



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Solidão em pessoas idosas portuguesas que vivem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

Departamento de Educação

Mestrado em Gerontologia Social

2025, Manoela Horowitz Petersen



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Manoela Horowitz Petersen

Solidão em pessoas idosas portuguesas que vivem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

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

Trabalho realizado sob a orientação da Professora Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva e coorientação do Professor Doutor João Paulo de Almeida Tavares

Outubro , 2025

Agradecimentos

A minha entrada no mestrado foi um feliz acaso, não uma escolha planejada, mas uma oportunidade que se transformou numa experiência de descobertas, desafios e aprendizagens que permitiram-me crescer académica e pessoalmente. São muitas as pessoas que participaram dessa trajetória e merecem os meus agradecimentos.

Sou grata à minha orientadora, professora Sofia da Silva, e ao meu coorientador, professor João Tavares, expresso meu sincero reconhecimento pelo apoio decisivo, pelo olhar atento e pela constante disponibilidade durante toda a elaboração deste trabalho.

A todos os docentes que contribuíram para a minha formação académica manifesto a minha gratidão pelos conhecimentos partilhados ao longo do mestrado, os quais foram essenciais e possibilitaram a elaboração desta dissertação.

Agradeço também às direções e às equipas das ERPI e, em especial, às pessoas idosas participantes deste estudo, sem elas este trabalho não teria sido possível.

À minha família deixo registada a minha gratidão pelo amor, incentivo e leveza que me acompanharam tanto na adaptação a um novo país como na concretização deste percurso de vida e estudo.

Às colegas, agradeço pela partilha de saberes, destacando Sofia Bandarra e Tânia Inácio, pela amizade, apoio e aprendizagens mútuas.

Solidão em pessoas idosas portuguesas que vivem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

RESUMO

Objetivos: As pessoas idosas que vivem em instituições de cuidado de longa permanência estão entre os grupos sociais mais vulneráveis a solidão severa. Este estudo objetivou analisar a relação entre a solidão e as variáveis sociodemográficas, depressão, satisfação com a vida e grau de (in)dependência funcional em pessoas idosas portuguesas que vivem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas.

Método: Estudo quantitativo, observacional, descritivo e correlacional. A amostra foi de conveniência com 102 pessoas idosas (≥ 65 anos) que vivem em Estruturas Residenciais para pessoas Idosas na região Centro de Portugal. Os instrumentos utilizados foram: Escala ALONE, Escala de Depressão Geriátrica, Escala de Satisfação com a Vida e Índice de Barthel. Realizou-se a análise inferencial através do teste do qui-quadrado, testes não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis) e correlação de Spearman.

Resultados: A prevalência de solidão severa foi de 55,9%. Verificou-se que a solidão severa se associou ao uso de antidepressivos, a uma pior autoperceção de saúde, a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, a menor satisfação com a vida e a maior dependência funcional. As variáveis sociodemográficas não apresentaram relações significativas com a solidão.

Conclusão: A elevada prevalência de solidão evidenciou a necessidade de avaliações sistemáticas e de estratégias de intervenção que visem prevenir ou mitigar a solidão em pessoas idosas que vivem em ERPI, promovendo o bem-estar e qualidade de vida.

Palavras-chave: solidão; satisfação com a vida; sintomatologia depressiva; pessoas idosas; instituição de longa permanência

Loneliness among elderly portuguese people living in homes for the aged

ABSTRACT

Objectives: Older adults living in long-term care facilities are among the social groups most vulnerable to severe loneliness. This study aimed to analyze the relationship between loneliness and sociodemographic variables, depression, life satisfaction, and degree of functional (in)dependence in Portuguese older adults living in residential facilities for older adults.

Method: Quantitative, observational, descriptive, and correlational study. The sample was convenience-based, comprising 102 elderly people (≥ 65 years) living in residential facilities for the elderly in central Portugal. The instruments used were: ALONE Scale, Geriatric Depression Scale, Life Satisfaction Scale, and Barthel Index. Inferential analysis was performed using the chi-square test, nonparametric tests (Mann-Whitney and Kruskal-Wallis), and Spearman's correlation.

