


## Solidão e Depressão: Relações com Características Pessoais e Hábitos de Vida em Universitários

Sabrina Martins Barroso\* , Nadyara Regina de Oliveira, & Valéria Sousa de Andrade

*Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil*

**RESUMO** – Este trabalho avaliou a solidão e a depressão em universitários, verificando sua relação com hábitos, características do curso e suporte social. Participaram 574 universitários. Utilizou-se a Escala de Solidão UCLA-BR, Escala de Suporte Social, Questionário sobre a Saúde do Paciente e questionário complementar. Houve triagem para depressão em 38,7% dos estudantes e 53% sentia solidão mínima. A maioria dos estudantes fazia quatro ou mais refeições, dormia entre 6 e 8 horas, considerava ter amigos e lazer. Não fumavam, mas bebiam. Houve correlação entre solidão e depressão ( $\rho = 0,42$ ) e dessas condições com hábitos dos universitários, área do curso e suporte social. Conclui-se que o estado emocional de universitários avaliados é preocupante e intervenções são necessárias.

**PALAVRAS-CHAVE:** solidão, depressão, suporte social, universitários, UCLA-BR

## Loneliness and Depression: Relations with Personal Characteristics and Life Habits in University Students

**ABSTRACT** – This study evaluated loneliness and depression of college students to verify its relationship with their habits, course characteristics, and social support. It was used the UCLA-BR Loneliness Scale, Social Support Scale, Patient Health Questionnaire, and a complementary questionnaire to evaluate 574 students. Depression was screened in 38.7% of the students, and 53% of them showed minimal loneliness. Most students had four or more daily meals, slept 6 to 8 hours, considered having friends and leisure, did not smoke, but usually drank. There was a correlation between loneliness and depression ( $\rho = 0.42$ ) and of these with the students' habits, course area, and social support. It was concluded that the emotional state of the students is worrying and that interventions are necessary.

**KEYWORDS:** loneliness, depression, social support, undergraduate students, UCLA-BR

A depressão é um transtorno multifatorial que pode surgir em qualquer período da vida e acarreta grande custo pessoal e social, aumentando o risco para comportamentos autodestrutivos, podendo, em último caso, levar ao suicídio. Segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPS, 2018) esse transtorno atinge cerca de 300 milhões de pessoas e é a principal causa de incapacidade em todo mundo, sendo também considerado o segundo maior problema mundial de saúde pública (Marcus, van Ommeren, Chisholm, & Saxena, 2012; World Health Organization [WHO], 2012). Exatamente pelas graves consequências que acarreta, estudos de rastreamento são importantes para a prevenção do

surgimento do transtorno depressivo (Aquino, Cardoso, & Pinho, 2019).

No Brasil, a estimativa oficial da prevalência da depressão na população acima de 18 anos é de 7,6% (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2014), sendo que a faixa etária de 18 a 29 anos corresponde a 3,9% desse total. Kessler et al. (2010) avaliaram a prevalência da depressão em 18 países estimaram a prevalência pontual para depressão no Brasil em 10,4% e a prevalência ao longo da vida do país em 18,4%. Molina et al. (2012) atentam que esse número pode estar minimizado pelo subdiagnóstico, dada a falta de preocupação observada na atenção com os problemas de saúde mental.

Apoio: FAPEMIG

\* E-mail: [smb.uftm@gmail.com](mailto:smb.uftm@gmail.com)

■ Submetido: 27/12/2016; Revisado: 02/10/2017; Aceito: 24/02/2018

A faixa etária dos 18 aos 29 anos é a que se encontra a maior parte dos estudantes universitários das instituições federais brasileiras (Fórum Nacional de Pró-reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis [FONAPRACE], 2019). Esses estudantes, jovens adultos, se encontram numa fase marcada pela tomada de decisões significativas, por diversas mudanças e pressões sociais (Souza, 2017). Esse período da vida é considerado o de maior risco para as primeiras manifestações comportamentais de perturbações mentais graves, que são suscetíveis a gatilhos emocionais, como o estresse aumentado (Silveira, Brandão, & Roma-Torres, 2011). Para além das demandas naturais da faixa etária, as exigidas pelo contexto da universidade podem agravar problemas de saúde mental pré-existentes ou aumentar sua probabilidade de seu surgimento (Bolsoni-Silva & Guerra, 2014; Rondina, Piovezani, Oliveira, & Martins, 2018; Silveira et al., 2011).

Os estudos sobre a saúde mental universitária têm ganhado foco recentemente (Bardagi & Hutz, 2011; Carlotto, 2013), mas eles ainda têm privilegiado bastante a área da saúde. A prevalência da depressão dos universitários varia bastante entre os estudos. Em Santa Catarina, Sakae, Padão e Jornada (2010), realizaram um estudo com estudantes de diferentes cursos da área das Ciências da Saúde, os estudantes de Psicologia foram os que apresentam prevalência mais alta de depressão (13,3%), ficando os de Educação Física com a menor triagem para o transtorno (3,1%). Enquanto Cáceres, Cascaes e Büchele (2010) observaram a prevalência de depressão de 5,67% entre estudantes de Enfermagem. Ainda sobre os estudantes de enfermagem, Furegato, Santos e Silva (2010) observaram 15,4% de depressão entre os bacharéis e 28,6% na licenciatura. No curso de Medicina, Paula et al. (2014) avaliaram estudantes do Ceará e observaram depressão em 28,8%, enquanto, no estado de São Paulo, Serra, Dinato, Mattos e Caseiro (2015) observaram 30% de prevalência de depressão entre os acadêmicos e em Santa Catarina, Tabalipa et al. (2015) observaram 32,8% de triagem de depressão entre os estudantes.

A solidão é um fator de risco para a depressão, ideação e comportamento suicida, bem como para uma variedade de outros resultados psicológicos e fisiológicos negativos (Hackett, Hamer, Endrighi, Brydon, & Steptoe, 2012; Oliveira & Silva, 2014) e déficits cognitivos e declínio cognitivo acelerado (Ellwardt et al., 2013; Tyler et al., 2011). Tyler et al. (2011) definem solidão como uma condição psicológica debilitante, caracterizada por um profundo sentimento de isolamento social, vazio e ameaça pessoal. Outros autores indicam que a solidão consiste em um sentimento angustiante e desagradável, que acompanha a percepção de que as necessidades sociais não são atendidas pela quantidade ou qualidade dos relacionamentos existentes (Ellwardt et al., 2013). Ela parece se manifestar de forma distinta em cada fase do desenvolvimento humano e possui dois componentes, um cognitivo e um emocional (Liepins & Cline, 2011). Portanto, não deriva de estar objetivamente sozinho. Apenas nos casos onde há sentimentos negativos

existe solidão, podendo ocorrer mesmo quando um indivíduo está em um ambiente com outras pessoas (Liepins & Cline, 2011; Russell et al., 2012).

