



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Isolamento Social e Redes de Suporte Social em Idosos a Residir na Comunidade

Departamento de Educação

Mestrado em Gerontologia Social

2022, Diana Catarina dos Reis Mendes



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Diana Catarina dos Reis Mendes

Isolamento Social e Redes de Suporte Social em Idosos a Residir na Comunidade

Dissertação de Mestrado em Gerontologia Social, apresentada ao Departamento de Educação
da Escola Superior de Educação de Coimbra para obtenção do grau de Mestre

Constituição do Júri

Presidente: Professora Doutora Filipa Daniela Correia Marques

Arguente: Professora Doutora Sara Raquel Costa Guerra

Coorientadora: Professora Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva

Outubro, 2022

Agradecimentos

A realização desta dissertação de mestrado, etapa final do mestrado em Gerontologia Social, muito deve àqueles que me acompanharam ao longo deste percurso. Gostaria assim de agradecer a todos aqueles que nestes últimos dois anos me apoiaram direta ou indiretamente. A todos, o meu muito obrigada.

À Professora Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva, minha orientadora, pela transmissão de conhecimentos, exigência, disponibilidade e pelo exemplo de serenidade.

Ao Professor Doutor João Paulo Almeida Tavares, meu orientador, por toda a disponibilidade e rigor.

À Delphine, por contornar quilómetros com telefonemas, pela verdadeira amizade partilhada, mesmo que virtualmente, devido ao tempo de pandemia, e pelo seu altruísmo.

A toda a minha família.

Aos meus pais, pilares e exemplos ao longa da vida, por tudo o que fizeram e fazem por mim, por todo o apoio e motivação.

Ao Ricardo, pelo apoio incondicional, altruísmo, compreensão e conforto.

À minha irmã, pela cumplicidade, por ser um exemplo de persistência e dedicação.

Isolamento Social e Redes de Suporte Social em Idosos a Residir na Comunidade

Resumo:

O processo de envelhecimento compreende diversas perdas a nível biopsicossocial, que poderão contribuir para o aumento do isolamento social dos idosos. Por isso, esta problemática tem merecido a atenção de diversos autores, sendo considerado um problema de saúde pública. O presente estudo, quantitativo do tipo descritivo-correlacional objetivou: analisar a confiabilidade interobservadores da Escala de Isolamento Social, analisar a relação entre o isolamento social e a satisfação com as redes de suporte social, caracterizar o isolamento social das pessoas idosas a residir na comunidade e analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, o isolamento social e a satisfação com as redes de suporte social. A recolha dos dados foi realizada através do Mini-Cog, do questionário sociodemográfico, da Escala de Isolamento Social e da Escala de Satisfação com o Suporte Social. A amostra é constituída por 250 indivíduos (170 mulheres e 80 homens), com idades compreendidas entre os 65 e os 93 anos. Na análise estatística foram utilizados testes não-paramétricos e o nível de significância foi de $p < 0,05$, através do programa IBM SPSS Statistics, versão 26. A confiabilidade interobservadores foi avaliada pelo Coeficiente Kappa de Cohen (k). Os resultados indicam que, (i) a Escala de Isolamento Social apresenta uma concordância quase perfeita entre os observadores, (ii) são vários os fatores protetores de isolamento social, nomeadamente, ser casado, maior escolaridade, situação económica favorável e suporte social adequado, e (iii) há uma correlação negativa entre o isolamento social e a satisfação com as redes de suporte social familiar e dos amigos. Conclui-se que, a Escala de Isolamento Social apresentou valores de confiabilidade interavaliadores excelentes. O menor risco de isolamento social relaciona-se com uma maior satisfação com o suporte social. Deste modo, promover uma rede de suporte adequada para as pessoas idosas pode representar uma das estratégias de prevenção do isolamento social.

Palavras-chave: isolamento social, rede social, suporte social, pessoa idosa, comunidade.

Social Isolation and Social Support Networks of the elder living in community

Abstract:

The aging process comprises various bio-psycho-social losses which might contribute to the increase of social isolation of the elderly people. For that reason, this topic has raised awareness of several authors being considered a public health issue. This quantitative, descriptive-correlational study aims to: verify the interobserver reliability of the social isolation scale, analyse the relation between social isolation and the satisfaction with the social support networks, characterize the social isolation of the elder living in the community, and analyse the relationship between the sociodemographic variables, the social isolation, and the satisfaction with the social support networks. Data collection was performed through Mini-Cog, sociodemographic questionnaire, Social Isolation Scale and Satisfaction with Social Support Scale. The sample comprises 250 individuals (170 women and 80 men) with ages ranging between 65 and 93 years old. Non-parametrical statistical tests with significance levels $p < 0.05$ were performed by the program IBM SPSS Statistics, version 26. Interobserver reliability was assessed through Cohen's kappa coefficient (κ). Our results indicate (i) that the social isolation scale presents a near-perfect concordance between observers, (ii) that there are various social isolation protective factors, namely being married, education, and having a favourable economic situation and an adequate social support, and (iii) that there is an inverse relation between social isolation and the satisfaction with the family and friends social support networks. In conclusion, the Social Isolation Scale presents excellent interobserver reliability values. Moreover, the lowest risk of social isolation is related with a highest satisfaction with the social support. Accordingly, promoting an adequate support network for the elder might represent one of the strategies for the prevention of social isolation.

Keywords: social Isolation, social networking, social support, aged, community.

SUMÁRIO

Agradecimentos	I
Resumo	II
Abstract	III
Lista de Abreviaturas	VI
Lista de Tabelas	VII
INTRODUÇÃO	8
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	11
1.1. Envelhecimento Humano	12
1.2 Isolamento Social: Definição Conceptual	15
1.2.1. Definição diferencial: alienação, solidão e solidude	19
1.2.2. Isolamento Social na pessoa idosa	23
1.2.3. Fatores de risco e fatores protetores de isolamento social na população idosa 26	
1.2.4. Impacto do Isolamento Social nos idosos	28
1.2.5. Instrumentos de Avaliação do Isolamento Social	30
1.3. Redes de Suporte Social	33
1.4. Isolamento Social e Redes de Suporte Social	38
CAPÍTULO II – METODOLOGIA	43
2.1. Objetivo do Estudo	44
2.2. Método	44
2.2.1. Apresentação do design de investigação escolhido e respetiva justificação	44
2.2.2. Contexto, amostra /participantes e critérios de inclusão e exclusão do estudo 44	
2.2.3. Instrumentos	45

2.2.4.	Procedimentos	47
2.2.5.	Análise de Dados	48
2.3.	Considerações éticas	49
CAPÍTULO III – RESULTADOS		50
3.1.	Apresentação dos Resultados	51
3.1.1.	Caracterização da amostra	51
3.1.2.	Resultados da confiabilidade do instrumento	53
3.1.3.	Resultados da Escala de Isolamento Social.....	53
3.1.4.	Resultados da Escala de Satisfação com Suporte Social	57
3.1.5.	Resultados da correlação entre a ESSS e a EIS.....	61
3.2.	Discussão dos Resultados	62
3.3.	Limitações e perspectivas do estudo.....	69
CONCLUSÃO.....		70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		71
ANEXOS		89
Anexo A.....		90
Anexo B		97

Lista de Abreviaturas

AVD – Atividades de Vida Diária

COVID-19 – Coronavírus

EIS – Escala de Isolamento Social

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESSS – Escala de Satisfação com o Suporte Social

GNR – Guarda Nacional Republicana

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IS – Isolamento Social

k – Coeficiente de Kappa de Cohen

r_s – Coeficiente de Correlação de Spearman

UICISA:E - Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem

Lista de Tabelas

TABELA 1- SÍNTESE DAS COMPONENTES E DIMENSÕES DO IS..... 18

TABELA 2 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO ISOLAMENTO SOCIAL..... 31

TABELA 3 - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA..... 52

TABELA 4 - *CONFIABILIDADE INTEROBSERVADORES DA EIS N=41*..... 54

TABELA 5 - DIFERENÇAS ESTATÍSTICAS E CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E EIS, EIS CONEXÃO E EIS PERTENÇA..... 55

TABELA 6 - DIFERENÇAS ESTATÍSTICAS ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, ESSS, FATOR SA, FATOR IN, FATOR SF E FATOR AS 58

TABELA 7 - CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS, ESSS, FATOR SA, FATOR IN, FATOR SF E FATOR AS 60

TABELA 8 - CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS EIS, EIS CONEXÃO E EIS PERTENÇA, ESSS, FATOR SA, FATOR INT, FATOR SF E FATOR AS 60

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos tem-se verificado um aumento da longevidade e, conseqüentemente, um aumento do número de pessoas idosas. Em Portugal, atualmente, existem 23,4% de pessoas com 65 ou mais anos, tendo-se vindo a verificar um aumento da população mais velha (Instituto Nacional de Estatísticas, 2021).

Com o avançar da idade ocorrem várias perdas a nível biopsicossocial, que poderão contribuir para o aumento da probabilidade dos idosos se tornarem socialmente isolados. Por isso, o isolamento social tem merecido a atenção de diversos autores, sendo considerado um problema de saúde pública.

Atualmente, as medidas impostas para prevenir a propagação do coronavírus (COVID-19) vieram agravar a situação de isolamento social, tendo um impacto significativo na qualidade de vida da população idosa (Nicholson, 2021).

O processo de envelhecimento é repleto de alterações que resultam em momentos de *stress*, associado à perda de papéis, como por exemplo, a reforma, a emancipação dos filhos, a morte dos cônjuges, entre outros, que contribuem para a limitação das redes sociais dos idosos, tornando-os mais vulneráveis à solidão e ao isolamento (Tomás et al., 2019).

O presente estudo, quantitativo do tipo descritivo-correlacional, encontra-se integrado num amplo projeto intitulado: “Isolamento Social das pessoas idosas residentes na comunidade”, que pretende, entre outros, validar para a população portuguesa, a Escala de Isolamento Social, desenvolvida por Nicholson e colegas (2019).

O presente projeto, primeiramente, pretende analisar a relação entre o isolamento social e a satisfação com as redes de suporte social. Relativamente aos objetivos específicos, este estudo procura: analisar a confiabilidade interobservadores da Escala de Isolamento Social (EIS); caracterizar o isolamento social das pessoas idosas a residir na comunidade; analisar a satisfação com as redes de suporte social da população idosa; e por fim, analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, tipo e área de residência, estado civil, situação socioeconómica, escolaridade, agregado familiar, situação profissional, entre outras), o Isolamento Social e a satisfação com as redes de suporte social.

A amostra do presente estudo é constituída por 250 pessoas, com idade igual ou superior a 65 anos, selecionadas de acordo com os seguintes critérios, de inclusão: i) pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com capacidade para compreender e interpretar as questões do questionário e que se encontrem a residir na comunidade. Para isso foi utilizada uma amostra de conveniência, de natureza não probabilística.

Para a recolha de dados foram utilizados vários instrumentos, nomeadamente: Mini-Cog (Borson et al., 2000), questionário sociodemográfico, Escala de Isolamento Social (Nicholson et al., 2019) e Escala de Satisfação com o Suporte Social (Pais-Ribeiro, 1999).

Em suma, o presente estudo é composto por quatro capítulos. No primeiro capítulo é feito um enquadramento teórico, onde são abordados o envelhecimento humano, o conceito de isolamento social e a sua relação com as redes de suporte social. O segundo capítulo, a metodologia, explica a abordagem adotada, quantitativa do tipo descritivo-correlacional, e os procedimentos para a realização deste estudo. No terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos através dos instrumentos utilizados; e por fim, no quarto capítulo, estão descritas as considerações finais que estabelecem conclusões relativamente ao isolamento social e às redes de suporte social.

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1. Envelhecimento Humano

Ao longo dos anos tem-se verificado um aumento da longevidade e, conseqüentemente, um aumento da população idosa. A nível mundial, a Europa é o continente mais envelhecido, com 25% da população com 60 ou mais anos (Organização das Nações Unidas, 2019). Em Portugal, atualmente, existem 23,4% de pessoas com 65 ou mais anos, tendo-se vindo a verificar um aumento da população mais velha e uma diminuição da população mais jovem, com uma proporção de 182 idosos por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística, 2021).

O envelhecimento é um processo fisiológico, dinâmico e irreversível, que começa quando se nasce e só termina com a morte, sendo natural o desenvolvimento individual de cada pessoa (Dziechciaż & Filip, 2014; Jiang et al., 2016).

Ao longo da vida, determinados aspetos do envelhecimento normal afetam a maioria das pessoas, nomeadamente, o tempo de recuperação torna-se mais longo, a capacidade de reserva e de resiliência tornam-se menores e altera-se a velocidade de processamento cognitivo (Blank & Bellizzi, 2008).

O processo de envelhecimento humano é diferente em todas as esferas da vida, apresentando três componentes: biológica, psicológica e social (Dziechciaż & Filip, 2014). O *envelhecimento biológico* refere-se ao comprometimento da autorregulação e regeneração e declínio na estrutura e na função dos tecidos, que ocorre de forma natural, com o aumento da idade cronológica. Este processo é potenciado por diversos fatores, nomeadamente, idade cronológica, condição patológica, fatores psicológicos, estado socioeconómico, estilo de vida e ambiente (Hamczyk et al., 2020). Relativamente ao *envelhecimento psicológico*, este influencia, principalmente, as competências cognitivas e a personalidade, isto é, envolve alterações na memória, na aprendizagem, na inteligência, no raciocínio, no poder de tomada de decisão e na forma como a pessoa responde e interage com o ambiente que a rodeia (Jiang et al., 2016). Por fim, o *envelhecimento social* diz respeito à perda de papéis sociais, à diminuição das relações interpessoais e a sentimentos de solidão, ou seja, relaciona-se à forma como o ser humano compreende o processo de envelhecimento e como a sociedade o vê (Agogo et al., 2014).

Embora haja perda de papéis sociais, é fundamental defender uma abordagem alternativa que reconheça a natureza da pessoa, nomeadamente através da promoção de um envelhecimento ativo (Walker, 2002).

De acordo com a World Health Organization (2002, p. 12), o envelhecimento ativo é “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem”. Assim, o envelhecimento ativo não diz apenas respeito às atividades relacionadas com a saúde, mas baseia-se em pilares como: a participação em atividades relacionadas com a sociedade, como o emprego, a política, a educação ou a religião; e a segurança, ou seja, o assegurar da proteção, da dignidade e dos cuidados aos idosos que são incapazes de os garantir (World Health Organization, 2002).

O processo de envelhecimento é heterogéneo e apresenta variações nas experiências vividas pelas pessoas ao longo do curso de vida, a nível físico, social e psicológico. Para manter um envelhecimento saudável é essencial que haja um bom funcionamento em todos os níveis da vida (Cosco et al., 2017).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2020), o envelhecimento saudável define-se como um processo que permite o bem-estar na velhice, através do desenvolvimento e manutenção das capacidades funcionais. A capacidade funcional inclui a capacidade de a pessoa satisfazer as suas necessidades básicas; aprender, crescer e tomar decisões; contruir e manter relacionamentos; e contribuir para a sociedade (World Health Organization, 2020).

Os relacionamentos interpessoais positivos possuem a capacidade de melhorar a saúde, aumentar a longevidade e melhorar a probabilidade de manter as capacidades físicas e cognitivas, de forma a envolver-se no sistema de suporte de alguém (Vaillant, 2012).

É difícil compreender totalmente o processo de envelhecimento, particularmente o papel das relações humanas e do envelhecimento saudável, sem primeiro compreender os fatores sociais e contextuais e, principalmente, o ambiente em que se envelhece (Benson et al., 2019).

Apesar de uma boa rede de suporte social ter a capacidade de amortecer as situações de *stress*, esta existência de sistemas sociais não é suficiente para trazer benefícios ao envelhecimento saudável, uma vez que este pode ser influenciado pelo contexto em que a pessoa se encontra inserida (Benson et al., 2019).

O bem-estar dos idosos não está apenas relacionado com a quantidade, mas também com a qualidade das atividades em que estes se encontram envolvidos, pois é provável que a capacidade de gestão seja um fator chave que torne uma atividade subjetivamente significativa e interessante para a pessoa (Stenner et al., 2011).

As formas de envolvimento em atividades sociais poderão não agradar a todos os idosos, assim, é importante reconhecer a multiplicidade de atividades que contribuem para a qualidade de vida e os obstáculos que os idosos podem encontrar durante o processo de envelhecimento (Stenner et al., 2011).

Baltes e Baltes (1990) defendem que através da utilização de estratégias de seleção, otimização e compensação, a pessoa pode contribuir para o seu próprio envelhecimento bem-sucedido, pois o ser humano usa as competências que possui mais desenvolvidas para compensar as que se encontram mais diminuídas.

O envelhecimento bem-sucedido define-se através de três componentes: baixa probabilidade de doença e incapacidade relacionada à doença, boas competências físicas e cognitivas e envolvimento ativo com a vida (Rowe & Kahn, 1997). Deste conceito, emergiram múltiplas perspetivas positivas relativas ao envelhecimento, que pretendem garantir a saúde e o bem-estar da população idosa. Assim, o envelhecimento bem-sucedido compreende diversos fatores, nomeadamente: qualidade de vida, satisfação com a vida e bem-estar (Choi et al., 2017).

Com o avançar da idade, e conseqüentemente, com o aumento da prevalência de doenças crónicas, torna-se mais importante a ligação entre a saúde e o bem-estar subjetivo dos idosos. Porém, não é só a saúde que influencia o bem-estar subjetivo dos idosos, podendo este ser afetado por outros fatores, que se vão alterando com o avançar da idade, nomeadamente, condições materiais, relações sociais e familiares e atividades sociais (Stephoe et al., 2015).

O bem-estar subjetivo engloba diversos aspetos, entre eles: *avaliação de vida*, ou seja, pensamentos sobre a qualidade da vida, a satisfação geral com a sua vida; *bem-estar hedónico*, isto é, os sentimentos experienciados no quotidiano, como a felicidade, a tristeza, a raiva, a ansiedade ou o *stress*, englobando tanto afetos positivos como negativos; e *bem-estar eudemónico*, que se refere ao julgamento sobre o significado e o propósito de vida, a autoavaliação do valor da vida da pessoa (Jivraj et al., 2014; Steptoe et al., 2015). Estas diferentes abordagens poderão ter vínculos distintos com o envelhecimento (Jivraj et al., 2014).

O processo de envelhecimento é repleto de alterações que resultam em momentos de *stress*, associado à perda de papéis, como por exemplo, a reforma, a emancipação dos filhos, a morte dos cônjuges, entre outros, que contribuem para a limitação das redes sociais dos idosos, tornando-os mais vulneráveis à solidão e ao isolamento (Tomás et al., 2019).

1.2 Isolamento Social: Definição Conceptual

O isolamento social (IS) é um problema que tem merecido a atenção de alguns autores (e.g. Berkman, 1983; Delisle, 1988; Hawthorne, 2006; Nicholson, 2009). No entanto, segundo Courtin e Knapp (2017), este conceito tem sido utilizado de forma inconsistente e/ou como adjetivo de outros conceitos tais como, baixos níveis de suporte social (Courtin & Knapp, 2017).

A primeira definição de IS foi descrita por Berkman (1983, p.743) como “... a perda irreversível de ligações sociais e laços comunitários” e por Delisle (1988) como uma forma relativa de solidão, em que ocorre uma falta de intensidade na vida social do indivíduo, isto é, na quantidade e qualidade dos contactos sociais. Segundo estes autores, o IS é avaliado através da frequência e do número de papéis sociais desempenhados. Posteriormente, Carpenito (1987, as cited in Warren, 1993, p.270), vem referir que o IS “é um estado em que a pessoa ou grupo manifesta uma carência ou vontade de contacto com outras pessoas, porém, por algum motivo é incapaz de manter esse contacto.”

Para Warren (1993) o IS é o resultado de quatro critérios combinados que resultam num padrão cíclico, nomeadamente: ambiente estigmatizado, indiferença social, desconexão pessoal – social e, por fim, impotência pessoal.

O primeiro critério, *ambiente estigmatizado*, ocorre quando a pessoa é rotulada como diferente das outras pessoas e percebe essa diferença, acabando por hesitar ou repugnar na participação e interação com as outras pessoas. A *indiferença social* ocorre quando a pessoa tem a percepção que está sozinha ou de que os seus relacionamentos íntimos e significativos com outras pessoas não são suficientes. Relativamente à *desconexão pessoal – social*, resulta na rejeição e alienação da pessoa estigmatizada, pela sociedade, impedindo-lhe o acesso a interações sociais satisfatórias. Por fim, a *impotência pessoal* é quando a pessoa estigmatizada contribui para a rejeição ou alienação da sociedade em relação a si própria, isto é, a pessoa considera que não tem controlo sobre a sua própria vida e que todas as circunstâncias são manipuladas por outras pessoas (Warren, 1993).

O IS é também definido pela “solidão vivida pelo indivíduo e percebida como imposta por outros como um estado negativo ou ameaçador” (North America Nursing Diagnosis Association, 1992, p.37, as cited in Lien-Gieschen, 1993, p.38).

Na população idosa, o IS possui características identificadoras que o definem, nomeadamente: mudanças relacionadas com a idade, o ambiente onde vive, possuir animais de estimação, a ausência de suporte, outras pessoas significativas, a verbalização de sentimentos de solidão imposta por outros ou por sentimentos de rejeição (Lien-Gieschen, 1993).

O IS refere-se a viver sem companhia, sem suporte social ou conexão social, ou seja, é a ausência de outras pessoas significativas, com as quais se pode relacionar, confiar e conversar, em momentos difíceis. Assim, é frequentemente associado a menores níveis de satisfação com a vida, bem-estar e envolvimento na comunidade (Hawthorne, 2006).

