

## Dimensões de Empatia e Medidas de Solidão na Velhice

### *Dimensions of Empathy and Measures of Loneliness in Aged*

Thais da Silva-Ferreira<sup>1</sup>, Jeniffer Ferreira-Costa<sup>2</sup>, Dante Ogassavara<sup>3</sup>, Patricia Costa Lima Tierno<sup>4</sup>, Amanda Azevedo de Carvalho<sup>5</sup>, Nathália Batista Ferreira Escobar<sup>6</sup>, José Maria Montiel<sup>7</sup>

#### RESUMO

O presente estudo teve como objetivo investigar a relação entre empatia e percepção de solidão em pessoas idosas. A amostra foi composta por 16 participantes, de ambos os sexos, com idades entre 60 e 75 anos. Para a coleta de dados, foram utilizados um Questionário Sociodemográfico, a Escala Brasileira de Solidão (UCLA-BR) e a Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal. A análise estatística não identificou correlação significativa entre os níveis globais de solidão e empatia ( $\tau = -0,051$ ,  $p > 0,05$ ). Observou-se uma correlação positiva moderada entre a dimensão de angústia pessoal e a empatia global ( $\tau = 0,547$ ,  $p < 0,01$ ). A dimensão de consideração empática destacou-se como a mais elevada entre as dimensões de empatia analisadas na amostra. Em relação à solidão, 75% dos participantes relataram níveis mínimos. Esses achados sugerem que, na presente amostra, a solidão não está diretamente associada à empatia global, indicando a possibilidade de que variáveis emocionais adicionais possam influenciar essa relação. Ademais, os baixos níveis de solidão identificados ressaltam a necessidade de uma análise mais aprofundada deste fenômeno no contexto do envelhecimento.

**Palavras-chave:** Envelhecimento, Solidão, Empatia.

#### ABSTRACT

The present study aimed to investigate the relationship between empathy and the perception of loneliness in elderly individuals. The sample consisted of 16 participants, of both genders, aged between 60 and 75 years. For data collection, a Sociodemographic Questionnaire, the Brazilian Loneliness Scale (UCLA-BR), and the Multidimensional Interpersonal Reactivity Scale were utilized. Statistical analysis did not identify a significant correlation between global levels of loneliness and empathy ( $\tau = -0.051$ ,  $p > 0.05$ ). However, a moderate positive correlation was observed between the dimension of personal distress and global empathy ( $\tau = 0.547$ ,  $p < 0.01$ ). The dimension of empathic concern stood out as the highest among the empathy dimensions analyzed in the sample. Regarding loneliness, 75% of participants reported minimal levels. These findings suggest that, in the present sample, loneliness is not directly associated with global empathy, indicating the possibility that additional emotional variables may influence this relationship. Furthermore, the low levels of loneliness identified highlight the need for a more in-depth analysis of this phenomenon in the context of aging.

**Keywords:** Aging, Loneliness, Empathy.

<sup>1</sup> Psicóloga. Mestranda em Ciências do Envelhecimento pela Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, SP, Brasil. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-9826-3428> E-mail: [thais.sil.fe@hotmail.com](mailto:thais.sil.fe@hotmail.com)

<sup>2</sup> Psicóloga. Mestranda em Ciências do Envelhecimento pela Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, SP, Brasil. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6281-7970>

<sup>3</sup> Psicólogo. Mestre e Doutorando em Ciências do Envelhecimento pela Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, SP, Brasil. ORCID <https://orcid.org/0000-0002-2842-7415>

<sup>4</sup> Psicóloga. Mestranda em Ciências do Envelhecimento pela Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, SP, Brasil. ORCID <https://orcid.org/0009-0007-9871-5993>

<sup>5</sup> Bióloga. Mestranda em Ciências do Envelhecimento pela Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, SP, Brasil. ORCID <https://orcid.org/0009-0007-8616-0337>

<sup>6</sup> Psicóloga. Mestranda em Ciências do Envelhecimento pela Universidade São Judas Tadeu, São Paulo, SP, Brasil. ORCID <https://orcid.org/0009-0009-1567-1513>

<sup>7</sup> Psicólogo. Mestre e Doutor em Psicologia. Docente do Programa de Pós-graduação Stricto Sensu em Ciências do Envelhecimento da Universidade São Judas Tadeu/Instituto Ânima, São Paulo, SP, Brasil. ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0182-4581>