A solidão começa a surgir em alguns estudos sobre a população universitária. Rhodes (2014) indicou que os estudantes se sentiam solitários, em especial no primeiro ano da faculdade e atribuíam sua solidão ao novo ambiente, a lidar de forma ineficiente com situações estressantes e possuir sentimentos de insatisfação nos relacionamentos. O autor também observou que os estudantes mais solitários apresentavam maior presença de problemas físicos e mentais, mostrando o impacto negativo da solidão nessa população. Em contexto nacional o estudo do FONAPRACE (2019) indicou que 83,5% dos estudantes vivenciavam alguma dificuldade emocional que interferia em sua vida acadêmica e 23,7% indicou que seus problemas emocionais impactavam seu desempenho acadêmico. Esse estudo mostrou, ainda, que 23,5% dos universitários disseram que uma das suas dificuldades emocionais era o sentimento de solidão. Souza (2017), também conduziu um estudo em que observou que o sentimento de solidão esteve presente em 47% dos estudantes investigados.

Outros aspectos que podem influenciar a saúde emocional dos universitários são o suporte social e seus hábitos cotidianos. O suporte social pode ser definido como um processo interativo, no qual a pessoa pode conseguir ajuda de ordem emocional, instrumental ou financeira (Siqueira, 2008). Ou seja, é uma percepção subjetiva de ter alguém com quem contar em momentos de necessidade. Estudos anteriores observaram a relação entre solidão e falta de suporte social (Ellwardt et al., 2013; Oliveira & Silva, 2014; Rhodes, 2014; Russell et al., 2012). Tais estudos têm observado que pessoas que se percebem amadas e protegidas não se sentem solitárias, mesmo que estejam distantes de seus familiares e amigos (Rhodes, 2014; Russell et al., 2012).

Esses fatores se somam a outros para aumentar o risco de sofrimento emocional nos estudantes. Estudos sobre condições emocionais indicaram que ser mulher representa um fator de risco para transtornos de humor (OPS, 2018; Kessler et al., 2010; WHO, 2012). No estudo de Hackett et al. (2012) as pessoas mais solitárias mostraram pior saúde física e as mulheres mais solitárias apresentaram mais estresse, maior índice de massa corporal e fumavam mais do que as mulheres menos solitárias e do que os homens. Costa, Nakata e Morais (2015) mostraram, ainda, a importância de entender os hábitos de lazer e a presença de crenças religiosas ao investigar o estado emocional de adultos. Enquanto Baldissera e Bueno (2012) ressaltaram a relevância do exercício físico como estratégia para promoção do bem-estar.

Considerando os possíveis impactos da depressão e da solidão em universitários, o presente estudo avaliou a intensidade da solidão e realizou a triagem para depressão nos estudantes de uma universidade do interior de Minas Gerais, verificando a relação entre esses aspectos e os hábitos de vida, características dos cursos de graduação e nível de suporte social dos universitários.

## MÉTODO

### Participantes

Participaram do estudo 574 estudantes de graduação da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM), com idade entre 18 e 54 anos ( $M = 22,27$ ;  $D. P. = 4,72$ ). Desses, 61,1% eram mulheres e 93,4% solteiros. Houve representantes de 22 dos 25 cursos oferecidos pela instituição, sendo 103 estudantes (18%) de cursos das Ciências Humanas, 206 (36%) das Ciências da Saúde, 186 (32,5%) das Ciências Exatas e 78 (13,6%) das Ciências Naturais.

Quanto à renda familiar, 34,6% declararam renda de 3 a 4 salários mínimos, 25,2% renda de 5 a 7 salários, mas 86,4% declararam não ter emprego remunerado. As informações de caracterização da amostra e hábitos encontram-se apresentadas na Tabela 1 dos resultados.

### Instrumentos

**Questionário sobre a Saúde do Paciente (PHQ-9).** Validada para o Brasil (Santos et al., 2013), faz a triagem para Episódio Depressivo Maior (EDM) por meio de nove afirmações baseadas no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos e alternativas de resposta dadas em escala *likert* de quatro pontos. O PHQ-9 mostrou validade e fidedignidade (alfa de Cronbach = 0,89). Segundo ponto de corte de Santos et al. (2013), entre 0 e 9 pontos não há triagem para EDM, entre 10 e 14 pontos há triagem para EDM leve, de 15 a 19 há EDM moderada e de 20 a 27 há triagem para EDM severa.

**Escala Brasileira de Solidão UCLA (UCLA-BR).** Desenvolvida por Russell, Peplau e Cutrona (1980) e validada para o contexto brasileiro por Barroso, Andrade, Midgett e Carvalho (2016), contém 20 afirmações, com respostas em escala tipo *likert* de quatro pontos, indo de 1 (nunca) a 4 (frequentemente). O instrumento mostrou boas qualidades psicométricas com consistência interna de 0,94 e boa capacidade de discriminação dos itens, avaliada por meio da Teoria de Resposta ao Item. O total de pontos é de até 60, sendo: 0 a 22 pontos, indicativo de solidão mínima; 23 a 35 pontos, solidão leve; 36 a 47 pontos, solidão moderada; e 48 a 60 pontos, solidão intensa.

**Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS).** Instrumento validado por Siqueira (2008), composto por 29 itens que avaliam suporte social prático e emocional. As respostas são apresentadas em escala *likert* de quatro pontos, indo de 1 (nunca) a 4 (sempre). O instrumento mostrou dois fatores que explicaram 47,33% da variância e alfa de Cronbach entre 0,91 e 0,92. A escala oferece três escores, um geral, um de suporte social prático e um emocional. A

pontuação varia entre 32 e 144 pontos e não existe ponto de corte. Valores maiores indicam melhor rede de apoio social.