Para Nicholson (2009), o IS é definido como um estado em que o indivíduo não se sente parte integrante de uma rede, apresenta falta de envolvimento com os outros, o número de contactos sociais é mínimo e os relacionamentos satisfatórios e de qualidade são poucos. Esta definição conceptual apresentada por Nicholson, em 2009, foi sendo aprimorada por se considerar imprudente que, para avaliar uma pessoa como isolada,

apenas seja considerado o número específico de contactos ou um equilíbrio específico que a pessoa deve manter, uma vez que este equilíbrio é um aspeto intrínseco de cada pessoa, podendo variar entre as pessoas idosas. Desta forma, Biordi e Nicholson (2013, p. 97) descrevem o IS como “o distanciamento de uma pessoa, físico ou psicológico, ou ambos, da sua rede de relacionamentos desejados ou necessários com outras pessoas”.

A literatura sociológica sobre o IS vai além da divisão simplista entre o isolamento subjetivo ou objetivo estudando “como as normas, atitudes, repertórios culturais, tomada de significado, tomada de decisão e comportamentos são desenvolvidos, perpetuados e reforçados através da participação social, de forma altamente restritiva em ambientes sociais isolados” (Quane & Wilson, 2012, p. 1), fazendo a ligação entre os conceitos IS e socialização, chamando a atenção para os fatores estruturais que afetam o IS, nomeadamente: falta de emprego, educação e transportes (Zavaleta et al., 2017).

Segundo Zavaleta et al. (2017), o IS acontece quando as relações sociais com as outras pessoas, nos diferentes níveis de interação humana (individual, grupal, comunitária e ambiente social), são desadequadas, tanto na qualidade como na quantidade. Assim, os autores defendem que o IS não só se refere à quantidade das relações sociais (número ou frequência de interações), mas também à sua qualidade (satisfação dos padrões internos de cada pessoa, sejam eles de valor íntimo ou instrumental).

Como referido, a interação humana ocorre em quatro níveis: *individual*, por exemplo, um cônjuge, membro da família, colega de trabalho ou um amigo; *grupal*, ou seja, diversas entidades sociais unidas e coesas, e.g., igreja, sindicato ou clube; *comunitária*, definida como um grupo menos compacto e maior, e.g., bairro, vila ou comunidade étnica; e, por fim, *ambiente social*, que inclui relações com grupos de maior escala, instituições e a sua própria sociedade (Zavaleta et al., 2014).

De modo a tornar a definição de IS mais consentânea com a quantidade e a qualidade das relações sociais, Nicholson (2009, 2012) identificou cinco componentes do isolamento (cf. Tabela 1). Porém, em estudos posteriores, o autor agrupou estas cinco componentes em duas dimensões: a *conexão* - reflete a vertente objetiva, e o *sentimento de pertença* - reflete a vertente subjetiva (Nicholson et al., 2019).

Para que ocorram interações bem-sucedidas, sem que a pessoa se sinta socialmente isolada, é essencial que a pessoa sinta que pertence a um determinado nível social (Nicholson, 2009).

Tabela 1
Síntese das Componentes e Dimensões do IS

Componentes	Dimensões	Definição
Contactos Sociais	<i>Conexão</i> (Objetiva)	Contactos sociais e qualidade dos relacionamentos, tendo como foco o tipo e quantidade de suporte social, a frequência da participação em atividades sociais e o tamanho das redes sociais.
Qualidade dos relacionamentos		
Pertença	<i>Sentimento de pertença</i> (Subjetiva)	Facto da pessoa se sentir parte e envolvida em relacionamentos satisfatórios, como a pessoa compreende a sua experiência, incluindo a sensação de solidão, a qualidade das redes sociais e do suporte social.
Relacionamentos Satisfatórios		
Envolvimento		

Nota. adaptado de Nicholson et al. (2019)

Desta forma, a rede social na qual a pessoa está inserida é frequentemente vista como uma medida objetiva do número de contactos daquela pessoa (conexão). Porém, o IS também possui uma componente subjetiva, como resultado da qualidade dos relacionamentos vivenciados pela pessoa (sentimento de pertença) (Nicholson et al., 2019).

Os relacionamentos de qualidade apresentam três características: são estabelecidos de forma livre, são satisfatórios e são compensadores. O envolvimento voluntário está na base de um relacionamento de sucesso, pois quando as relações são forçadas, tornam-se restritivas e desagradáveis. Por outro lado, um relacionamento é visto como satisfatório e gratificante quando as pessoas envolvidas são capazes de encontrar benefícios, informações ou elogios (Delisle, 1988). Para além disso, a qualidade das relações sociais refere-se não só aos relacionamentos que satisfazem as expectativas ou padrões de uma pessoa (estando sujeito a avaliação interna, influenciada pela personalidade e

subjetividade da pessoa), mas também ao valor instrumental do relacionamento (contribuição para a vida de cada um dos indivíduos) (Zavaleta et al., 2014).

Para além da quantidade e qualidade, o IS social também pode ser categorizado como voluntário ou involuntário. No IS voluntário, a pessoa procura desligar-se das relações sociais por diversas razões. O IS involuntário é imposto por outros. O isolamento, quando voluntário, pode influenciar positivamente a saúde mental e o intelecto, porque permite a privacidade e a capacidade de estar só. Em contrapartida, quando o isolamento é involuntário, este ocorre quando as exigências dos contactos sociais ou das comunicações excedem a capacidade humana, sendo visto de forma negativa, pois resulta na rutura das trocas sociais e do suporte social da pessoa (Biordi & Nicholson, 2014).

De facto, quando o IS é vivenciado de uma forma negativa pela pessoa, torna-se difícil gerir a situação, tendo um impacto não só na pessoa, mas também na sua rede social de apoio, nomeadamente, família, amigos, colegas de trabalho, entre outros (Biordi & Nicholson, 2014).

Outrora, o IS foi equiparado ou associado a outros estados relacionados com a desconexão (Nicholson, 2021). Na literatura existem várias definições de IS, muitas das quais confundidas com outros conceitos distintos, porque se relacionam ou são sinónimos, nomeadamente, de alienação, solidão e solitude (Biordi & Nicholson, 2014).

1.2.1. Definição diferencial: alienação, solidão e solitude

O IS e a alienação são, frequentemente, associados ou até abordados como sinónimos, embora estes conceitos difiram entre si. Segundo a perspetiva marxista, a alienação refere-se a uma condição em que o indivíduo fica isolado e desligado, tendo desistido do desejo de autoexpressão e do controlo sobre si mesmo (O'Donohue & Nelson, 2014).

A alienação abrange a impotência (sentimento de que o seu próprio comportamento não ajuda a obter os resultados esperados), ausência de normas (crença de que os comportamentos socialmente inaceitáveis são necessários para alcançar os objetivos), isolamento (incapacidade de valorizar metas defendidas pelos outros membros da sociedade), autoafastamento (separação de si mesmo, do trabalho e de outras possibilidades criativas) e a falta de sentido (sensação de que são poucas as hipóteses

significativas perante o resultado dos comportamentos tidos). Portanto, o isolamento é apenas um estado psicológico de alienação (Biordi & Nicholson, 2014).

O IS e a solidão são conceitos multidisciplinares, não havendo, até ao momento, acordo entre as diferentes disciplinas no que diz respeito à melhor forma de os definir ou medir (Courtin & Knapp, 2017). Na literatura, muitas vezes o IS e a solidão encontram-se interligados, contudo, importa salientar que embora sejam conceitos que se relacionam, possuem significados distintos. Assim, IS diz respeito à falta objetiva de interações com outras pessoas ou com a comunidade em geral, muitas vezes medida em termos de tamanho da rede social, diversidade e frequência dos contactos (Malcolm et al., 2019). Por outro lado, a solidão é a percepção de que a qualidade e quantidade de relacionamentos reais não corresponde à desejada (Perlman & Peplau, 1984). Assim, o indivíduo pode estar socialmente isolado, sem se sentir sozinho, ou sentir-se só, apesar de possuir uma boa rede social.

A solidão tem sido referida como a alienação do “eu” e pela ansiedade de se relacionar e conectar com outras pessoas, de forma a ser aceite e valorizado. Desta forma, a solidão tem sido associada à ansiedade, hostilidade interpessoal e depressão. Contudo, a grande diferença é que na solidão a pessoa tenta integrar-se em novos relacionamentos, enquanto na depressão a pessoa está entregue a si mesma e à angústia (Biordi & Nicholson, 2014).

A pessoa sofre de solidão quando ocorre uma perda da “estrutura” que anteriormente era satisfatória. Esta perda pode estar relacionada com características pessoais, por exemplo, expressão de solidão, mudanças do estado emocional, alteração do comportamento de saúde e sintomas físicos, falta do sentimento de pertença; ou situacionais, nomeadamente, falta de relacionamentos ou problemas sociais, familiares ou amizade. Assim, a solidão é um importante indicador de bem-estar, e pode levar ao aparecimento de doenças físicas e mentais (Jung & Lee, 2018).

A solidão é uma experiência extremamente subjetiva que é influenciada pelas circunstâncias e experiências de vida (Jung & Lee, 2018). Esta está relacionada com a baixa autoestima e com o uso limitado de estratégias de *coping*. Em contrapartida, o IS prediz o declínio da autoeficácia (Valtorta et al., 2016).

Tomás e colegas (2019) indicam que os fatores sociais são os que mais influenciam os sentimentos de solidão, nomeadamente: viver sozinho, pouco contacto com familiares e/ou amigos, baixa satisfação com as circunstâncias da vida, baixa qualidade nas relações sociais e ser viúvo ou divorciado. Estas perdas sociais contribuem para que a pessoa idosa se torne mais vulnerável à solidão. Contudo, esta diminuição da rede social pode não ser sinónimo de solidão (Tomás et al., 2019). A solidão é a experiência subjetiva do IS, uma vez que alguém que se sente só, tem a perspetiva de ter menos relações íntimas e pessoais do que aquelas que gostaria efetivamente de experienciar (Charles & Wolfer, 2018).

A solidão pode dividir-se em: a) *solidão emocional*, que é um sentimento negativo subjetivo, que está associado à ausência de uma ligação emocional próxima, como por exemplo, um companheiro ou um melhor amigo; b) *solidão social*, que está relacionada à ausência de um vasto grupo de contactos sociais, nomeadamente, amigos, colegas e conhecidos (Mehrabi & Béland, 2020); e c) *solidão existencial*, que é percebida como um vazio intolerável, tristeza e saudade, como consequência da consciência da separação fundamental de alguém como ser humano, sendo experienciada, maioritariamente, em situações de risco de vida (Ettema et al., 2010).

Segundo Hawkey et al. (2005), a solidão distingue-se entre: *íntima*, uma vez que a pessoa precisa de se sentir confortável consigo mesma e com a sua integração social, pois quando isso não se verifica a pessoa sente-se isolada e com baixa autoestima; *relacional*, ou seja, marcada pela perceção da falta de amigos próximos e/ou confidentes; e, por fim, *coletiva*, que se caracteriza pela perceção da falta de senso de pertença ou de identidade de grupo.

Os sentimentos de vulnerabilidade, medo, desamparo, perda de controlo de si mesmo, esperança, desembaraço, autodeterminação e autorreflexão podem ser atribuídos à solidão. Estes sentimentos podem estar relacionados com um défice na rede de apoio social, diminuição da participação nessas redes ou nas relações sociais, sentimentos de rejeição ou estado de privação (Nicholson, 2021).

A solidão e o IS são problemas psicológicos, porém são conceitos distintos. A solidão refere-se a um estado de sentimento subjetivo de estar sozinho, separado ou distante dos outros, havendo um desequilíbrio entre os contactos sociais desejados e os reais,

enquanto o IS é a ausência ou escassez objetiva de contactos e interações entre uma pessoa e uma rede social (Veazie et al., 2019). Independentemente do facto de que o IS pode levar à solidão, a solidão não é por si só, uma condição necessária de IS. Ambas as condições podem existir separadamente (Biordi & Nicholson, 2014).

Embora seja importante o indivíduo manter uma vida social, com diversas relações, é igualmente importante o tempo reservado para a solitude, pois é neste momento que se procura o descanso ou a oportunidade contemplativa do próprio espaço (Nicholson, 2021). A solitude refere-se à condição objetiva de estar só, determinado pela separação comunicativa dos outros, isto é, o afastamento da participação imediata nas atividades sociais, como falar, partilhar, amar, julgar e ser julgado. Assim, tem a capacidade de abrigar um vasto conjunto de pensamentos e sentimentos, incluindo atividades que se centram em si mesmo (Larson, 1990). Este processo poderá oferecer tempo para que ocorra uma recarga física e emocional, permitindo, posteriormente, a continuação dos relacionamentos (Nicholson, 2021).

A solitude é a distância que separa o indivíduo do mundo que o rodeia, tanto a nível físico como mental. A solitude física é quando a pessoa vive sozinha ou passa longos períodos só, enquanto a solitude mental leva ao silêncio, solilóquio ou ao afastamento (Delisle, 1988). Existem benefícios psicológicos que decorrem da solitude, tais como, o tornar as memórias mais fortes, o desenvolver melhores relacionamentos, o tornar a pessoa mais empática, melhorar o desempenho pessoal, aliviar sentimentos depressivos e, por fim, o tornar a pessoa mais inovadora (Dossey, 2021).

A preferência pela solitude não significa que a pessoa não goste de interagir socialmente ou tenha baixos níveis de competências sociais, contudo, esta preferência é frequentemente associada a altos níveis de solidão e menores níveis de extroversão. Assim, as pessoas que tendem a preferir a solitude apresentam mais emoções positivas, uma vez que tendem a gostar de atividades solitárias (Burger, 1995).

Segundo Burger (1995), a solitude pode afetar a relação entre a interação social e o bem-estar subjetivo dos idosos. Já Toyoshima e Kusumi (2021) demonstram que existe uma relação entre a solitude e o bem-estar subjetivo, tendo como principal foco o impacto desta no prazer e produtividade. Estes autores apresentaram-nos três dimensões:

“necessidade de solitude”, “prazer da solitude” e “produtividade durante a solitude” (Toyoshima & Kusumi, 2021).

As dimensões “necessidade de solitude” e “prazer da solitude” estão associadas ao aumento da solidão, porém, a “produtividade durante a solitude” está relacionada com o aumento da autoestima e a diminuição da solidão. Assim, estas dimensões podem representar benefícios adaptativos, restauradores e criativos derivados do IS (Cramer & Lake, 1998).

Em suma, mesmo pessoas socialmente integradas podem sentir-se solitárias, tal como indivíduos socialmente isolados podem estar satisfeitos com as suas relações sociais (Beller & Wagner, 2018).

1.2.2. Isolamento Social na pessoa idosa

A solidão e o IS na população idosa estão diretamente relacionados com a saúde física e mental e com o bem-estar que, conseqüentemente, influenciarão as suas necessidades no que concerne não só aos serviços de cuidados de saúde, mas também aos serviços de apoio social. Assim, como referido anteriormente, esta temática tem sido reconhecida, por alguns autores, como um problema de saúde pública (e.g., Tomás et al., 2019).

Atualmente, a prevalência de IS tem demonstrado um impacto em cerca de 24% a 50% dos adultos que vivem na comunidade. A incidência do IS nos Estados Unidos da América é de 4,5 casos em 100 pessoas/ano (US Census Bureau, 2018, as cited in Nicholson, 2021, p. 30). Em Portugal, na operação “Censos Sénior 2017”, foram identificados 45 516 idosos, dos quais 62,13% a viver sozinhos, 11,26% isolados, 7,74% a viver sozinhos e isolados e os restantes 18,88% em situação de vulnerabilidade psicológica, não estando enquadrados nas situações anteriormente referidas (Guarda Nacional Republicana [GNR], 2017). Já na “Operação Censos Sénior 2021”, foram sinalizados 44 484 idosos a viver sozinhos e/ou em situação de isolamento, ou de vulnerabilidade, devido à sua condição física, psicológica, ou outra que possa colocar em causa a sua segurança (Guarda Nacional Republicana, 2021).

Com o avançar da idade, são várias as perdas que ocorrem, nomeadamente, a nível da saúde física e psicológica, dos papéis sociais, da mobilidade, da situação económica e do próprio percurso de vida, que poderão contribuir para o aumento da probabilidade do

idoso se tornar socialmente isolado (Nicholson, 2021). Segundo Machielse (2015, as cited in Nicholson, 2021, p. 29), os idosos socialmente isolados podem pertencer a três dimensões, que correspondem a diferentes tipologias, nomeadamente, persistência (duração), orientação para a ação (motivação) e estratégias de *coping*.

Na primeira dimensão, *persistência*, existem dois tipos de isolamento: situacional, que ocorre após um evento específico, de início agudo; e estrutural, que acontece sem nenhum evento significativo, tendo um início insidioso e sucedendo-se por um longo período de tempo, sendo visto como um isolamento crónico. A segunda dimensão, *orientação para a ação*, refere-se à criação da intervenção e do planeamento do cuidado, pois quando a pessoa está altamente motivada dentro do seu contexto social, mais facilmente mitigará essa situação. Por fim, as *estratégias de coping* podem ser vistas como passivas ou ativas, e podem ajudar a desenvolver intervenções adequadas para restabelecer a saúde social (Nicholson, 2021).

A nível mundial, com o aparecimento da doença COVID-19, surgiu uma pandemia ameaçadora, que levou a uma crise de saúde pública global. Esta mereceu um reconhecimento mundial, devido ao IS que ocorreu em todo o mundo (Nicholson, 2021).

A crise provocada pelo COVID-19 representa uma dupla dificuldade para a maioria dos grupos desfavorecidos na nossa sociedade, uma vez que estes não são apenas atingidos pelo próprio vírus, mas também sofrem com as consequências que advêm deste, nomeadamente, a nível económico, por exemplo, a perda de emprego, e social, particularmente, o IS. Estas consequências, por sua vez, implicam mais problemas de saúde, solidão e outros problemas de saúde mental (Jervelund & Eikemo, 2021).

Apesar do IS e a solidão serem prevalentes nos idosos antes da pandemia por COVID-19, os esforços para reduzir a propagação do vírus, através das medidas de permanência em casa, de quarentena e das recomendações de distanciamento social, vieram agravar esta situação (Holt-Lunstad, 2020). Durante a pandemia, para além do número crescente de casos e de mortalidade, houve também um impacto significativo a nível socioeconómico, político e psicossocial (Banerjee & Rai, 2020; Smith & Lim, 2020).

A nível mundial, de forma a controlar e a reduzir a transmissão da doença, foram implementadas diversas medidas, como por exemplo, o distanciamento social (Ferdous,

2021). Embora estas restrições sejam legítimas, estas podem ter um impacto negativo significativo na saúde mental dos idosos, levando ao IS e à solidão (Banerjee & Rai, 2020; Wu, 2020).

A doença provocada pelo coronavírus está a revelar-se particularmente prejudicial para a população idosa, em grande parte devido aos seus sistemas imunológicos mais debilitados e maior probabilidade de ter doenças crónicas, como por exemplo, doenças cardíacas, diabetes e doenças pulmonares. Assim, qualquer uma destas condições é um fator de risco para complicações resultante da COVID-19 (Ferdous, 2021; Wu, 2020).

Um estudo realizado nos estados-membros da União Europeia, de janeiro de 2018 a janeiro de 2021, demonstra que, em março de 2020, a solidão e o IS duplicaram com o início da pandemia de COVID-19, comparando com os dois anos anteriores (Baarck et al., 2021).

Já foi observado que há efeitos imediatos de IS relacionados com a pandemia, nomeadamente: aumento de preocupações com a saúde mental, abuso de substâncias e violência doméstica. Por outro lado, tratando-se de um problema de saúde pública, a longo prazo os efeitos poderão tomar outras dimensões, caso não sejam tomadas medidas para mitigar esses efeitos (Holt-Lunstad, 2020; MacLeod et al., 2021).

O estudo desenvolvido por O'sullivan et al. (2021) demonstra que há fatores específicos, durante a COVID-19, associados a maior propensão para se tornar socialmente isolado, nomeadamente: distúrbios do sono, menor atividade física, aumento do consumo do álcool, insatisfação com as videochamadas, viver sozinho (involuntariamente), estar só, e ser cuidador informal. Por outro lado, outros estudos revelam que os idosos socialmente isolados, devido à pandemia COVID-19, apresentam sentimentos de ansiedade, frustração e tédio, que resultam em depressão, distúrbio do sono e ideação suicida (Rodrigues et al., 2021; Sepúlveda-Loyola et al., 2020).

Tendo em consideração que o processo de envelhecimento implica alterações como a diminuição da interação social, o aumento da ansiedade, da depressão e da angústia, perante a situação causada pela pandemia da COVID-19, a pessoa idosa poderá potenciar estas alterações, levando ao aparecimento de sentimentos como solidão, medo e tristeza (Souza et al., 2020; Wu, 2020). Por outro lado, para os idosos, a quarentena exigida

durante a pandemia, implica reações psicológicas de stress, que podem levar a experiências de isolamento físico e social (Clair et al., 2021).

Apesar das medidas implementadas pretenderem reduzir a propagação da doença, para um idoso que já tenha propensão para a solidão, esta poderá evidenciar o risco de IS, diminuindo a sua rede social e, conseqüentemente, afetando a sua qualidade de vida (Clair et al., 2021; Ferdous, 2021).

Desde o início das medidas de distanciamento social, impostas pela pandemia, a dependência da tecnologia aumentou mais do que o normal, por exemplo, a utilização de plataformas digitais como o *Facebook* ou *WhatsApp* para manter a comunicação com a família e amigos. Porém, a tecnologia é uma área ainda desconhecida para a maioria da população idosa, pois não cresceram na era digital (Rodrigues et al., 2021).

