



Ócio da aposentadoria: associação entre a solidão e a rede de apoio social com a depressão em pessoas idosas – estudo transversal

Retirement leisure: association of loneliness and social support network with depression in older adults – a cross-sectional study

Miriam de Lima Mohallem¹

Julia Brandão Vaz Cipriano¹

Deruchette Danire Henriques Magalhães¹

Rogério Donizeti Reis¹

Resumo

Objetivo: Verificar se a solidão e as características da rede de apoio social apresentam associação com a depressão em idosos aposentados. **Método:** Estudo observacional, transversal e analítico. A amostra foi constituída por 144 pessoas idosas. O critério de inclusão foi ser pessoa idosa com capacidade de comunicação e cognição preservada. Pessoas idosas aposentadas com capacidade de comunicação e cognição preservadas, avaliadas a partir do Questionário de Avaliação Mental de Kahn e excluídas aquelas que não contemplaram os itens deste instrumento. Utilizou-se a Escala de Solidão (UCLA-BR), Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15), Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study* (MOS) e as variáveis sociodemográficas incluídas foram: idade, sexo, religião, escolaridade, renda mensal, estado civil, quedas no último mês, polifarmácia, comorbidade, tempo de aposentadoria e percepção de saúde. **Resultados:** Evidenciou-se que níveis leves e moderados de solidão ($p < 0,001$), baixo apoio emocional ($p < 0,003$), baixo apoio afetivo ($p < 0,002$), baixa interação social positiva ($p < 0,001$), bem como os preditores presença de comorbidades ($p < 0,021$), percepção regular e ruim de saúde ($p < 0,001$), renda mensal inferior a um salário-mínimo ($p < 0,022$), ser solteiro ($p < 0,041$) apresentaram associação significativa com sintomas depressivos. **Conclusão:** O estudo revelou que solidão, baixo apoio emocional, afetivo e de interação social positiva, assim como a presença de comorbidades, percepção ruim de saúde, baixa renda e ser solteiro aumentam a vulnerabilidade à depressão em pessoas idosas aposentadas.

Palavras-chave: Idoso. Solidão. Depressão. Apoio Social.

Abstract

Objective: To determine whether loneliness and social support network characteristics are associated with depression among retired older adults. **Method:** An observational, cross-sectional, analytical study was conducted. The sample comprised 144 older adults. The inclusion criterion was being an older adult with preserved communication ability

¹ Faculdade de Medicina de Itajubá, Curso de Medicina. Itajubá, MG, Brasil.

Não houve financiamento para a execução deste trabalho.

Os autores declaram não haver conflito na concepção deste trabalho.

Correspondência/Correspondence
Rogério Donizeti Reis
rogerio.reis@afya.com.br

Recebido: 03/11/2025
Aprovado: 10/02/2026

and cognition, assessed using the Kahn Mental Status Questionnaire. Participants not meeting the criteria established by this instrument were excluded. The instruments used were the UCLA Loneliness Scale (UCLA-BR), the Geriatric Depression Scale (GDS-15), and the Medical Outcomes Study Social Support Scale (MOS-SSS). Sociodemographic variables included age, sex, religion, education, monthly income, marital status, falls in past month, polypharmacy, comorbidities, length of retirement, and self-rated health. *Results:* Mild-to-moderate levels of loneliness ($p < 0.001$), low emotional support ($p < 0.003$), low affective support ($p < 0.002$), and low positive social interaction ($p < 0.001$), as well as the predictors presence of comorbidities ($p < 0.021$), fair or poor perceived health ($p < 0.001$), monthly income below the minimum wage ($p < 0.022$), and being single ($p < 0.041$), were significantly associated with depressive symptoms. *Conclusion:* The study revealed that loneliness, low emotional, affective and positive social interaction support, as well as comorbidities, poor perceived health, low income, and being single, increased vulnerability to depression among the retired older adults.

Keywords: Older Adults.
Loneliness. Depression.
Social Support.

INTRODUÇÃO

O crescimento mais acentuado na população brasileira ocorreu entre pessoas idosas - com um aumento superior a 4% ao ano no período de 2012 a 2022. A população com 60 anos de idade ou mais, que era de 14,2 milhões em 2000, tem projeções para alcançar 73,5 milhões em 2060. Nos próximos 10 anos, estima-se um acréscimo anual de mais de 1 milhão de pessoas idosas¹.

A mudança demográfica que vivemos hoje exerce um impacto significativo sobre nossa sociedade, gerando preocupações quanto à sustentabilidade dos sistemas de saúde e de assistência social, além de trazer novos desafios para a elaboração de políticas públicas². Nesse cenário, compreender os determinantes que influenciam a velocidade do declínio cognitivo e as maneiras de preservar o desempenho cognitivo durante a velhice se torna cada vez mais relevante³.

A teoria "use ou perca" sugere que o desempenho cognitivo tende a se degradar quando não somos mentalmente desafiados ou estimulados. Assim, a aposentadoria pode aumentar o risco de um declínio cognitivo mais rápido, devido à redução de atividades cognitivamente exigentes após deixar o trabalho. No entanto, esse efeito negativo da aposentadoria pode variar entre diferentes grupos profissionais. Espera-se que pessoas em profissões com altas exigências intelectuais tenham um menor declínio relacionado à idade enquanto ainda estão trabalhando, em comparação àquelas em ocupações com menores demandas mentais^{3,4}.