**Questionário.** Construído para este estudo com base nos fatores associados à depressão e a solidão identificados na literatura em Psicologia da Saúde. O questionário incluiu questões sociodemográficas, rotina de sono, alimentação, lazer, atividades físicas, participação em grupos da universidade e comunitários, doenças físicas e psiquiátricas, posse de animais de estimação, uso de medicação, área do curso de graduação, satisfação com o curso, relação com amigos, familiares, colegas de sala, sentimentos de tristeza e ansiedade. As perguntas eram dicotômicas ou em escala *likert* de cinco pontos.

### Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2014 e maio de 2015. A aplicação dos instrumentos foi feita de forma coletiva, após autorização das coordenações de curso e docentes. O procedimento durou em média 30 minutos por aplicação. Paralelamente foi utilizada a plataforma virtual SurveyMonkey para coleta de dados. Nesse caso a coleta foi feita de forma individual, mediante divulgação em redes sociais.

### Análise de Dados

Inicialmente procedeu-se com análises de frequência absoluta e relativa, medidas de tendência central e dispersão. Em seguida foram conduzidas análises de normalidade (teste Kolmogorov-Smirnov) para definição do tipo de teste inferencial a ser adotado. A análise de normalidade dos dados mostrou distribuição não-normal para solidão ( $K-S = 1,81$ ;  $p = 0,003$ ) e depressão ( $K-S = 2,91$ ;  $p < 0,001$ ), portanto, adotou-se estatística inferencial não-paramétrica. Para a investigação das relações entre as variáveis adotou-se a correlação de Spearman e para as diferenças entre subgrupos e o teste de Mann-Whitney para comparação entre dois grupos independentes e Kruskal-Wallis para três ou mais grupos independentes. Todas as análises inferenciais foram conduzidas com significância de 5%, no programa SPSS, versão 17.0.

### Considerações Éticas

Este estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFTM (protocolo 2664) e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

## RESULTADOS

A maior parte dos participantes (91,9%) considerava ter pelo menos um amigo ou mais e 73,1% mantinha contato com amigos de infância (Tabela 1). A maior parte dos estudantes indicou ter atividades de lazer dentro (79,9%) e fora de casa (86,6%). Mais da metade da amostra (51,8%) praticava atividades físicas, não fumava (90,6%) e consumia bebida alcoólica (61,1%). A maior parte dos entrevistados (55%) relatou fazer quatro ou mais refeições diárias entre segunda e sexta-feira e também nos finais de semana (61,4%) e considerava sua alimentação como razoável, boa ou muito boa (85,6%). A maioria dos entrevistados relatou dormir entre seis e sete horas de segunda a sexta-feira (65,3%) e 8 horas ou mais nos finais de semana (62%), além de considerarem a qualidade do sono como razoável, boa ou muito boa (85,5%).

Ao avaliar a solidão, observou-se que a maior parte dos estudantes apresentava nível mínimo (53,3%), mas 2,4% sentia solidão intensa (Tabela 2). Além disso, embora a maior parte dos estudantes não tenha sido triada para EDM (61,2%), uma parcela expressiva recebeu essa classificação. Observou-se média de 82,91 pontos no suporte social (D.P. + 16,10), sendo que 55,7% dos participantes ficou acima desse valor.

As análises correlacionais mostraram correlação positiva moderada entre a classificação da solidão e depressão ( $\rho = 0,42$ ). Além disso, mostraram correlação negativa entre solidão e suporte social ( $\rho = -0,36$ ) e entre depressão e suporte social ( $\rho = -0,25$ ) (Tabela 3).

Tabela 1  
Caracterização da Amostra, 2014-2015 (n= 574)

Variável	Resposta	n	%
Área de concentração do curso	Ciências humanas	103	18,0
	Ciências da saúde	206	36,0
	Ciências exatas	186	32,5
	Ciências naturais	78	13,6
Sexo	Feminino	346	61,1
	Masculino	220	38,9
Estado civil	Solteiro	534	93,4
	Casado	35	6,1
	Separado/divorciado/viúvo	03	0,5
Renda familiar	Menos de 1 salário	18	3,2
	1 a 2 salários	103	18,3
	3 a 4 salários	195	34,6
	5 a 7 salários	142	25,2
	Mais de 8 salários	106	18,8
Horas sono em dias úteis	3 ou menos	03	0,5
	4 ou 5	127	22,3
	6 ou 7	372	65,3
	8 ou mais	68	11,9
Horas sono em fins de semana	3 ou menos	02	0,3
	4 ou 5	26	4,5
	6 ou 7	190	33,2
	8 ou mais	355	62,0
Autoavaliação do sono	Muito ruim	10	1,7
	Ruim	73	12,7
	Razoável	210	36,6
	Boa	208	36,3
Acorda descansado	Muito boa	72	12,6
	Sim	268	47,3
Nº de refeições em dias úteis	Não	299	52,7
	2 ou menos	65	11,5
	3	188	33,4
	4	196	34,8
	5 ou mais	114	20,2

Tabela 1  
Cont.

Variável	Resposta	n	%
Nº de refeições nos fins de semana	2 ou menos	43	7,5
	3	177	31,3
	4	225	39,5
	5 ou mais	125	21,9
Autoavaliação da alimentação	Muito ruim	14	2,4
	Ruim	69	12,0
	Razoável	263	45,9
	Boa	198	34,6
Fuma	Muito boa	29	5,1
	Sim	54	9,4
Bebe	Não	518	90,6
	Sim	349	61,1
Lazer em casa	Não	222	38,9
	Sim	448	79,9
Lazer fora de casa	Não	113	20,1
	Sim	491	86,6
Exercício físico	Não	76	13,4
	Sim	293	51,8
Autoavaliação saúde física	Não	273	48,2
	Muito ruim	7	1,2
	Ruim	62	10,8
	Razoável	222	38,8
Autoavaliação saúde mental	Boa	230	40,2
	Muito boa	51	8,9
	Muito ruim	2	0,3
	Ruim	33	5,8
Tristeza últimos 15 dias	Razoável	145	25,3
	Boa	299	52,3
	Muito boa	93	16,3
	Nenhum dia	129	22,6
Ansiedade últimos 15 dias	1 a 3	254	44,5
	4 a 7	121	21,2
	8 a 10	50	8,8
	11 ou mais	17	3,0
Medicação	Nenhum dia	39	6,8
	1 a 3	198	34,6
	4 a 7	168	29,4
	8 a 10	92	16,1
Atividades grupo da faculdade	11 ou mais	75	13,1
	Sim	142	25,1
Atividades voluntárias	Não	423	74,9
	Sim	193	34,2
Atividades grupo fora da faculdade	Não	372	65,8
	Sim	69	12,2
Tem amigo(s)	Não	497	87,8
	Sim	150	26,5
Fez psicoterapia	Não	417	73,5
	Sim	520	91,9
	Não	46	8,1
	Sim	122	21,6
	Não	442	78,4
	Sim		

Tabela 1  
Cont.