## 1. INTRODUÇÃO

O contexto em que as investigações sociais ocorrem não pode ser ignorado. No decorrer de 2021, medidas de distanciamento social e quarentena foram gradualmente normalizadas após o início da pandemia de COVID-19. Dois anos após a crise sanitária mundial, os impactos sociais e os horizontes futuros ainda eram incertos, considerando que os frutos e prejuízos de catástrofes em larga escala frequentemente se sobrepõem ao tempo objetivo do fato motor, neste caso, a pandemia de COVID-19<sup>1</sup>. O grupo de risco ao contágio era formado por indivíduos idosos, que, além da constante apreensão e medo decorrentes da mortalidade e infecção, enfrentavam repercussões negativas na saúde mental, como sentimentos de desamparo, solidão e abandono, potencializados pelo confinamento preventivo<sup>2</sup>.

Semanticamente, a solidão pode ser definida como a sensação de afastamento e isolamento dos meios sociais. Entretanto, isso não abrange seu caráter subjetivo. De acordo com Peplau e Perlman<sup>3</sup>, o atributo comum entre as diversas definições de solidão é a deficiência nas relações sociais, não necessariamente ligada ao caráter objetivo do isolamento, mas que representa a insatisfação com a qualidade desses vínculos. Em outras palavras, o sujeito não precisa estar fisicamente sozinho para experimentar a solidão.

Segundo Hawley e Cacioppo<sup>4</sup>, a inadequação ao isolamento objetivo tem origem na filogênese da espécie. Os seres humanos criaram recursos de agrupamento para garantir ambientes mais seguros. Ou seja, o distanciamento social faz com que o indivíduo se sinta vulnerável. Tal sentimento de exposição aumenta a frequência do estado de vigília e, por consequência, gera dificuldades no autocontrole, influenciando negativamente a percepção, a autopercepção e a discriminação das emoções, sentimentos, pensamentos e ações. A solidão pode ser percebida de maneira crônica, sendo caracterizada por prejuízos cognitivos na atenção, no afeto e em mecanismos biológicos de autorregulação.

Para o envolvimento social assertivo e a criação de grupos, são necessárias habilidades multidimensionais, sendo a empatia um dos pilares para que essa dinâmica ocorra. Com mecanismos de autorregulação e flexibilidade cognitiva, a empatia é o constructo que possibilita a resolução e/ou diminuição do desconforto diante de acontecimentos que envolvam confrontos interpessoais com grande peso emocional, como a raiva e a frustração em situações de conflito de interesse, facilitando, assim, o diálogo e a compreensão mútua<sup>5</sup>.

A empatia pode ser segmentada em diferentes dimensões, que variam de acordo com perspectivas e contextos. Entre essas dimensões, destaca-se a tomada de perspectiva, que se refere à capacidade cognitiva de adotar o ponto de vista de outra pessoa, permitindo uma compreensão mais profunda de seus pensamentos e sentimentos. A angústia pessoal, por sua vez, diz respeito à reação emocional de desconforto que ocorre ao testemunhar o sofrimento alheio, frequentemente associada à ansiedade e à tensão. A consideração empática envolve uma preocupação genuína e compassiva pelo bem-estar dos outros, servindo como motivação para comportamentos altruístas. Por último, a fantasia refere-se à tendência de se envolver emocionalmente com personagens fictícios, imaginando-se em seus papéis e situações<sup>5</sup>.

De maneira geral a empatia pode entendida como a capacidade de compreender, de maneira interessada, os sentimentos, necessidades e perspectivas de outra pessoa, levando em consideração tais conteúdos como influenciadores no comportamento individual, bem como compartilhar os próprios afetos, fazendo com que o interlocutor se sinta compreendido e validado. Nessa perspectiva, a empatia envolve processos multidimensionais, incluindo aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais<sup>5</sup>. A falta dessa habilidade pode levar a padrões de comportamento socialmente inadequados, como esquiva e agressividade, comprometendo a qualidade das interações e gerando conflitos sociais<sup>6</sup>. Para a população idosa, a empatia é uma habilidade influente na preservação da reserva cognitiva, sendo, assim, uma fonte de preservação da autonomia e da qualidade de vida desses indivíduos<sup>7</sup>.

Nesse contexto, é importante considerar as relações entre as habilidades sociais e a solidão com influência na saúde mental de pessoas idosas. De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5)<sup>8</sup>, o transtorno depressivo maior pode afetar todas as faixas etárias. Além disso, indivíduos que sofrem com o transtorno depressivo são mais vulneráveis a outras doenças e apresentam dificuldade no envolvimento social. Esse transtorno é um dos que mais comprometem a qualidade de vida na terceira idade<sup>9</sup> e é comum que ele seja acompanhado por déficits cognitivos que prejudicam a autonomia e a independência<sup>10</sup>. A Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do IBGE indicou que o transtorno depressivo afeta mais frequentemente a faixa etária entre 60 e 64 anos, com uma prevalência de 11,1%<sup>11</sup>.