A aposentadoria faz com que geralmente as pessoas percam o acesso a contatos sociais, estilos de vida e rotinas diárias, bem como estímulos, atividades e propósitos potenciais, que cursam em sintomas depressivos como solidão e desesperança⁵. Além desses aspectos, dado o valor que o trabalho possui na sociedade atual, como forma de conquistar reconhecimento e status social⁶, o período pós-aposentadoria impacta diretamente a valorização social da pessoa idosa, assim como sua autoestima, o que também pode contribuir para o desenvolvimento de depressão.

O ócio, nesse contexto, torna-se um fator relevante a ser considerado. Embora possa representar uma oportunidade de descanso e lazer, o ócio excessivo e sem atividades significativas pode intensificar os sentimentos de solidão e isolamento já presentes no período pós-aposentadoria. A perda de rotina e de contatos sociais, associada à falta de engajamento em atividades que promovam interação e propósito, pode transformar o tempo livre em uma experiência negativa, aumentando o risco de sofrimento psicológico/depressão. Por isso, é crucial que o ócio seja equilibrado com atividades sociais e recreativas que promovam o pertencimento, auxiliando na preservação da saúde mental da pessoa idosa⁷.

Considerando que a solidão, o enfraquecimento da rede de apoio social e a depressão são condições frequentemente observadas em pessoas idosas, este estudo justifica-se por abordar uma problemática prevalente que compromete significativamente a qualidade de vida, além de aumentar o risco de comorbidades e mortalidade. Nesse contexto,

tornam-se fundamentais as estratégias que promovam o engajamento social, o estímulo cognitivo e a manutenção de um propósito de vida após a aposentadoria, como formas de atenuar os efeitos negativos do declínio cognitivo e dos transtornos depressivos nessa população. A compreensão desses fatores é essencial para subsidiar a formulação de políticas públicas e o desenvolvimento de intervenções eficazes voltadas ao envelhecimento saudável e à melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

Diante desse panorama, este estudo tem como objetivo verificar se a solidão e as características da rede de apoio social apresentam associação com a depressão em pessoas idosas aposentadas

MÉTODO

Este estudo caracteriza-se como observacional, transversal e analítico, conduzido com pessoas idosas residentes em um município do interior de Minas Gerais. O cálculo amostral considerou uma prevalência estimada de 6% de depressão em pessoas idosas, erro alfa de 5%, teste unicaudal, distribuição normal e poder estatístico mínimo de 80%, resultando em uma amostra composta por 144 participantes. A prevalência de referência adotada para o cálculo baseou-se em dados da Organização Mundial da Saúde, que estima que a depressão acomete 4,8% da população mundial e 5,8% da população brasileira.

A avaliação do estado mental foi utilizada como critério de inclusão. Assim, foram incluídas pessoas idosas aposentadas com capacidade de comunicação e cognição preservadas, condição verificada por meio do Questionário de Avaliação Mental de Kahn, instrumento validado e adaptado para o contexto brasileiro. Foram excluídos os indivíduos com desempenho inferior ao ponto de corte, o que operacionaliza a presença de indícios de comprometimento cognitivo, bem como aqueles que não sabiam ler, requisito necessário para a compreensão dos instrumentos de pesquisa.

Por se tratar de um estudo transversal, seguiremos as recomendações do *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE)⁸.

A coleta de dados ocorreu entre março e abril de 2025 e foi realizada por uma equipe previamente treinada, com o objetivo de assegurar padronização dos procedimentos e uniformidade na aplicação dos instrumentos. O treinamento consistiu em atividades de alinhamento teórico e simulações de entrevistas, de modo a minimizar divergências entre os avaliadores. As entrevistas foram individuais e conduzidas em locais comunitários e de plena circulação, como praças, parques, pontos de ônibus. Ressalta-se que a avaliação cognitiva não envolveu exames clínicos ou avaliação médica especializada, baseando-se exclusivamente no instrumento validado, aspecto que será considerado nas limitações do estudo.

Sendo o primeiro procedimento da pesquisa, a avaliação cognitiva empregou o Questionário de Avaliação Mental de Kahn, originalmente desenvolvido por Kahn e colaboradores em 1960 em "*Brief Objective Measures for the Determination of Status in the Aged*" e foi adaptado e validado para a cultura brasileira⁹. É um questionário abreviado que contém 10 perguntas que analisam a orientação temporo-espacial e a memória para os fatos tardios. O participante da pesquisa deveria acertar no mínimo 7 perguntas para atender aos critérios básicos de orientação temporo-espacial e fazer parte do estudo¹⁰.

Após, as informações sociodemográficas e clínicas foram obtidas por meio de um questionário estruturado elaborado pelos autores para esta pesquisa, composto por itens fechados referentes a sexo, idade, religião, escolaridade, renda mensal, estado civil, histórico de quedas no último mês, uso de múltiplos medicamentos, comorbidades autorreferidas, tempo de aposentadoria e percepção de saúde.