De facto, o mundo tem de aprender a viver com o novo coronavírus. Assim, na atual pandemia de COVID-19 é fundamental identificar o IS, a solidão e a qualidade de vida dos idosos que estão confinados em casa e isolados da vida social, de forma a criar consciência sobre esta problemática, e ter em consideração as medidas necessárias, quer a nível nacional, quer internacional (Kasar & Karaman, 2021).

Como comunidade global, deve-se recordar o que é estar socialmente isolado, de modo a agir, no sentido de reunir esforços para preencher as lacunas sociais e integrar as pessoas, após o fim da pandemia. No entanto, mesmo após o término do pico da pandemia, os idosos ainda apresentam medo de sair de casa, e poderão sentir dificuldades em restabelecer as suas conexões sociais, relacionamentos e atividades, que realizavam anteriormente (MacLeod et al., 2021).

Todas as pandemias acabam e muitas pessoas que se encontram isoladas têm a esperança de “voltar à normalidade”. No entanto, nem todas as pessoas possuem capacidade de resiliência para mudar, acabando por tomar como a “nova normalidade” o facto de estar socialmente isolado (Nicholson, 2021).

1.2.3. Fatores de risco e fatores protetores de isolamento social na população idosa

A solidão e o IS são fatores de risco para todas as causas de morbilidade e mortalidade, sendo comparável a outros fatores de risco, como por exemplo, o tabagismo, a falta de

exercício físico, a obesidade e a hipertensão arterial (Cacioppo et al., 2011; Fakoya et al., 2020).

Apesar da solidão e do IS serem associados a uma diminuição do estado de saúde, e conseqüentemente, à diminuição da qualidade de vida, várias investigações propõem que ambos os conceitos podem ter impacto na saúde, devendo por isso, ser considerados como características individuais (e.g. Fakoya et al., 2020).

Segundo Howat et al. (2004), os fatores de risco e de proteção associados ao IS são descritos de acordo com as seguintes categorias: demográfica, física, psicológica, económica, transições de vida e ambiental.

A nível *demográfico* verificou-se que o género masculino, a idade avançada, a raça e/ou etnia (negra e hispânica), a baixa escolaridade (Cudjoe et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2021), pertencer a grupos minoritários (Cudjoe et al., 2020) e viver em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) (Freedman & Nicolle, 2020) estão associados à maior probabilidade de a pessoa ficar socialmente isolada.

Entre os idosos, são vários os fatores *físicos* que estão associados ao risco de IS, nomeadamente: diminuição da mobilidade, aumento do peso, incapacidade funcional, distúrbios do sono e diminuição das condições de saúde (e.g. diminuição da acuidade auditiva e visual, síndrome de fragilidade, entre outras) (Fakoya et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020).

A nível *psicológico*, os idosos que apresentem inadequado suporte social, desafios de saúde mental, como por exemplo, depressão e ansiedade, têm maior probabilidade de se tornarem socialmente isolados, ao longo do tempo (Freedman & Nicolle, 2020). Por outro lado, pode ocorrer como resultado do estigma, uma vez que as doenças crónicas, como por exemplo o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e a deficiência, podem ser estigmatizantes, e a preocupação com a possibilidade de revelar uma pessoa desacreditada pode retardar a interação social, conduzindo ao IS (Biordi & Nicholson, 2014).

A alteração na situação socioeconómica, como por exemplo, a transição para a reforma, pode estar ligada ao IS. A reforma é um evento de mudança na vida e poderá ser fonte de *stress* para muitas pessoas, quando este processo não é bem resolvido (Nicholson, 2021).

As *transições de vida* e os eventos de vida perturbadores, como por exemplo: a reforma, a perda do cônjuge ou amigos, a migração dos familiares, a perda de mobilidade, a perda de competência para conduzir ou o ser cuidador de um familiar idoso, que afetam particularmente os idosos, coloca-os em risco de ficar socialmente isolados (Freedman & Nicolle, 2020; World Health Organization et al., 2021).

A nível *ambiental*, o idoso que vive numa área residencial urbana apresenta maior probabilidade de se tornar socialmente isolado, comparativamente com os idosos que vivem numa área rural, uma vez que no meio rural há mais relações sociais, por exemplo, com os vizinhos (Nicholson, 2021).

Os fatores de risco para o IS na vida adulta são amplos e existem em diversos níveis, ou seja, a nível *individual*, como por exemplo, viver sozinho, défice na mobilidade, limitação de recursos e vulnerabilidade psicológica; nível *comunitário*, nomeadamente, experiência de transição de vida, ser cuidador familiar e possuir uma rede de suporte inadequada; e por fim, a nível *social*, tal como, viver numa área rural, pertencer a grupos minoritários, entre outras. Porém, importa salientar que os fatores de risco não são exclusivos de um determinado nível (individual, comunitário ou social) e que quando se manifestam de forma particular e isoladamente, poderão não conduzir diretamente ao IS (Elder & Retrum, 2012; Fakoya et al., 2020).

O IS abrange diversos fatores e possui maior propensão para se desenvolver quando os fatores de risco se sobrepõem aos de proteção (Nicholson, 2021). Os fatores protetores incluem uma saúde mental forte, ausência de incapacidade física e acesso ao suporte social (Chan et al., 2020). Assim, é fundamental identificar os fatores de risco atempadamente, de forma a evitar ou a prevenir que os idosos se tornem socialmente isolados (Nicholson et al., 2019).

1.2.4. Impacto do Isolamento Social nos idosos

O IS e a solidão estão relacionados com diversos resultados negativos para a saúde, nomeadamente, mortalidade, pior autoavaliação da saúde mental, maior sofrimento

psicológico e sintomas depressivos, aumento do declínio cognitivo (Freedman & Nicolle, 2020; Landeiro et al., 2017; Taylor, 2020), incapacidade física, ansiedade, diminuição do sistema imunitário (Beller & Wagner, 2018; Courtin & Knapp, 2017; Mehrabi & Béland, 2021), doenças cardiovasculares, doenças crônicas e alterações nos ciclos de sono (Chan et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Leigh-Hunt et al., 2017; Valtorta et al., 2016). O IS em idosos aumenta o risco destes sofrerem de má-nutrição e aumenta o risco, ou até mesmo o número, de quedas no domicílio (Freedman & Nicolle, 2020; Mehrabi & Béland, 2021; Nicholson, 2021).

Os idosos que estão socialmente isolados apresentam menor nível de atividade física, aumento do consumo do tabaco, maior número de doenças crônicas, menor adesão à terapêutica e, conseqüentemente, diminuição da satisfação com a vida. As pessoas mais velhas são particularmente vulneráveis devido à deterioração da saúde, à morte dos cônjuges, estando por isso mais predispostas a viver sós e com menos relacionamentos pessoais (Courtin & Knapp, 2017; Freedman & Nicolle, 2020; Gardiner et al., 2018).

A diminuição da participação em atividades sociais, decorrentes do IS, pode levar ao declínio cognitivo e, conseqüentemente, à perturbação neurocognitiva, uma vez que deixa de haver estimulação das funções cognitivas. Em situações limite poderá levar ao suicídio (ideação, comportamento, tentativa e/ou conclusão) (Leigh-Hunt et al., 2017; Nicholson, 2021).

A nível social, a população idosa isolada apresenta altos níveis de inatividade, baixos níveis de atividade física e sedentarismo, o que poderá ter outras conseqüências como o risco de obesidade e outros problemas de saúde (Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2021). Esta situação poderá levar à necessidade de admissão no serviço de urgência, maior tempo de internamento hospitalar e atraso na alta hospitalar, o que poderia ser evitável (Landeiro et al., 2017; Leigh-Hunt et al., 2017; Nicholson, 2021).

O IS e a solidão são fatores de risco para a ocorrência de violência e abuso contra os idosos, tanto nos homens como nas mulheres (Freedman & Nicolle, 2020; World Health Organization et al., 2021).

Tendo em consideração a prevalência do IS entre os idosos, e o impacto negativo que este tem sobre o indivíduo, torna-se fundamental mitigar ou eliminar esta situação, uma vez

que quanto mais tempo se espera, pior serão as consequências para os idosos (Taylor, 2020).

Os conceitos de solidão e de IS podem ajudar a compreender melhor a situação social dos idosos e possíveis condições de saúde, e potencialmente, fornecer informações relativas às intervenções que melhor se adequam. Por exemplo, uma pessoa que está sozinha, mas que não está socialmente isolada possui necessidades diferentes, comparativamente a uma pessoa que está sozinha e socialmente isolada (Newall & Menec, 2019).

1.2.5. Instrumentos de Avaliação do Isolamento Social

Os profissionais de saúde, bem como da área social, devem estar atentos, de forma a identificar as pessoas que poderão estar em risco de IS, de modo a encaminhá-las para os serviços adequados (Cotterell et al., 2018).

Caso uma pessoa seja considerada em alto risco de IS, deverão ser recolhidas mais informações (Cotterell et al., 2018; Hawthorne, 2006; Nicholson et al., 2019). Estas poderão ser recolhidas através da utilização de ferramentas de avaliação, que se encontram resumidas na Tabela 2.

O IS é um conceito multidimensional, portanto, é fundamental que cada uma dessas dimensões seja medida através de um único instrumento de avaliação, que seja abrangente (Hawthorne, 2006).

Para avaliar um idoso, de forma holística, quanto ao IS propriamente dito, ou quanto ao seu risco, é importante ter em consideração todas as suas características, nomeadamente, demográficas, físicas, psicológicas, económicas, ambientais e de transição de vida (Nicholson, 2012). Por outro lado, é fundamental compreender o curso de vida do idoso, de forma distinguir se a pessoa sempre foi solitária ou se apenas de tornou solitária ao longo do curso de vida, ou seja, se sempre foi uma pessoa que viveu sozinha, ou se esta questão apenas aconteceu à medida que foi envelhecendo (Victor et al., 2000).

Tabela 2

Instrumentos de Avaliação do Isolamento Social

Instrumento	Autores	Itens/Dimensões	Validação para Portugal	O que avalia
Social Isolation Scale	(Nicholson et al., 2019)	Conexão de Sentimento de pertença	Não	Isolamento Social
Escala das Redes Sociais de Lubben	(Lubben et al., 2006; Ribeiro et al., 2012)	Relações familiares Relações de amizade	Sim	Integração social e Risco de Isolamento Social
Friendship Scale	(Hawthorne, 2006)	Relações sociais Isolamento social Solidão	Não	Conexão social ou Isolamento Social
Escala de Satisfação com o Suporte Social	(Pais-Ribeiro, 1999)	Satisfação com as amizades Intimidade Satisfação com a família Atividades sociais	Sim	Suporte Social (saúde, bem-estar, qualidade de vida)
UCLA Loneliness Scale	(Pocinho et al., 2010; Russell, 1996)	Isolamento Social Afinidades	Sim	Sentimentos Negativos de Solidão
The Preference for Solitude Scale	(Burger, 1995)	Relacional: se a pessoa se sente relacionada com outras Não -relacional: sentimento de isolamento ou solidão	Não	Solitude (aspecto positivo da solidão)
Medical Outcomes Study Social Support Survey	(Sherbourne & Stewart, 1991)	Interação social: - Emocional; - Percebida; - Afetiva; - Positiva	Não	Suporte social funcional
Social Network Index	(Berkman & Syme, 1979)	Estado Civil Sociabilidade; Filiação a grupos religiosos Participação em organizações	Não	Conexão social
Interpersonal Support Evaluation List (ISEL)	(Cohen & Hoberman, 1983)	Suporte tangível Suporte de avaliação Suporte à autoestima Suporte de pertença	Não	Suporte Social
Duke Social Support Index	(George et al., 1989)	Interação Social Satisfação com suporte social	Não	Níveis individuais de suporte social
Norbeck Social Support Questionnaire	(Norbeck et al., 1981)	Propriedade funcional Propriedade da rede	Não	Suporte Social

A chave para avaliar o IS é observar três características diferentes da pessoa, nomeadamente: a negatividade, a solidão involuntária ou imposta por outros e a diminuição da qualidade e do número de contactos dentro das redes sociais (Biordi & Nicholson, 2014).

Caso o IS seja detetado precocemente, poder-se-á prevenir o aumento da morbilidade e da mortalidade. Contudo, este ainda não é um aspeto avaliado frequentemente no cuidado à pessoa idosa, acabando por passar muitas vezes despercebido. Assim, na avaliação da pessoa idosa deve-se ter em consideração o IS, para que haja melhoria não só do seu bem-estar físico, mas também do bem-estar social (Nicholson, 2012).

Segundo Zavaleta et al. (2014), para medir o IS deve-se ter em conta os seguintes domínios: *externo*, que inclui a frequência do contacto social, a rede de suporte social, a presença de um parceiro de discussão e a reciprocidade e voluntariado; e *interno*, nomeadamente, satisfação com as relações sociais, necessidade de relacionamento, sensação de pertencer à própria comunidade, solidão e confiança.

A avaliação deve incluir os aspetos objetivos/quantitativos das relações, como por exemplo, o tamanho da rede e o estado civil, bem como os aspetos mais subjetivos/qualitativos, como a solidão, suporte social e a perceção da qualidade do relacionamento, uma vez que estes permitem compreender e identificar melhor o risco geral (Holt-Lunstad & Smith, 2016).

A necessidade de reconhecer e prevenir o IS e a solidão tem sido pesquisada em diferentes níveis, com o desenvolvimento de diversos tipos de intervenção, nomeadamente: trabalhar com indivíduos, grupos, serviços, uso de tecnologia, e estruturas sociais (Cotterell et al., 2018; Landeiro et al., 2017).

Na literatura são identificadas intervenções, tanto grupais como individuais. Estas têm como principal objetivo prevenir e mitigar o IS, baseando-se no treino de competências sociais (e.g. estratégias para desenvolver comportamentos sociais), do treino cognitivo social (e.g. sessões de grupo de autogestão), do fornecimento de suporte social adequado (e.g. programas de voluntariado, grupos de apoio pós-luto) e da melhoria da oportunidade de interação social (facultar serviços como transportes, refeições, uso de tecnologia) (Landeiro et al., 2017).

Sem uma avaliação adequada e sensível, as intervenções provavelmente serão incompletas ou até mesmo ineficazes (Nicholson, 2021). Desta forma, Nicholson et al. (2019) construíram um instrumento de avaliação do IS para idosos, o Social Isolation Scale, constituído por duas dimensões: a conexão e o sentimento de pertença.

Para a criação da EIS, o autor baseou-se nos fundamentos teóricos sobre as redes sociais, do Modelo de Adaptação de Roy e do modelo criado por Berkman et al. (2000). Segundo o Modelo de Adaptação de Roy, o IS é um processo, no qual a pessoa não se consegue adaptar e integrar, de forma eficaz, na sociedade, sendo uma dificuldade fora do controlo da própria pessoa (Frederickson, 2000). De acordo com o Modelo de Berkman et al. (2000), o IS pode ser visto de um contexto amplo para um contexto mais reduzido, ou seja, o macrossistema possui mecanismos estruturais sociais que levam à formação de redes sociais, que através de condições psicossociais levam a fatores individuais (microssistema). Assim, a conjugação entre o macrossistema e o microssistema influencia o nível de IS do idoso, particularmente, a conexão e o sentimento de pertença (Nicholson et al., 2019).

Com base na literatura, foi criada a EIS, um questionário que pretende avaliar o IS com precisão na população idosa. Este questionário inclui: o número de contactos mensais face a face, com família, amigos e vizinhos; conexão social; qualidade dos relacionamentos; tempo despendido nas relações familiares, amizade e vizinhança, abrangendo assim quer os aspetos objetivos, quer os subjetivos do IS (Nicholson et al., 2019).

1.3. Redes de Suporte Social

Ao longo da evolução da *espécie*, o ser humano foi sobrevivendo e prosperando quando se encontrava em grupo: em tribo, em casal, em famílias, uma vez que havia proteção e assistência mútua (Cacioppo et al., 2011).

O estudo das redes de suporte social teve origem no campo da antropologia, tendo como base a pesquisa dos laços sociais e do estado de saúde (Wu & Sheng, 2019). Cobb (1976), definiu o suporte social como uma troca de recursos, entre indivíduos, que pretende melhorar o bem-estar do recetor.

Segundo Hunter et al. (2013), a rede de suporte social refere-se à estrutura de relações sociais íntimas que envolvem uma pessoa e as características desses laços, isto é, o número de pessoas que estão disponíveis para a interação diária, mas também em caso de emergência. Para Kelly et al. (2017), o suporte social refere-se à perceção da pessoa relativamente à disponibilidade de ajuda ou apoio das outras pessoas da sua rede social.

O suporte social é um conceito multidimensional que inclui o *suporte estrutural* (características objetivas), isto é, o tamanho da rede, a fonte ou diversidade e a frequência do suporte, e o *suporte funcional* (tipo de recurso e qualidade subjetiva dos relacionamentos), ou seja, emocional, instrumental e financeiro, informativo e de avaliação (Berkman et al., 2000; Cobb, 1976).

O suporte emocional está relacionado com a quantidade de amor, carinho, simpatia, compreensão e/ou estima disponível de outros, sendo na maioria das vezes providenciado pelo cônjuge; o suporte instrumental diz respeito à ajuda, auxílio ou assistência com necessidades concretas, como por exemplo, fazer as compras, telefonar, cozinhar, limpar e gerir o dinheiro; o suporte informativo está ligado ao aconselhamento ou fornecimento de informações no serviço de necessidades particular; e finalmente, o suporte de avaliação é definido como a ajuda na tomada de decisão, através do *feedback* apropriado ou ajuda na decisão, qual quer que seja o curso da ação a tomar. É de salientar que, muitas vezes, o suporte emocional, de avaliação e informativo são difíceis de dissociar e podem ter outras definições, como por exemplo, suporte de autoestima (Berkman et al., 2000; Langford et al., 1997).

Através de diferentes características estruturais e funcionais da rede de suporte, Ali e colegas (2022) identificaram cinco tipos de redes sociais, nomeadamente: grande com esforço; grande sem esforço; pequena diversificada ou de baixo contacto; pequena, restrita ou de elevado contacto; e suporte e tamanho médio. Porém, o mesmo estudo revelou que as características estruturais e funcionais da rede nem sempre se encontram correlacionadas (Ali et al., 2022).

Para Cramer et al. (1997), suporte social distingue-se entre suporte social *percebido*, isto é, o suporte que a pessoa compreende como disponível, caso necessite; e suporte social *recebido*, que se refere àquele suporte obtido por alguém.

O suporte social *percebido* é um preditor significativo de satisfação com a vida e de afeto negativo, enquanto o suporte social *recebido* é um importante preditor, no que diz respeito à satisfação com a vida e à integração familiar, estando associado ao afeto positivo. Ambos são preditores de satisfação com a vida, dado que esta é uma avaliação geral da vida, e, portanto, baseia-se na expectativa de poder contar com alguém, quando necessário (Siedlecki et al., 2014).

Quanto à sua origem, o suporte social pode dividir-se em: *formal* e *informal*. O suporte *formal* refere-se a serviços com natureza burocrática e institucional, sendo um serviço orientado para a resolução de problemas através dos conhecimentos e competências dos profissionais. Relativamente ao suporte *informal*, este refere-se às redes sociais individuais, como por exemplo, a família e amigos, havendo uma proximidade entre a fonte de apoio e quem procura a ajuda, fornecendo um suporte afetivo e emocional, sem qualquer julgamento (Baig & Chang, 2020).

As redes sociais e as atividades representam aspetos estruturais, enquanto o suporte social determina os aspetos funcionais das relações sociais, incluindo: as redes sociais, a atividade e o suporte (Kelly et al., 2017).

De acordo com Berkman et al. (2000), a integração social promove o acesso às redes sociais, incluindo os níveis de recursos sociais, comunidade e família, e define a rede social como a estrutura de relações sociais que envolvem o indivíduo, o que por sua vez facilita o envolvimento em atividades sociais e o acesso ao suporte social.

A rede social apresenta diversas características, nomeadamente, intervalo ou tamanho (número de membros da rede), densidade (extensão em que os membros estão ligados entre si), limite (grau em que são definidos com base em estruturas do grupo, como por exemplo, familiares, trabalho e vizinhança) e, por fim, homogeneidade (semelhança entre os membros) (Berkman et al., 2000).

Relativamente à estrutura da rede, as características dos laços individuais incluem: a frequência do contacto, ou seja, o número de contactos cara a cara, por meio de tecnologia de informação e comunicação ou por correio; a pluralidade, isto é, o número de tipos de combinações ou suporte que derivam de um conjunto de laços; a duração,

que corresponde ao tempo que o indivíduo conhece o outro; e, por fim, a reciprocidade, quer dizer até que ponto as trocas são semelhantes e mútuas (Berkman et al., 2000).

As tipologias das redes baseiam-se em diversas variáveis da rede, como os tipos de laços e outras características morfológicas (tamanho, densidade e composição) e transacionais (contactos, participação social e envolvimento). Porém, a posição dos laços familiares é fundamental, nomeadamente, a conjugalidade ou o estado civil (Guadalupe & Vicente, 2020).

O tipo de rede baseado na família apresenta diferentes níveis de intensidade relacional, nomeadamente, dependentes da família, família intensiva, família alargada, estreito foco na família, família não restrita ou não familiar, focado no casal e casado/ cohabitante. Por outro lado, os laços de amizade também são determinantes na construção da tipologia da rede, havendo uma associação entre a diversificação das relações interpessoais e os recursos de troca (Guadalupe & Vicente, 2020).

Tendo por base a composição e o tamanho da rede, são definidos dois tipos de rede: *diversificadas* e *restritas*. Estes estão associados a diferentes características do suporte social, nomeadamente, redes *diversificadas* com indivíduos envolvidos com uma vasta quantidade e variedade de laços sociais, oferecendo maior suporte, frequência de contacto, atividades sociais e bem estar; e, por outro lado, redes *restritas*, associadas a níveis mais baixos de relacionamentos, e, conseqüentemente, maior risco de IS (Guadalupe & Vicente, 2020).