Tendo em vista os pontos mencionados acima, o engajamento social se apresenta como uma importante variável em diversos aspectos da vida das pessoas idosas. É

necessário avaliar a empatia, uma habilidade que propicia interações sociais assertivas e saudáveis. Compreender a relação entre a solidão e a empatia nos traz informações sobre a influência que o sentimento de isolamento exerce sobre a habilidade cognitiva, comportamental e afetiva que permite a aproximação com o outro. Essa compreensão pode proporcionar conhecimentos específicos sobre aspectos que influenciam o bem-estar e a qualidade de vida do grupo populacional que está envelhecendo rapidamente em todo o mundo. Com base nisso, o objetivo deste estudo é investigar a relação entre empatia e a percepção de solidão em pessoas idosas.

## 2. MATERIAIS E MÉTODOS

Este estudo é de natureza transversal e correlacional. O método de pesquisa teve como objetivo avaliar a intensidade das relações entre variáveis, consistindo em uma pesquisa descritiva com dados quantitativos. A amostra foi composta por 16 indivíduos de ambos os sexos, com idades entre 60 e 75 anos, sendo 68,8% do sexo feminino e 31,3% do sexo masculino. A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas da amostra para uma melhor compreensão do perfil dos participantes.

**Tabela 1.** Características sociodemográficas da amostra.

Características sociodemográficas	Frequência (n. 16)	%	
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	2	12,5
	Casado	6	37,5
	Separado	6	37,5
	Viúvo	2	12,5
<b>Ocupação Laboral</b>	Atividade Remunerada	5	31,3
	Aposentado(a)	9	56,3
	Autônomo	2	12,5
<b>Escolaridade</b>	Fundamental incompleto	1	6,3
	Fundamental completo	1	6,3
	Ensino médio completo	6	37,5
	Ensino superior completo	5	31,3
	Pós Graduação	3	18,8
<b>Moradia</b>	Mora sozinho(a)	4	25,0
	Mora com 1 a 3 pessoas	10	62,5
	Mora com mais de 3 pessoas	2	12,5
<b>Frequência de práticas religiosas por semana</b>	0	2	12,5
	1	2	12,5
	2	2	12,5
	3	2	12,5
	4	1	6,3
	5 >	5	31,3
	Não possui religião	2	12,5

Os instrumentos utilizados nesta pesquisa foram o Questionário Sociodemográfico, a Escala Brasileira de Solidão (UCLA-BR) e a Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI). Ambos os instrumentos de rastreio são autoaplicáveis. O Questionário Sociodemográfico coletou informações sobre o perfil dos participantes, incluindo idade, sexo, estado civil, escolaridade e ocupação, além de dados sobre a participação social diária, como o número de pessoas com quem o participante residia e a participação em práticas religiosas ou ausência de religião.

A Escala Brasileira de Solidão (UCLA-BR) foi desenvolvida em 1980 por Russell, Peplau e Cutrona<sup>12</sup> para avaliar a solidão percebida. Em 2016, a escala foi validada e adaptada para a população brasileira por Barroso et al. e é composta por 20 afirmações sobre sentimentos e ações relacionadas à solidão, com formato Likert de 4 pontos. A nota de corte adotada foi indicada por Barroso, Andrade e Oliveira em 2016<sup>13</sup>, onde 0 a 22 pontos indicam solidão mínima, 23 a 35 pontos indicam solidão leve, 36 a 47 pontos indicam solidão moderada e 48 a 60 pontos indicam solidão intensa. A escala é amplamente utilizada internacionalmente como ferramenta de investigação científica e possui boa qualidade psicométrica para o rastreio da solidão percebida.

A Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal de Davis (EMRI), também conhecida como *Interpersonal Reactivity Index* (IRI), foi criada por Davis em 1983 e adaptada para a população brasileira por Sampaio et al., em 2011<sup>14</sup>. O instrumento mede o constructo de empatia e é baseado em quatro capacidades cognitivas e afetivas, divididas em 26 itens, distribuídos nas dimensões fantasia, tomada de perspectiva, consideração empática e angústia pessoal. As duas primeiras dimensões estão relacionadas a fatores cognitivos e as duas últimas a fatores afetivos. A escala possui formato Likert de 1 a 5, e sua pontuação indica os níveis empáticos em cada dimensão, enquanto a soma das quatro dimensões mede o nível global de empatia. A EMRI apresenta alta precisão psicométrica, devido à organização de seu corpo teórico e à relação item-fator, possibilitando uma visão multidimensional da empatia.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade São Judas Tadeu no Parecer número: 4.610.138. Os dados foram coletados no primeiro semestre de 2021 e, em conformidade com as normas sanitárias de proteção durante a pandemia de COVID-19, a pesquisa foi realizada por meio da plataforma de gerenciamento de pesquisas Google Forms. Na plataforma, os voluntários tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que continha detalhes sobre a participação no estudo e informações

relevantes. Após a leitura e o aceite do TCLE, os voluntários responderam ao questionário sociodemográfico e às escalas, que foram transpostas de maneira literal para a plataforma. As análises quantitativas foram realizadas utilizando o software Statistical Package for Social Science (SPSS), versão 21.0. O valor de significância adotado foi de 0,05.

### 3. RESULTADOS

Os resultados indicam que a medida de solidão não apresentou distribuição normal, conforme o teste de Shapiro-Wilk ( $p = 0,015$ ). Considerando o tamanho da amostra ( $n = 16$ ), o uso de estatísticas não paramétricas para a análise correlacional foi justificado. A amostra apresentou uma média de solidão de 14,50 (DP = 11,849), o que corresponde à solidão mínima (conforme Tabela 2). Em relação à empatia, os domínios da Escala Multidimensional de Reatividade Interpessoal (EMRI) mostraram as seguintes médias e desvios-padrão: Fantasia, com média de 20,88 (DP = 7,632); Consideração Empática, 31,56 (DP = 2,683); Angústia Pessoal, 19,50 (DP = 5,562); e Tomada de Perspectiva, 23,94 (DP = 4,358). O escore global de empatia foi de 95,88 (DP = 11,747). As modas variaram de 4 para solidão até 26 para o domínio Fantasia, enquanto os desvios-padrão indicaram maior variação nos escores de solidão e menor variação em Consideração Empática. Com uma média de 31,56 e uma mediana de 32,00, a dimensão de Consideração Empática destaca-se como a mais elevada entre as dimensões de empatia analisadas. Esse resultado sugere que os participantes demonstram uma capacidade significativa de se preocupar genuinamente com o bem-estar dos outros, o que é fundamental para interações sociais saudáveis e relações interpessoais positivas.

**Tabela 2.** Medidas obtidas nos instrumentos UCLA-BR e EMRI (n16).

	Total Solidão	EMRI Fantasia	EMRI Consideração Empática	EMRI Angústia Pessoal	EMRI Tomada de Perspectiva	Empatia Global Total
<b>Média</b>	14,50	20,88	31,56	19,50	23,94	95,88
<b>Mediana</b>	10,00	21,50	32,00	21,50	24,00	95,50
<b>Moda</b>	4 <sup>a</sup>	26	30 <sup>a</sup>	22	24	92
<b>DP</b>	11,849	7,632	2,683	5,562	4,358	11,747

a. Múltiplas Modas, o menor valor está representado.

As medidas de solidão da amostra revelaram que 12 indivíduos, correspondendo a 75%, apresentaram solidão mínima. Além disso, 2 indivíduos (12,5%) relataram solidão leve, e 2 indivíduos (também 12,5%) indicaram solidão moderada. Esses resultados

sugerem que a maior parte da amostra experimentou níveis mínimos de solidão. Com base nos coeficientes de tau de Kendall apresentados na Tabela 3, observa-se que a medida de solidão não apresenta correlação significativa com a empatia global ( $\tau = -0,051$ ;  $p > 0,05$ ) ou com as dimensões do constructo de empatia.

Em relação à Empatia Global, observou-se um coeficiente de correlação de Kendall de  $-0,051$ , com um valor de significância de  $0,786$ , o que indica a ausência de correlação significativa com a totalidade da solidão. Na dimensão Tomada de Perspectiva, o coeficiente foi de  $0,107$  e o valor de significância foi de  $0,581$ , reforçando a falta de relevância estatística. Quanto à Angústia Pessoal, o coeficiente de correlação foi de  $-0,086$ , com  $p = 0,650$ , indicando também que não há correlação significativa. A dimensão Consideração Empática apresentou um coeficiente de  $-0,080$ , com um valor de significância de  $0,680$ , enquanto a dimensão Fantasia teve um coeficiente de  $-0,085$ , com  $p = 0,651$ . Esses resultados demonstram que, em geral, não houve correlações significativas entre os marcadores de solidão e as diferentes dimensões de empatia analisadas.

