feel part of a group of friends?			_____
*6. How often do you feel that you have a lot in common with the people around you?			_____
7. How often do you feel that you are no longer close to anyone?			_____
8. How often do you feel that your interests and ideas are not shared by those around you?			_____
*9. How often do you feel outgoing and friendly?			_____
*10. How often do you feel close to people?			_____
11. How often do you feel left out?			_____
12. How often do you feel that your relationships with others are not meaningful?			_____
13. How often do you feel that no one really knows you well?			_____
14. How often do you feel isolated from others?			_____
*15. How often do you feel you can find companionship when you want it?			_____
*16. How often do you feel that there are people who really understand you?			_____
17. How often do you feel shy?			_____
18. How often do you feel that people are around you but not with you?			_____
*19. How often do you feel that there are people you can talk to?			_____
*20. How often do you feel that there are people you can turn to?			_____

Scoring:

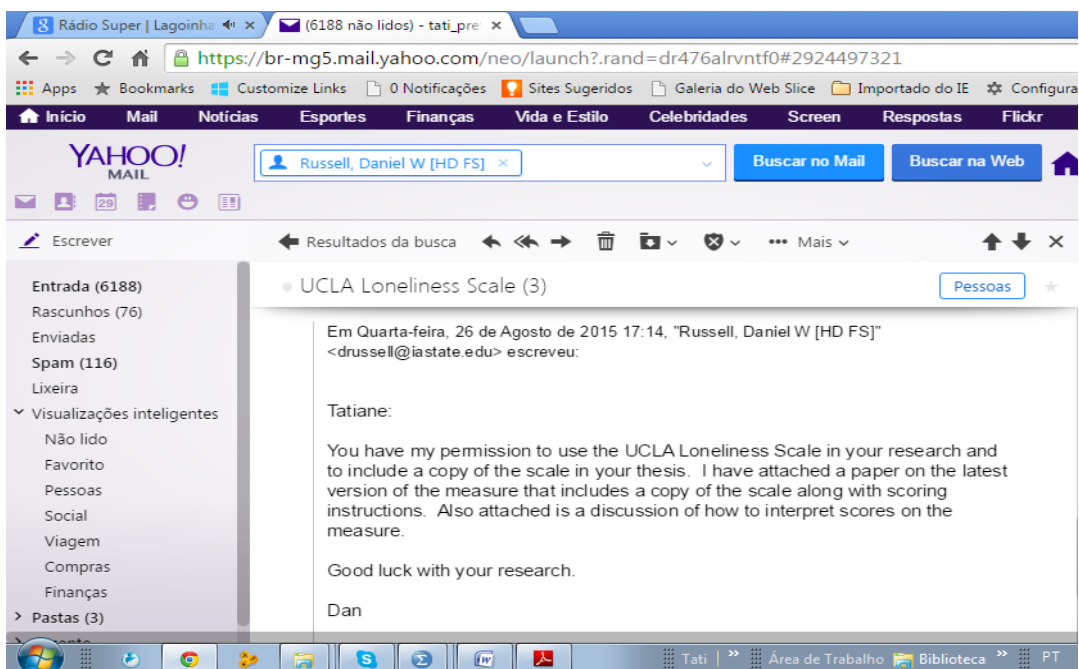
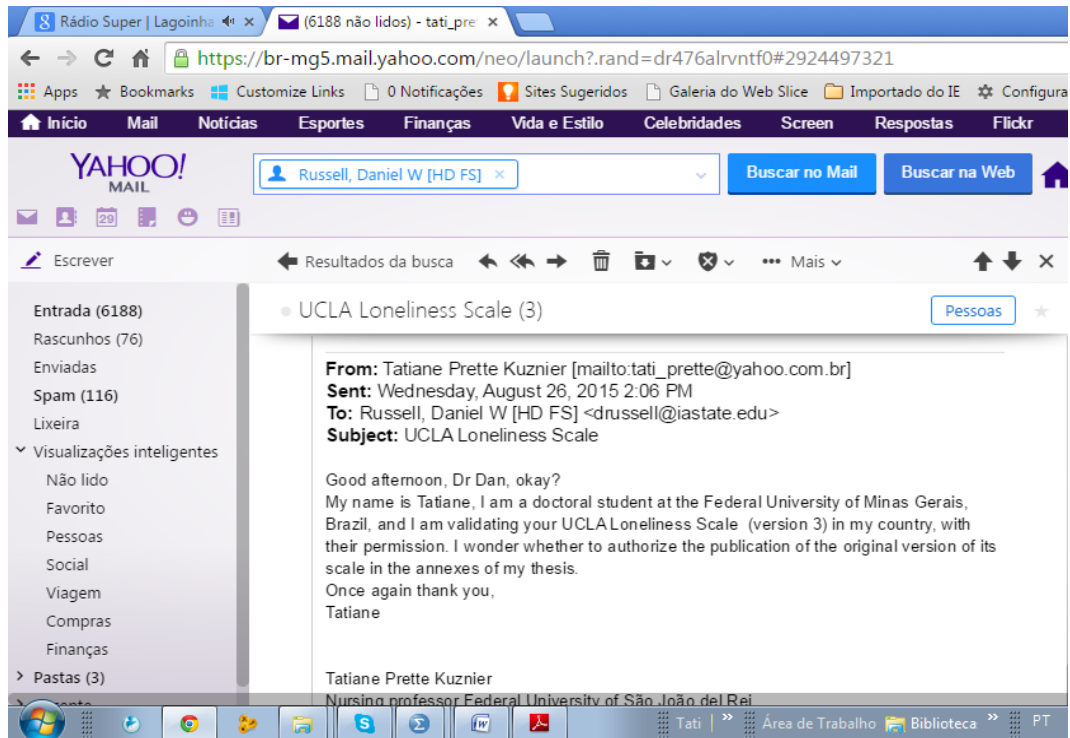
Items that are asterisked should be reversed (i.e., 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1), and the scores for each item then summed together. Higher scores indicate greater degrees of loneliness.