Para avaliar a depressão entre as pessoas idosas aposentadas, utilizou-se a Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)¹¹. É amplamente utilizada e validada como instrumento diagnóstico de depressão em pessoas idosas¹². Essa escala apresenta 15 perguntas negativas e afirmativas, valendo 1 ou 0 pontos. Caso a soma das pontuações esteja entre 0 e 5, considera-se normal; de 6 a 10, indica depressão leve a moderada; e de 11 a 15, depressão severa.

A avaliação da solidão será por meio da Escala de Solidão UCLA-BR¹³. Essa escala foi adaptada e

validada para o cenário, originalmente denominada Escala da Solidão da Universidade da Califórnia de Los Angeles (UCLA). A UCLA-BR é constituída por 20 questões, referentes ao convívio social (como a pessoa se relaciona) e ao isolamento (afastamento do convívio social); e as respostas são pontuadas de zero a três para cada item. Quanto aos escores: de 0 a 22 pontos indicam a solidão mínima; de 23 a 35, solidão leve; de 36 a 47, solidão moderada e de 48 a 60, solidão intensa¹⁴.

Para avaliar a rede de apoio social, utilizou-se a Escala de Apoio Social do *Medical Outcomes Study* (MOS)¹⁵, traduzida para o português e validada no Brasil⁹. O questionário inclui 19 itens que abrangem as seguintes dimensões funcionais do apoio social: material, afetivo, interação social positiva e emocional/informativo. Os participantes devem indicar a frequência com que percebem cada tipo de apoio disponível: nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre⁹.

Para cada item, o participante deve indicar com que frequência considera disponível cada tipo de apoio: nunca, raramente, às vezes, quase sempre ou sempre, e os escores interpretativos são⁹: Apoio Material: ≤6: Baixa percepção; 7 a 13: Média percepção. ≥14: Alta percepção. Apoio afetivo: ≤4: Baixa percepção 05 a 10: Média percepção ≤11: Alta percepção. Apoio emocional/informacional: ≤12: Baixa percepção 13 a 28: Média percepção ≥29: Alta percepção. Interação social positiva: ≤6: Baixa percepção 7 a 13: Média percepção ≥14: Alta percepção.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Medicina de Itajubá - FMIT, sob o parecer N° 7.416.538 e cumpriu todas as recomendações da resolução n° 466/2012¹⁶ e da resolução n° 510/2016¹⁷, que dispõem sobre as diretrizes éticas aplicáveis às pesquisas envolvendo seres humanos no Brasil.

Para as análises dos dados, utilizou a estatística descritiva, sendo a frequência e percentagem destinadas às variáveis categóricas. Para associações recorreu aos procedimentos estatísticos: qui-quadrado, V de Cramer e teste de Wald. Adotou-se 5% como medida de erro (0,05) nas significâncias estatísticas, com intervalo de confiança de com 95%.

A análise inferencial foi conduzida através de um modelo de regressão logística multivariada. A estimativa dos parâmetros do modelo baseou-se no método de Máxima Verossimilhança (MLE), utilizando o algoritmo de otimização de Newton-Raphson para maximizar a função de log-verossimilhança e ajustar a função de ligação *logit* aos dados. Para a seleção de variáveis independentes, adotou-se uma metodologia *stepwise* automatizada (híbrida). O critério de decisão para a inclusão e exclusão iterativa de preditores foi fundamentado na estatística do teste de Wald. Desta forma, o modelo final reteve apenas as variáveis que apresentaram coeficientes estatisticamente significativos, garantindo a parcimônia e a qualidade do ajuste multivariado.

DISPONIBILIDADE DE DADOS

Todo o conjunto de dados que dá suporte aos resultados deste estudo foi disponibilizado no Figshare.com e pode ser acessado em <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.30924161>.

RESULTADOS

A Tabela 1 apresenta o perfil sociodemográfico e de saúde das pessoas idosas avaliadas, bem como a relação dessas variáveis com a presença de sintomas depressivos. Os resultados permitem identificar quais características demonstraram maior associação com a depressão no grupo estudado, destacando diferenças importantes entre as categorias analisadas.

A Tabela 2 sintetiza a distribuição dos níveis de solidão entre os participantes e sua associação com sintomas depressivos. Observa-se como o aumento da solidão se relaciona à maior prevalência de depressão, evidenciando a relevância dessa variável no contexto analisado.

A Tabela 3 descreve como os diferentes domínios da rede de apoio social se associam à presença de sintomas depressivos. O conjunto dos dados evidencia quais dimensões do apoio social exerceram maior influência sobre a saúde mental das pessoas idosas aposentadas.

Tabela 1. Características sociodemográficas e de saúde e associação com depressão (N=144). Itajubá, MG, 2025.