A medida de empatia global da amostra apresentou correlação significativa, positiva e moderada com as dimensões de empatia, conforme indicado pelo coeficiente de tau de Kendall. As correlações foram: Angústia Pessoal ( $\tau = 0,547^{**}$ ;  $p < 0,01$ ), Tomada de Perspectiva ( $\tau = 0,425^*$ ;  $p < 0,05$ ) e Fantasia ( $\tau = 0,454^*$ ;  $p < 0,05$ ). No entanto, a dimensão de Consideração Empática não apresentou correlação significativa com a empatia global, conforme apresentado na Tabela 3.

**Tabela 3.** Correlação entre marcadores (n16).

		Empatia Global	Tomada de Perspectiva	Angústia Pessoal	Consideração Empática	Fantasia	
t <sub>b</sub> de Kendall	<b>Empatia Global Total</b>	Correlação Coeficiente	1,000	0,425*	0,547**	0,228	0,454*
		Sig. (2-tailed)	.	0,028	0,004	0,235	0,015
	<b>EMRI Tomada de Perspectiva</b>	Correlação Coeficiente	0,425*	1,000	0,270	0,389	-0,124
		Sig. (2-tailed)	0,028	.	0,167	0,051	0,521
	<b>EMRI Angústia Pessoal</b>	Correlação Coeficiente	0,547**	0,270	1,000	0,089	0,154
		Sig. (2-tailed)	0,004	0,167	.	0,646	0,415
	<b>EMRI Consideração Empática</b>	Correlação Coeficiente	0,228	0,389	0,089	1,000	-0,123
		Sig. (2-tailed)	0,235	0,051	0,646	.	0,523
	<b>EMRI Fantasia</b>	Correlação Coeficiente	0,454*	-0,124	0,154	-0,123	1,000
		Sig. (2-tailed)	0,015	0,521	0,415	0,523	.

\* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed)

\*\* Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

Ao investigar a correlação entre o perfil sociodemográfico da amostra e os marcadores de solidão e empatia. Em relação à Solidão Total, o coeficiente de correlação de Kendall com a idade foi de -0,061, com um valor de significância de 0,750, indicando que não houve correlação significativa. Para o gênero, o coeficiente foi de 0,137, com  $p = 0,532$ , também sem significância. O estado civil apresentou um coeficiente de 0,099, com  $p = 0,631$ , demonstrando ausência de correlação. Quanto à escolaridade, o coeficiente foi de -0,212 ( $p = 0,296$ ), enquanto a ocupação laboral teve um coeficiente de 0,227 ( $p = 0,283$ ). Para a moradia, o coeficiente foi de -0,202, com  $p = 0,341$ .

No que diz respeito à empatia global, a correlação com a idade foi de -0,043 ( $p = 0,821$ ), e com o gênero, foi de -0,025 ( $p = 0,910$ ). O estado civil apresentou um coeficiente de 0,020 ( $p = 0,924$ ), enquanto a escolaridade teve um coeficiente de -0,220 ( $p = 0,275$ ). A ocupação laboral foi correlacionada com um coeficiente de -0,204 ( $p = 0,332$ ) e a moradia apresentou um coeficiente de 0,311 ( $p = 0,139$ ). Por fim, a frequência semanal de práticas religiosas teve um coeficiente de -0,197 ( $p = 0,311$ ). Esses resultados indicam que não houve correlações significativas entre as variáveis analisadas.

#### 4. DISCUSSÃO

É interessante notar que, em relação às medidas da empatia, ambos os fatores cognitivos (tomada de perspectiva e fantasia) apresentaram correlação significativa com a empatia global, ao contrário dos fatores afetivos (angústia pessoal e consideração empática), dos quais apenas a dimensão de angústia pessoal obteve significância estatística. Vale ressaltar que a consideração empática se refere ao sentimento e à motivação para ir em auxílio de outro indivíduo em situação de vulnerabilidade<sup>5</sup>. A não-correlação desta dimensão com a empatia global remete a estudos que identificaram que idosos possuem baixa habilidade social em situações que demandam comportamentos assertivos de autoafirmação e autoexposição em conflitos<sup>6, 15</sup>.