Variável	Resposta	n	%
Animal de estimação	Sim	237	41,4
	Não	336	58,6
Religião/crença religiosa	Sim	405	27,9
	Não	157	72,1
Autoavaliação sobre seu curso	Muito ruim	15	2,6
	Ruim	40	7,0
	Razoável	149	26,2
	Bom	239	42,0
	Muito bom	126	22,1
Emprego	Sim	77	13,6
	Não	489	86,4
Relacionamento afetivo	Sim	280	49,1
	Não	290	50,9
Contato amigos de infância	Sim	418	73,1
	Não	154	26,9
Relacionamento com pessoas que mora	Muito ruim	4	0,9
	Ruim	8	1,7
	Razoável	57	12,4
	Bom	210	45,8
	Muito bom	180	39,2
Relacionamento com colegas de sala	Muito ruim	3	0,5
	Ruim	20	2,5
	Razoável	102	17,8
	Bom	319	55,7
	Muito bom	129	22,5
Relacionamento com o pai	Ruim	108	19,4
	Regular	182	32,6
	Bom	239	42,8
	Ótimo	29	5,2
Relacionamento com a mãe	Ruim	7	1,2
	Regular	26	4,6
	Bom	136	24,2
	Ótimo	394	70,0

Tabela 2  
Prevalência de depressão, solidão e suporte social, 2014-2015 (n= 574)

Variável	n	%
Triagem para Depressão		
Não triado (0 – 9)	318	61,2
Leve (10-14)	119	22,9
Moderada (15-19)	63	12,1
Severa (20-27)	19	3,7
Intensidade Solidão		
Mínima (0-22)	306	53,3
Leve (23-35)	205	35,7
Moderada (36-47)	49	8,5
Severa (48-60)	14	2,4
Suporte Social		
Abaixo da média (<82,7)	254	44,3
Acima da média (82,8>)	320	55,7

Tabela 3  
Correlações significativas com solidão ou depressão

	Classificação Solidão <sup>1</sup>	Triagem Depressão <sup>1</sup>
Triagem positiva para depressão	0,42**	-
Suporte Social	-0,36**	-0,25**
Área de concentração	-0,14**	-0,08
Período do curso	-0,12*	-0,14*
Sexo	0,15**	0,11**
Nº de refeições nos dias úteis	-0,09*	-0,11*
Autoavaliação da alimentação	-0,13**	-0,21**
Nº de horas sono em dias úteis	-0,10*	-0,14**
Autoavaliação do sono	-0,22**	-0,29**
Acorda descansado	-0,16**	0,34**
Fumar	-0,01	0,11*
Doença crônica	0,03	0,10*
Diagnóstico de transtorno psiquiátrico	0,15**	0,17**
Uso contínuo de medicação	0,09*	0,11**
Autoavaliação da saúde física	-0,20**	-0,22**
Autoavaliação da saúde mental	-0,33**	-0,45**
Tristeza nos últimos 15 dias	0,45**	0,49**
Ansiedade nos últimos 15 dias	0,26**	0,44**
Já ter feito psicoterapia	0,20**	0,15**
Autoavaliação do curso de graduação	-0,17**	-0,20**
Renda familiar	-0,10*	-0,14**
Manter contato com amigos de infância	-0,15**	-0,09*
Relacionamento com as pessoas que mora	-0,29**	-0,21**
Relacionamento com colegas	-0,28**	-0,15*
Atividade de lazer dentro de casa	-0,09*	-0,09*
Atividade de lazer fora de casa	-0,22**	-0,16**
Atividades de grupo ligadas a UFTM	-0,06	-0,04
Atividades de grupo não ligadas a UFTM	-0,09*	-0,11**
Praticar esportes ou atividade física	-0,15**	-0,10*
Frequências com que pratica atividades físicas	-0,23**	-0,03
Religião ou crença religiosa	-0,16**	-0,15**
Considera ter um amigo ou mais	-0,11**	-0,08
Frequência com que sai com os amigos	-0,16**	-0,14**
Considerar-se uma pessoa com muitos amigos	-0,24**	-0,11*
Escala fazer novos amigos	-0,37**	-0,18**
Escala manter amigos	-0,25**	-0,20**
Anos de estudo do pai	-0,09*	-0,00
Relacionamento com o pai	-0,12**	-0,18**
Relacionamento com a mãe	-0,14**	-0,14**
Mãe estar viva	0,25**	0,04

\*\*  $p < 0,001$ ; \*  $p < 0,05$ ; <sup>1</sup> Correlação de Spearman

A triagem positiva para depressão foi maior entre as mulheres ( $\rho = 0,11$ ), em pessoas com menor renda ( $\rho = -0,14$ ), que estavam nos períodos iniciais da faculdade ( $\rho = -0,14$ ) e avaliavam pior seu curso de graduação ( $\rho = -0,20$ ). As pessoas triadas para EDM faziam menos refeições durante os dias úteis ( $\rho = -0,11$ ), avaliavam pior a qualidade da sua alimentação ( $\rho = -0,21$ ), dormiam menos horas nos dias úteis ( $\rho = -0,14$ ), avaliavam pior sua qualidade do sono ( $\rho = -0,29$ ) e acordavam cansados ( $\rho = 0,34$ ).

Observou-se correlação entre triagem para depressão e fumar ( $\rho = 0,11$ ), ter doença crônica ( $\rho = 0,10$ ), fazer uso contínuo de medicação ( $\rho = 0,11$ ), ter diagnóstico de transtorno psiquiátrico ( $\rho = 0,17$ ), fazer uso contínuo de

medicação ( $\rho = 0,11$ ), pior percepção sobre a saúde física ( $\rho = -0,22$ ) e mental ( $\rho = -0,45$ ), sentir-se triste ( $\rho = 0,49$ ) ou ansioso ( $\rho = 0,44$ ) nos 15 dias anteriores à entrevista, ter feito psicoterapia ( $\rho = 0,15$ ) e não ter religião ou crença religiosa ( $\rho = -0,15$ ). A triagem para depressão também mostrou relação com pior percepção sobre o relacionamento com as pessoas com quem morava ( $\rho = -0,21$ ) e com os colegas de sala ( $\rho = -0,15$ ), percebiam ter poucos amigos ( $\rho = -0,11$ ), menos facilidade para fazer amigos ( $\rho = -0,18$ ) e para mantê-los por longos períodos ( $\rho = -0,20$ ) e classificavam de forma mais negativa seu relacionamento com seu pai ( $\rho = -0,18$ ) e com a mãe ( $\rho = -0,14$ ). Além disso, houve correlação entre a triagem para depressão e não ter atividades de lazer em casa ( $\rho$

= -0,09) e fora de casa ( $\rho = -0,16$ ), não participar das atividades de grupo da universidade ( $\rho = -0,11$ ), não praticar atividade física ( $\rho = -0,10$ ) e sair menos com os amigos ( $\rho = -0,14$ ).