Preditor	Sem depressão		Depressão leve/ Moderada		Depressão Severa		Total		Valor <i>p</i>
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Sexo									
Feminino	57	74,0	17	22,1	3	3,9	77	53,5	0,473
Masculino	53	79,1	14	20,9	0	0,0	67	46,5	
Idade (em anos)									
60 - 69	41	73,2	12	21,4	3	5,4	56	38,9	0,380
70 - 79	50	82,0	11	18,0	0	0,0	61	42,4	
Acima de 80	19	70,4	8	29,6	0	0,0	27	18,8	
Religião									
Católico	85	79,4	20	18,7	2	1,9	107	74,3	0,571
Católico, espírita	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	
Espírita	3	60,0	2	40,0	0	0,0	5	3,5	
Evangélico	15	65,2	8	34,8	0	0,0	23	16,0	
Outras	1	100,0	0	0,0	0	0,0	1	0,7	
Sem religião	5	71,4	1	14,3	1	14,3	7	4,9	
Escolaridade (em anos)									
1 a 4	15	93,8	1	6,2	0	0,0	16	11,1	0,170
5 a 8	25	73,5	9	26,5	0	0,0	34	23,6	
Acima de 9	68	73,9	21	22,8	3	3,3	92	63,9	
Sem estudo	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	1,4	
Renda mensal (salário)									
1 a 2	55	73,3	18	24,0	2	2,7	75	52,1	0,647
Acima de 3	52	80,0	12	18,5	1	1,5	65	45,1	
Menos de 1	3	75,0	1	25,0	0	0,0	4	2,8	
Estado civil									
Casado	60	83,3	11	15,3	1	1,4	72	50,0	0,166
Divorciado	15	71,4	6	28,6	0	0,0	21	14,6	
Solteiro	12	60,0	7	35,0	1	5,0	20	13,9	
Viúvo	23	74,2	7	22,6	1	3,2	31	21,5	
Quedas no último mês									
Não	98	79,0	24	19,4	2	1,6	124	86,1	0,077
Sim	12	60,0	7	35,0	1	5,0	20	13,9	
Polifarmácia									
Não	63	82,9	12	15,8	1	1,3	76	52,8	0,052
Sim	47	69,1	19	27,9	2	2,9	68	47,2	
Comorbidades									
Não	29	90,6	3	9,4	0	0,0	32	22,2	0,021
Sim	81	72,3	28	25,0	3	2,7	112	77,8	
Tempo de aposentadoria (em anos)									
2 a 5	19	73,1	7	26,9	0	0,0	26	18,1	0,707
Acima de 6	80	76,2	23	21,9	2	1,9	105	72,9	
Até 1	11	84,6	1	7,7	1	7,7	13	9,0	

continua

Continuação da Tabela 1

Preditor	Sem depressão		Depressão leve/ Moderada		Depressão Severa		Total		Valor <i>p</i>
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Percepção de saúde									
Ruim	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	1,4	<0,001
Regular	13	40,6	17	53,1	2	6,2	32	22,2	
Bom	65	85,5	10	13,2	1	1,3	76	52,8	
Ótimo	31	91,2	3	8,8	0	0,0	34	23,6	

Fonte: Autores, 2025. N= Tamanho da amostra, FA: Frequência Absoluta, FR (%): Frequência Relativa (percentual), Valor *p*= Nível de significância estatística (*p*<0,05).

Tabela 2. Análise regressão solidão versus depressão (N=144). Itajubá, MG, Brasil, 2025.

Preditor	Sem depressão		Depressão leve/ moderada		Depressão severa		Total		Valor <i>p</i>
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Escala de solidão									
Solidão mínima	103	85,1	17	14,0	1	0,8	121	84,0	<0,001
Solidão leve	5	33,3	9	60,0	1	6,7	15	10,4	
Solidão moderada	2	25,0	5	62,5	1	12,5	8	5,6	

Fonte: Autores, 2025. N= Tamanho da amostra, FA: Frequência Absoluta, FR (%): Frequência Relativa (percentual), Valor *p*= Nível de significância estatística (*p*<0,05).

Tabela 3. Análise regressão domínios da rede de apoio social versus depressão (N=144). Itajubá, MG, 2025.

Preditor	Sem depressão		Depressão leve/ moderada		Depressão severa		Total		Valor <i>p</i>
	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	FA	FR (%)	
Apoio emocional/informacional									
Baixa percepção	5	71,4	1	14,3	1	14,3	7	4,9	0,003
Média percepção	23	57,5	15	37,5	2	5,0	40	27,8	
Alta percepção	82	84,5	15	15,5	0	0,0	97	67,4	
Apoio material									
Baixa percepção	10	47,1	2	41,2	0	11,8	12	8,3	0,06
Média percepção	23	80,3	12	18,9	2	0,8	37	25,7	
Alta percepção	77	81,1	17	17,9	1	1,1	95	66	
Apoio afetivo									
Baixa percepção	3	42,9	4	57,1	0	0	7	4,9	<0,002
Média percepção	32	69,6	11	23,9	3	6,5	46	31,9	
Alta percepção	75	82,4	16	17,6	0	0	91	63,2	
Apoio interação social									
Baixa percepção	4	57,1	3	42,9	0	0,0	7	4,9	<0,001
Média percepção	15	50,0	12	40,0	3	10,0	30	20,8	
Alta percepção	91	85,0	16	15,0	0	0,0	107	74,3	

Fonte: Autores, 2025. N= Tamanho da amostra, FA: Frequência Absoluta, FR (%): Frequência Relativa (percentual), Valor *p*= Nível de significância estatística (*p*<0,05).

A Tabela 4 mostra as razões de chances (Odds Ratio) dos preditores que demonstraram significância estatística, permitindo estimar a magnitude do risco associado a cada categoria analisada em relação aos sintomas depressivos.

A Tabela 5 apresenta o modelo multivariado com os preditores que permaneceram significativos após ajuste. O objetivo é demonstrar a força de associação entre cada variável e os sintomas depressivos, identificando fatores independentes de maior impacto.