Tendo por base a relação do idoso com a rede de suporte, Wenger (1991) identificou cinco tipos de rede de suporte: dependente da família, localmente integrada, local autossuficiente, amplo foco na comunidade e privada de suporte restrito.

A rede de suporte *dependente da família* refere-se aos laços de parentesco próximos, aos relacionamentos familiares próximos, e aos amigos e vizinhos mais próximos. A *localmente integrada* engloba relacionamentos próximos com família, amigos e vizinhos, normalmente, com base na residência a longo prazo e envolvimento ativo na comunidade. A *local autossuficiente*, normalmente, possui relacionamentos à distância ou contactos pouco frequentes, por exemplo, irmãos ou sobrinhos, depositando maior confiança na vizinhança. O *amplo foco na comunidade* caracteriza-se por relacionamentos

ativos com familiares distantes e pelo envolvimento em organizações voluntárias da comunidade. Por último, a *privada de suporte restrito* relaciona-se à ausência de familiares locais (à exceção de alguns casos, como por exemplo, o cônjuge), ao contacto mínimo com vizinhos e à falta de contactos ou envolvimento na comunidade, de uma forma mais abrangente (Wenger, 1991).

As principais funções da rede de suporte social são: fornecer apoio emocional e recursos (materiais, serviços e informações), manter a identidade social, estabelecer novos contactos sociais, permitir que a pessoa se sinta valorizada e reconhecida pelos que a rodeiam e garantir que a pessoa pertence a uma determinada rede. Contudo, estas dependem das necessidades de cada pessoa e são importantes na velhice, pois facilitam a adaptação do idoso às alterações físicas e sociais que advêm do curso de vida (Rinco et al., 2012).

Os relacionamentos não são todos de igual valor para a pessoa. Assim, a pessoa reserva um determinado tempo para a rede social, de forma a maximizar os diversos benefícios que os diferentes membros da rede podem fornecer. Esta dinâmica acaba por criar uma impressão digital social específica, que é única de cada pessoa (Bzdok & Dunbar, 2020).

As relações sociais de qualidade contribuem para uma boa saúde, por outro lado, as pessoas que não possuem conexões sociais relatam sentimentos de solidão e apresentam maiores níveis de declínio cognitivo, depressão, morbilidade e mortalidade (Meeker et al., 2021).

A rede familiar é o centro de todo o suporte recebido e prestado. Porém, o facto de muitas vezes este suporte ser “imposto”, pode implicar efeitos complexos, nem sempre positivos, na qualidade de vida dos idosos (Paúl, 2005). Apesar das redes sociais poderem envolver conflitos, estas estão associadas a vários benefícios, nomeadamente: satisfação com a vida, bem-estar e boa condição de saúde (Guadalupe & Vicente, 2020).

A qualidade de vida dos idosos é muitas vezes condicionada: pela limitação da participação social, nomeadamente, pouco contacto com amigos e familiares, não pertencer a organizações sociais e abstenção de atividades sociais; por uma rede social reduzida ou homogénea, centrada no parceiro ou na família; e por falta de suporte social durante a doença ou incapacidade (Moreno-Tamayo et al., 2020).

A falta de suporte social e a solidão apresentam um impacto negativo na saúde física e mental. Desta forma, é fundamental avaliar ambos os conceitos nos idosos, de forma a identificar atempadamente o IS (Tomás et al., 2019).

1.4. Isolamento Social e Redes de Suporte Social

O IS e a solidão são determinantes no envelhecimento saudável e na longevidade (Chan et al., 2020). Para os idosos, manter relações sociais e estar conectado socialmente, é fundamental para a sua saúde, qualidade de vida e bem-estar (Czaja et al., 2018).

As pesquisas realizadas demonstram que a solidão é a avaliação subjetiva da rede, particularmente, a sensação de solidão, a qualidade da rede social e o suporte social, enquanto o IS é a experiência objetiva de ter redes insuficientes, sejam estas medidas pelo tamanho, diversidade ou frequência do contacto (Child & Lawton, 2019). O suporte social é considerado um fator protetor para o IS (Chan et al., 2020).

A satisfação dos idosos, relativamente à sua rede social de suporte, está diretamente ligada aos sentimentos de solidão e isolamento, havendo uma relação entre o tamanho da rede social e a presença de sentimentos de solidão (Kemperman et al., 2019). A diminuição do tamanho da rede social é, frequentemente, resultado de condições de limitação das competências comunicativas dos idosos, como por exemplo, perda da acuidade auditiva, afasia e/ou perturbações motoras da fala (Meeker et al., 2021).

O IS involuntário, isto é, quando é imposto por determinadas situações da vida, como por exemplo, a morte dos entes queridos, a mudança da família para outra área de residência e a dificuldade de locomoção, pode levar ao esgotamento das redes sociais de suporte e, conseqüentemente, ao isolamento (Flaskerud, 2020).

As transições de vida podem prejudicar a capacidade de os idosos manterem as suas redes sociais, nomeadamente, a diminuição do envolvimento em atividades sociais, que resultam em solidão e isolamento. Porém, estes sentimentos de solidão e isolamento oscilam ao longo da idade adulta (Child & Lawton, 2019).

As pessoas com uma rede social menor possuem mais probabilidade de se sentirem solitárias do que as que têm uma grande rede social. Por outro lado, a composição da

rede social também é um fator preditor de solidão. Quando a rede de suporte depende da família, isto é, laços familiares próximos com poucos amigos ou vizinhos, e a rede de suporte privada é restrita, ou seja, sem familiares próximos, poucos amigos, e o nível de envolvimento na comunidade é baixo, maior é o risco da pessoa se sentir sozinha. Contudo, um menor número de interações sociais não significa, obrigatoriamente, que o idoso se sinta sozinho ou menos satisfeito com a sua rede social (Kemperman et al., 2019).

A interação com uma rede de suporte social está relacionada com um vasto conjunto de resultados na saúde das pessoas idosas, isto é, a quantidade e a qualidade da rede de suporte social pode influenciar a saúde de forma diferente (Hunter et al., 2013), nomeadamente, a nível físico, cognitivo, mental e social (Wu & Sheng, 2019).

A privação social apresenta um impacto na arquitetura neurobiológica e na organização funcional dos idosos. Por outro lado, a perda de competências sociais e cognitivas levam a consequências significativas para a saúde. Assim, o idoso menos envolvido socialmente, apresenta maior risco de desenvolver um comportamento antissocial, e consequentemente, tornar-se socialmente isolado (Bzdok & Dunbar, 2020).

Os diferentes aspetos das relações sociais, isto é, a atividade social e o suporte social, têm um impacto no funcionamento cognitivo dos idosos saudáveis, embora ainda não seja clara a natureza desta associação (Kelly et al., 2017). O IS apresenta diversos riscos para a saúde, como por exemplo, declínio cognitivo, que pode estar associado à quantidade e qualidade das relações sociais, ou seja, quanto mais relações sociais e de melhor qualidade, menor são os riscos para a saúde, e quanto menor for o número das relações sociais e de pior qualidade, maior é a probabilidade de desenvolver problemas de saúde (Holt-Lunstad & Smith, 2016).

Os sentimentos de solidão e IS são reflexo da rede pessoal de uma pessoa, isto é, a disponibilidade de amigos e familiares para prestar suporte social e instrumental são preditores de saúde mental e de bem-estar subjetivo. Estes têm influência negativa tanto a nível físico, como mental, devido ao stress prolongado, ansiedade e falta da perceção de suporte. Em contrapartida, as pessoas que estão socialmente integradas possuem melhores resultados a nível do estado de saúde (Child & Lawton, 2019).

O tipo de rede é considerado um bom preditor de suporte social, autonomia e/ou independência, saúde, bem-estar, envolvimento em atividades sociais, participação comunitária, depressão e risco de IS (Guadalupe & Vicente, 2020).

A situação em que a pessoa habita pode influenciar fortemente o suporte social nos idosos uma vez que os idosos que moram sozinhos estão associados a um menor suporte social, nomeadamente, menor apoio nas deslocações às consultas médicas, na compreensão dos problemas da vida quotidiana, no desempenho nas Atividades de Vida Diária (AVD) quando se encontram doentes e nos medos (Chan, et al., 2020).

Os contactos com a vizinhança são importantes para estimular a inclusão social, o apego ao local e a satisfação social, dado que os idosos passam mais tempo com a vizinhança e no mesmo ambiente (Kemperman et al., 2019).

A vizinhança pode ser particularmente importante para os idosos, uma vez que estão geograficamente mais próximos uns dos outros no dia-a-dia e passam muito tempo na comunidade, reduzindo assim, o risco de IS. Assim, a rede familiar deixa de ser o papel central e as redes de amizade desempenham um papel essencial, promovendo as práticas de saúde, de autoeficácia e de envelhecimento saudável, uma vez que os idosos confiam nos amigos, porque partilham hábitos, interesses e valores semelhantes (Wu & Sheng, 2019).

Relativamente ao ambiente onde os idosos vivem, a segurança da vizinhança é considerada um importante fator preditor para a satisfação com a rede social de suporte (Kemperman et al., 2019).

A perceção da própria rede de suporte, nomeadamente, a satisfação com o número de contactos disponíveis para atividades sociais, está relacionado com momentos de solidão e isolamento, podendo ser um preditor de solidão ao longo do curso de vida (Child & Lawton, 2019).

O pobre suporte social está associado à idade avançada, à baixa escolaridade, ao ser solteiro, ao viver sozinho, à presença de artrite reumatoide, a limitações físicas, a sintomas depressivos e ansiosos, a baixos níveis de atividade física, ao ser fumador e à baixa participação em atividades sociais (Chan et al., 2020).

A mobilidade é importante porque permite ao idoso aceder às interações sociais que são fundamentais para o bem-estar social e emocional (Kemperman et al., 2019). Quando os idosos se envolvem ativamente em atividades sociais, poderão atenuar o impacto: das limitações das atividades de vida diárias, dos sintomas depressivos e do declínio cognitivo, diminuindo a probabilidade de se tornarem socialmente isolados (Mehrabi & Béland, 2021).

Os idosos podem sofrer de solidão e IS devido a mudanças nas suas situações financeiras, estrutura familiar ou modificações de vida, como por exemplo, viver sozinho. Porém, o uso de telefone ou das redes sociais pode aprimorar e expandir as redes dos mais velhos, bem como promover interações intergeracionais com as suas famílias, melhorando a coesão emocional e, conseqüentemente, mitigando os sintomas depressivos (Wu & Chiou, 2020).

Porém, a utilização das redes sociais não reúne consenso entre os investigadores. Os estudos demonstram que quanto mais as pessoas estão envolvidas com as redes sociais, como por exemplo, Facebook, Instagram e Twitter, menos suporte social têm, isto é, menos contacto humano, levando a que fiquem mais sós e isoladas (Flaskerud, 2020).

O acesso à tecnologia e à internet oferece oportunidades para reduzir o risco de IS e solidão, entre os mais velhos, particularmente daqueles que vivem em áreas rurais ou que possuem limitações de mobilidade. Porém, isso não significa que a tecnologia possa substituir o contacto humano, mas sim aumentar as oportunidades de os idosos permanecerem conectados (Czaja et al., 2018).

A participação e integração social dos idosos são aspetos importantes para o envelhecimento saudável, uma vez que estão relacionados com uma melhor qualidade de vida, havendo cada vez mais o interesse nos aspetos subjetivos desta, nomeadamente, o bem-estar, a felicidade e a satisfação social (Kemperman et al., 2019).

Cada pessoa deve investir na sua rede de suporte social e em relações significativas, de forma afetiva e solidária, pois esta integra um capital decisivo ao longo da vida e também durante o processo de envelhecimento (Paúl, 2005). A qualidade das relações bem como as experiências subjetivas, na vida adulta, são fundamentais para manter uma atitude mais positiva em relação ao processo de envelhecimento (Lamont et al., 2017).

O IS pode ser uma consequência do aspeto estrutural das redes sociais, nomeadamente, o tamanho, a fonte e o suporte, sendo um fator de risco para os idosos, uma vez que implica resultados negativos ao nível da saúde e bem-estar (Medvene et al., 2016).

Em suma, pode-se compreender que quanto maior for a rede social de suporte, menor é a probabilidade de o idoso sofrer de solidão e IS. Por outro lado, uma boa participação social está fortemente relacionada com a diminuição da solidão e do IS. Assim, é fundamental compreender as relações sociais para se reduzir a taxa de solidão e isolamento ao longo da vida e, conseqüentemente, promover o envelhecimento saudável (Child & Lawton, 2019).

CAPÍTULO II – METODOLOGIA

2.1. Objetivo do Estudo

Os objetivos do estudo são analisar a confiabilidade interobservadores da Escala de Isolamento Social, analisar a relação entre o isolamento social e a satisfação com as redes de suporte social, caracterizar o isolamento social das pessoas idosas a residir na comunidade e analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (sexo, idade, tipo e área de residência, estado civil, situação socioeconómica, escolaridade, agregado familiar, situação profissional, entre outras), o isolamento social e a satisfação com as redes de suporte social.

2.2. Método

2.2.1. Apresentação do design de investigação escolhido e respetiva justificação

O presente estudo, quantitativo do tipo descritivo-correlacional, encontra-se integrado no projeto intitulado: “Isolamento Social das pessoas idosas residentes na comunidade”.

Neste estudo quantitativo pretende-se, primeiramente, analisar a validade convergente entre o IS e a satisfação com as redes de suporte social, tendo por base o conceito definido por Nicholson e colegas (2019) e, posteriormente, verificar a confiabilidade interobservadores. Segundo Heale e Twycross (2015), a validade é definida como a medida em que um determinado conceito é mensurado com precisão e a confiabilidade refere-se à consistência do instrumento.

Relativamente à confiabilidade, neste estudo será verificada a confiabilidade interobservadores, para perceber se há ou não consistência entre os avaliadores, independentemente do resultado obtido. A equivalência é avaliada através da confiabilidade interobservadores, permitindo determinar quantitativamente o nível de concordância entre um ou mais observadores (Heale & Twycross, 2015).

2.2.2. Contexto, amostra /participantes e critérios de inclusão e exclusão do estudo

A população do presente estudo são pessoas com 65 ou mais anos residentes na comunidade, selecionadas através de uma técnica de amostragem não probabilística, nomeadamente, amostragem de conveniência. Tendo em consideração que este estudo integra um projeto de processo de validação da EIS, foi estabelecido um mínimo de 200 participantes para a realização da análise fatorial confirmatória (Silva, 2022).

Kyriazos (2018) sugere que qualquer $n > 200$ mostra poder estatístico adequado para a análise de dados. Uma vez que a análise fatorial é um método baseado em coeficientes de correlação, é fundamental uma amostra robusta para que as correlações desta sejam mais válidas.

Os participantes foram selecionados de acordo com os seguintes critérios, de inclusão: i) pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com capacidade para compreender e interpretar as questões do questionário e que se encontrem a residir na comunidade; e de exclusão: i) pessoas institucionalizadas (ERPI ou centro de dia), ii) MiniCog com resultado positivo para défice cognitivo ou história de demência (confirmada pela história clínica e/ou familiar) e iii) pessoas que recusem participar no estudo.

2.2.3. Instrumentos

Para a recolha dos dados foi elaborado um questionário constituído por três partes (Anexo A).

A primeira parte consiste num instrumento breve e eficaz, o Mini-cog, que avalia a existência de défice cognitivo, através da combinação de tarefas (recordar três palavras e desenhar um relógio). Este instrumento foi desenvolvido por Borson e colaboradores (2000) e posteriormente traduzido pelos mesmos em diversas línguas. Assim, pela execução incorreta de ambas as tarefas, por cada palavra recordada corretamente e pelo relógio desenhado de forma correta, são atribuídos zero, um ou dois pontos, respetivamente (Borson et al., 2000, 2003; Scanlan & Borson, 2001). A pontuação varia entre zero e cinco pontos, pontuando-se do seguinte modo: negativo para défice cognitivo, se três palavras recordadas ou uma ou duas palavras recordadas e relógio correto; e positivo para défice cognitivo, se uma ou duas palavras recordadas, mas relógio incorreto ou nenhuma palavra recordada (McCarten et al., 2012).

A segunda parte refere-se ao questionário sociodemográfico, nomeadamente, género, idade, área de residência, onde vive (vivenda/moradia, apartamento ou outro), estado civil, rendimento do agregado familiar, escolaridade, com quem vive, número de filhos, situação profissional, possuir carta de condução, ter animais de companhia e uso de tecnologia. No final desta parte foi integrada uma questão que pretende avaliar a solidão:

“Costuma sentir-se só?”, a qual possui quatro possibilidades de resposta (sempre, muitas vezes, algumas vezes e nunca).

A terceira parte é composta por dois instrumentos de avaliação:

- 1- Escala de Isolamento Social (EIS): Este instrumento é constituído por seis questões que avaliam o IS das pessoas idosas. Quanto mais baixo o *score*, menor o risco de IS. Os resultados de validação na versão original demonstram um modelo fatorial (CFI = 0,997, RMSEA = 0,038), constituído por duas dimensões - conexão e pertença. A consistência interna foi considerada boa (Alpha de Cronback = 0,77) (Nicholson et al., 2019).

A escala foi traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa, apresentando índice de validade de conteúdo considerados excelentes (Tavares et al., 2020). O processo de validade, através da análise fatorial confirmatória demonstrou um modelo com dois fatores, sendo os índices de ajuste adequado ($\chi^2(7) = 12,489$; $p = 0,086$; CFI=0,961, NF=0,919, TLI=0,916, GFI=0,981, RMSEA = 0,056 (CI: 0,00-0,106), $p = 0,364$; SRMS=0,058, AIC=40,489 e BIC =89,79 (Silva, 2022). A consistência interna, foi avaliada através da confiabilidade composta, sendo os valores de 0,708; 0,6 e 0,54 para a EIS total, e subescalas “Conexão” e “Pertença”, respetivamente.

- 2- Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS): foi validada para a população portuguesa por Pais-Ribeiro (1999). Esta avalia a satisfação com as redes de suporte, num total de 15 questões, distribuídas por quatro fatores: satisfação com os amigos (SA) (cinco itens – 3, 12, 13, 14 e 15), intimidade (IN) (quatro itens – 1, 4, 5 e 6), satisfação com a família (SF) (três itens – 9, 10 e 11) e atividades sociais (AS) (três itens – 2, 7 e 8). É uma escala com cinco respostas possíveis: “concordo totalmente”, “concordo na maior parte”, “não concordo nem discordo”, “discordo na maior parte” e “discordo totalmente”, às quais a pontuação varia entre um e cinco pontos, respetivamente. Assim, a pontuação total da escala resulta da soma da totalidade dos itens, variando entre 15 e 75, sendo que quanto maior a pontuação, maior é a perceção de suporte social. Para além da pontuação total da escala, é possível calcular a pontuação de cada fator, sendo que as pontuações máximas de cada diferem em função do número de itens que os compõem, nomeadamente: satisfação com os

amigos (máximo de 25 pontos), intimidade (máximo de 20 pontos), satisfação com a família (máximo de 15 pontos) e atividades sociais (máximo de 15 pontos). Os valores de consistência interna apresentaram valores entre 0,64 e 0,83, nestas subescalas, e um valor de 0,85 para a escala total. Dos dados de validade concorrente e discriminante o autor conclui ter “encontrado valores que confirmam a validade da escala para avaliar a percepção de suporte social em contextos de saúde” (Pais-Ribeiro, 1999, p.547).

2.2.4. Procedimentos

O presente estudo encontra-se integrado num projeto mais abrangente, intitulado “Isolamento Social das pessoas idosas a residir na comunidade”, numa colaboração entre a Escola Superior de Educação de Coimbra e a Universidade de Aveiro. O processo de recolha de dados decorreu entre os meses de outubro de 2021 e março de 2022, por cinco investigadores com treino.

O presente estudo contou com a participação de pessoas da comunidade e conhecidos dos investigadores, ou das suas freguesias limítrofes. Por outro lado, foi pedida colaboração a várias entidades comunitárias, nomeadamente, autarquias, associações culturais e recreativas e universidades sénior. Desta forma, foram identificadas as pessoas com critérios para participar no estudo, contactadas, explicitaram-se os objetivos do estudo e, por fim, foi agendada uma data para se proceder à recolha dos dados, consoante a disponibilidade dos intervenientes. Inicialmente, os participantes foram informados não só dos objetivos e procedimentos do estudo, mas também foi referido que a sua participação era voluntária, anónima, e que poderia ser interrompida a qualquer momento. Posto isto, os participantes assinaram um consentimento informado (ANEXO B) e o investigador administrou o instrumento de rastreio cognitivo (Mini-Cog), de forma a avaliar o cumprimento dos critérios de inclusão para o estudo. Caso não fossem satisfeitos os critérios de inclusão, era dada por terminada a avaliação e agradecia-se a colaboração do inquirido. Assim, nesta primeira fase foram excluídos 12 participantes.

Feito o rastreio cognitivo, o investigador prosseguiu para a recolha dos restantes dados: dados sociodemográficos, escala de isolamento social e escala de satisfação com o suporte social. Para concluir o preenchimento do questionário, o investigador agradeceu a disponibilidade e participação dos participantes.

O tempo médio de recolha de dados foi de aproximadamente 18 minutos, tendo sido recolhidos por heteropreenchimento (63,5%) e autopreenchimento (34,7%).

2.2.5. Análise de Dados

Relativamente à análise dos dados, a caracterização da amostra foi realizada através da análise descritiva dos dados, mediante os valores médios e respetivos desvios-padrão, máximos e mínimos, frequências e percentagem, das variáveis em estudo. Assim, foram analisadas as diversas variáveis sociodemográficas, bem como os instrumentos que constituem o questionário, nomeadamente, a EIS e a ESSS.