Quanto à solidão, observou-se que as mulheres ( $\rho = 0,15$ ) e as pessoas com menor renda familiar ( $\rho = -0,10$ ) apresentaram níveis mais intensos de solidão. As pessoas mais solitárias avaliavam pior sua alimentação ( $\rho = -0,13$ ), dormiam menos nos dias úteis ( $\rho = -0,10$ ), avaliavam pior a qualidade do sono ( $\rho = -0,22$ ), sentiam-se menos descansados ao acordar ( $\rho = -0,16$ ), tinham diagnóstico de transtorno psiquiátrico ( $\rho = 0,15$ ), faziam uso contínuo de medicação ( $\rho = 0,09$ ), avaliavam pior sua saúde física ( $\rho = -0,20$ ) e mental ( $\rho = -0,33$ ), haviam se sentido tristes ( $\rho = 0,45$ ) ou ansiosos ( $\rho = 0,26$ ) nos 15 dias anteriores à entrevista e haviam feito psicoterapia ( $\rho = 0,20$ ).

Os resultados também mostraram maiores níveis de solidão nos estudantes dos períodos iniciais da graduação ( $\rho = -0,12$ ) e classificavam pior seu curso ( $\rho = 0,17$ ). As pessoas mais solitárias relataram não ter atividade de

lazer dentro ( $\rho = -0,09$ ) e fora de casa ( $\rho = -0,22$ ), não praticavam atividade física ( $\rho = -0,15$ ) ou tinham menor frequência semanal de atividade física ( $\rho = -0,23$ ). As pessoas mais solitárias também indicaram não ter religião ou crença religiosa ( $\rho = -0,16$ ). Indicaram, ainda, não manter contato com amigos de infância ( $\rho = -0,15$ ), não consideravam ter muito amigos ( $\rho = -0,24$ ), indicaram dificuldade para fazer novos amigos ( $\rho = -0,37$ ), para manter amigos por longo tempo ( $\rho = -0,25$ ), avaliavam pior seu relacionamento com o pai ( $\rho = -0,12$ ) e com a mãe ( $\rho = -0,14$ ), tinham mãe falecida ( $\rho = 0,25$ ) e saíam menos com amigos ( $\rho = -0,16$ ).

Ao avaliar a influência da área do curso sobre a depressão, observou-se que os estudantes dos cursos da área de Ciências Humanas (Geografia, História, Letras, Psicologia e Serviço Social) se mostraram mais deprimidos do que os respondentes de outras áreas (KW = 15,36;  $p = 0,002$ ) (Tabela 4). Os estudantes que classificavam o próprio curso de pior maneira apresentaram mais triagem positiva para EDM (KW = 19,08;  $p < 0,001$ ). Além disso, as mulheres

Tabela 4

Diferenças de grupo quanto à classificação da solidão e depressão

	Média postos Solidão	Kruskal-Wallis	Média postos Depressão	Kruskal-Wallis
Classificação da solidão				
Mínima	-	-	216,14	97,73**
Leve	-	-	290,21	97,73**
Moderada	-	-	378,14	97,73**
Intensa	-	-	399,50	97,73**
Sexo				
Feminino	301,34	13,18**	267,73	7,30*
Masculino	255,44	13,18**	236,01	7,30*
Área do curso				
Ciências Humanas	323,86	14,67*	287,20	15,36*
Ciências da Saúde	298,03	14,67*	263,20	15,36*
Ciências Biológicas	276,79	14,67*	228,56	15,36*
Ciências Exatas	258,66	14,67*	281,01	15,36*
Autoavaliação do curso				
Muito ruim	365,23	19,68**	336,79	22,00**
Ruim	349,08	19,68**	311,70	22,00**
Razoável	300,50	19,68**	281,61	22,00**
Boa	274,82	19,68**	247,72	22,00**
Muito boa	256,09	19,68**	229,25	22,00**
Suporte social				
Abaixo da média	335,90	28345,50**	286,76	27312,50**
Acima da média	249,08	28345,50**	238,51	27312,50**
Período do participante				
1	290,63	33,31**	273,08	31,96**
2	367,82	33,31**	341,13	31,96**
3	247,29	33,31**	213,40	31,96**
4	282,83	33,31**	264,24	31,96**
5	302,16	33,31**	266,98	31,96**
6	276,43	33,31**	237,17	31,96**
7	287,07	33,31**	241,79	31,96**
8	231,10	33,31**	227,38	31,96**
9	191,24	33,31**	231,97	31,96**
10	286,80	33,31**	199,36	31,96**

\*\* $p < 0,001$ ; \* $p < 0,05$



mostraram mais triagem para depressão do que os homens ( $U = 7,30$ ;  $p = 0,007$ ), as pessoas mais solitárias apresentaram mais triagem para depressão ( $KW = 97,73$ ;  $p < 0,001$ ) e as pessoas com suporte social abaixo da média apresentaram mais triagem para depressão ( $U = 27312,50$ ;  $p < 0,001$ ).

Observou-se, também, que os participantes dos cursos da área de Ciências Humanas (Geografia, História, Letras, Psicologia e Serviço Social) mostraram maiores níveis

de solidão do que os respondentes de outras áreas ( $KW = 14,67$ ;  $p = 0,002$ ); e os estudantes que classificavam pior seu curso apresentaram maior nível de solidão ( $KW = 19,68$ ;  $p = 0,001$ ). As mulheres também mostraram maior nível de solidão do que os homens ( $U = 13,18$ ;  $p < 0,001$ ) e as pessoas com suporte social abaixo da média da amostra apresentaram níveis mais altos de solidão do que as pessoas acima da média ( $U = 28345,50$ ;  $p < 0,001$ ).