Results: The prevalence of severe loneliness was 55.9%. Severe loneliness was associated with the use of antidepressants, poorer self-perceived health, higher levels of depressive symptoms, lower life satisfaction, and greater functional dependence. Sociodemographic variables did not show significant relationships with loneliness.

Conclusion: The high prevalence of loneliness highlighted the need for systematic assessments and intervention strategies aimed at preventing or mitigating loneliness in older adults living in nursing homes, promoting well-being and quality of life.

Keywords: loneliness; life satisfaction; depressive symptoms; older adults; homes for the aged

Sumário

Introdução.....	1
PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Envelhecimento Populacional e suas Implicações no Cuidado de Longa Duração.....	4
2. Políticas de Envelhecimento e Cuidado de Longa Duração em Portugal.....	6
3. Motivos de ingresso de pessoas idosas em ERPI	7
4. Solidão e Envelhecimento	9
4.1 Definição e tipos de Solidão	9
4.2 Repercussões da Solidão	9
5. Prevalência da Solidão em Pessoas Idosas que vivem em ERPI.....	10
PARTE II: METODOLOGIA.....	17
6. Objetivos.....	18
7. Método.....	18
7.1 Desenho do Estudo.....	18
7.2 População e amostra	18
7.3 Instrumento de recolha de dados	19
7.3.1 Rastreio cognitivo	19
7.3.2 Questionário sociodemográfico	19
7.3.3 Instrumentos de avaliação.....	20
7.4 Procedimento de Recolha de Dados.....	21
7.5 Procedimentos de Análise de Dados	22
8. Resultados	22
8.1 Caracterização da Amostra	22
8.2 Prevalência da Solidão.....	26
8.3 Instrumentos de Avaliação: depressão, satisfação com a vida e grau de (in)dependência funcional	27
8.4 Relação entre solidão e variáveis sociodemográficas	27
8.5 Relação entre a solidão, depressão, satisfação com a vida, grau de (in)dependência funcional	30
9. Discussão	32

9.1 Características sociodemográficas dos participantes e fatores institucionais na experiência de solidão em ERPI	33
9.2 Saúde, capacidades sensoriais e uso de antidepressivos na experiência de solidão em ERPI.....	35
9.3 Relações entre solidão, depressão, satisfação com a vida e grau de (in)dependência funcional em pessoas idosas que vivem em ERPI	36
10. Limitações.....	37
11. Considerações finais	37
REFERÊNCIAS	39
APÊNDICES.....	47
Apêndice A - Instrumento de recolha de dados	48
ANEXOS.....	55
Anexo A – Parecer Comissão de Ética.....	56
Anexo B - Termo de Consentimento Informado para Participação em Investigação	57
Anexo C - Folha de Informação à Pessoa Idosa	58

Lista de abreviaturas

ABVD - Atividades Básicas da Vida Diária

AVD - Atividades da Vida Diária

ERPI - Estrutura Residencial para Idosos

EDG - Escala de Depressão Geriátrica

IB – Índice de Barthel

INE - Instituto Nacional de Estatística

OMS - Organização Mundial da Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PORDATA - Base de Dados Portugal Contemporâneo

SAD - Serviço de Apoio Domiciliário

SWLS - Satisfaction Life Scale (Escala de Satisfação com a Vida)

Lista de tabelas

Tabela 1 - Motivos para Ingresso em ERPI segundo Diferentes Autores 8

Tabela 2 - Síntese dos Estudos sobre Solidão em Instituições de Longa Permanência 12

Tabela 3 - Caracterização Sociodemográfica da Amostra (n=102)..... 24

Tabela 4 - Prevalência da Solidão segundo a Escala ALONE e a Pergunta Única “Sente-se Só?” 26