Note. Copyright 1994 by Daniel W. Russell. Reprinted with permission.

ANEXO B - Autorização para tradução e validação da *UCLA Loneliness Scale (Version 3)* para o Brasil



ANEXO C - Autorização para publicação da versão original da *UCLA Loneliness Scale (Version 3)* na tese



ANEXO D - Escala de Apoio Social MOS-Study

As próximas perguntas são sobre aspectos da sua vida com a família e amigos na sua vida pessoal e oportunidades em que as pessoas procuram por outras em busca de companhia, ajuda ou outros tipos de apoio.

Se você precisar, com que frequência você conta com alguém:	Nunca	Raramente	Às vezes	Quase Sempre	Sempre
a) Que o ajude se você ficar de cama?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
b) Para lhe ouvir quando você precisa falar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
c) Para lhe dar bons conselhos em uma situação de crise?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
d) Para levá-lo ao médico?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
e) Que demonstre amor e afeto por você?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
f) Para divertirem-se juntos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
g) Para lhe dar informação que o ajude a compreender determinada situação?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
h) Em quem confiar ou para falar de você ou sobre seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
i) Que lhe dê um abraço?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
j) Com quem relaxar?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
l) Para preparar suas refeições se você não puder prepará-las?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
m) De quem realmente quer conselhos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
n) Com quem distrair a cabeça?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
o) Para ajudá-lo nas tarefas diárias se você ficar doente?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
p) Para compartilhar seus medos e preocupações mais íntimos?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
q) Para dar sugestão sobre como lidar com um problema pessoal?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
r) Para fazer coisas agradáveis?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
s) Que compreenda seus problemas?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
t) Que você ame e faça você se sentir querido?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

Dimensão afetiva/interação social positiva (questões e, f, i, j, n, r, t)

Dimensão emocional/informação (questões b, c, g, h, m, p, q, s)




Dimensão apoio material (questões a, d, l, o)