## DISCUSSÃO

O presente estudo fez o levantamento do perfil dos estudantes universitários de uma instituição federal de Minas Gerais, incluindo seus níveis de solidão e depressão. Observou-se que os estudantes investigados apresentavam um perfil similar a outros estudantes da região sudeste, mas diferente do esperado para instituições federais brasileiras quanto a renda. Observou-se na amostra uma menor proporção de estudantes com renda até dois salários mínimos, o que difere do perfil nacional (FONAPRACE, 2019). Esse dado é relevante, uma vez que houve associação entre nível socioeconômico e nível de solidão, sugerindo que pessoas com menor renda se sentiram mais solitárias. Muitos eventos de socialização são pagos o que pode contribuir para excluir estudantes que não podem arcar com esses gastos, o que, em uma instituição de maior média de renda, pode aumentar o sentimento de exclusão percebida. Mas observou-se perfil semelhante de uso de álcool e tabaco com o identificado em outros estudos brasileiros (FONAPRACE, 2019; Rondina et al, 2018; Souza, 2017).

Ao observar os sintomas depressivos, percebeu-se que a porcentagem de pessoas triadas para EDM foi muito superior à observada para a população geral brasileira (IBGE, 2010), mas ficou próxima a observada em outros estudos com universitários (Furegato et al., 2010; Paula et al., 2014; Santos et al. 2015; Serra et al., 2015). No estudo de Souza (2017), as porcentagens de depressão foram ainda mais altas, tendo sido identificada triagem de EDM em 59,2% dos estudantes.

Os sentimentos de solidão estiveram presentes em 46,7% dos estudantes da amostra do presente estudo, valor semelhante ao encontrado por Souza na mesma instituição em outro momento, que foi de 47% (2017). Esse valor é o dobro do encontrado no perfil geral dos estudantes, que foi de 23,5% (FONAPRACE, 2019). As mulheres se mostraram mais solitárias e apresentaram maior triagem para depressão, um resultado condizente com outros estudos sobre o transtorno já realizados (Kessler et al., 2010; OPS, 2018; WHO, 2012).

Os resultados também mostraram que os estudantes mais solitários apresentavam mais triagem para depressão, o que corrobora com os achados de outros estudos (Barroso, Baptista, & Zanon, 2018; Souza, 2017), mostrando que a solidão é uma variável preditora da depressão. Os estudantes

com menor suporte social também mostraram maior triagem para depressão, confirmando, mais uma vez, a relação entre solidão, baixo suporte social e risco aumentado para surgimento de transtorno depressivo (Ellwardt et al., 2013; Oliveira & Silva, 2014; Rhodes, 2014; Russell et al., 2012; Tyler et al., 2011; WHO, 2012).

O impacto negativo da solidão também foi observado na saúde física e mental. Os resultados mostraram associação com a pior autopercepção sobre a saúde física e mental, a presença de doenças crônicas e transtornos psiquiátricos (Rhodes, 2014). Internacionalmente, Hackett et al. (2012) já haviam observado que pessoas mais solitárias apresentavam mais inflamações do que as menos solitárias. No mesmo estudo, as mulheres mais solitárias apresentaram mais estresse psicológico, índice de massa corporal e histórico de tabagismo. As relações observadas com hábitos alimentares, sono e percepção sobre a saúde com a depressão também já haviam sido identificadas em outras populações (Russell et al., 2012; Tyler et al., 2011).

Não foram encontradas relações significativas entre o uso de álcool, depressão ou solidão, mas houve relação entre fumar e ser triado para depressão, o que pode sugerir uma possível adoção de estratégia de enfrentamento problemática para lidar com um estado emocional negativo. Rondina et al. (2018) chamam a atenção para o fato de que os estudantes parecem ver nas drogas, em especial álcool, tabaco e maconha, uma espécie de mecanismo de enfrentamento para os problemas pessoais e relacionais pelos quais os universitários passam. A adoção de estratégias inadequadas pode afetar a saúde e o desempenho dos estudantes e os resultados podem clarear aspectos para serem abordados em intervenções preventivas e/ou terapêuticas que ajudem a escolher estratégias de enfrentamento mais funcionais.

Ao observarmos os resultados, percebe-se relações entre solidão, depressão e comprometimentos na vida dos estudantes. Observou-se relação da solidão e/ou depressão com a pior avaliação da própria saúde, diagnósticos anteriores de doenças físicas e psiquiátricas, sentir-se triste e ansioso, percepção negativa do relacionamento com colegas e familiares, percepção negativa do curso de graduação, dormir menos e com pior qualidade, fazer menos refeições por dia, mostrando claramente seu impacto sobre a qualidade de vida dos participantes. Guimarães (2014) observou que

quanto maior a depressão, menor a qualidade de vida nos domínios psicológicos e ambiental, mas que também parece haver uma relação inversa com os domínios físico e social.

Ao pensar que a população avaliada no presente estudo foi de universitários, o impacto na vida assume, ainda, uma nova conotação, a do abandono dos planos futuros. Na pesquisa da FONAPRACE (2019) a associação entre vivenciar dificuldades emocionais e passar por reprovações e trancar ou abandonar a faculdade foi observada em uma parcela significativa de estudantes. Os resultados do presente trabalho mostraram uma relação significativa entre depressão, solidão e uma pior percepção do curso e do relacionamento com os colegas de sala, o que pode aumentar seu risco de abandonar a graduação, com consequências duradouras para a vida.

A análise das relações entre solidão, depressão e as áreas de concentração dos cursos demonstraram que os cursos de Ciências Humanas congregavam pessoas mais solitárias e deprimidas do que as demais áreas. Caso a associação fosse apenas com a solidão seria possível pensar que os cursos de humanas sensibilizassem mais para pensar sobre a qualidade dos vínculos estabelecidos. Contudo, houve também associação com a depressão, o que indica uma explicação mais negativa. Brandtner e Bardagi (2009) também observaram maior prevalência de depressão em estudantes da área de humanas, especialmente nos cursos de Letras e Psicologia. Esse resultado não é unânime, Rezende et al. (2018) avaliaram índices depressivos em universitários do interior do Rio de Janeiro, mas não encontraram diferenças significativas entre as áreas, no entanto sugerem que índices maiores de depressão nos estudantes de humanas podem estar relacionados a maior porcentagem de mulheres nesses cursos.