Porém, mesmo sem a correlação significativa entre os valores da consideração empática e da empatia global, nesta dimensão a amostra apresentou a maior média e a menor dispersão; isto implica nos mecanismos de altruísmo relacionados à terceira idade.

Os autores Pinho, Fernandes e Falcone<sup>16</sup> identificaram que, com o avanço da idade, o fator altruísta tende a diminuir, sendo este definido como a motivação de se colocar em posição de ceder algo em prol do outro. Em comparação, a sensibilidade afetiva tende a aumentar com o avanço da idade. Com tal paralelo, podemos refletir que a dimensão de consideração empática permanece alta, configurando-se com a presença dos aspectos da afetividade e, concomitantemente, não apresenta correlação com o fator de empatia global, considerando os aspectos de motivação e ação também presentes nessa dimensão.

Em relação ao perfil dos participantes, não foi encontrada correlação entre aspectos sociodemográficos e os indicadores de solidão ou empatia. A idade e a escolaridade são aspectos comumente avaliados como influentes nos aspectos cognitivos e afetivos de idosos; a literatura não entra em consenso quanto à influência dos mesmos sobre habilidades sociais. Alguns estudos concordam com os resultados aqui descritos, ou seja, não há implicação da idade e/ou escolaridade no constructo empático<sup>17, 18</sup>, enquanto outros estudos entram em discordância, identificando a correlação entre tais variáveis<sup>17, 19, 20</sup>. Tal dissonância pode ser atribuída a fatores como os diferentes contextos sociais em que as amostras estão inseridas, considerando que a empatia é construída, em grande parte, baseada nos valores culturais, e também aos distintos tamanhos de amostras e às diferenças metodológicas no rastreamento das variáveis<sup>21</sup>.

É importante considerar a empatia em seu caráter multidimensional, especificamente em seu âmbito cognitivo e afetivo. Um estudo de revisão realizado por Beadle e Vega em 2021<sup>19</sup> relatou que há uma tendência de elevação dos fatores afetivos vinculados ao avanço da idade. Os dados aqui dispostos indicam que a dimensão de angústia pessoal apresentou a maior significância correlacional com a empatia global dos idosos. Refletimos, então, sobre consensos na literatura que apontam os declínios cognitivos normativos do processo de envelhecer<sup>22</sup> e sobre os aspectos afetivos que frequentemente aumentam ou mantêm-se elevados na velhice<sup>21</sup>. Teoricamente, as maturações cognitivas que implicam no desenvolvimento das dimensões cognitivas da empatia seriam notadas de maneira longitudinal, especificamente com maior variabilidade, na infância e adolescência<sup>23</sup>. Considerando a metodologia transversal empregada, não foi possível testar tais teorias.

Em relação às estimativas de solidão, conforme os parâmetros definidos<sup>13</sup>, a amostra obteve média referente à solidão mínima (Tabela 2), sendo que 75% da amostra obteve escore de solidão mínima, 12,5% escore de solidão leve e os outros 12,5% escore de solidão moderada. Estudos realizados<sup>24, 25, 26</sup> encontraram resultados coincidentes com os

dados aqui apresentados. Esses estudos também utilizaram o instrumento UCLA-BR em amostras com idade igual ou superior a 60 anos e com especificidades diversas, concordando em relação à prevalência de solidão mínima nos idosos. A nível de comparação, outro estudo que utilizou metodologia distinta no rastreamento de solidão em idosos obteve achados semelhantes: apenas 12,7% indicaram experienciar solidão<sup>27</sup>.

Não tendo a intenção de esgotar a discussão, é importante destacar brevemente o estudo de Souza et al., realizado em 2020<sup>24</sup>, que considerou o contexto da pandemia no rastreamento da solidão. O estudo identificou que, além de baixos níveis de solidão em idosos, os dados corroboram com a pesquisa de Petrocchi et al.<sup>25</sup>, que verificou a relação entre empatia e a aceitação de medidas restritivas contra a COVID-19. Petrocchi et al.<sup>25</sup> identificaram que a empatia afetiva é uma dimensão que favorece comportamentos pró-sociais e a aceitação de medidas de quarentena. Isso ressalta a importância de perspectivas que valorizem a responsabilidade social em relação ao isolamento preventivo, em contraposição aos sentimentos negativos que confundem tal contexto com abandono e isolamento<sup>2</sup>.