Tabela 5 - Análise Descritiva da Depressão, Satisfação com a Vida e Grau de (In)dependência Funcional 27

Tabela 6 - Caracterização Sociodemográfica e a Escala ALONE (n=102) 28

Tabela 7 - Correlações entre a Escala ALONE e os Instrumentos de Depressão Geriátrica, Satisfação com a Vida e Índice de Barthel 31

Tabela 8 - Distribuição da Sintomatologia Depressiva e Grau de (In)dependência Funcional segundo a Presença de Solidão (Escala ALONE) 32

Introdução

Reconhecida pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) como um determinante social da saúde, a solidão é particularmente relevante e prejudicial no envelhecimento, estando relacionada a um maior risco de depressão, declínio cognitivo, doenças crônicas e comprometimento funcional, com impactos significativos na saúde física e mental das pessoas idosas¹ (Damas et al., 2023; Rodrigues, 2018; Silva et al., 2024). Observa-se prevalências de solidão entre 20% e 34% na Europa, América Latina, China e Estados Unidos, sendo que a pandemia de COVID-19 e as medidas de distanciamento físico intensificaram a atenção para essa problemática, anteriormente pouco reconhecida (OMS, 2021; OMS, 2025).

A solidão é considerada experiência subjetiva complexa, sendo influenciada por múltiplos fatores que se articulam mutuamente, englobando aspectos individuais, relacionais, comunitários e sociais (OMS, 2021; Puyané et al., 2025). A percepção de solidão depende do ambiente em que a pessoa vive e dos contextos socioeconômicos e socioculturais mais amplos, estando estreitamente relacionada, aos vínculos e às conexões interpessoais, bem como à participação social (Barjaková et al., 2023).

Mais recentemente, através da Comissão sobre Conexão Social 2024-2026 (OMS, 2025), o tema da solidão ganhou ainda mais destaque, sendo reconhecido como prioridade na saúde pública mundial, articulando-se às políticas de saúde mental, envelhecimento saudável e aos determinantes sociais da saúde.

A solidão pode ocorrer em qualquer momento do processo de envelhecimento e está frequentemente associada a uma série de perdas, incluindo a transição para instituições de cuidados de longa duração² (Salari et al., 2025). Tem sido identificada como uma preocupação comum no contexto institucional, no qual pode se manifestar de forma severa (Gardiner et al., 2020; Jansson et al., 2020). Corroborando essa ideia, observa-se

¹ Ao longo deste trabalho, adota-se uma linguagem não idadista e centrada na pessoa, privilegiando termos como *pessoas idosas* ou *pessoas que vivem em ERPI*, em consonância com Bowman & Lim (2021) que defendem uma comunicação que reflita dignidade e individualidade.

² Instituições de cuidados de longa duração ou longa permanência e Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) são usados como sinónimos. Em Portugal, trata-se de respostas sociais temporárias ou permanentes, destinadas a pessoas idosas com diferentes graus de dependência, oferecendo cuidados continuados ou de longa duração, embora estes também possam ser disponibilizados em contexto domiciliário ou em serviços comunitários, por cuidadores familiares, informais e/ou formais (Assembleia da República, 2006; Comissão Europeia, 2024; Ministério da Solidariedade e da Segurança Social, 2012).

que, em comparação com pessoas idosas que residem na comunidade, aquelas que vivem em instituições de cuidado longa permanência tendem a apresentar maior prevalência de solidão (Hajek et al., 2024). Em Portugal, as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) exemplificam essa realidade, demonstrando que a convivência quotidiana não elimina a possibilidade de solidão (Silva et al., 2024) podendo até mesmo amplificá-la quando associada a variáveis como sintomas depressivos, baixa perceção de satisfação com a vida e maior dependência funcional.