Tabela 4. Análise de Odds Ratio, preditores significativos para a depressão (N=144). Itajubá, MG, 2025.

Preditor	cat_A	cat_B	odds (A/B)	odds inferior	odds superior
Estado civil	Divorciado	Solteiro	0,50	0,06	4,12
	Divorciado	Viúvo	1,96	0,22	17,69
	Solteiro	Viúvo	3,93	0,47	32,88
Percepção de saúde	Regular	Ruim	-	-	-
	Regular	Ótimo	7,22	5,51	59,13
	Ruim	Ótimo	-	-	-
Renda mensal	Acima de 3 salários	Menos de 1 salário	0,68	0,01	48,99
Apoio afetivo	Baixa percepção	Média percepção	2,17	0,09	19,36
Apoio emocional/informacional	Baixa percepção	Média percepção	0,38	0,01	17,78
Escala de solidão	Solidão moderada	Solidão mínima	11,41	0,69	187,90

Fonte: Autores, 2025. cat-A: categoria A (referência para comparação); cat-B: categoria comparada em relação à categoria A, Odds (A/B): razão de chances entre as categorias, odds inferior: limite de confiança do intervalo de confiança (95%), odds superior: limite superior do intervalo de confiança (95%).

Tabela 5. Análise regressão multivariada, preditores significativos versus depressão (N=144). Itajubá, MG, 2025.

Preditor	Coeficiente de regressão (β)	Intervalo de confiança		Valor P	Chi ²	V-Cramer
		Inferior	Superior			
Renda mensal						
1 a 2 salários	-	-	-	0,022	7,611	0,077
Acima de 3 salários	1,60	-0,54	3,73			
Menos de 1 salário	7,11	2,06	12,16			
Estado civil						
Casado	-	-	-			
Divorciado	0,5	-1,89	2,89	0,041	8,246	0,191
Solteiro	3,10	0,72	5,47			
Viúvo	-1,12	-3,58	1,35			
Percepção de saúde						
Bom	-	-	-			
Regular	3,96	1,54	6,38	0,009	11,662	0,465
Ruim	25,80	*	*			
Ótimo	-1,41	-4,26	1,43			
Escala de solidão						
Solidão mínima	-4,78	-7,93	-1,64	0,001	13,213	0,473
Solidão leve	-	-	-			
Solidão moderada	3,62	-0,54	7,78			

continua

Continuação da Tabela 5

Preditor	Coeficiente de regressão (β)	Intervalo de confiança		Valor P	Chi ²	V-Cramer
		Inferior	Superior			
Apoio emocional/ informacional						
Baixa percepção	-9,33	-15,81	-2,84	0,018	8,067	0,284
Média percepção	-1,54	-3,86	0,78			
Alta percepção	-	-	-			
Apoio afetivo						
Baixa percepção	3,87	0,14	7,59	0,047	7,38	0,194
Média percepção	0,65	-1,35	2,65			
Alta percepção	-	-	-			

Fonte: Autores, 2025. (β): coeficiente de regressão, Valor p: nível de significância estatística ($p < 0,05$); Chi²: estatística do teste qui-quadrado; V-Cramer = medida da força de associação.

DISCUSSÃO

Este estudo buscou analisar se a solidão e as características da rede de apoio social estão associadas à presença de sintomas depressivos em pessoas idosas aposentadas. Os resultados obtidos confirmam a hipótese inicial, indicando que níveis leves e moderados de solidão, baixo apoio emocional, afetivo e de interação social positiva, assim como a presença de comorbidades, percepção negativa de saúde e renda inferior a um salário-mínimo, apresentaram associação significativa com sintomas depressivos. Esses achados reforçam a relevância de compreender o envelhecimento não apenas como um processo biológico, mas também como fenômeno social e relacional, profundamente marcado pela qualidade dos vínculos e pelas condições de vida.

A relação entre solidão e depressão observada neste estudo dialoga com evidências robustas da literatura, que apontam que pessoas idosas que vivenciam solidão crônica tendem a apresentar maior probabilidade de desenvolver transtornos mentais e condições físicas como hipertensão e doenças cardiovasculares¹⁸. A solidão impacta negativamente a saúde emocional, reduz a resiliência psicológica e interfere na manutenção da atividade cerebral, pois a ausência de apoio emocional e a diminuição das interações sociais privam o indivíduo de estímulos relacionais essenciais. Esse cenário torna as pessoas idosas mais vulneráveis ao estresse e a desfechos

psicológicos adversos, entre eles a depressão¹⁸. Em pesquisas com amostras semelhantes, observou-se que quanto maior for o nível de solidão, maior a presença de sintomas depressivos e menor a percepção de apoio social¹³. Esses resultados convergem com os achados da presente investigação e demonstram que a solidão é variável central na compreensão do sofrimento emocional em pessoas idosas aposentadas.

Ao analisar as evidências científicas mais amplas sobre o tema, verifica-se uma associação consistente entre solidão, retraimento social e sintomas depressivos em pessoas idosas¹⁹. Quanto mais intensos são os sentimentos de isolamento e mais reduzida é a rede de apoio afetivo, maior tende a ser a incidência de quadros depressivos. Essa relação se sustenta em diferentes contextos socioculturais, indicando que a interação humana, o afeto e o pertencimento são necessidades universais, cuja privação contribui para o adoecimento psíquico.