Esses resultados ampliam o horizonte para que novas concepções sobre a velhice sejam descritas, levando em consideração que estudos empíricos têm identificado a solidão normativa nessa população. Embora ocorram consideráveis perdas na participação social durante a velhice, é possível que idosos desenvolvam mecanismos de compensação para esses declínios. Encorajamos pesquisas mais aprofundadas sobre as especificidades dessas estratégias. É importante também endossar a preocupação de Hartmann Junior et al.<sup>26</sup> em relação à escassez de pesquisas nacionais sobre as habilidades sociais da população idosa. Portanto, é necessário realizar estudos voltados para habilidades sociais específicas, como a empatia, e para os facilitadores preventivos da qualidade de vida de uma parcela populacional que cresce exponencialmente

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste estudo, foi possível investigar as relações entre os constructos de empatia e solidão em indivíduos idosos, atendendo assim ao objetivo deste projeto. Os resultados apontam que não há correlação significativa entre ambas as medidas; desta feita, a hipótese inicial não foi confirmada. A metodologia empregada possibilitou o rastreio dos fatores, e as explorações estatísticas atenderam às necessidades de análises correlacionais dos dados quantitativos aferidos por meio dos instrumentos.

Como resultado, é possível indicar que, em idosos, a solidão é um aspecto presente em níveis baixos, confirmados pela literatura (mínimo/leve), ou seja, o avanço da idade não se apresenta como um preditor de aumento nos níveis de solidão. Em relação aos aspectos globais e às dimensões da empatia, os idosos apresentam normatividade dos fatores; as dimensões de experiência cognitiva (fantasia e tomada de perspectiva) têm correlação significativa com a empatia global dos idosos. Já, dentre as dimensões afetivas, apenas uma delas está associada (angústia pessoal). A consideração empática não apresentou significância correlacional com a empatia global. O perfil dos indivíduos, incluindo idade, sexo, escolaridade, religiosidade, habitação e empregabilidade, não foi associado à empatia ou à solidão.

Reforçamos a importância de estudos brasileiros voltados às habilidades sociais dos idosos, considerando a influência cultural e social sobre tal indicador. Além disso, apontamos a necessidade de estudos empíricos sobre a solidão no público idoso que visem à divulgação científica de dados concretos contra os signos de relação negativa empregados à velhice. Como foi resultado deste estudo, a solidão não é um aspecto sinônimo de idades avançadas. Dessa maneira, há maiores respaldos teóricos e concretos para o desenvolvimento de ferramentas e práticas que visem melhorar a qualidade de vida por meio da participação social e do bem-estar de uma parcela que cresce exponencialmente no Brasil e no mundo.

## REFERÊNCIAS

1. Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2020;74(4):281-282. doi: 10.1111/pcn.12988
2. Ornell F, Schuch JB, Sordi AO, Kessler FHP. Pandemia de medo e Covid-19: impacto na saúde mental e possíveis estratégias. *Debates Psiquiatr*. 2020;10(2):12-16.
3. Peplau LA, Perlman D, editors. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley; 1982.
4. Hawley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2013;40(2):218-227. doi: 10.1007/s12160-010-9210-8.
5. Falcone EMO, Ferreira MC, Luz RCM, Fernandes CS, Faria CA, D'Augustin JF, Sardinha A, Pinho VD. Inventário de Empatia (I.E.): desenvolvimento e validação de uma medida brasileira. *Aval Psicol*. 2008;7(3):321-334. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/avp/v7n3/v7n3a06.pdf>. Accessed 2 Jul 2021.