Assim, as ERPI constituem um campo estratégico para investigar a solidão, dada a escassez de estudos neste contexto e por reunir uma diversidade de participantes com diferentes condições de saúde, grau de (in)dependência funcional, perfil sociodemográfico e trajetórias de vida. Os funcionamentos institucionais singulares dessas estruturas, com rotinas, normas e organização próprias, criam um contexto específico que influencia a experiência de solidão (Liu et al., 2020). Neste sentido, considerando a solidão um fator crítico para a saúde (OMS, 2021) e seus efeitos adversos nas pessoas idosas, aliado à intenção de aprofundar a compreensão sobre como ela se manifesta entre pessoas que vivem em ERPI, o presente estudo objetivou analisar a relação entre a solidão e variáveis sociodemográficas, depressão, satisfação com a vida, e grau de (in)dependência funcional em pessoas idosas portuguesas que vivem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas-ERPI.

A partir desse objetivo, na intenção de estruturar e facilitar a leitura do estudo, esta dissertação organiza-se da seguinte forma: Parte I - Enquadramento Teórico, em que se apresentam os principais conceitos que sustentam a investigação; e a Parte II - Metodologia, em que se descrevem o caminho percorrido, os objetivos, o método adotado, resultados, discussão, incluindo as limitações e considerações finais. O documento será ainda acompanhado pelas respetivas referências, apêndices e anexos.

PARTE I: ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento Populacional e suas Implicações no Cuidado de Longa Duração

O envelhecimento populacional é uma realidade nas sociedades contemporâneas, estimativas indicam que, até 2050, todas as regiões, exceto África, terão pelo menos um quarto de seus habitantes com 60 ou mais anos, enquanto a população com mais de 80 anos deverá triplicar (ONU, 2024). Na América Latina e no Caribe, a proporção de pessoas com 65 ou mais anos poderá atingir 30% até o final do século (Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, 2024). Esse fenômeno também é observado na Europa, onde cerca de 21% da população já possui mais de 65 anos (Eurostat, 2024).

Em Portugal, o envelhecimento populacional é particularmente notório. Em 2024, o índice de envelhecimento atingiu o valor de 192,4 pessoas idosas por cada 100 jovens (Instituto Nacional de Estatística [INE], 2025), superando o 188,1 de 2023. Projeções do INE (2023) indicam que a população idosa crescerá de 2,2 milhões para 3,0 milhões até 2080. Esses dados posicionam Portugal entre os países mais envelhecidos da União Europeia (PORDATA, 2025), evidenciando um desafio crescente ao estado e sociedade na gestão das demandas dessa população.

Os impactos do envelhecimento populacional abrangem múltiplas esferas, incluindo o mercado de trabalho, a oferta de bens e serviços, a proteção social e, de forma particular, as estruturas familiares e os laços intergeracionais (OMS, 2021). Paralelamente, mudanças sociais e econômicas - como a queda da fertilidade, alterações nos padrões de casamento, aumento da escolaridade, migrações e desenvolvimento econômico - contribuem para o aumento do número de pessoas idosas que vivem sozinhas ou que não contam com apoio familiar (OMS, 2021).

É nesse contexto, segundo Crispim (2021) que intensificam as demandas por instituições de cuidados de longa permanência. Isso ocorre, especialmente nas etapas mais avançadas da vida, pois embora a esperança média de vida tenha aumentado, a fragilidade e a dependência entre pessoas idosas permanecem, provocando a procura das famílias por serviços formais especializados e transformando o modelo de cuidado doméstico (Crispim, 2021).

Contudo, mesmo diante deste cenário, a família permanece no centro da responsabilidade pelos cuidados, revelando a disputa entre o modelo tradicional de cuidado e as transformações sociais recentes. Apesar da pouca disponibilidade de familiares cuidadores, a família mantém-se como principal provedora pelo cuidado de seus membros idosos, assumindo essa função frequentemente sem formação ou suporte adequado (OMS, 2015). Essa responsabilização, baseada por valores culturais, ausência de serviços formais e restrições financeiras, acarreta sobrecarga emocional, social e econômica para as famílias, sobretudo para as mulheres, que continuam a desempenhar esse papel de forma predominante (Mendes et al., 2019)