A confiabilidade interobservadores foi verificada através do cálculo do coeficiente de Kappa de Cohen (K), de forma a averiguar a concordância entre os investigadores. Segundo Cohen (1960, p. 38), para o coeficiente de Kappa de Cohen ser calculado deverá apresentar os seguintes pressupostos básicos: “as unidades em análise são independentes; as categorias da escala nominal são independentes, mutuamente exclusivas e exaustivas; e os juízes atuam independentemente”.

Esta medida apresenta valores entre -1 e 1, na qual 1 significa concordância perfeita e -1 uma discordância perfeita. O valor de zero verifica-se quando a concordância observada e a esperada é exatamente igual, devido ao acaso (Cohen, 1960). Os valores de k podem ser interpretados de diversas formas. Assim, Landis e Koch (1977) propõem que a concordância entre os observadores pode ser: pobre ($k < 0$), fraca ($0,00 < K < 0,20$), considerável ($0,21 < K < 0,40$), moderada ($0,41 < K < 0,60$), substancial ($0,61 < K < 0,80$), e quase perfeita ($0,81 < K < 1$).

Para a estatística inferencial, entre as variáveis sociodemográficas, EIS e ESSS, foram aplicados os testes de hipóteses de Teste U de Mann-Whitney ou H de Kruskal-Wallis, uma vez que os pressupostos de normalidade não se encontravam assegurados. Para a análise das variáveis contínuas (e.g. idade, anos de educação formal e número de filhos) e correlacionar a EIS e a ESSS, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman (r_s), com resultados que variam entre -1 e 1.

A análise dos dados foi realizada através do programa IBM SPSS Statistics, versão 26 e foram considerados significativos os resultados com $p < 0,05$.

2.3. Considerações éticas

O estudo foi aprovado pela comissão de ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, com o parecer N.º 711/09-2020.

No decorrer do estudo foi garantida a confidencialidade e a participação voluntária dos participantes, tendo sido solicitada a cada participante a assinatura do consentimento informado.

No final do processo, os dados foram transcritos para a base de dados, através de um código, para que ninguém pudesse identificar os participantes, assegurando-se assim o anonimato. Apenas a equipa de investigadores teve acesso à base de dados.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

3.1. Apresentação dos Resultados

Neste subcapítulo serão apresentados os resultados obtidos no presente estudo, nomeadamente, a caracterização da amostra, tendo por base as suas características sociodemográficas, os resultados da confiabilidade interobservadores, os resultados da aplicação da EIS e da ESSS e a análise da correlação entre as variáveis em estudo.

3.1.1. Caracterização da amostra

Dos 262 participantes iniciais, 12 foram excluídos por apresentarem resultado positivo para défice cognitivo no instrumento de rastreio (Mini-Cog). Desta forma, a amostra final foi constituída por 250 indivíduos, 170 do género feminino (68,8%) e 80 do género masculino (32,0%), com uma média de idades de $73,928 \pm 6,38$ anos, variando de 65 a 93 anos (cf. Tabela 3).

A maioria dos participantes ($n=154$, 61,6%) reside em área rural, seguida de área suburbana ($n=68$, 27,2%) e área urbana ($n=28$, 11,2%). Relativamente ao local de residência, 220 dos inquiridos (88%) moram numa vivenda ou moradia, enquanto apenas 30 (12%) vivem em apartamento.

Em relação ao estado civil, 164 (65,6%) encontram-se casados ou a viver em união de facto, 69 (27,6%) são viúvos, 9 (3,6%) estão separados ou divorciados e 8 (3,2%) são solteiros. A maioria vive em casal ($n=149$, 59,6%), seguidos dos que vivem sozinhos ($n=57$, 22,8%), com a família alargada ($n=43$, 17,2%) e em outra situação ($n=1$, 0,4%). No que diz respeito ao número de filhos, a média é de $2,196 \pm 1,46$, sendo que a variável varia entre 0 e 12 filhos.

Relativamente aos anos de educação formal, a amostra apresentou uma média de $5,312 \pm 3,36$ anos de escolaridade (mínimo de 0 e máximo de 20 anos). Na situação profissional, foram identificados três grupos: aposentado ou pensionista ($n= 232$, 92,8%), empregado(a) ($n=14$, 5,6%) e desempregado(a) ($n=4$, 1,6%). Quando questionados acerca do rendimento do agregado familiar ao final do mês, 123 participantes (49,2%) referiram que sobra algum dinheiro, 115 (46,0%) mencionaram que é mesmo à justa para as necessidades e 12 (4,8%) assinalaram que não chega para as necessidades.

Verificou-se que 159 inquiridos (63,6%) tinham carta de condução e 91 (36,4%) não tinham. Dos 159 participantes que possuíam carta de condução, 137 (86,2%) referiram

que ainda conduzem na atualidade e 22 (13,8%) relataram que, atualmente, já não conduzem.

Tabela 3*Variáveis Sociodemográficas da amostra*

Variável	n(%)		
Género			
Masculino	80 (32,0%)		
Feminino	170 (68,0%)		
Área de Residência			
Rural	154 (61,6%)		
Suburbana	68 (27,2%)		
Urbana	28 (11,2%)		
Local onde vive			
Vivenda/Moradia	220 (88,0%)		
Apartamento	30 (12,0%)		
Estado Civil			
Casado (a)/ União de Facto	164 (65,6%)		
Separado(a)/ Divorciado (a)	9 (3,6%)		
Solteiro (a)	8 (3,2%)		
Viúvo (a)	69 (27,6%)		
Rendimento Agregado Familiar			
Não chega para as necessidades	12 (4,8%)		
É mesmo à justa para as necessidades	115 (46,0%)		
Sobra algum dinheiro	123 (49,2%)		
Com quem vive			
Em casal	149 (59,6%)		
Com a família alargada	43 (17,2%)		
Sozinho	57 (22,8%)		
Outra situação	1 (0,4%)		
Situação Profissional			
Desempregado (a)	4 (1,6%)		
Empregado(a)	14 (5,6%)		
Aposentado /Pensionista	232 (92,8%)		
Carta de Condução			
Sim	159 (63,6%)		
Não	91 (36,4%)		
Ainda consegue conduzir*			
Sim	137 (86,2%)		
Não	22 (13,8%)		
Animais de companhia			
Sim	130 (52,0%)		
Não	120 (48,0%)		
Usa tecnologia e/ou redes sociais			
Sim	159 (63,6%)		
Não	91 (36,4%)		
Variáveis contínuas	(M±Dp)	Máx.	Min.
Idade	73,928 (±6,38)	93	65
Anos Educação Formal	5,312 (± 3,36)	20	0
Número de Filhos	2,196 (± 1,46)	12	0

No que concerne a animais de companhia, 130 (52%) reportaram ter, enquanto 120 (48%) não têm. A maioria referiu que usava tecnologias e/ou redes sociais (n=159, 63,6%), enquanto 91 (48%) não usa (Tabela 3).

Quando questionados “Costuma sentir-se só?”, os participantes referiram nunca (n= 132, 52,8%), algumas vezes (n= 88,35,2%), muitas vezes (n=22, 8,8%) e sempre (n=8, 3,2%).

3.1.2. Resultados da confiabilidade do instrumento

Da avaliação interavaliadores evidenciou-se uma concordância perfeita nos itens 1,2,4 e 5 ($K=1$; $p<0,01$, $C=100\%$). Dois itens (3 e 6) apresentavam uma concordância quase perfeita entre os avaliadores ($K= 0,936$; $p<0,01$, $C=95,2\%$ e $97,5\%$, respetivamente) (Tabela 4).

3.1.3. Resultados da Escala de Isolamento Social

Analisando os resultados obtidos em relação às diferenças e correlações entre variáveis sociodemográficas e EIS, EIS Conexão e EIS Pertença, observem-se os valores apresentados na Tabela 5.

A EIS apresentou uma média de 24,50 (variando entre 15 e 30). Os valores médios das dimensões da escala, “conexão” e “sentimento de pertença” foram 11,89 e 12,61, respetivamente, não se verificando a existência de participantes em risco de isolamento social.

Da análise das variáveis sociodemográficas e a escala e subescalas do isolamento social, observou-se que as pessoas idosas com carta de condução apresentam menor risco de isolamento social do que os não possuem ($24,81\pm 3,63$ vs $23,89\pm 3,27$ e $12,11\pm 2,39$ vs $11,46\pm 2,27$, respetivamente). Igualmente, as pessoas idosas empregadas ($13,00\pm 1,24$) e os aposentados/pensionistas ($11,85\pm 2,39$) apresentaram menor risco de isolamento social (global e na dimensão conexão), comparativamente com os desempregados ($9,50\pm 1,73$) (Tabela 5). Por último, quanto ao uso de tecnologia e/ou redes sociais, os dados evidenciaram diferenças estatisticamente significativas com EIS e EIS Conexão, em que as pessoas que utilizam tecnologia e/ou redes sociais ($24,91\pm 3,34$ e $12,32\pm 2,17$), apresentam menor risco de estar socialmente isolados, do que os não usam ($23,71\pm 3,72$ e $11,10\pm 2,50$).

Tabela 4

Confiabilidade Interobservadores da EIS n=41

Itens EIS	Observador 1 (n,%)					Observador 2 (n,%)					K	p	C (%)
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5			
1	-	-	-	7 (17,1%)	34 (82,9%)	-	-	-	7 (17,1%)	34 (82,9%)	1	<0,01	100
2	-	-	2 (4,9%)	5 (12,2%)	34 (82,9%)	-	-	2 (4,9%)	5 (12,2%)	34 (82,9%)	1	<0,01	100
3	3 (7,3%)	6 (14,6%)	12 (29,3%)	13 (31,7%)	7 (17,1%)	4 (9,8%)	5 (12,2%)	13 (31,7%)	12 (29,3%)	7 (17,1%)	0,936	<0,01	95,2
4	-	1 (2,4%)	1 (2,4%)	6 (14,6%)	33 (80,5%)	-	1 (2,4%)	1 (2,4%)	6 (14,6%)	33 (80,5%)	1	<0,01	100
5*	-	1 (2,4%)	1 (2,4%)	4 (9,8%)	35 (85,4%)	-	1 (2,4%)	1 (2,4%)	4 (9,8%)	35 (85,4%)	1	<0,01	100
6	1 (2,4%)	10 (24,4%)	20 (48,8%)	4 (9,8%)	6 (14,6%)	1 (2,4%)	11 (26,8%)	20 (48,8%)	3 (7,3%)	6 (14,6%)	0,936	<0,01	97,5

Nota. * item invertido; K= kappa de Cohen; C = concordância

Tabela 5*Diferenças estatísticas e Correlação entre variáveis sociodemográficas e EIS, EIS Conexão e EIS Pertença*

Variáveis sociodemográficas	EIS		EIS Conexão		EIS Pertença	
	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico
Género						
Masculino	24,49±3,70	U=6584,00	11,81±2,48	U=6676,50	12,68±1,99	U=6658,00
Feminino	24,47±3,45	$p=0,739$	11,90±2,32	$p=0,874$	12,56±2,16	$p=0,845$
Área de Residência						
Rural	24,64±3,44	H=0,918	12,07±2,21	H=2,109	12,57±2,12	H=0,124
Suburbana	24,24±3,36	$p=0,632$	11,60±2,44	$p=0,248$	12,63±2,04	$p=0,940$
Urbana	24,11±4,41		11,44±2,91		12,67±2,24	
Local onde vive						
Vivenda/Moradia	24,60±3,40	U=2714,50	11,98±2,23	U=2720,00	12,62±2,09	U=3023,00
Apartamento	23,52±4,27	$p=0,190$	11,10±3,13	$p=0,193$	12,41±2,21	$p=0,642$
Estado Civil						
Casado (a)/ União de Facto	24,60±3,54		11,99±2,40		12,60±2,08	
Separado(a)/ Divorciado (a)/	22,65±3,86	H=4,745	10,94±2,38	H=3,286	11,71±2,49	H=3,126
Solteiro (a)		$p=0,093$		$p=0,193$		$p=0,210$
Viúvo (a)	24,63±3,32		11,82±2,27		12,81±2,02	
Rendimento Agregado Familiar						
Não chega para as necessidades	24,33±3,42	H=2,695	11,91±2,43	H=1,505	12,42±2,47	H=1,958
É mesmo à justa para as	24,08±3,59	$p=0,260$	11,70±2,29	$p=0,471$	12,38±2,23	$p=0,376$
necessidades	24,85±3,46		12,03±2,43		12,03±1,93	
Sobra algum dinheiro						
Com quem vive*						
Em casal	24,52±3,56	H=0,218	12,03±2,37	H=2,037	12,50±2,09	H=2,395
Com a família alargada	24,54±3,28	$p=0,897$	11,56±2,44	$p=0,361$	12,98±2,17	$p=0,302$
Sozinho	24,30±3,65		11,72±2,29		12,58±2,08	

Variáveis sociodemográficas	EIS		EIS Conexão		EIS Pertença	
	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico
Situação Profissional						
Desempregado (a)	21,50±2,08	H=5,607	9,50±1,73	H=7,258	12,00±2,45	H=0,922
Empregado(a)	25,86±2,66	$p=0,061$	13,00±1,24	$p=0,027$	12,86±2,48	$p=0,631$
Aposentado /Pensionista	24,44±3,56		11,85±2,39		12,59±2,08	
Carta de Condução						
Sim	24,81±3,63	U=5905,50	12,11±2,39	U=5919,00	12,70±2,06	U=6660,00
Não	23,89±3,27	$p=0,019$	11,46±2,27	$p=0,019$	12,43±2,17	$p=0,327$
Ainda consegue conduzir**						
Sim	24,93±3,60	U= 1273,00	12,20±2,34	U=1315,00	12,73±2,04	U=1420,50
Não	24,09±3,79	$p=0,261$	11,59±2,70	$p=0,358$	12,50±2,24	$p=0,700$
Animais de companhia						
Sim	24,47±3,58	U=7670,50	11,97±2,34	U=7404,50	12,50±2,27	U=7477,00
Não	24,48±3,48	$p=0,909$	11,77±2,40	$p=0,557$	12,70±1,97	$p=0,645$
Usa tecnologia e/ou redes sociais						
Sim	24,91±3,34	U=5737,00	12,32±2,17	U=5141,00	12,59±2,05	U=7051,50
Não	23,71±3,72	$p=0,008$	11,10±2,50	$p<0,001$	12,60±2,21	$p=0,799$
	Coefficiente de correlação		Coefficiente de correlação		Coefficiente de correlação	
Idade	$r_s = -0,012; p = 0,856$		$r_s = -0,002; p = 0,980$		$r_s = -0,040; p = 0,530$	
Anos Educação Formal	$r_s = 0,090; p = 0,154$		$r_s = 0,114; p = 0,071$		$r_s = 0,020; p = 0,748$	
Número de Filhos	$r_s = 0,156; p = 0,014$		$r_s = 0,101; p = 0,113$		$r_s = 0,117; p = 0,064$	
Sente-se só?	$r_s = 0,352; p < 0,001$		$r_s = 0,281; p < 0,001$		$r_s = 0,258; p < 0,001$	

Nota. * missing; ** N= 159; U=Mann-Whitney U; H=Kruskal-Wallis; p = nível de significância; r_s =Coeficiente de correlação de Spearman

Em relação às variáveis género, área de residência, local onde vive, estado civil, rendimento do agregado familiar, com quem vive, conduzir atualmente e possuir animais de companhia, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados na escala e subescalas de isolamento social (Tabela 5).

As pessoas idosas com mais filhos apresentam menor risco de isolamento social ($r_s = 0,156$; $p = 0,014$). Por outro lado, as pessoas que se sentem menos sós têm menos risco de isolamento social, EIS ($r_s = 0,352$; $p < 0,01$), EIS Conexão ($r_s = 0,281$; $p < 0,01$) e EIS Pertença ($r_s = 0,258$; $p < 0,01$). Não se verificaram correlações significativas entre a idade e os anos de educação e a EIS (Tabela 5).

3.1.4. Resultados da Escala de Satisfação com Suporte Social

Os dados obtidos relativamente às diferenças estatísticas entre as variáveis sociodemográficas e a ESSS e os seus fatores, encontram-se sintetizados na Tabela 6.

Os valores médios da ESSS foram de 37,73, com valor máximo e o mínimo de 70 e 24, respetivamente, sendo que quanto maior a pontuação, maior a satisfação com o suporte social. Os diversos fatores da escala apresentaram diferentes valores médios, nomeadamente: satisfação com os amigos (11,29), intimidade (11,82), satisfação com a família (5,27) e atividades sociais (9,36), o que indica que os participantes se encontram mais satisfeitos com os amigos e possuem maior perceção de existência de suporte social íntimo, do que estão satisfeitos família e com as atividades sociais que realizam.

Os idosos que habitam em meio rural ($5,55 \pm 3,19$) apresentam maior satisfação com a família, comparativamente com os que vivem em meio suburbano ($4,47 \pm 2,31$) e urbano ($5,68 \pm 3,81$). Por outro lado, os desempregados ($42,50 \pm 3,11$) apresentam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social, quando comparados com os empregados ($34,79 \pm 3,77$) e os aposentados/ pensionistas ($37,83 \pm 7,39$). Porém, os idosos aposentados/pensionistas mostram maior satisfação com a família, comparativamente aos outros grupos.

Tabela 6*Diferenças estatísticas entre variáveis sociodemográficas, ESSS, fator SA, fator IN, fator SF e fator AS*

Variáveis sociodemográficas	ESSS		Fator SA		Fator IN		Fator SF		Fator AS	
	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico
Género										
Masculino	38,16±8,26	U=6575,00 <i>p</i> =0,673	11,27±4,07	U=6566,50 <i>p</i> =0,659	12,20±2,79	U=6088,00 <i>p</i> =0,178	5,10±3,19	U=6173,50 <i>p</i> =0,217	9,59±3,29	U=6403,50 <i>p</i> =0,455
Feminino	37,53±6,72		11,29±3,71		11,64±2,78		5,35±3,04		9,25±3,11	
Área de Residência										
Rural	38,18±7,62	H=1,778 <i>p</i> = 0,411	11,25±3,66	H=0,131 <i>p</i> =0,936	12,05±2,86	H=3,427 <i>p</i> =0,180	5,55±3,19	H=7,119 <i>p</i>=0,028	9,33±3,00	H=2,477 <i>p</i> =0,290
Suburbana	36,87±5,72		11,21±3,87		11,50±2,85		4,47±2,31		9,69±3,40	
Urbana	37,39±8,33		11,71±4,62		11,29±2,02		5,68±3,81		8,71±3,45	
Local onde vive										
Vivenda/Moradia	37,81±7,13	U=3035,00 <i>p</i> = 0,475	11,36±3,77	U=2836,50 <i>p</i> =0,209	11,93±2,80	U=2782,50 <i>p</i> =0,160	5,07±2,86	U=2611,50 <i>p</i> =0,052	9,45±3,13	U=2856,50 <i>p</i> =0,230
Apartamento	37,13±8,08		10,77±4,23		11,00±2,63		6,70±4,19		8,67±3,41	
Estado Civil										
Casado (a)/	38,24±7,67	H=4,242 <i>p</i> =0,120	11,32±3,89	H=0,136 <i>p</i> =0,934	12,34±2,76	H=18,294 <i>p</i> < 0,001	5,16±3,04	H=5,377 <i>p</i> =0,068	9,43±3,09	H=0,506 <i>p</i> =0,776
União de Facto										
Separado(a)/	38,59±7,72		11,18±2,79		11,24±2,70		7,35±4,40		8,82±3,83	
Divorciado (a)/										
Solteiro (a)										
Viúvo (a)	36,32±5,81		11,25±3,92		10,72±2,56		5,01±2,64		9,33±3,20	
Rendimento										
Agregado Familiar										
Não chega para as necessidades	40,25±9,96	H=0,826 <i>p</i> =0,662	12,17±5,20	H=2,936 <i>p</i> =0,230	10,67±2,30	H=4,754 <i>p</i> =0,093	7,83±5,06	H=2,496 <i>p</i> =0,287	9,58±3,23	H=0,195 <i>p</i> =0,907
É mesmo à justa para as necessidades	37,77±6,78		11,68±3,98		11,51±2,74		5,28±3,16		9,30±3,34	
Sobra algum dinheiro	37,44±7,37		10,84±3,49		12,21±2,83		5,01±2,66		9,39±3,02	