ANEXO E - Escala de Depressão do *Center for Epidemiological Studies*

CES-D – CENTER FOR EPIDEMIOLOGICAL SCALES-DEPRESSION

Pensando na última semana , gostaria que o/a senhor/a me dissesse se sentiu ou viveu alguma/s das situações que vou dizer, e por quantas vezes tais situações ocorreram.	Nunca ou raramente	Poucas vezes	Quase sempre	Sempre	NR (Não respo sta)
1. Sentiu-se incomodado/a com coisas que normalmente não o/a incomodam.	0	1	2	3	99
2. Sentiu falta de vontade de comer, pouco apetite.	0	1	2	3	99
3. Sentiu que seu estado de ânimo não melhorou, mesmo com a ajuda de amigos e familiares.	0	1	2	3	99
4. Comparando-se com outras pessoas, achou que tinha tanto valor quanto elas.	0	1	2	3	99
5. Sentiu dificuldade em se concentrar no que estava fazendo.	0	1	2	3	99
6. Sentiu-se deprimido/a.	0	1	2	3	99
7. Sentiu que teve que fazer esforço para dar conta das suas tarefas de todo dia.	0	1	2	3	99
8. Sentiu-me otimista em relação ao futuro.	0	1	2	3	99
9. Pensou que sua vida é um fracasso.	0	1	2	3	99
10. Sentiu-se amedrontado/a.	0	1	2	3	99
11. Teve sono instável e não conseguiu descansar.	0	1	2	3	99
12. Sentiu-se feliz.	0	1	2	3	99
13. Falou menos do que costuma.	0	1	2	3	99
14. Sentiu-se sozinho/a.	0	1	2	3	99
15. Achou que as pessoas não foram gentis com o/a senhor/a.	0	1	2		99
16. Sentiu que consegue aproveitar bem a vida.	0	1	2	3	99
17. Teve crises de choro.	0	1	2	3	99
18. Sentiu-se triste.	0	1	2	3	99
19. Sentiu que as pessoas não gostam do/a senhor/a.	0	1	2	3	99
20. Sentiu que não conseguiu levar adiante as suas coisas.	0	1	2	3	99

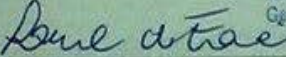
ANEXO F - Autorização da instituição para a realização da Pesquisa

Divinópolis, 30 de janeiro de 2014.

CARTA DE AUTORIZAÇÃO

Eu, Lúcia Aparecida Manoel de Faria, Gerente de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis, declaro ter sido informado e estar devidamente esclarecido sobre os objetivos e intenções do estudo "TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DA UCLA LONELINESS SCALE (VERSION 3) EM UMA POPULAÇÃO DE IDOSOS BRASILEIROS" e sobre os procedimentos da mesma. Recebi garantias de total sigilo e de obter esclarecimentos sempre que o desejar. Sei que a participação da instituição está isenta de despesas. Concordo que a instituição participe voluntariamente deste estudo e sei que posso retirar o consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou perda de qualquer benefício. Portanto autorizo que a mesma seja realizada na Rede Municipal de Saúde de Divinópolis.


 Lúcia Aparecida Manoel Faria
 Gerência de Desenvolvimento de R.H.
 Mat. 02026484

Assinatura e Carimbo

Lúcia Aparecida Manoel de Faria

Gerente de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis

06 / 02 / 14

Secretaria Municipal de Saúde de Divinópolis – Minas Gerais
 Rua Minas Gerais, nº 900 – Centro – Cep: 31.300-007 / Fone: (37) 3229-6400 (6416) / Fax: (37) 3121-2929 / E-mail: rh@divinopolis.mg.gov.br

ANEXO G - Parecer consubstanciado do CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCADA DE SOLIDÃO (UCLA) EM POPULAÇÃO DE IDOSOS NO BRASIL

Pesquisador: Tânia Couto Machado Chianca

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 30246814.3.0000.5149

Instituição Proponente: PRO REITORIA DE PESQUISA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 860.453

Data da Relatoria: 30/10/2014

Apresentação do Projeto:

O processo de envelhecimento populacional vem ganhando destaque em todo o mundo, trazendo novos desafios no que diz respeito às questões demográficas, políticas, socioculturais e econômicas. Essa realidade pode ser compreendida como resultado de alterações de alguns indicadores, como por exemplo, o declínio das taxas de mortalidade e fecundidade, bem como o aumento da expectativa de vida. Esse aumento da expectativa de vida gera preocupação com a qualidade de vida e o bem-estar dos idosos. Espera-se que no ano de 2050, existam cerca de dois bilhões de pessoas com sessenta anos e mais no mundo, a maioria delas vivendo em países em desenvolvimento, comprovando assim, que o mundo está envelhecendo (BRASIL, 2007). No Brasil, o número de idoso passou de três milhões em 1960 para 14 milhões em 2002 e estima-se que alcançará 32 milhões em 2020 (LIMA-COSTA; VERAS, 2003). Trata-se de um estudo de adaptação transcultural e de validação da UCLA Loneliness Scale (Version 3) em uma população de idosos. Esta escala foi desenvolvida para avaliar os sentimentos subjetivos de solidão, sendo composta por 20 itens. O Processo de Adaptação Cultural será composto por quatro etapas: Tradução para língua portuguesa, Back-translation, Avaliação por um comitê de juízes e Pré-teste da versão final do instrumento. No Processo de Validação serão adotadas as seguintes etapas: validade de conteúdo, critério e construto. Após a validação do