Cuidadores informais são a primeira rede de apoio das pessoas idosas, geralmente composta por familiares, vizinhos ou amigos que prestam cuidado de longa duração àqueles que tem relações de proximidade (OMS, 2024). Em reconhecimento de sua importância, a OMS (2024) refuta a ideia de que o cuidado familiar represente uma solução simples e financeiramente viável para os cuidados de longa duração, destacando os custos sociais e econômicos associados a essa forma de cuidado. Embora o trabalho desempenhado pelos familiares não seja contabilizado nos indicadores econômicos, estima-se que ele represente entre 2% e 4% do PIB, sobretudo pelo tempo dedicado, perda de rendimento e redução da atividade laboral, evidenciando o impacto socioeconômico do cuidado informal, (OMS, 2024). Além disso, os familiares cuidadores sofrem restrições na própria vida devido às exigências desse papel. Percebem o cuidado às pessoas idosas dependentes como uma experiência desgastante, marcada pela carga emocional e pela mudança da relação de reciprocidade para a de dependência (Garcia et al., 2025).

Esse cenário revela um ciclo de problema estruturais: o rápido envelhecimento populacional e as transformações sociais contemporâneas, aumentam a necessidade de cuidados de longa duração, sobrecarregando cuidadores familiares em famílias cada vez menores (Camarano, 2020). Essa realidade traz à tona a insustentabilidade do modelo tradicional de cuidado, ressaltando a necessidade urgente de repensar sua organização social e institucional (Crispim, 2021; Gil, 2020).

Nesse contexto, considerando que nas próximas décadas o número de pessoas idosas que necessitam de cuidados formais tende a crescer significativamente, torna-se

ainda mais clara a importância da implementação de políticas públicas e sistemas eficazes de apoio, garantindo condições dignas de envelhecimento, bem como a sustentabilidade do cuidado frente às transformações sociais decorrentes do crescimento acelerado da população idosa.

2. Políticas de Envelhecimento e Cuidado de Longa Duração em Portugal

Em sintonia com a conjuntura global, Portugal tem investido, desde a década de 1990, na expansão de programas e serviços de apoio à população idosa, acompanhando o crescimento do número de pessoas que vivem em instituições de cuidado de longa duração, especialmente mulheres com mais de 80 anos e com limitações físicas e cognitivas (Gil, 2020). Esses investimentos são particularmente relevantes diante do panorama previamente destacado (Crispim, 2021), considerando as vulnerabilidades associadas ao envelhecimento, capazes de impactar a autonomia e a independência das pessoas idosas (Camarano, 2014; OMS, 2015).

Nesse contexto, a Rede de Serviços e Equipamentos Sociais (RSES) para pessoas idosas em Portugal recebeu um aumento de 65,5 % dos lugares destinados a esse público no território continental entre 2000 e 2022, ultrapassando, nesse período, o número de 300 000 lugares em serviços de cuidados de longa duração (Gabinete de Estratégia e Planeamento- GEP, 2024a). Essa expansão demonstra a relevância das políticas de apoio à população idosa, organizadas em programas voltados à promoção da autonomia, da integração social e da saúde, operacionalizados pelas respostas sociais (Segurança Social, 1991).

Os cuidados de longa duração, em destaque, constituem uma dimensão fundamental das respostas sociais (Gil, 2020), em especial as ERPI que oferecem acolhimento coletivo, temporário ou permanente, a pessoas com diferentes níveis de autonomia. Essa resposta social foi a que mais cresceu no âmbito da RSES, registando um aumento de 78,4 % e apresentando a taxa de utilização média de 92,5 % dos lugares ocupados em 2023 (GEP, 2024b). Complementam essa rede outras respostas sociais, como Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário (SAD), Centros de Convívio e de Noite e Acolhimento Familiar.