Variáveis sociodemográficas	ESSS		Fator SA		Fator IN		Fator SF		Fator AS	
	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico
Com quem vive*										
Em casal	38,27±7,87		11,31±3,95		12,32±2,73		5,22±3,13		9,42±2,98	
Com a família alargada	37,23±5,18	H=2,144 p=0,342	11,35±3,58	H=0,304 p=0,859	11,86±3,04	H=18,568 p < 0,001	4,33±1,55	H=5,445 p=0,066	9,70±3,80	H=2,409 p=0,300
Sozinho	36,60±6,81				10,51±2,34		5,96±3,52		8,84±3,06	
Situação Profissional										
(a) Desempregado	42,50±3,11	H=6,890 p=0,032	12,75±6,65	H=0,274 p=0,872	12,00±2,83	H=1,322 p=0,516	7,50±4,43	H=7,777 p=0,020	10,25±3,95	H=0,345 p=0,841
Empregado(a)	34,79±3,77		10,57±2,17		10,93±2,09		3,57±1,22		9,71±2,92	
Aposentado	37,83±7,39		11,31±3,85		11,87±2,82		5,33±3,11		9,32±3,18	
/Pensionista										
Carta de Condução										
Sim	37,98±7,36	U=6877,50 p= 0,516	10,96±3,82	U=6003,50 p=0,024	11,95±2,63	U=6455,50 p=0,153	5,39±3,36	U=6984,00 p=0,632	9,69±3,22	U=6228,50 p=0,066
Não	37,30±7,04		11,87±3,78		11,58±3,04		5,05±2,50		8,79±3,00	
Ainda consegue conduzir**										
Sim	37,91±7,42	U=1431,00 p= 0,704	10,87±3,68	U=1401,00 p=0,594	12,07±2,71	U=1174,00 p=0,093	5,37±3,34	U=1506,50 p=0,998	9,59±3,18	U=1331,00 p=0,378
Não	38,45±7,08		11,50±4,67		11,18±1,89		5,50±3,66		10,27±3,51	
Animais de companhia										
Sim	38,48±7,91	U=6958,00 p=0,140	11,65±4,03	U=6876,50 p=0,104	12,05±2,93	U=6999,00 p=0,157	5,45±3,13	U=7061,50 p=0,174	9,32±3,22	U=7677,50 p=0,829
Não	36,92±6,37		10,89±3,56		11,56±2,61		5,07±3,03		9,40±3,11	
Usa tecnologia e/ou redes sociais										
Sim	37,23±6,19	U=6803,50 p=0,433	10,97±3,14	U=6606,50 p=0,250	12,01±2,76	U=6124,00 p=0,042	5,03±2,85	U=6590,00 p=0,218	9,23±3,17	U=6688,50 p=0,319
Não	38,60±8,75		11,85±4,75		11,47±2,81		5,69±3,43		9,59±3,16	

Nota. * missing; ** n = 159; U=Mann-Whitney U; H=Kruskal-Wallis; p= nível de significância;

Tabela 7

Correlação entre variáveis sociodemográficas, ESSS, fator SA, fator IN, fator SF e fator AS

Variáveis contínuas	ESSS	Fator SA	Fator IN	Fator SF	Fator AS
Idade	$r_s = -0,052; p = 0,412$	$r_s = \mathbf{0,132}; p = \mathbf{0,038}$	$r_s = \mathbf{-0,189}; p = \mathbf{0,003}$	$r_s = 0,030; p = 0,637$	$r_s = -0,072; p = 0,254$
Anos de Educação Formal	$r_s = 0,069; p = 0,280$	$r_s = -0,043; p = 0,502$	$r_s = 0,108; p = 0,089$	$r_s = 0,039; p = 0,537$	$r_s = 0,017; p = 0,794$
Número de Filhos	$r_s = -0,002; p = 0,975$	$r_s = -0,033; p = 0,601$	$r_s = -0,002; p = 0,981$	$r_s = 0,047; p = 0,455$	$r_s = 0,038; p = 0,545$
Sente-se só?	$r_s = 0,084; p = 0,186$	$r_s = -0,124; p = 0,051$	$r_s = \mathbf{0,342}; p < \mathbf{0,001}$	$r_s = \mathbf{-0,261}; p < \mathbf{0,001}$	$r_s = \mathbf{0,230}; p < \mathbf{0,001}$

Nota. r_s = Coeficiente de correlação de Spearman; p = nível de significância**Tabela 8**

Correlação entre variáveis EIS, EIS Conexão e EIS Pertença, ESSS, fator SA, fator INT, fator SF e fator AS

	ESSS	Fator SA	Fator INT	Fator SF	Fator AS	EIS	EIS Conexão	EIS Pertença
ESSS	1							
Fator SA	$r_s = 0,563$ $p < 0,001$	1						
Fator INT	$r_s = 0,505$ $p < 0,001$	$r_s = 0,006$ $p = 0,926$	1					
Fator SF	$r_s = 0,498$ $p < 0,001$	$r_s = 0,465$ $p < 0,001$	$r_s = -0,052$ $p = 0,414$	1				
Fator AS	$r_s = 0,383$ $p < 0,001$	$r_s = -0,239$ $p < 0,001$	$r_s = 0,195$ $p = 0,002$	$r_s = -0,225$ $p < 0,001$	1			
EIS	$r_s = -0,069$ $p = 0,279$	$r_s = \mathbf{-0,278}$ $p < \mathbf{0,001}$	$r_s = \mathbf{0,239}$ $p < \mathbf{0,001}$	$r_s = \mathbf{-0,311}$ $p < \mathbf{0,001}$	$r_s = \mathbf{0,237}$ $p < \mathbf{0,001}$	1		
EIS Conexão	$r_s = -0,060$ $p = 0,347$	$r_s = \mathbf{-0,157}$ $p = \mathbf{0,013}$	$r_s = \mathbf{0,185}$ $p = \mathbf{0,003}$	$r_s = \mathbf{-0,200}$ $p = \mathbf{0,002}$	$r_s = 0,089$ $p = 0,160$	$r_s = 0,817$ $p < 0,001$	1	
EIS Pertença	$r_s = -0,072$ $p = 0,259$	$r_s = \mathbf{-0,296}$ $p < \mathbf{0,001}$	$r_s = \mathbf{0,179}$ $p = \mathbf{0,005}$	$r_s = \mathbf{-0,330}$ $p < \mathbf{0,001}$	$r_s = \mathbf{0,294}$ $p < \mathbf{0,001}$	$r_s = 0,744$ $p < 0,001$	$r_s = 0,258$ $p < 0,001$	1

Nota. r_s = Coeficiente de correlação de Spearman; p = nível de significância

Os participantes que são casados ($12,34 \pm 2,76$) apresentam maior percepção da existência de suporte social íntimo, do que os separados ($11,24 \pm 2,70$) ou viúvos ($10,72 \pm 2,56$). Por outro lado, os idosos que vivem sozinhos ($10,51 \pm 2,34$) mostram menor percepção relativamente ao suporte social íntimo, quando comparados com os que vivem em casal ($12,32 \pm 2,73$) ou com a família alargada ($11,86 \pm 3,04$). Por fim, as pessoas utilizam tecnologias e/ou redes sociais ($12,01 \pm 2,76$) apresentam maior percepção de existência de suporte social íntimo ($11,47 \pm 2,81$).

Os participantes que não possuem carta de condução ($11,87 \pm 3,78$) apresentam maior nível de satisfação com os amigos do que os que possuem ($10,96 \pm 3,82$).

Em relação às variáveis género, local onde vive, rendimento do agregado familiar, conduzir atualmente e possuir animais de companhia, não se evidenciaram diferenças estatisticamente significativas, tanto com a ESSS global, como com os seus quatro fatores (Tabela 6).

Relativamente a correlações entre as variáveis, verificou-se que a idade mais avançada se correlaciona com maior satisfação com os amigos ($r_s = 0,132$; $p = 0,038$). Por outro lado, quanto mais avançada a idade, menor é a percepção de existência de suporte social íntimo ($r_s = -0,189$; $p = 0,003$) (Tabela 7).

As pessoas que se sentem menos sós apresentam maior percepção de satisfação com suporte social íntimo e maior satisfação com as atividades sociais que realizam ($r_s = 0,342$; $p < 0,01$ e $r_s = 0,230$; $p < 0,01$, respetivamente). Em sentido oposto, as pessoas que se sentem menos sós, estão menos satisfeitas com o suporte familiar ($r_s = -0,261$; $p < 0,01$).

A correlação entre os anos de educação formal e número de filhos e a ESSS global e os seus fatores não se revelou estatisticamente significativa (Tabela 7).

3.1.5. Resultados da correlação entre a ESSS e a EIS

Foi avaliada a correlação entre as dimensões da ESSS e da EIS (Tabela 8). As pessoas com menos risco de isolamento social (score mais altos) estão mais satisfeitas com o suporte dos amigos ($r_s = -0,278$, $p < 0,001$) e da família ($r_s = -0,311$, $p < 0,001$). Por outro lado, as pessoas com menos risco de isolamento social apresentam menor percepção da existência

de suporte social íntimo ($r_s = 0,239$, $p < 0,01$) e menor satisfação com as atividades sociais que realizam ($r_s = 0,237$, $p < 0,01$).

As pessoas com menor conexão estão menos satisfeitas com o suporte dos amigos e da família ($r_s = -0,157$, $p = 0,013$ e $r_s = -0,200$, $p = 0,002$, respetivamente). Por outro lado, as pessoas com maior conexão apresentam-se maior satisfação com o suporte social íntimo. ($r_s = 0,185$, $p = 0,003$).

As pessoas com maiores sentimentos de pertença (menos risco de isolamento nas relações) estão menos satisfeitas com os amigos e família ($r_s = -0,296$, $p < 0,01$; $r_s = -0,330$, $p < 0,01$, respetivamente). Por outro lado, as pessoas com maiores sentimentos de pertença apresentam maior perceção da existência de suporte social íntimo ($r_s = 0,179$, $p = 0,005$) e satisfação com as atividades sociais que realizam ($r_s = 0,294$, $p < 0,001$).

Por fim, não se verificou uma correlação significativa entre a ESSS global, EIS global e as subescalas (Tabela 8).

3.2. Discussão dos Resultados

O IS é um problema que tem merecido a atenção de alguns autores (e.g. Berkman, 1983; Delisle, 1988; Hawthorne, 2006; Nicholson, 2009). Com o aparecimento da doença COVID-19, surgiu uma pandemia ameaçadora, que conduziu a uma crise de saúde pública global, reconhecida mundialmente (Nicholson, 2021). Esta doença evidenciou um aumento do risco de estar socialmente isolado, e consequentemente, um impacto particularmente negativo na população idosa (Banerjee & Rai, 2020; Jervelund & Eikemo, 2021; Smith & Lim, 2020).

Este estudo integra o projeto “Isolamento Social das pessoas idosas residentes na comunidade”, sendo um dos seus objetivos contribuir para avaliar as propriedades métricas da EIS. Deste modo, esta pesquisa analisou a confiabilidade interavaliadores, que permite perceber se há ou não consistência entre os avaliadores, independentemente do resultado obtido, determinando quantitativamente o nível de concordância entre um ou mais observadores (Heale & Twycross, 2015). De acordo com Landis e Koch (1977), a avaliação interavaliadores demonstrou uma concordância perfeita nos itens 1,2,4 e 5

($K=1$; $p<0,01$, $C=100\%$) e uma concordância quase perfeita nos itens 3 e 6 ($K= 0,936$; $p<0,01$, $C=95,2\%$ e $97,5\%$, respetivamente).

Na “Operação Censos Sénior 2021”, foram sinalizados 44 484 idosos a viver sozinhos e/ou em situação de isolamento, ou de vulnerabilidade, devido à sua condição física, psicológica, ou outra que possa colocar em causa a sua segurança (Guarda Nacional Republicana, 2021). Porém, a análise dos dados sociodemográficos permitiu perceber que as pessoas idosas a residir na comunidade, que participaram no estudo, apresentam baixo risco de isolamento social, podendo este dado ser justificado pelo tipo de amostragem utilizada, e/ou pelo facto de os participantes terem uma participação social ativa na comunidade, dado pertencerem a uma associação recreativa ou universidade sénior ou se encontrarem a frequentar alguma atividade autárquica regularmente.

Por outro lado, o baixo risco de isolamento social da amostra poderá estar relacionado com fatores protetores do isolamento social, dado que 59,6% vive em casal, 65,6% é casada, 49,2% refere sobrar algum dinheiro para além das despesas e, possuem, em média, 5 anos de escolaridade. Apesar de não se verificarem diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, a literatura refere que viver sozinho (Cudjoe et al., 2020c; Flaskerud, 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Luo et al., 2021; Malcolm et al., 2019), ser viúvo ou solteiro viúvo (Cudjoe et al., 2020c; Luo et al., 2021), uma pobre situação socioeconómica (Courtin & Knapp, 2017; Cudjoe et al., 2020; Fakoya et al., 2020; Luo et al., 2021) e possuir baixa escolaridade (Cudjoe et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2021), são fatores de risco para estar socialmente isolado.

Na literatura são descritos diversos fatores de risco para o isolamento social. Assim, segundo Howat et al. (2004), estes podem ser categorizados em: demográfico (e.g. idade avançada, baixa escolaridade), físico (e.g. incapacidade funcional, diminuição da mobilidade), psicológico (e.g. declínio cognitivo, depressão), económico (e.g. reformas baixas), transições de vida (e.g. perda do cônjuge ou amigos, reforma, perda de competência para conduzir) e ambiental (e.g. morar sozinho, zona onde habita).

Assim, verifica-se que os fatores demográficos, económicos e ambientais poderão potenciar a diminuição do risco de isolamento social dos idosos a residir na comunidade,

apesar de não termos encontrado diferenças estatisticamente significativas entre os dados sociodemográficos supracitados e o isolamento social.

O estudo evidenciou que as pessoas idosas empregadas e as aposentados/pensionistas apresentam menor risco de isolamento social (global e na dimensão conexão), o que corrobora com a literatura, pois quando as relações sociais são adequadas, tanto na qualidade como na quantidade, nos diferentes níveis de interação humana, nomeadamente, no trabalho ou com a vizinhança, existe menor probabilidade de estar isolado (Zavaleta et al., 2014). Para além disso, apesar da entrada na reforma ser considerado um fator de risco para o isolamento social, tal não se verifica no presente estudo, sendo, desta forma, considerado um fator protetor. Este dado poderá ser justificado pelo facto de os participantes serem socialmente ativos na comunidade onde se encontram inseridos, pois a participação social previne o isolamento social, e consequentemente, melhora a qualidade de vida dos idosos (Luo et al., 2021; Moreno-Tamayo et al., 2020).

A carta de condução é reportada como um fator protetor de isolamento social, pois a pessoa ainda possui um papel ativo na comunidade, não dependendo dos familiares ou amigos para se deslocar (Freedman & Nicolle, 2020). No estudo verifica-se que a maioria dos participantes possui carta de condução (63,6%), dos quais 86,2% ainda conduz na atualidade, e que estes possuem menor risco de isolamento social, o que comprova o descrito na literatura.

A utilização de tecnologias e redes sociais não reúne consenso entre os investigadores. Os estudos demonstram que quanto mais as pessoas estão envolvidas com as redes sociais, menos suporte social têm, isto é, menos contacto humano, levando a que fiquem mais sós e isoladas (Flaskerud, 2020). Porém, os dados do presente estudo indicam que as pessoas que utilizam tecnologia e/ou redes sociais apresentam menor risco de estar socialmente isoladas, o que pode significar, que embora a tecnologia não substitua o contacto humano, permite aumentar as oportunidades de os idosos permanecerem conectados, e consequentemente, prevenir o isolamento social (Czaja et al., 2018; Hajek & König, 2019; Páscoa & Gil, 2015). Para além disso, o estudo decorreu durante a pandemia, sendo que as tecnologias e/ou redes sociais podem ter constituído uma

oportunidade para o contacto com familiares e amigos durante este período, o que pode explicar os resultados obtidos.

Da amostra, as pessoas que se sentem menos sós, evidenciaram menos risco de estar socialmente isoladas, podendo este ser outro fator protetor para o isolamento social. Na literatura, muitas vezes o IS e a solidão encontram-se interligados. Contudo, importa salientar que embora sejam conceitos que se relacionam, possuem significados distintos, uma vez a solidão é a avaliação subjetiva da rede, enquanto o IS é a experiência objetiva de ter redes insuficientes (Chan et al., 2020).

Por outro lado, o número de filhos relacionou-se com o isolamento social, sendo que quando maior (mais filhos) menor é o risco de isolamento social. O tipo de rede baseado na família apresenta diferentes níveis de intensidade relacional, quanto mais filhos têm, provavelmente, maior é a sua rede de suporte social e emocional, e conseqüentemente, menor será o risco de se tornarem socialmente isolados. Assim, o suporte social é considerado um fator protetor para o IS (Chan et al., 2020).

Resumindo, no presente estudo foram identificados potenciais fatores protetores do risco de isolamento social, nomeadamente, estar empregado, ser aposentado/pensionista, possuir carta de condução, utilizar redes sociais e/ou novas tecnologias; possuir um bom suporte familiar (número de filhos) e sentir-se “menos sós”.

Relativamente à análise da satisfação com as redes de suporte social com as características sociodemográficas, verifica-se que apenas a situação profissional apresenta diferenças estatisticamente significativas. Os participantes desempregados apresentam níveis mais elevados de satisfação com o suporte social, o que corrobora com o estudo desenvolvido por Lorenzini e Giugni (2010), no qual, a rede de suporte social é fundamental na situação de desemprego, uma vez que permite diminuir o impacto negativo a nível da saúde mental e reduz os sentimentos de isolamento social.

De acordo com o estudo de Huh e Sok (2018), a satisfação com a vida familiar entre os idosos a residir em casa, em meio rural, é influenciada por diversos fatores, nomeadamente, suporte familiar, comunicação familiar e eficácia familiar percebido e estado de saúde física. Por outro lado, o facto de os idosos sentirem apoio emocional e nas tomadas de decisões, por parte da família, promove a sua saúde mental e bem-estar

social, aumentando também a sua satisfação com a vida (Wang et al., 2020). Neste estudo verificou-se que os idosos que habitam em meio rural apresentaram maior satisfação com a família, comparativamente com outros grupos.

Os idosos que se encontram aposentados/pensionistas demonstraram maior satisfação com a família. A alteração na situação *socioeconómica*, como por exemplo, a entrada na reforma, pode estar ligada ao IS (Nicholson, 2021), muitas vezes, devido à menor satisfação com as finanças (Calasanti et al., 2021). Porém, neste estudo, dos 92,8% dos participantes aposentados/pensionistas, 48,28% refere que sobra algum dinheiro do seu rendimento familiar mensal, havendo assim oportunidade para o envolvimento social e para a existência de atividades valorizadas e gratificantes realizadas tanto com a família como na comunidade (Kim et al., 2021; Principi et al., 2020).

No estudo verificou-se que quanto mais avançada é a idade, menor era a perceção de existência de suporte social íntimo. Existem barreiras subjacentes que levam a uma intimidade pobre entre os mais velhos, estando muitas vezes relacionadas com estereótipos ou mitos e também às perceções negativas da comunidade (Heath, 2019; Minhat et al., 2019). Porém, verificou-se também que os participantes que são casados apresentaram maior perceção da existência de suporte social íntimo. A satisfação com a intimidade é um bom preditor de satisfação com a vida na velhice, havendo uma menor preocupação com a frequência de atividades íntimas e mais com o tipo de comportamentos que estes podem disfrutar, ocorrendo uma adaptação ao processo de envelhecimento (Skalacka & Gerymski, 2019).

Os idosos que vivem sozinhos revelaram menor perceção relativamente ao suporte social íntimo. Este dado pode relacionar-se com o facto que os idosos não possuem familiares próximos com quem se possam envolver socialmente, obrigando-os a construir redes de suporte social alternativas (Torres, 2019).

O envolvimento em interações e relacionamentos sociais tem uma importante influência no bem-estar, contudo, o avanço das redes sociais e das tecnologias levaram a grandes mudanças na comunicação e na interação social humana, com um impacto nos relacionamentos interpessoais. Apesar disso, as intimidades nas interações sociais virtuais podem levar ao bem-estar, particularmente à autorrevelação e suporte social (Flaskerud,

2020; Lee et al., 2019; Lomanowska & Guitton, 2016), o que corrobora com os dados do presente estudo, pois as pessoas utilizam tecnologias e/ou redes sociais apresentaram maior percepção de existência de suporte social íntimo.

No estudo verificou-se que com o avançar da idade maior é satisfação com os amigos, o que confirma a literatura, pois os amigos desempenham um papel único no bem-estar dos idosos, aumentando, conseqüentemente, os níveis de experiências positivas no seu cotidiano. Este papel é muitas vezes desempenhado por laços locais, particularmente, pela vizinhança, uma vez que há maior oportunidade de exposição ao contexto local (Cornwell & Goldman, 2021; Ng et al., 2021; Uno et al., 2021).

A transição para a cessação da condução é um desafio para os idosos, pois afeta negativamente a sua participação social e, conseqüentemente, a sua qualidade de vida. A perda de aptidão para conduzir coloca os idosos em risco de se tornarem socialmente isolados (Freedman & Nicolle, 2020; Lee et al., 2019; Pellichero et al., 2021). Porém, no presente estudo verificou-se que os participantes que não possuem carta de condução apresentaram maior nível de satisfação com os amigos do que os que possuem. Possivelmente, como nunca tiveram carta de condução, este fator pode não afetar a sua participação social. Para além disso, podem ter relação de maior proximidade e amizade com as pessoas na proximidade da sua residência, como por exemplo, a vizinhos, o que pode contribuir para uma maior satisfação com esta rede. Futuros estudos devem analisar com maior detalhe para o impacto de ter ou não carta de condução em relação à rede de suporte social e isolamento social.

Por fim, verificou-se que os idosos que se sentem menos sós apresentaram maior percepção de satisfação com suporte social íntimo e maior satisfação com as atividades sociais que realizam, porém menos satisfeitos com o suporte familiar. A solidão é uma experiência extremamente subjetiva que é influenciada pelas circunstâncias e experiências de vida (Charles & Wolfer, 2018; Jung & Lee, 2018). A composição da rede social também é um fator preditor de solidão. Quando a rede de suporte depende da família e a rede de suporte privada é restrita e há um baixo nível de envolvimento na comunidade, maior é o risco da pessoa se sentir sozinha. Contudo, um menor número de interações sociais não significa, obrigatoriamente, que o idoso se sinta sozinho ou menos satisfeito com a sua rede social (Hawkey et al., 2005; Kemperman et al., 2019).