Estar nos períodos iniciais dos cursos de graduação também esteve relacionado com maiores níveis de solidão e maior triagem para depressão. Segundo Rhodes (2014), déficits nas competências sociais dos universitários ingressantes aumentam a chance do surgimento de sentimentos negativos, patologias físicas e transtornos psiquiátricos, o que poderia justificar esse aumento no sofrimento psíquico nos primeiros períodos. Outra possibilidade é o fato de que o primeiro ano é um período de adaptação à nova rotina, ao novo ambiente e as novas atividades cotidianas.

Mas os resultados também permitiram observar o potencial do suporte social e da adoção de algumas estratégias de enfrentamento para modular o impacto da depressão e da solidão. A atuação do suporte social como fator protetivo já havia sido identificada anteriormente, mostrando sua importância para o bem-estar e a qualidade de vida (Rhodes, 2014; Siqueira, 2008). As relações entre ter atividades de lazer dentro e fora de casa, ter amigos e sair com eles, ter uma crença religiosa e praticar atividade física e menores níveis de solidão e depressão indicam estratégias eficazes para promoção do bem-estar. Alguns desses fatores já haviam sido indicados por Baldissera e Bueno (2012) e Costa, Nakata e Moraes (2015) como possíveis formas de intervenção para lidar com estados emocionais negativos.

É necessário, contudo, indicar algumas limitações desse trabalho. Foram incluídos estudantes de apenas uma instituição, não se utilizou amostra aleatória e os resultados foram baseados em medidas de autorrelato. Mas acredita-se que os resultados observados possam contribuir para suprir a lacuna de conhecimentos sobre a solidão da população brasileira.

## CONCLUSÃO

A vida universitária é um período cheio de possibilidades, mas igualmente marcada pela necessidade de adaptação, cobranças e escolhas. Assim, embora rico, esse pode ser um período marcado por vivências de solidão e com risco aumentado para o surgimento de transtornos de humor, como a depressão. O desconhecimento sobre o estado emocional destes jovens adultos pode mascarar condições psicopatológicas e privá-los de acompanhamento, prejudicando sua qualidade de vida. Apesar dos índices de solidão observados não serem tão altos na população estudada, a frequência de triagem para EDM foi superior à média da população geral, indicando necessidade de pensar em propostas de intervenção. Tais propostas, individuais

ou grupais poderão auxiliar no tratamento/prevenção dos sentimentos de solidão e sintomas depressivos entre os estudantes, especialmente se privilegiarem a construção de redes de suporte social entre os universitários ingressantes ou há menos tempo nos cursos de graduação. A elaboração de propostas que visem o bem-estar dos universitários é essencial, pois solidão e depressão acarretam consequências graves para a saúde, desempenho acadêmico e qualidade de vida. Os resultados também chamam a atenção para a necessidade de novos estudos sobre o estado emocional dos universitários, que incluam a avaliação da solidão em conjunto com a de outras emoções negativas, visando identificação precoce e tratamento aos que necessitarem.