Embora apenas uma parcela da população idosa viva em instituições, as ERPI desempenham papel central nas respostas sociais, evidenciando a crescente demanda por ingresso institucional e mudanças no cuidado doméstico (Crispim, 2021). Além disso, o elevado nível de ocupação e as longas listas de espera desses serviços indicam não apenas a insuficiência de vagas, mas também o papel estratégico dessas estruturas, apontando desafios para as políticas públicas na conciliação entre a continuidade da vida das pessoas idosas no ambiente comunitário e o cuidado em ERPI (Fonseca, 2020).

3. Motivos de ingresso de pessoas idosas em ERPI

O ingresso de pessoas idosas em ERPI pode resultar de múltiplos fatores que comprometem as condições de permanência da vida em comunidade. Conforme será explorado nos estudos apresentados na Tabela 1, os principais motivos que levam famílias e pessoas idosas a optar pelo ingresso em ERPI podem ser agrupados em: *familiar e social*, manifestado pela falta de cuidadores qualificados, seja por limitações familiares, fragilização de vínculos afetivos, conflitos, negligência ou abandono; *saúde*, evidenciada por doenças crônicas e incapacitantes, demências ou doença neurodegenerativa (como Alzheimer e Parkinson); *dependência funcional*, demonstrada pela autonomia comprometida e dependência severa ou total; *idade avançada e grau de vulnerabilidade*, refletidos sobretudo por pessoas com idade entre 80 e 90 anos com grau elevado de dependência física ou cognitiva; *aspectos afetivos, psicológicos e de convivência*, observado pela solidão e isolamento social, necessidade de apoio emocional e busca por segurança; *fatores socioeconômicos*, expressos na insuficiência de condições financeiras para manter cuidados domiciliares, limitações no acesso a serviços e apoio social e situações de denúncias por negligência ou abandono devido a maus tratos ou falta de suporte.

Tabela 1*Motivos para Ingresso em ERPI segundo Diferentes Autores*

Autor(es) / Ano	País	Motivos para ingresso em ERPI
Camarano e Marinho (2014) Lini e colegas (2016)	Brasil	Divisão de responsabilidade pelo cuidado, limitações familiares, doenças crônicas, dependência nas atividades diárias, ausência de cônjuge e filhos, e comprometimento cognitivo.
Almeida (2024)	Portugal	Idade avançada (80 a 90 anos), grau elevado de dependência e autonomia comprometida por questões relacionadas ao envelhecimento, especialmente demências.
Pollo e Assis (2019)	Brasil	Doenças incapacitantes, demências, falta de apoio familiar, vínculos fragilizados, necessidade de apoio contínuo (como em casos de Alzheimer e Parkinson) e falta de cuidadores qualificados.
Oliveira e colegas (2020) Silva e colegas (2017)	Brasil	Combate à solidão, convivência, segurança, necessidade de cuidados contínuos, conflitos familiares, exclusão ou falta de condições financeiras, além de denúncias de negligência e abandono.
Rodrigues e colegas (2019)	Portugal	Perda de autonomia, dependência severa ou total, falta de tempo dos familiares, viver sozinho, agravamento do estado de saúde, distância geográfica da família, dificuldade em realizar tarefas diárias e a morte do cônjuge.
Smith e Victor (2022)	Reino Unido	Solidão associada à maior necessidade de cuidados.

Tendo em vista os principais fatores que condicionam o ingresso institucional, há de se destacar que existe um consenso entre os autores quanto à importância de que as pessoas idosas permaneçam nos seus domicílios pelo maior tempo possível. No entanto, esse objetivo nem sempre se concretiza, especialmente quando há alteração no grau de

(in)dependência funcional, junto a complicações de saúde e a ausência de apoio social, se combina à solidão, que acaba se configurando como uma preocupação adicional e um potencial preditor do ingresso institucional (Silva et al., 2017; Smith e Victor, 2022, citado em Hanratty et al., 2018; Russell et al., 1997).