Em relação à análise da ESSS com EIS, verificou-se que os participantes com menor risco de isolamento social encontram-se mais satisfeitos com o suporte dos amigos e da família. A satisfação dos idosos, relativamente à sua rede social de suporte, está diretamente ligada ao tamanho da rede social e à presença de sentimentos de solidão (Kemperman et al., 2019; Uno et al., 2021), seja essa rede composta por familiares ou amigos. Contudo, apresentaram também menor perceção da existência de suporte social íntimo e menor satisfação com as atividades sociais que realizam. A participação e integração social dos idosos são aspetos importantes para o envelhecimento saudável, uma vez que estão relacionados com uma melhor qualidade de vida, havendo cada vez mais o interesse nos aspetos subjetivos desta, nomeadamente, o bem-estar, a felicidade e a satisfação social (Guadalupe & Vicente, 2020; Kemperman et al., 2019; Moreno-Tamayo et al., 2020).

Neste sentido, as pessoas com menor conexão, isto é menor frequência de contactos, encontram-se menos satisfeitas com o suporte dos amigos e da família, pois provavelmente, para estes a quantidade dos contactos não é tanta quanto a que desejavam. Por outro lado, as pessoas com maior conexão apresentam maior satisfação com o suporte social íntimo (Nicholson et al., 2019).

Relativamente à dimensão subjetiva do IS (Pertença), verificou-se que os idosos com maiores sentimentos de pertença estão menos satisfeitos com os amigos e família, porém apresentaram maior perceção da existência de suporte social íntimo e satisfação com as atividades sociais que realizam. Dado que se trata de uma dimensão subjetiva, estes dados podem ser justificados pelo facto da pessoa se sentir parte e envolvida em relacionamentos satisfatórios, como a pessoa compreende a sua experiência, incluindo a sensação de solidão, a qualidade das redes sociais e do suporte social (Nicholson et al., 2019).

Resumindo, pode-se compreender que o tamanho da rede social de suporte e uma boa participação social está fortemente relacionada com a diminuição da solidão e do IS. Assim, é fundamental compreender as relações sociais, para reduzir a taxa de solidão e isolamento ao longo da vida e, conseqüentemente, promover o envelhecimento saudável (Child & Lawton, 2019).

3.3. Limitações e perspetivas do estudo

Este estudo apresentou algumas limitações como: o tipo de amostragem utilizado, técnica de amostragem não probabilística, nomeadamente, amostragem de conveniência, dado que esta não permite a generalização dos dados. Por outro lado, o facto dos participantes serem pessoas próximas e/ou conhecidas dos investigadores pode ter enviesado os dados, havendo a probabilidade de as suas respostas serem influenciadas face ao que estes achavam ser esperado para o estudo.

Outra limitação significativa foi a recolha de dados ter ocorrido durante a pandemia, o que condicionou o acesso a pessoas que se encontravam confinadas, e consequentemente, socialmente isoladas.

Com o término do estudo sugere-se que, em estudos futuros sobre esta temática, se articule com a Guarda Nacional Republicana, de forma a incluir no estudo idosos a residir na comunidade, já identificados como a viver sozinhos e/ou isolados. Tendo em consideração a prevalência de idosos socialmente isolados, é fundamental investigar e agir sob esta problemática, de forma promover um envelhecimento saudável, ativo e melhorar a sua qualidade de vida.

CONCLUSÃO

O presente estudo analisou a confiabilidade interobservadores da Escala de Isolamento Social, desenvolvida por Nicholson e colegas (2019), traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Tavares e colaboradores (2020). Os dados de confiabilidade interobservadores revelaram uma concordância perfeita dos itens 1,2,4 e 5 e quase perfeita dos itens 3 e 6, concluindo-se assim, que é um instrumento confiável.

Este estudo permitiu concluir que são vários os potenciais fatores protetores do isolamento social, nomeadamente: ser casado, não viver sozinho, escolaridade, situação económica favorável, ter carta de condução, estar empregado, ser reformado/pensionista, ter acesso a tecnologias e/ou redes sociais, suporte familiar adequado e, por fim, ausência de sentimentos de solidão. Por outro lado, estes fatores minimizam ou mitigam a exposição aos fatores de risco, seja reduzindo a vulnerabilidade ou aumentando as oportunidades dos idosos em risco.

A satisfação com as redes de suporte social é muitas vezes condicionada por diversos fatores, por exemplo, tamanho da rede, frequência dos contactos, sentimentos de solidão e presença de sintomatologia depressiva. Assim, neste estudo conclui-se que, quanto maior é a perceção de rede de suporte social adequada, seja esta familiar ou de amigos, menor é o risco de estar socialmente isolados.

Tendo em consideração os resultados obtidos neste estudo, podemos afirmar que o isolamento social está estreitamente relacionado com as redes de suporte social, pois para os idosos, manter relações sociais e estar conectado socialmente, é fundamental para a sua saúde, qualidade de vida e bem-estar (Czaja et al., 2018), tendo o isolamento social um papel determinante no envelhecimento saudável e na longevidade (Chan et al., 2020).

A correta identificação e/ou avaliação do isolamento social é um dos principais meios para que, posteriormente, sejam desenvolvidas e implementadas estratégias que permitam prevenir o isolamento social, e conseqüentemente, promover um envelhecimento saudável e com qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Agogo, D., Milne, G. R., & Schewe, C. D. (2014). Time benders: A model of subjective aging in aging adults. *Health Marketing Quarterly*, 31(4), 383–398. <https://doi.org/10.1080/07359683.2014.966010>
- Ali, T., Elliott, M. R., Antonucci, T. C., Needham, B. L., Zelner, J., & Mendes de Leon, C. F. (2022). Multidimensional social network types and their correlates in older americans. *Innovation in Aging*, 6(1), 1-16. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab053>
- Baarck, J., Balahur, A., Cassio, L., d’Hombres, B., Pásztor, Z., & Tintori, G. (2021). *Loneliness in the EU: Insights from surveys and online media data*. <https://doi.org/10.2760/46553>, JRC125873
- Baig, R. B., & Chang, C.-W. (2020). Formal and informal social support systems for migrant domestic workers. *American Behavioral Scientist*, 64(6), 784–801. <https://doi.org/10.1177/0002764220910251>
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes & M.M. Baltes (Eds.), *Successful ageing: Perspectives from the behavioural sciences* (pp. 1–34). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9780511665684.003>
- Banerjee, D., & Rai, M. (2020). Social isolation in covid-19: The impact of loneliness. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(6), 525–527. <https://doi.org/10.1177/0020764020922269>
- Beller, J., & Wagner, A. (2018). Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality. *Health Psychology*, 37(9), 808–813. <https://doi.org/10.1037/hea0000605>
- Benson, J. J., Sloan, S., & Halt, A. K. (2019). Human relationships and healthy aging. In P. Coll (Ed.), *Healthy Aging*, (pp. 319–328). https://doi.org/10.1007/978-3-030-06200-2_28
- Berkman, L. F. (1983). The assessment of social networks and social support in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 743–749. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03393.x>

- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, *51*, 843–857. www.elsevier.com/locate/socscimed
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *American Journal of Epidemiology*, *109*(2), 186–204.
- Biordi, D. L., & Nicholson, N. R. N. (2013). Social isolation. In I. M. Lubkin & P. D. Larsen (Eds.), *Chronic illness: Impact and intervention* (8th ed., pp. 97–130). Jones & Bartlett Learning.
- Biordi, D. L., & Nicholson, N. R. (2014). Social isolation. In M. L. Kramer-Kile & J. C. Osuji (Eds.), *Chronic illness in Canada: Impact and intervention* (pp. 121–155). Jones & Bartlett Learning.
- Blank, T. O., & Bellizzi, K. M. (2008). A gerontologic perspective on cancer and aging. *Cancer Supplement*, *112*(S11), 2569–2576. <https://doi.org/10.1002/cncr.23444>
- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., & Dokmak, A. (2000). The Mini-Cog: A cognitive “vital signs” measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *15*(11), 1021–1027. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200011\)15:11<1021::AID-GPS234>3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11<1021::AID-GPS234>3.0.CO;2-6)
- Borson, S., Scanlan, J. M., Chen, P., & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: validation in a population-based sample. *Journal of the American Geriatrics Society*, *51*(10), 1451–1454. <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2003.51465.x>
- Burger, J. M. (1995). Individual differences in preference for solitude. *Journal of Research in Personality*, *29*(1), 85–108. <https://doi.org/10.1006/jrpe.1995.1005>
- Bzdok, D., & Dunbar, R. I. M. (2020). The neurobiology of social distance. *Trends in Cognitive Sciences*, *24*(9), 717–733. <https://doi.org/10.1016/j.tics.2020.05.016>

- Cacioppo, J. T., Hawkey, L. C., Norman, G. J., & Berntson, G. G. (2011). Social isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1231(1), 17–22. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x>
- Calasanti, T., Carr, D., Homan, P., & Coan, V. (2021). Gender disparities in life satisfaction after retirement: the roles of leisure, family, and finances. *The Gerontologist*, 61(8), 1277–1286. <https://doi.org/10.1093/geront/gnab015>
- Chan, E., Procter-Gray, E., Churchill, L., Cheng, J., Siden, R., Aguirre, A., & Li, W. (2020). Associations among living alone, social support and social activity in older adults. *AIMS Public Health*, 7(3), 521–534. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2020042>
- Charles, V. A., & Wolfert, T. A. (2018). Loneliness and congregational social work. *Social Work & Christianity*, 45(1), 8–23.
- Child, S. T., & Lawton, L. (2019). Loneliness and social isolation among young and late middle-age adults: Associations with personal networks and social participation. *Aging and Mental Health*, 23(2), 196–204. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1399345>
- Choi, M., Lee, M., Lee, M.-J., & Jung, D. (2017). Physical activity, quality of life and successful ageing among community-dwelling older adults. *International Nursing Review*, 64(3), 396–404. <https://doi.org/10.1111/inr.12397>
- Clair, R., Gordon, M., Kroon, M., & Reilly, C. (2021). The effects of social isolation on well-being and life satisfaction during pandemic. *Humanities and Social Sciences Communications*, 8(28), 1-6. <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00710-3>
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>
- Cohen, J. (1960). A coefficient of agreement for nominal scales. *Educational and Psychological Measurement*, 20(1), 37–46. <https://doi.org/10.1177/001316446002000104>

- Cohen, S., & Hoberman, H. M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology, 13*(2), 99–125. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1983.tb02325.x>
- Cornwell, E. Y., & Goldman, A. W. (2021). Local ties in the social networks of older adults. *The Journals of Gerontology: Series B, 76*(4), 790–800. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa033>
- Cosco, T. D., Howse, K., & Brayne, C. (2017). Healthy ageing, resilience and wellbeing. *Epidemiology and Psychiatric Sciences, 26*(6), 579–583. <https://doi.org/10.1017/S2045796017000324>
- Cotterell, N., Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). Preventing social isolation in older people. *Maturitas, 113*, 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.04.014>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health and Social Care in the Community, 25*(3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: A four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships, 14*(6), 761–775. <https://doi.org/10.1177/0265407597146003>
- Cramer, K. M., & Lake, R. P. (1998). The preference for Solitude Scale: Psychometric properties and factor structure. *Personality and Individual Differences, 24*(2), 193–199. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(97\)00167-0](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(97)00167-0)
- Cudjoe, T. K. M., Roth, D. L., Szanton, S. L., Wolff, J. L., Boyd, C. M., & Thorpe, R. J. (2020). The epidemiology of social isolation: National health and aging trends study. *The Journals of Gerontology: Series B, 75*(1), 107–113. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby037>
- Czaja, S. J., Boot, W. R., Charness, N., Rogers, W. A., & Sharit, J. (2018). Improving Social Support for Older Adults Through Technology: Findings From the PRISM Randomized Controlled Trial. *The Gerontologist, 58*(3), 467–477. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw249>

- Delisle, M.-A. (1988). What does solitude mean to the aged? *Canadian Journal on Aging*, 7(4), 358–371.
- Dossey, L. (2021). Isolation and solitude in the covid era. *Explore*, 17(1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.10.010>
- Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21(4), 835–838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>
- Elder, K., & Retrum, J. (2012). *Framework for isolation in adults over 50*. American Association of Retired Persons Foundation. https://www.aarp.org/content/dam/aarp/aarp_foundation/2012_PDFs/AARP-Foundation-Isolation-Framework-Report.pdf
- Ettema, E. J., Derksen, L. D., & Leeuwen, E. van. (2010). Existential loneliness and end-of-life care: A systematic review. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 31(2), 141–169. <https://doi.org/10.1007/s11017-010-9141-1>
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(1), 1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
- Ferdous, F. (2021). Social distancing vs social interaction for older adults at long-term care facilities in the midst of the COVID-19 pandemic: A rapid review and synthesis of action plans. *Inquiry: A Journal of Medical Care Organization, Provision and Financing*, 58, 1–14. <https://doi.org/10.1177/00469580211044287>
- Flaskerud, J. H. (2020). Loneliness, social isolation, morbidity and social networks. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(7), 650–654. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1705947>
- Frederickson, K. (2000). Nursing knowledge development through research: Using the Roy Adaptation Model. *Nursing Science Quarterly*, 13(1), 12–16. <https://doi.org/10.1177/089431840001300105>

- Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Social isolation and loneliness: The new geriatric giants approach for primary care. *Canadian Family Physician, 66*, 176–182.
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: An integrative review. *Health and Social Care in the Community, 26*(2), 147–157.
- George, L. K., Blazer, D. G., Hughes, D. C., & Fowler, N. (1989). Social support and the outcome of major depression. *British Journal of Psychiatry, 154*, 478–485. <https://doi.org/10.1192/bjp.154.4.478>
- Guadalupe, S., & Vicente, H. T. (2020). Types of personal social networks of older adults in Portugal. *Social Indicators Research, 160*, 455–466. <https://doi.org/10.1007/s11205-019-02252-3>
- Guarda Nacional Republicana. (2017). *Operação Censos Sénior 2017 – Resultados*. <https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4206>
- Guarda Nacional Republicana. (2021). *Operação Censos Sénior 2021 – Balanço*. <https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4625>
- Hajek, A., & König, H.-H. (2019). The association between use of online social networks sites and perceived social isolation among individuals in the second half of life: results based on a nationally representative sample in Germany. *BMC Public Health, 19* (40), 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-6369-6>
- Hamczyk, M. R., Nevado, R. M., Baretino, A., Fuster, V., & Andrés, V. (2020). Biological versus chronological aging. *Journal of the American College of Cardiology, 75*(8), 919–930. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.11.062>
- Hawkley, L. C., Browne, M. W., & Cacioppo, J. T. (2005). How can I connect with thee? Let me count the ways. *Psychological Science, 16*, 798–804.
- Hawthorne, G. (2006). Measuring social isolation in older adults: Development and initial validation of the friendship scale. *Social Indicators Research, 77*(3), 521–548. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-7746-y>

- Heale, R., & Twycross, A. (2015). Validity and reliability in quantitative studies. *Evidence Based Nursing, 18*(3), 66–67. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102129>
- Heath, H. (2019). Sexuality and sexual intimacy in later life. *Nursing Older People, 31*(1), 40–48. <https://doi.org/10.7748/nop.2019.e1102>
- Holt-Lunstad, J. (2020). The double pandemic of social isolation and COVID-19: Cross-sector policy must address both. *Health Affairs Blog*. <https://doi.org/10.1377/hblog20200609.53823>
- Holt-Lunstad, J., & Smith, T. B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: Implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart, 102*(13), 987–989. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-309242>
- Howat, P., Iredell, H., Grenade, L., Nedwetzky, A., & Collins, J. (2004). Reducing social isolation amongst older people - Implications for health professionals. *Geriatrics, 22*(1), 13–20. <https://www.researchgate.net/publication/251879965>
- Huh, Y. M., & Sok, S. (2018). Prediction modeling on family life satisfaction of old adults living at home. *Journal of Korean Academy of Nursing, 48*(5), 534. <https://doi.org/10.4040/jkan.2018.48.5.534>
- Hunter, R. H., Anderson, L. A., Belza, B., Bodiford, K., Hooker, S. P., Kochtitzky, C. S., Marquez, D. X., & Satariano, W. A. (2013). Environments for healthy aging: Linking prevention research and public health practice. *Preventing Chronic Disease, 10*(4), 1–6. <https://doi.org/10.5888/pcd10.120244>
- Instituto Nacional de Estatísticas (2021). *Censos 2021 - Resultados provisórios*. Instituto Nacional de Estatísticas. https://ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Jervelund, S. S., & Eikemo, T. A. (2021). The double burden of COVID-19. *Scandinavian Journal of Public Health, 49*(1), 1–4. <https://doi.org/10.1177/1403494820984702>
- Jiang, Y., Jachna, T. J., & Dong, H. (2016). Understanding the critical needs of older people: An aging perspective. *International Conference on Human Aspects of IT for the Aged Population, 32–41*. https://doi.org/10.1007/978-3-319-39943-0_4

- Jivraj, S., Nazroo, J., Vanhoutte, B., & Chandola, T. (2014). Aging and subjective well-being in later life. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 69(6), 930–941. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbu006>
- Jung, Y.-K., & Lee, J.-H. (2018). A Study on Concept Analysis of Loneliness. *Journal of Korean Clinical Health Science*, 6(2), 1097–1105. <https://doi.org/10.15205/kschs.2018.12.31.1097>
- Kasar, K. S., & Karaman, E. (2021). Life in lockdown: Social isolation, loneliness and quality of life in the elderly during the COVID-19 pandemic: A scoping review. *Geriatric Nursing*, 42(5), 1222–1229. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2021.03.010>
- Kelly, M. E., Duff, H., Kelly, S., McHugh Power, J. E., Brennan, S., Lawlor, B. A., & Loughrey, D. G. (2017). The impact of social activities, social networks, social support and social relationships on the cognitive functioning of healthy older adults: A systematic review. *Systematic Reviews*, 6(259), 1-18. <https://doi.org/10.1186/s13643-017-0632-2>
- Kemperman, A., van den Berg, P., Weijs-Perrée, M., & Uijtdewillegen, K. (2019). Loneliness of older adults: Social network and the living environment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(406), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030406>
- Kim, E. S., Delaney, S. W., Tay, L., Chen, Y., Diener, E., & Vanderweele, T. J. (2021). Life satisfaction and subsequent physical, behavioral, and psychosocial health in older adults. *The Milbank Quarterly*, 99(1), 209–239. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12497>
- Kyriazos, T. A. (2018). Applied psychometrics: Sample size and sample power considerations in factor analysis (EFA, CFA) and SEM in general. *Psychology*, 09(08), 2207–2230. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.98126>
- Lamont, R. A., Nelis, S. M., Quinn, C., & Clare, L. (2017). Social support and attitudes to aging in later life. *The International Journal of Aging and Human Development*, 84(2), 109–125. <https://doi.org/10.1177/0091415016668351>

- Landeiro, F., Barrows, P., Nuttall Musson, E., Gray, A. M., & Leal, J. (2017). Reducing social isolation and loneliness in older people: A systematic review protocol. *BMJ Open*, 7(5), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013778>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33(1), 159-174. <https://doi.org/10.2307/2529310>
- Langford, C. P. H., Bowsher, J., Maloney, J. P., & Lillis, P. P. (1997). Social support: a conceptual analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 25(1), 95–100. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1997.1997025095.x>
- Larson, R. W. (1990). The solitary side of life: An examination of the time people spend alone from childhood to old age. *Developmental Review*, 10(2), 155–183.
- Lee, J., Gillath, O., & Miller, A. (2019). Effects of self- and partner’s online disclosure on relationship intimacy and satisfaction. *PLOS ONE*, 14(3), 1-35. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0212186>
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public Health*, 152, 157–171. <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>
- Lien-Gieschen, T. (1993). Validation of social isolation related to maturational age: Elderly. *Nursing Diagnosis*, 4(1), 37–44.
- Lomanowska, A. M., & Guitton, M. J. (2016). Online intimacy and well-being in the digital age. *Internet Interventions*, 4, 138–144. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2016.06.005>
- Lorenzini, J., & Giugni, M. (2010). Youth coping with unemployment: the role of social support. In *Paper for the YOUNEX Swiss workshop on “Youth, Unemployment, Precariousness, and Exclusion in Switzerland.”*
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., Von, W., Kruse, R., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three european community-dwelling older adult populations. *The*

- Gerontologist*, 46(4), 503–513. <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/46/4/503/623897>
- Luo, F., Guo, L., Thapa, A., & Yu, B. (2021). Social isolation and depression onset among middle-aged and older adults in China: Moderating effects of education and gender differences. *Journal of Affective Disorders*, 283, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.022>
- MacLeod, S., Tkatch, R., Kraemer, S., Fellows, A., McGinn, M., Schaeffer, J., & Yeh, C. S. (2021). Covid-19 era social isolation among older adults. *Geriatrics*, 6(2), 1–15. <https://doi.org/10.3390/geriatrics6020052>
- Malcolm, M., Frost, H., & Cowie, J. (2019). Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: A systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 8(48), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0968-x>
- McCarten, J. R., Anderson, P., Kuskowski, M. A., McPherson, S. E., Borson, S., & Dysken, M. W. (2012). Finding dementia in primary care: the results of a clinical demonstration project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 210–217. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03841.x>
- Medvene, L. J., Nilsen, K. M., Smith, R., Ofei-Dodoo, S., DiLollo, A., Webster, N., Graham, A., & Nance, A. (2016). Social networks and links to isolation and loneliness among elderly HCBS clients. *Aging & Mental Health*, 20(5), 485–493. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1021751>
- Meecker, M., McCullough, K. C., McCullough, G. H., & Akpanudo, U. (2021). Examining social networks in older adults: What predicts communicative participation? *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 6(4), 933–940. https://doi.org/10.1044/2021_persp-20-00287
- Mehrabi, F., & Béland, F. (2020). Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104119>