## REFERÊNCIAS

- Aquino, D. R. D., Cardoso, R. A., & Pinho, L. D. (2019). Sintomas de depressão em universitários de medicina. *Boletim-Academia Paulista de Psicologia*, 39(96), 81-95.
- Baldissera, V. D. A., & Bueno, S. M. V. (2012). O lazer e a saúde mental das pessoas hipertensas: Convergência na educação para a saúde. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 46(2), 380-387. doi:10.1590/S0080-62342012000200016
- Bardagi, M. P., & Hutz, C. S. (2011). Eventos estressores no contexto acadêmico: Uma breve revisão da literatura brasileira. *Interação em Psicologia*, 15(1).
- Barroso, S. M., Andrade, V. S., Midgett, A. H., & Carvalho, R. G. N. (2016). Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 68-75. doi:10.1590/0047-2085000000105
- Barroso, S. M., Andrade, V. S., Oliveira, N. R. (2016). Escala Brasileira de Solidão: Análises de Resposta ao Item e definição dos pontos de corte. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(1), 76-81. doi:10.1590/0047-2085000000106
- Barroso, S. M., Baptista, M. N., & Zanon, C. (2018). Solidão como variável preditora na depressão em adultos. *Estudos Interdisciplinares em Psicologia*, 9(3), 26-37. doi:10.5433/2236-6407.2018v9n3supl26
- Bolsoni-Silva, A. T., & Guerra, B. T. (2014). O impacto da depressão para as interações sociais de universitários. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(2), 429-452.
- Brandtner, M., & Bardagi, M. (2009). Sintomatologia de depressão e ansiedade em estudantes de uma universidade privada do Rio Grande do Sul. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2(2), 81-91.
- Cáceres, A. P. B., Cascaes, A. M., & Büchele, F. (2010). Sintomas de disforia e depressão em estudantes de enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 15(4), 616-623. doi: 10.5380/ce.v15i4.20356
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S. & Boomsma, D. I. (2014). Evolutionary mechanisms for loneliness. *Cognition and Emotion*, 28(1), 3-21. doi:10.1080/02699931.2013.837379
- Carlotto, R. C. (2013). Espiritualidade e sintomatologia depressiva em estudantes universitários brasileiros. *Revista de Psicologia da UNESP*, 12(2), 50-60.
- Costa, F. M., Nakata, P. T., & Morais, E. P. (2015). Estratégias desenvolvidas pelos idosos residentes na comunidade para morarem sozinhos. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 24(3), 818-825. doi:10.1590/0104-07072015002730014
- Ellwardt, L., Aartsen, M., Deeg, D., & Steverink, N. (2013). Does loneliness mediate the relation between social support and cognitive functioning in later life?. *Social Science & Medicine*, 98, 116-124. doi:10.1016/j.socscimed.2013.09.002
- Fórum Nacional de Pró-Reitores de Assuntos Comunitários e Estudantis. (2019). *V Pesquisa do Perfil socioeconômico e cultural dos estudantes de graduação das instituições federais de ensino superior*. Brasília, DF: FONAPRACE. Recuperado de <http://www.andifes.org.br/wp-content/uploads/2019/05/V-Pesquisa-Nacional-de-Perfil-Socioecon%C3%B4mico-e-Cultural-dos-as-Graduandos-as-das-IFES-2018.pdf>
- Furegato, A. R. F., Santos, J. L. F., & Silva, E. C. (2010). Depressão entre estudantes de dois cursos de enfermagem: Autoavaliação da saúde e fatores associados. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(4), 509-516. doi:10.1590/S0034-71672010000400002.
- Guimarães, M. F. (2014). *Depressão, ansiedade, estresse e qualidade de vida de estudantes de universidades pública e privada* (Dissertação de mestrado). Programa de Mestrado em Psicologia da Saúde, Universidade Metodista de São Paulo, SP, Brasil
- Hackett, R. A., Hamer, M., Endrighi, R., Brydon, L., & Steptoe, A. (2012). Loneliness and stress-related inflammatory and neuroendocrine responses in older men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 37(11), 1801-1810. doi:10.1016/j.psyneuen.2012.03.016
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2010). *Censo demográfico 2010: Características da população e dos domicílios - Resultados do universo*. Recuperado de [http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas\\_da\\_populacao/resultados\\_do\\_universo.pdf](http://www.ibge.gov.br/english/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2014). *Pesquisa Nacional de Saúde – 2013. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas*. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística Recuperado de <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv94074.pdf>
- Kessler, R. C., Birmbaum, H., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., ... Stein, D. J. (2010). Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Health Survey Initiative. *Depression and Anxiety*, 27(4), 351-364. doi:10.1002/da.20634
- Liepins, M., & Cline, T. (2011). The development of concepts of loneliness during the early years in school. *School Psychology International*, 35, 206-220. doi: 10.1177/0143034311404132
- Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommeren, M., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern. *WHO Department of Mental Health and Substance Abuse*, 1, 6-8. Recuperado de [http://www.who.int/mental\\_health/management/depression/who\\_paper\\_depression\\_wfmh\\_2012.pdf](http://www.who.int/mental_health/management/depression/who_paper_depression_wfmh_2012.pdf)
- Molina, M. R. A. L., Wiener, C. D., Branco, J. C., Jansen, K., Souza, L. D. M., Tomasi, E., ... Pinheiro, R. T. (2012). Prevalência de depressão em usuários de unidades de atenção primária. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 39(6), 194-197. doi:10.1590/S0101-60832012000600003
- Oliveira, A. P. S. V., & Silva, M. M. (2014). Fatores que dificultam a perda de peso em mulheres obesas de graus I e II. *Revista Psicologia e Saúde*, 6(1), 74-82. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v6n1/v6n1a10.pdf>
- Organização Pan-Americana de Saúde. (2018). *Folha informativa: Depressão*. Brasília, DF: Author. Recuperado de [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095)
- Paula, J. A., Borges, A. M. F. S., Bezerra, L. R. A., Parente, H. V., Paula, R. C. A., Wajnsztein, R., ... Abreu, L. C. (2014). Prevalência e fatores associados à depressão em estudantes de medicina. *Journal of Human Growth and Development*, 24(3), 274-281. doi: 10.7322/jhdg.88911
- Rezende, A. M., Vieira, E. M. S., Basili, J. O. V., Goulart, M., Ferreira, S. R., & Barreto, M. A. M. (2018). Sintomas depressivos entre alunos de graduação: levantamento em instituição de ensino do interior do Rio de Janeiro. *Cadernos UniFOA*, 5(1), 60.
- Rhodes, J. L. (2014). Loneliness: How superficial relationships, identity gaps, and social support contribute to feelings of loneliness at Pepperdine University. *Pepperdine Journal of Communication Research*, 2(3). Recuperado de: <http://digitalcommons.pepperdine.edu/pjcr/vol2/iss1/3>
- Rondina, R. C., Piovezani, C. A. T., de Oliveira, D. C., & Martins, R. A. (2018). Queixas psicológicas e consumo de drogas em universitários atendidos em núcleo de assistência. *SMAD Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas*, 14(2), 99-107.
- Russell, D. W., Cutrona, C. E., McRae, C., & Gomez, M. (2012). Is loneliness the same as being alone?. *The Journal of Psychology*, 146(1-2), 7-22. doi: 10.1080/00223980.2011.589414
- Russell, D., Peplau, L. A., & Cutrona, C. E. (1980). The revised UCLA Loneliness Scale: Concurrent and discriminant validity

- evidence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 39(3), 472-480. doi:10.1037/0022-3514.39.3.472
- Sakae, T. M., Padão, D. L., & Jornada, L. K. (2010). Sintomas depressivos em estudantes da área da saúde em uma Universidade no sul de Santa Catarina – UNISUL. *Revista da AMRIGS*, 54(1), 38-43. Recuperado de: [http://amrigs.org.br/revista/54-01/11-473\\_sintomas\\_depressivos.pdf](http://amrigs.org.br/revista/54-01/11-473_sintomas_depressivos.pdf)
- Santos, I. S., Tavares, B. F., Munhoz, T. N., Almeida, L. S. P., Silva, N. T. B., Tams, B. D., ... Matijasevich, A. (2013). Sensibilidade e especificidade do Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) entre adultos da população geral. *Cadernos de Saúde Pública*, 29(8), 1533-1543. doi:10.1590/0102-311X00144612
- Serra, R. D., Dinato, S. L. M., & Caseiro, M. M. (2015). Prevalence of depressive and anxiety symptoms in medical students in the city of Santos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 64(3), 213-220. doi:10.1590/0047-2085000000081
- Silveira, C., Norton, A., Brandão, I., & Roma-Torres, A. (2011). Saúde mental em estudantes do ensino superior: Experiência da consulta de psiquiatria do Centro Hospitalar São João. *Acta Médica Portuguesa*, 24(S2), 247-256. Recuperado de <https://www.actamedicaportuguesa.com>
- Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de suporte social. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 381-388. doi:10.1590/S1413-73722008000200021
- Souza, D. C. (2017). *Condições emocionais de estudantes universitários: Stress, depressão, ansiedade, solidão e suporte social* (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, Brasil. Recuperado de <http://btdt.uftm.edu.br/handle/tede/507>
- Tabalipa, F. O., Souza, M. F., Pfützenreuter, G., Lima, V. C., Traebert, E., & Traebert, J. (2015). Prevalence of anxiety and depression among medical students. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 39(3), 388-394. doi:10.1590/1981-52712015v39n3e02662014
- Tyler, J., Hawkey, L. C., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2011). A marginal structural model analysis for loneliness: Implications for intervention trials and clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(2), 225-235. doi:10.1037/a0022610
- World Health Organization. (2012). *The World Health Report 2012. Depression*. Geneva: Author. Recuperado de <http://www.who.int/topics/depression/en/>.