No cenário nacional, um estudo realizado no Ambulatório de Especialidades do Idoso em São Paulo evidenciou que pessoas idosas com alta percepção de apoio emocional e de interação social positiva apresentaram maiores níveis de bem-estar psicológico, enquanto aquelas que relatavam baixo apoio exibiram maior frequência de sintomas depressivos²⁰. Esse dado converge diretamente com os resultados deste estudo, reforçando o papel protetor do apoio social no envelhecimento.

De maneira complementar, durante a pandemia da covid-19, o estudo americano “*All of Us Research Program*”, conduzido com mais de 69 mil adultos, tornou evidente que altos níveis de apoio emocional e interação social positiva estavam associados a menores níveis de sintomas depressivos²¹. A consistência metodológica dessas pesquisas reforça que, mesmo diante de contextos adversos, o apoio social exerce função atenuadora sobre o sofrimento psíquico.

Em estudos realizados em outros países, como na Jordânia (Oriente Médio), verificou-se correlação negativa entre apoio afetivo e depressão entre pessoas idosas institucionalizadas, demonstrando que a ausência de demonstrações afetivas agrava o sofrimento emocional²². Resultados semelhantes apontam que o suporte emocional possui efeito protetor robusto contra a depressão²¹ e que intervenções psicossociais focadas no fortalecimento das redes de apoio são capazes de reduzir significativamente os sintomas depressivos em pessoas idosas²³.

Além disso, estudos longitudinais demonstram que um maior número de confidentes e a disponibilidade de ajuda prática estão associados à redução de sintomas depressivos, relação mediada pela diminuição da solidão²⁴. Tais evidências sustentam o modelo teórico “*buffering*”, segundo o qual as redes de apoio social funcionam como um amortecedor psicológico que reduz o impacto do estresse por meio da proteção emocional, do suporte instrumental e do fortalecimento dos vínculos interpessoais²⁵.

A perspectiva humanista da psiquiatra Nise da Silveira oferece um aporte conceitual importante para compreender os achados desta pesquisa. Contrária às práticas coercitivas e excludentes da psiquiatria tradicional, Nise defendeu a centralidade do afeto, da criatividade e do vínculo humano como elementos terapêuticos fundamentais²⁶. Em suas experiências no Hospital Pedro II e no Museu de Imagens do Inconsciente²⁷, mostrou que a convivência afetiva, a expressão simbólica e o engajamento em atividades criativas favorecem a reintegração social e o equilíbrio emocional de pessoas acometidas pelo sofrimento psíquico^{27,28}. Assim, sua visão converge com os resultados deste estudo ao evidenciar que o afeto, o

contato humano e o sentimento de pertencimento são elementos essenciais na preservação da saúde mental²⁷, especialmente em períodos marcados por mudanças identitárias e reorganização da vida cotidiana, como ocorre com a aposentadoria.

Além da solidão e da rede de apoio, este estudo identificou outros fatores significativamente associados à depressão, como a presença de comorbidades. Em uma pesquisa com 22.728 pessoas idosas brasileiras, constatou-se que 11,8% apresentavam sintomas depressivos e 8,46% tinham múltiplas doenças crônicas, sendo que aquelas com multimorbidades possuíam até o dobro de chance de desenvolver depressão²⁹. Os autores também observaram que pessoas idosas com redes de apoio mais restritas e menor envolvimento em atividades comunitárias exibiam maior prevalência de depressão. Esses resultados reafirmam que a saúde física e a saúde mental são dimensões interdependentes, especialmente no envelhecimento.

Outro aspecto relevante diz respeito à percepção de saúde. Estudos apontam que pessoas idosas que avaliam sua saúde como ruim ou muito ruim apresentam risco significativamente maior de desenvolver sintomas depressivos³⁰. Em pesquisa com 185 pessoas idosas, verificou-se que aquelas com percepção negativa de saúde tinham até dez vezes mais chances de apresentar sintomas depressivos em comparação às com percepção positiva³⁰. Assim, o presente estudo confirma essa associação, demonstrando que a forma como a pessoa idosa percebe sua própria saúde desempenha papel determinante na experiência subjetiva de bem-estar emocional.

A condição socioeconômica também se destacou como fator associado à depressão. Pessoas idosas com renda inferior a um salário-mínimo apresentaram maior prevalência de sintomas depressivos, o que está amplamente documentado na literatura. Em estudo com 133 pessoas idosas, 32,4% viviam com renda insuficiente, associada a maior frequência de sintomas depressivos²⁰. Resultados semelhantes foram identificados no Estudo SABE, que mostrou que pessoas idosas cuja renda era insuficiente para atender às necessidades diárias apresentavam maior prevalência

de depressão²⁰. Além disso, o estado civil solteiro se mostrou um fator associado à depressão: entre pessoas idosas do sexo feminino residentes em zona rural de Mato Grosso do Sul, 23,29% apresentaram sintomas depressivos, especialmente entre aquelas solteiras e com percepção negativa de saúde³¹.