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 860.453

conteúdo, construto e critério será realizada a análise da confiabilidade do instrumento. Os dados serão analisados utilizando-se o software R versão 2.12.1.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: - Realizar a adaptação transcultural e a validação da UCLA Loneliness Scale (Version 3) em uma amostra de idosos atendidos na Estratégia Saúde da Família.

Objetivos Secundários:

- Realizar a tradução e adaptação da UCLA Loneliness Scale (Version 3) para a língua portuguesa do Brasil.
- Realizar a análise teórica dos itens que compõe o instrumento, considerando os aspectos semânticos e a pertinência de cada item na composição do instrumento;
- Realizar o pré-teste por meio da aplicação do instrumento.
- Avaliar a confiabilidade do instrumento construído, por meio da consistência interna de seus itens.
- Avaliar a validade de construto do instrumento por meio das análises fatoriais exploratórias e confirmatórias

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Os riscos desta pesquisa são mínimos, e estão relacionados ao constrangimento por exposição dos sujeitos, e a quebra de sigilo das informações obtidas na pesquisa. Para minimizar estes riscos, a coleta de dados será realizada em local reservado, para proporcionar privacidade. Além disso, os instrumentos de coleta de dados serão identificados por códigos numéricos, garantindo assim o anonimato dos sujeitos envolvidos, e permanecerão em posse da pesquisadora por um período de cinco anos e, após, serão incinerados. Os relatórios e resultados deste estudo serão apresentados sem nenhuma forma de identificação individual.

Benefícios: Os benefícios desta pesquisa consistem na possibilidade de planejamento futuro de ações preventivas em relação à solidão, melhorando a qualidade de vida do idoso.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Segundo os autores, com o avançar da idade, grande parte dos idosos diminuem a sua participação na comunidade, o que pode ocasionar sentimentos de solidão e desvalorização, acarretando efeitos tanto no nível social e familiar, como na saúde física e mental.

A proposta desta pesquisa, tese de doutorado, é relevante pois poderá elucidar questões que beneficiarão a população de idosos. Não há impedimentos éticos para a sua realização.

Justificativa da Emenda: a pesquisadora enviou em anexo três instrumentos (Instrumento Rede

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 860.453

Social, Apoio Social e CES-D) que serão utilizados concomitantemente à aplicação da escala UCLA de solidão (versão 3) para posteriormente efetuar o processo de validação desta escala.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Presentes:

- Projeto de pesquisa em anexo;
- Folha de rosto assinada
- Parecer da câmara departamental;
- Anuência da Secretaria de Saúde de Divinópolis
- TCLEs em forma de convite e em linguagem acessível, tanto para os idosos quanto para os juizes do método de avaliação.
- Instrumento Rede Social, Questionário Apoio Social e CES-D.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação da emenda ao projeto de pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Somos favoráveis à aprovação da emenda ao projeto "TRADUÇÃO, ADAPTAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UMA ESCADA DE SOLIDÃO (UCLA) EM POPULAÇÃO DE IDOSOS NO BRASIL" da Pesquisadora Profa. Dra. Tânia Couto Machado Chianca ,com a inclusão do Instrumento Rede Social, Questionário de Apoio Social MOS- Study e CES-D.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovada a emenda ao projeto conforme parecer.

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos,6627 2º Ad SI 2005
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 860.453

BELO HORIZONTE, 06 de Novembro de 2014

Assinado por:
Telma Campos Medeiros Lorentz
(Coordenador)

Endereço: Av. Presidente Antônio Carlos, 6627 2º Ad SI 2005

Bairro: Unidade Administrativa II **CEP:** 31.270-901

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4592

E-mail: coep@prpq.ufmg.br