- Mehrabi, F., & Béland, F. (2021). Frailty as a moderator of the relationship between social isolation and health outcomes in community-dwelling older adults. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041675>
- Minhat, H. S., Mat Din, H., Hamid, T. A., & Hassan Nudin, S. S. (2019). Sexual intimacy in later life: From the perspectives of older couples in Malaysia. *Geriatrics & Gerontology International*, 19(6), 492–496. <https://doi.org/10.1111/ggi.13648>
- Moreno-Tamayo, K., Manrique-Espinoza, B., Ramírez-García, E., & Sánchez-García, S. (2020). Social isolation undermines quality of life in older adults. *International Psychogeriatrics*, 32(11), 1283–1292. <https://doi.org/10.1017/S1041610219000310>
- Newall, N. E. G., & Menec, V. H. (2019). Loneliness and social isolation of older adults: Why it is important to examine these social aspects together. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(3), 925–939. <https://doi.org/10.1177/0265407517749045>
- Ng, Y. T., Huo, M., Gleason, M. E., Neff, L. A., Charles, S. T., & Fingerman, K. L. (2021). Friendships in old age: daily encounters and emotional well-being. *The Journals of Gerontology: Series B*, 76(3), 551–562. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbaa007>
- Nicholson, N. R. (2009). Social isolation in older adults: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65(6), 1342–1352. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04959.x>
- Nicholson, N. R. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *Journal of Primary Prevention*, 33(2–3), 137–152. <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>
- Nicholson, N. R. (2021). Social isolation. In P. D. Larsen (Ed.), *Lubkin's Chronic Illness Impact and Intervention* (11th ed., pp. 25–48). Jones & Bartlett Learning.
- Nicholson, N. R., Feinn, R., Casey, E. A., Dixon, J., & Meeks, S. (2019). Psychometric evaluation of the social isolation scale in older adults. *Gerontologist*, 60(7), E491–E501. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz083>

- Norbeck, J. S., Lindsey, A. M., & Carrieri, V. L. (1981). The development of an instrument to measure social support. *Nursing Research*, 30(5), 264-269. <https://doi.org/10.1097/00006199-198109000-00003>
- O'Donohue, W., & Nelson, L. (2014). Alienation: An old concept with contemporary relevance for human resource management. *International Journal of Organizational Analysis*, 22(3), 301–316. <https://doi.org/10.1108/IJOA-01-2012-0541>
- Organização das Nações Unidas (2019). *Envelhecimento*. Organização das Nações Unidas. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- O'sullivan, R., Burns, A., Leavey, G., Leroi, I., Burholt, V., Lubben, J., Holt-Lunstad, J., Victor, C., Lawlor, B., Vilar-Compte, M., Perissinotto, C. M., Tully, M. A., Sullivan, M. P., Rosato, M., Power, J. M., Tiilikainen, E., & Prohaska, T. R. (2021). Impact of the covid-19 pandemic on loneliness and social isolation: A multi-country study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 1–18. <https://doi.org/10.3390/ijerph18199982>
- Pais-Ribeiro, J. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17(3), 547–558.
- Páscoa, G., & Gil, H. (2015). As TIC como antídoto para a solidão e isolamento do cidadão sénior: uma plataforma essencial para alcançar o bem-estar mental e social. *Sensos*, 5(2), 65–78.
- Paúl, C. (2005). Envelhecimento activo e redes de suporte social. *Sociologia: Revista Da Faculdade de Letras Da Universidade Do Porto*, 25, 275–287.
- Pellichero, A., Lafont, S., Paire-Ficout, L., Fabrigoule, C., & Chavoix, C. (2021). Barriers and facilitators to social participation after driving cessation among older adults: A cohort study. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine*, 64(2), 101373. <https://doi.org/10.1016/j.rehab.2020.03.003>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. In L. A. Peplau & S. E. Goldston (Eds.), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness* (pp. 13–46). U.S. Government Printing Office.

- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação psicométrica da Escala UCLA-Loneliness para Idosos Portugueses. *Interações: Sociedade e as Novas Modernidades*, 10(18), 65–77.
- Principi, A., Smeaton, D., Cahill, K., Santini, S., Barnes, H., & Socci, M. (2020). What happens to retirement plans, and does this affect retirement satisfaction? *The International Journal of Aging and Human Development*, 90(2), 152–175. <https://doi.org/10.1177/0091415018796627>
- Quane, J. M., & Wilson, W. J. (2012). Critical commentary. Making the connection between the socialisation and the social isolation of the inner-city poor. *Urban Studies*, 49(14), 2977–2987. <https://doi.org/10.1177/0042098012453857>
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) Portuguese version of the abbreviated Lubben Social Network Scale (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 217–234.
- Rinco, M., Lopes, A., & Domingues, M. A. (2012). Envelhecimento e vulnerabilidade social: Discussão conceitual à luz das políticas públicas e suporte social. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(6), 79-95.
- Rodrigues, N. G., Han, C. Q. Y., Su, Y., Klainin-Yobas, P., & Wu, X. V. (2021). Psychological impacts and online interventions of social isolation amongst older adults during COVID-19 pandemic: A scoping review. *Journal of Advanced Nursing*, 78(3), 1–35. <https://doi.org/10.1111/jan.15063>
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37(4), 433–440. <https://doi.org/10.1093/geront/37.4.433>
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment*, 66(1), 20–40. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa6601_2
- Scanlan, J., & Borson, S. (2001). The Mini-Cog: receiver operating characteristics with expert and naïve raters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(2), 216–222. [https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200102\)16:2<216::AID-GPS316>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200102)16:2<216::AID-GPS316>3.0.CO;2-B)

- Sepúlveda-Loyola, W., Rodríguez-Sánchez, I., Pérez-Rodríguez, P., Ganz, F., Torralba, R., Oliveira, D. v., & Rodríguez-Mañas, L. (2020). Impact of social isolation due to COVID-19 on health in older people: Mental and physical effects and recommendations. *Journal of Nutrition, Health and Aging, 24*(9), 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1469-2>
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social Science & Medicine, 32*(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-B](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-B)
- Siedlecki, K. L., Salthouse, T. A., Oishi, S., & Jeswani, S. (2014). The relationship between social support and subjective well-being across age. *Social Indicators Research, 117*(2), 561–576. <https://doi.org/10.1007/s11205-013-0361-4>
- Silva, A. R. F. (2022). *Validação da Escala de Isolamento Social para Pessoas Idosas Portuguesas Residentes na Comunidade*. Universidade de Aveiro.
- Skafacka, K., & Gerymski, R. (2019). Sexual activity and life satisfaction in older adults. *Psychogeriatrics, 19*(3), 195–201. <https://doi.org/10.1111/psyg.12381>
- Smith, B. J., & Lim, M. H. (2020). How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public Health Research and Practice, 30*(2), 1–4. <https://doi.org/10.17061/phrp3022008>
- Souza, L. H. R., Aranha, A. R., Rosário, B. L., Rodrigues, J. V. S., & Costa, M. S. (2020). Percepção da solidão e estilo de vida durante o isolamento social na pandemia da COVID-19 em idosos. *Revista Kairós-Gerontologia, 23*, 517–529.
- Stenner, P., McFarquhar, T., & Bowling, A. (2011). Older people and ‘active ageing’: Subjective aspects of ageing actively. *Journal of Health Psychology, 16*(3), 467–477. <https://doi.org/10.1177/1359105310384298>
- Stephoe, A., Deaton, A., & Stone, A. A. (2015). Subjective wellbeing, health, and ageing. *The Lancet, 385*(9968), 640–648. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)61489-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61489-0)
- Tavares, J., Silva, S., & Marques, F. (2020, October). Social isolation scale: Portuguese version: A content validity study. *Abstracts of the 16th International E-Congress of the European Geriatric Medicine Society*.

- Taylor, H. O. (2020). Social isolation's influence on loneliness among older adults. *Clinical Social Work Journal*, 48(1), 140–151. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00737-9>
- Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Oliver, A., Donio-Bellegarde, M., & Tomás-Aguirre, F. (2019). Loneliness and social support: Differential predictive power on depression and satisfaction in senior citizens. *Journal of Community Psychology*, 47(5), 1225–1234. <https://doi.org/10.1002/jcop.22184>
- Torres, S. (2019). Aging alone, gossiping together: older adults' talk as social glue. *The Journals of Gerontology: Series B*, 74(8), 1474–1482. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby154>
- Toyoshima, A., & Kusumi, T. (2021). Examining the relationship between preference for solitude and subjective well-being among Japanese older adults. *Innovation in Aging*, 6(1), 1–10. <https://doi.org/10.1093/geroni/igab054>
- Uno, C., Okada, K., Matsushita, E., Satake, S., & Kuzuya, M. (2021). Friendship-related social isolation is a potential risk factor for the transition from robust to prefrailty among healthy older adults: a 1-year follow-up study. *European Geriatric Medicine*, 12(2), 285–293. <https://doi.org/10.1007/s41999-020-00422-y>
- Vaillant, G. E. (2012). *Triumphs of experience*. Harvard University Press. <https://doi.org/10.4159/harvard.9780674067424>
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102(13), 1009–1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
- Veazie, S., Gilbert, J., Winchell, K., Paynter, R., & Guise, J.-M. (2019). *Addressing social isolation to improve the health of older adults: A rapid review*. Agency for Healthcare Research and Quality. www.ahrq.gov
- Victor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Reviews in Clinical Gerontology*, 10, 407–417.

- Walker, A. (2002). A strategy for active ageing. *International Social Security Review*, 55(1), 121–139. <https://doi.org/10.1111/1468-246X.00118>
- Wang, L., Yang, L., Di, X., & Dai, X. (2020). Family support, multidimensional health, and living satisfaction among the elderly: a case from Shaanxi Province, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(22), 8434. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228434>
- Warren, B. J. (1993). Explaining social isolation concept analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, 7(5), 270–276.
- Wenger, G. C. (1991). A network typology: From theory to practice. *Journal of Aging Studies*, 5(2), 147–162. [https://doi.org/10.1016/0890-4065\(91\)90003-B](https://doi.org/10.1016/0890-4065(91)90003-B)
- World Health Organization (2002). *Active ageing: A policy framework*. World Health Organization.
- World Health Organization (2020). *Ageing: Healthy ageing and functional ability*. World Health Organization. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/ageing-healthy-ageing-and-functional-ability>
- World Health Organization, United Nations, & Department of Economic and Social Affairs (2021). *Social isolation and loneliness among older people: Advocacy brief*. World Health Organization, United Nations, & Department of Economic and Social Affairs. <http://www.who.int/about/licensing>.
- Wu, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: A global challenge. *Global Health Research and Policy*, 5(1), 1–3. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3>
- Wu, F., & Sheng, Y. (2019). Social support network, social support, self-efficacy, health-promoting behavior and healthy aging among older adults: A pathway analysis. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 85, 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103934>

- Wu, H.-Y., & Chiou, A.-F. (2020). Social media usage, social support, intergenerational relationships, and depressive symptoms among older adults. *Geriatric Nursing, 41*(5), 615–621. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2020.03.016>
- Zavaleta, D., Samuel, K., & Mills, C. (2014). Social isolation: A conceptual and measurement proposal. *OPHI Working Papers, 67*. <http://www.ophi.org.uk>
- Zavaleta, D., Samuel, K., & Mills, C. T. (2017). Measures of social isolation. *Social Indicators Research, 131*(1), 367–391. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1252-2>

ANEXOS

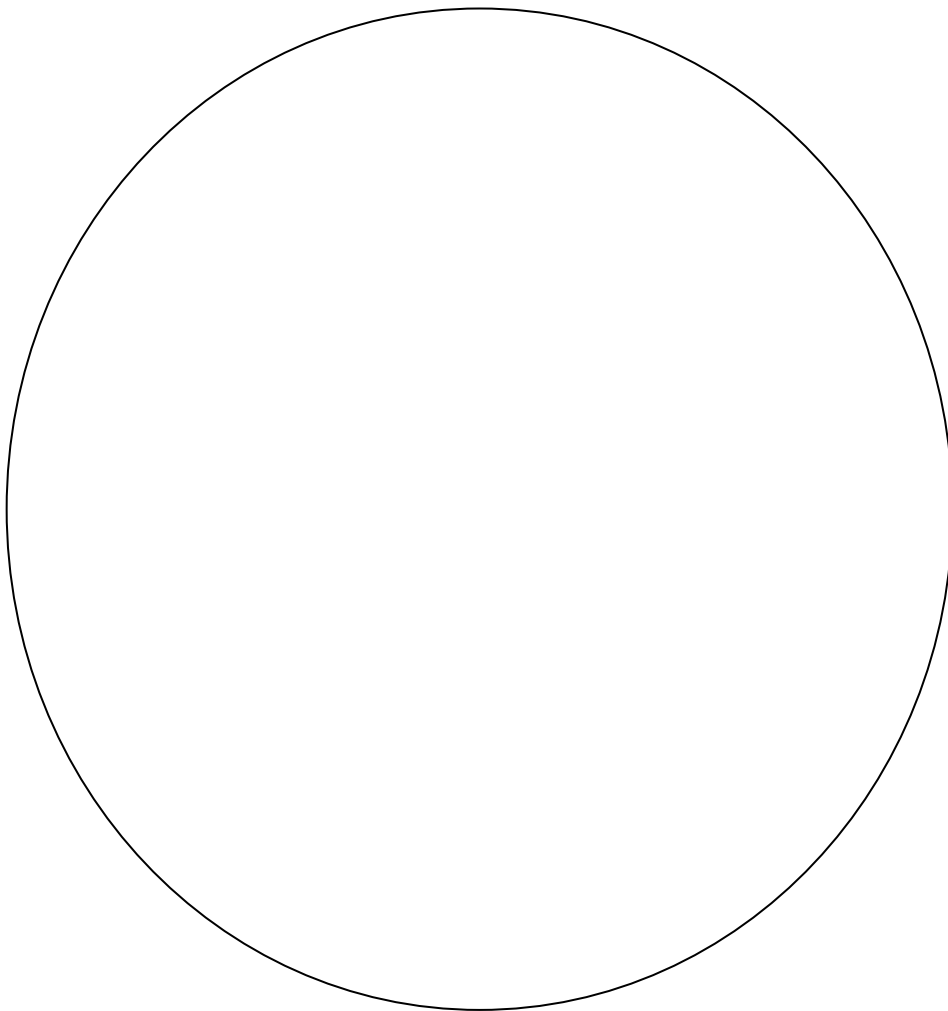
ANEXO A - Questionário

Parte I - Rastreio

Número de questionário:

MiniCog:

1. Obter a atenção do participante. Pedir-lhe para memorizar três palavras não relacionadas. Pedir-lhe para repetir as palavras para garantir que a aprendizagem estava correta.
2. Pedir ao participante para desenhar o mostrador de um relógio. Depois dos números marcados, pedir ao doente para desenhar os ponteiros para ler 10 minutos depois das 11:00 (ou 20 minutos depois das 8:00).



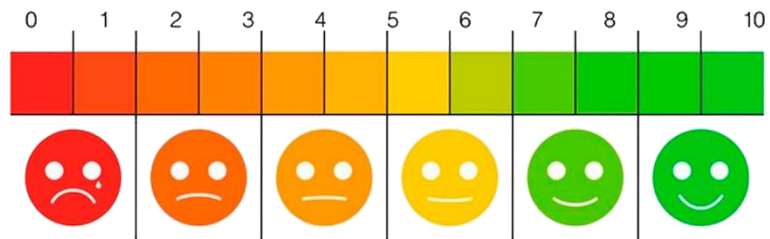
3. Pedir ao participante para recordar-se das três palavras do passo 1.

Parte II

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo: Masculino Feminino
2. Idade (anos):
3. Área de residência:
Rural suburbana Urbana
- 3.1 . Onde vive?
- Vivenda/moradia Apartamento Outro
- Qual? _____
4. Estado civil atual:
Casado(a) / União de facto Separado(a) / Divorciado(a) Solteiro(a) Viúvo(a)
5. De uma forma geral, como é que o rendimento do seu agregado familiar se encontra no final do mês?
Não chega para as necessidades É mesmo à justa para as necessidades Sobra algum dinheiro
6. Quantos anos de educação formal: _____
7. Com quem vive?
- Em casal Com família alargada Sozinho Outra situação
- Qual? _____
- 7.1 – Quantos filhos tem: _____
8. Situação profissional
- Desempregado(a) Empregado(a) Reformado(a)/aposentado(a) outra
- Qual? _____
- 9 - Tem carta de condução (motociclo ou carro)? Sim Não
- 9.1 - Se sim, atualmente ainda consegue conduzir? Sim Não
10. Tem animais de companhia (estimação) Sim Não
- Qual? _____

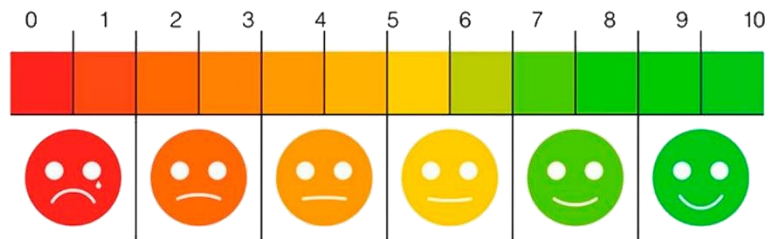
10.1. Numa escala **de 0 (nada) a 10 (muitíssimo)** como avalia a companhia que o seu animal de estimação lhe proporciona (coloque um X na linha)



11. Usa tecnologias e/ou redes sociais Sim Não

Qual? _____

12. Numa escala **de 0 (nada) a 10 (muitíssimo)** como avalia a companhia que o uso dessas tecnologias lhe proporciona (coloque um X na linha)



13 - Costuma sentir-se só?

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Nunca

Escala de Isolamento Social

Escala de Isolamento Social

Por favor, responda às perguntas que se seguem acerca da sua interação com outras pessoas

1. Pense nos seus familiares, amigos ou vizinhos ...

	0	1	2-3	4-5	6 ou mais
a. Com quantos deles está presencialmente pelo menos uma vez por mês?	(1 pt)	(2 pt)	(3 pt)	(4 pt)	(5 pt)
b. Com quantos deles comunica a nível pessoal, por telefone ou eletronicamente (por exemplo, e-mail, chamada de vídeo e/ou internet), pelo menos, uma vez por mês?	(1 pt)	(2 pt)	(3 pt)	(4 pt)	(5 pt)
c. Com quantos deles se sente próximo o nível pessoal (por exemplo, pode confiar ou partilhar sentimentos pessoais)?	(1 pt)	(2 pt)	(3 pt)	(4 pt)	(5 pt)

2. Pensando nas relações que tem com pessoas ou grupos dos quais faz parte, por favor indique o quanto concorda ou discorda com as seguintes afirmações.

	Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Não concordo nem discordo	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
a. No geral, considero que as minhas relações são gratificantes.	(1 pt)	(2 pt)	(3 pt)	(4 pt)	(5 pt)
b. Sinto que não pertença.	(5 pt)	(4 pt)	(3 pt)	(2 pt)	(1 pt)
c. Sinto que o tempo que passo envolvido(a) em atividades sociais é suficiente.	(1 pt)	(2 pt)	(3 pt)	(4 pt)	(5 pt)

Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)

(Ribeiro *et al.*, 2012)

No que diz respeito à sua família e amigos, assinale para cada questão a opção que mais se aplica à sua situação.

0 1 2 (3 ou 4) 5 a 8 e 9 e mais

FAMÍLIA: Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...	0	1	2	(3 ou 4)	5 a 8	e 9 e mais
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						

2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						
AMIGOS: Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

Escala de satisfação com a vida

Discordo muito (1)	Discordo um pouco (2)	Não concordo, nem discordo (3)	Concordo um pouco (4)	Concordo muito (5)
---------------------------	------------------------------	---------------------------------------	------------------------------	---------------------------

1. A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que eu desejaria que fosse.					
2. As minhas condições de vida são muito boas.					
3. Estou satisfeito(a) com a minha vida.					
4. Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.					
5. Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

Escala de Satisfação com o Suporte social

(País-Ribeiro, 1999)

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque com um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar, por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente num mundo sem apoio, deverá assinalar a letra A. Se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra E.

Concordo Concordo Não Discordo Discordo
totalmente na maior concordo na maior totalmente
parte nem parte
discordo

1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quanto gostaria	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente 0,78 amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família					
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E

13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Escala de Depressão Geriátrica – 4 (Versão Portuguesa)

(Sheikh & Yesavage (1986) com adaptação de Santos et al. (2019))

Escolha (sim ou não) relativamente a como se sentiu durante as últimas 2 semanas:

1 De uma forma geral, está satisfeito(a) com a sua vida*	Sim()	Não ()
2 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim()	Não ()
3 Sente-se muitas vezes desamparado ou desprotegido?	Sim()	Não ()
4 Sente que, nas condições atuais, é um pouco inútil?	Sim()	Não ()

* ITEM INVERTIDO

ANEXO B - Termo de Consentimento Informado para Participação na Investigação

Termo de Consentimento Informado para Participação em Investigação

Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial (Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Título do estudo: Isolamento Social das pessoas idosas residentes na comunidade

Investigador responsável: João Tavares

Parecer favorável da Comissão de Ética:

Eu, abaixo-assinado (nome legível e completo do(a) participante voluntário),

compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação que se tenciona realizar, bem como do estudo em que irei integrar. Foi-me dada a oportunidade de fazer perguntas que julguei necessárias e, de todas, obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação e a explicação que me foram prestadas versaram os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo. Os registos dos dados poderão ser consultados pelos investigadores e ser objeto de publicação, mas os elementos de identidade pessoal serão sempre tratados de modo estritamente confidencial.

Como tal, consinto que me seja aplicado o inquérito proposto pelo/a investigador/a que me apresentou o estudo.

Assinatura do/a participante:

_____ **Data:**

Assinatura do/a investigador/a:

Data:

Este documento, composto de 1 página, é feito em duplicado:

Uma via para os investigadores e outra para a pessoa que consente

Este documento pode ser reencaminhado para: joaoptavares@ua.pt ou via correio.