Esses achados se alinham às diretrizes do DSM-5, que caracteriza a depressão como um transtorno multifatorial, envolvendo aspectos psicológicos, biológicos, genéticos e ambientais²⁴. Na população de pessoas idosas, trata-se de condição de grande impacto, associada a maior risco de incapacidade, agravamento de doenças crônicas, suicídio e mortalidade. O ócio decorrente da aposentadoria pode interferir na estrutura social e emocional das pessoas idosas, reduzindo interações significativas e enfraquecendo as redes de apoio. Nesse sentido, a rede de apoio social se configura como espaço central de sustentação emocional, representando a interface entre o indivíduo e a sociedade³². Ela influencia diretamente como a pessoa idosa percebe seu mundo, enfrenta adversidades e estabelece relações, sendo potencializada por vínculos familiares, comunitários e afetivos. Esses vínculos, quando fortalecidos, funcionam como elementos de proteção diante das vulnerabilidades inerentes ao processo de envelhecimento.

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. O delineamento transversal impede a inferência de causalidade entre as variáveis analisadas e limita-se a identificar associações. O uso de instrumentos autorreferidos pode introduzir vieses relacionados à percepção individual, e a amostra, composta por pessoas idosas aposentadas de um contexto geográfico específico, restringe a generalização dos resultados. Recomenda-se que futuras pesquisas adotem delineamentos longitudinais e amostras mais diversificadas, de modo a aprofundar a compreensão sobre o papel da solidão, das redes de apoio e da percepção de saúde na manifestação de sintomas depressivos entre pessoas idosas aposentadas. Estudos futuros também devem explorar intervenções comunitárias, programas de convivência e estratégias psicológicas que promovam integração social, fortalecimento afetivo e percepção positiva de saúde.

CONCLUSÃO

A presente pesquisa evidencia de forma consistente que os principais fatores associados à depressão em pessoas idosas aposentadas são a solidão leve e moderada, o baixo apoio emocional, afetivo e de interação social positiva. Ademais, verificou-se que a presença de comorbidades, a percepção negativa de saúde, a renda mensal inferior a um salário-mínimo e o estado civil solteiro intensificam a vulnerabilidade aos sintomas depressivos. Trata-se de um estudo de caráter inovador, ao integrar dimensões psicossociais e socioeconômicas na compreensão do adoecimento emocional durante a aposentadoria, período marcado por mudanças identitárias e de vínculos sociais. Os resultados reforçam a relevância de estratégias interdisciplinares voltadas à promoção da saúde mental, especialmente por meio do fortalecimento das redes de apoio e das relações afetivas, elementos fundamentais para a prevenção da depressão e a melhoria da qualidade de vida na velhice.

AUTORIA

- Miriam de Lima Mohallem – Concepção; delineamento; análise e interpretação dos dados; escrita - primeira redação.
- Julia B. V. Cipriano – Concepção; delineamento; análise e interpretação dos dados; escrita - primeira redação.
- Deruchette D. H. Magalhães – Análise e interpretação dos dados; escrita - edição e revisão; aprovação da versão a ser publicada; responsabilidade por todos os aspectos do trabalho.
- Rogério D. Reis – Concepção; delineamento; análise e interpretação dos dados; curadoria de dados; escrita - primeira revisão; escrita - edição e revisão; aprovação final da versão; responsabilidade por todos os aspectos do trabalho.