6. Carneiro RS, Falcone E, Clark C, Del Prette Z, Del Prette A. Qualidade de vida, apoio social e depressão em idosos: relação com habilidades sociais. *Psicol Reflex Crit.* 2007;20(2):229-237. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/prc/v20n2/v20n2a09.pdf>. Accessed 15 Aug 2021.
7. Medeiros AGAP, Hartmann JAS Jr. Empatia em idosos como processo multifacetado. *Rev Diálogos.* 2017;18. Available from: <https://doi.org/10.13115/2236-1499v2n18p46>. Accessed 26 Sep 2021.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Porto Alegre: Artmed; 2014.
9. Blazer DG. Depression in late life: review and commentary. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2003;58(3):249-265. Available from: [https://pdfs.semanticscholar.org/54c8/e3011c7850bc3d3d1806fa5383ef284bce3d.pdf?\\_ga=2.201612433.141087748.1569125235-570158014.1569125235](https://pdfs.semanticscholar.org/54c8/e3011c7850bc3d3d1806fa5383ef284bce3d.pdf?_ga=2.201612433.141087748.1569125235-570158014.1569125235). Accessed 2 Jul 2021.
10. Silva-Ferreira T, Ferreira-Costa J, Gomes GGBM, Bartholomeu D, Montiel JM. Cognição e indicadores de sintomas depressivos em pessoas idosas. *Rev Amazônia: Sci Health.* 2021;9(1):2-13.
11. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde. Available from: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv91110.pdf>. Accessed 25 Sep 2021.
12. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol.* 1980;39(3):472-480. doi: 10.1037//0022-3514.39.3.472.
13. Barroso SM, Andrade VS de, Midgett AH, Carvalho RGN. Evidências de validade da Escala Brasileira de Solidão UCLA. *J Bras Psiquiatr.* 2016;65(1):68-75. Available from: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000105>. Accessed 15 Aug 2021.
14. Sampaio LR, Guimarães PRB, dos Santos Camino CP, Formiga NS, Menezes IG. Estudos sobre a dimensionalidade da empatia: tradução e adaptação do Interpersonal Reactivity Index (IRI). *Psico.* 2011;42(1).
15. Carneiro RS, Falcone EMO. Um estudo das capacidades e deficiências em habilidades sociais na terceira idade. *Psicol Estud.* 2004;9(1):119-126. Available from: <https://www.scielo.br/pdf/pe/v9n1/v9n1a14.pdf>. Accessed 15 Aug 2021.
16. Pinho VD, Fernandes CS, Falcone EMO. A influência da idade e da escolaridade sobre a experiência empática de adultos. *Estud Pesqui Psicol.* 2011;11(2):456-471.
17. Gröhn D, Rebuscal K, Diehl M, Lumley M, Labouvie-Vief G. Empathy across the adult lifespan: longitudinal and experience-sampling. *Emotion.* 2008;8(6):753-765.
18. Trusty J, Ng KM, Watts RE. Model of effects of adult attachment on emotional empathy of counseling students. *J Counsel Dev.* 2005;83(1):66-77.
19. Bailey PE, Henry JD. Growing less empathic with age: disinhibition of the self-perspective. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 2008;63(4):219-226.

20. Bailey PE, Henry JD, Von Hippel W. Empathy and social functioning in late adulthood. *Aging Ment Health*. 2008;14(4):499-503.
21. Beadle JN, Vega CE. Impact of aging on empathy: review of psychological and neural mechanisms. *Front Psychiatry*. 2019;10:331.
22. Kandel ER, Schwartz JH, Jessell TM, Siegelbaum SA, Hudspeth AJ. *Principles of neural science*. 5th ed. Porto Alegre: AMGH; 2014.
23. Bandeira M, Rocha SS, Souza TMPD, Del Prette ZAP, Del Prette A. Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldades de aprendizagem. *Estud Psicol*. 2006;11(2):199-208.
24. Souza LHR, Aranha AR, Rosário BL, Rodrigues JVS, Costa MS. Percepção da solidão e estilo de vida durante o isolamento social na pandemia da COVID-19 em idosos. *Rev Kairós-Gerontol*. 2020;23:517-529.
25. Casemiro NV, Ferreira HG. Indicadores de saúde mental em idosos frequentadores de grupos de convivência. *Rev SPAGESP*. 2020;21(2):83-96. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rspagesp/v21n2/v21n2a05.pdf>. Accessed 19 Sep 2021.
26. Petrocchi S, Bernardi S, Malacrida R, Traber R, Gabutti L, Grignoli N. Affective empathy predicts self-isolation behavior acceptance during coronavirus risk exposure. *Sci Rep*. 2021;11:10153.
27. Faísca L, Afonso RM, Pereira H, Patto MAV. Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica*. 2019;37(2):209-222. Available from: [https://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v37n2/aps\\_12972.pdf](https://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v37n2/aps_12972.pdf). Accessed 27 Oct 2021.
28. Ferreira HG, Casemiro NV. Solidão em idosos e fatores associados. *REFACS*. 2021;9(1):90-93. Available from: <https://revistas.fclar.unesp.br/refacs/article/view/14944>. Accessed 19 May 2021.
29. Maruyama MEB, Ferreira HG. Saúde mental e doenças crônicas em idosos de um grupo HiperDia. *Rev Fam Ciclos Vida Saúde Contexto Soc*. 2020;8(1):600-610.
30. Hartmann-Junior JAS, Vasconcelos CACD, Medeiros GAPD, Rolim Neto ML. Habilidade social empática em idosos: revisão sistemática no contexto brasileiro. *Rev Bras Terapias Cognitivas*. 2018;14(1):42-49.