Editado por: Camila Alves dos Santos

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Presidência da República. Secretaria de Comunicação Social. Censo: número de idosos no Brasil cresceu 57,4% em 12 anos [Internet]; 2023 [acesso em 8 out. 2024]. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos>.
2. Mosconi G, Vigezzi GP, Bertuccio P, Amerio A, Odone A. Transition to retirement impact on risk of depression and suicidality: results from a longitudinal analysis of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe (SHARE). *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2023;32:e34. doi: <https://doi.org/10.1017/S2045796023000239>.
3. Meng A, Nexø MA, Borg V. The impact of retirement on age-related cognitive decline: a systematic review. *BMC Geriatr.* 2017;17(1):160. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0556-7>.
4. Nikolov P, Hossain MS. Do pension benefits accelerate cognitive decline in late adulthood? Evidence from rural China. *J Econ Behav Organ.* 2023;205:594-617. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jebo.2022.11.025>.
5. Odone A, Gianfredi V, Vigezzi GP, Amerio A, Ardito C, D'Errico A, et al. Does retirement trigger depressive symptoms? A systematic review and meta-analysis. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2021;30:e77. doi: <https://doi.org/10.1017/s2045796021000627>.
6. Silva IGP, Marquete VF, Lino IGT, Batista VC, Magnabosco G, Haddad MCFL, et al. Fatores associados à qualidade de vida na aposentadoria: uma revisão sistemática. *Rev Bras Med Trab.* 2022;20(4):676-84. doi: <https://doi.org/10.47626/1679-4435-2022-876>.
7. Chiao C, Kuo PH, Li DC, Hu SC. The changes in feeling of loneliness after retirement among baby boomers and pre-boomers in Taiwan: Do work-family conflict before retirement and social engagement after retirement matter? *SSM Popul Health.* 2022;20:e101264. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101264>.
8. Vandembroucke JP, Von Elm E, Altman DG, Gøtzsche PC, Mulrow CD, Pocock SJ, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Int J Surg.* 2014;12(12):1500-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.07.014>.
9. Griep RH, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Validade de constructo de escala de apoio social do Medical Outcomes Study adaptada para o português no Estudo Pró-Saúde. *Cad Saude Publica.* 2005;21(3):703-14. doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2005000300004>.
10. Ventura MM, Bottino CMC. Avaliação cognitiva em pacientes idosos. In: Papaleo Neto M, editor. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu; 1996. p. 174-89.
11. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *J Psychiatr Res.* 1983;17(1):37-49. doi: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).
12. Paradelo EMP, Lourenço RA, Veras RP. Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic. *Rev Saude Publica.* 2005;39(6):918-23. doi: <https://doi.org/10.1590/S0034-89102005000600008>.
13. Mata LRF, Kuznier TP, Menezes AC, Azevedo C, Amaral FMA, Chianca TCM. Validity and reliability of the UCLA Loneliness Scale version 3 among aged Brazilians. *Esc Anna Nery.* 2022;26:e20210087. doi: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0087>.
14. Barroso SM, Andrade VS, Midgett AH, Carvalho RGN. Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA. *J Bras Psiquiatr.* 2016;65(1):68-75. doi: <https://doi.org/10.1590/0047-208500000105>.
15. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med.* 1991;32(6):705-14. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b).
16. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466 de 12 de dezembro de 2012 [Internet]. *Diário Oficial da União*; 2012 [acesso em 10 abr. 2024]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.
17. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 510 de 7 de abril de 2016 [Internet]. *Diário Oficial da União*; 2016 [acesso em 8 jan. 2026]. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.
18. Moreira EM, Sousa MNA. Olhares sobre o impacto do isolamento social à saúde mental do idoso. *J Med Health Promot* [Internet]. 2021 [acesso em 22 set. 2025]; 2021;6(1):234-44. Disponível em: <https://jmhp.unifip.edu.br/index.php/jmhp/article/view/140/44>.
19. Oliveira LM, Abrantes GG, Ribeiro GS, Cunha NM, Pontes MLF, Vasconcelos SC. Loneliness in senescence and its relationship with depressive symptoms: an integrative review. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2019;22(6):e190241. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190241>.

20. Vieira TF, Okuno MFP. Social support and depressive symptoms in older adults treated in an outpatient service. *Texto Contexto Enferm.* 2022;31:e20220147. doi: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0147en>.
21. Choi KW, Lee YH, Liu Z, Fatori D, Bauermeister JR, Luh RA, et al. Social support and depression during a global crisis. *Nat Mental Health.* 2023;1:428-435. doi: <https://doi.org/10.1038/s44220-023-00078-0>.
22. Al-Dwaikat TN, Rababa M, Alaloul F. Relationship of stigmatization and social support with depression and anxiety among cognitively intact older adults. *Heliyon.* 2022;8(9):e10722. doi: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e10722>.
23. Lee SH, Lee H, Yu S. Effectiveness of social support for community-dwelling elderly with depression: a systematic review and meta-analysis. *Healthcare.* 2022;10(9):e1598. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare10091598>.
24. Li G, Li Y, Lam AIF, Tang W, Seedat S, Barbui C, et al. Understanding the protective effect of social support on depression symptomatology from a longitudinal network perspective. *BMJ Mental Health.* 2023;26(1):e300802. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300802>.
25. Thoits PA. Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *J Health Soc Behav.* 2011;52(2):145-61. doi: <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>.
26. Carvalho SMM, Amparo PHMA. Nise da Silveira: a mãe da humana-idade. *Rev Latinoam Psicopat Fund.* 2006;9(1):126-37. doi: <https://doi.org/10.1590/1415-47142006001010>.
27. Schleder KS, Holanda A. Nise da Silveira e o enfoque fenomenológico. *Rev Abordagem Gestalt [Internet].* 2015 [acesso em 19 dez. 2025];21(1):49-61. Disponível em: <https://pepsic.bvsalud.org/pdf/rag/v21n1/v21n1a06.pdf>.
28. Castro ED, Lima EMFA. Resistência, inovação e clínica no pensar e no agir de Nise da Silveira. *Interface Comum Saude Educ.* 2007;11(22):365-376. doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-32832007000200017>.
29. Silva MPGPC, Feitosa PYO, Silva JEGS, Nogueira MF, Rocha FL, Figueiredo DSTO. Prevalência, uso de serviços de saúde e fatores associados à depressão em pessoas idosas no Brasil. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2024;27:e230289. doi: <https://doi.org/10.1590/1981-22562024027.230289.pt>.
30. Silva AKAG, Fernandes FECV, Oliveira MMA, Almeida TKP, Melo RA, Gama TCCL. Sintomas depressivos em grupos de terceira idade. *J Res Fundam Care Online.* 2019;11(2):297-303. doi: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i2.297-303>.
31. Torres AG, Lima KC, Martins AM, Medeiros AA. Anxious and depressive symptoms in older adults treated by the Family Health Strategy in rural areas of Campo Grande/MS. *Rev Bras Geriatr Gerontol.* 2024;27:e240028. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562024027.240028.en>.
32. Brito RC, Koller SH. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In: Carvalho AMA, organizador. *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação.* São Paulo: Casa do Psicólogo; 1999. p. 115-126.