4. Solidão e Envelhecimento

4.1 Definição e tipos de Solidão

A solidão é atualmente definida como um o sentimento/emoção desagradável ou negativo resultante da percepção de falta de conexão social, refletindo uma discrepância entre a experiência de conexão desejada e a experiência real (OMS, 2025).

Weiss (1973, as cited in Fierloos et al., 2021; Perlman & Peplau, 1998) cuja conceituação continua amplamente utilizada por autores contemporâneos, distingue dois tipos principais de solidão, a solidão emocional, associada à falta de vínculos íntimos, e a solidão social, relacionada à ausência de integração comunitária.

Complementando essas perspectivas, Mansfield e colegas (2021) retomam uma terceira dimensão, a solidão existencial, definida como uma sensação profunda de desconexão em relação aos outros e ao mundo. Relaciona-se a vivência de ser incompreendido, caracterizada pelo distanciamento psicológico e emocional de forma mais profunda.

Além dessas dimensões que definem e caracterizam tipos de solidão, Zhang e colegas (2023) fazem uma deferência a solidão vivida por pessoas idosas em contextos institucionais. Para os autores essa experiência assume contornos específicos, influenciada tanto por características individuais quanto pelas condições do ambiente, podendo variar em intensidade e impacto à medida que a vivência pessoal e única da solidão se combina com as condições institucionais.

4.2 Repercussões da Solidão

A solidão apresenta forte associação com desfechos negativos para a saúde mental e física (Park et al., 2020). Entre essas repercussões, a depressão se destaca como uma das mais significativas. Oliveira e colegas (2020) aprofundam a compreensão dessa relação, destacando que, a solidão é um grande fator de risco de desenvolvimento da

depressão, assim como a depressão é um fator agravante da solidão em pessoas idosas. Neste sentido, os autores evidenciam que a solidão e os sintomas depressivos são grandezas diretamente proporcionais, ou seja, a variação de uma implica na variação da outra na mesma proporção.

Outra repercussão significativa diz respeito à satisfação com a vida, que, conforme apontam Mombeini e Bereyhe Bereyhi (2022), é entendida como a avaliação subjetiva que cada pessoa faz sobre o quanto suas necessidades e objetivos foram atendidos. Os autores indicam que o aumento da solidão está diretamente associado a uma menor satisfação com a vida, refletindo-se em uma avaliação mais negativa da vida quotidiana, isto é, quanto mais intensa for a vivência de solidão, menor é a probabilidade da pessoa idosa avaliar a sua vida de forma positiva e satisfatória.

Adicionalmente, a solidão associa-se ao grau de (in)dependência funcional, evidenciada pela perda progressiva da autonomia ao avançar da idade e pelas dificuldades na realização das atividades básicas da vida diária - ABVD (Anes et al., 2021). Essa situação tende a se agravar quando esse quadro se combina com sentimentos depressivos (Cano et al., 2024). Estudos complementares corroboram que o aumento da dependência funcional se correlaciona com o aumento da solidão, sendo que esta correlação pode ser bidirecional, atuando como potencial preditor para o ingresso em instituições de cuidado de longa duração (Rodrigues et al., 2019).

5. Prevalência da Solidão em Pessoas Idosas que vivem em ERPI

A solidão entre pessoas idosas que vivem em ERPI é um fenômeno frequente, com repercussões significativas para a saúde física, mental e o bem-estar geral dessa população (Salari et al., 2025).

Através da análise dos dados reportados na Tabela 2, que incluiu nove artigos sobre a prevalência de solidão entre pessoas que vivem em ERPI, evidenciou-se que a solidão atingiu: em média 61% de solidão moderada e 35% severa, superior se comparado a pessoas idosas que vivem em comunidade (Gardiner et al., 2020); 43,5% (25,7% moderada; 17,8% severa), mais grave entre mulheres, pessoas com mais de 90 anos (32,9%), com maior escolaridade (27,3%) e casadas (41,0%) (Hajek et al., 2024). Outros resultados indicaram um padrão estável (36%) nos anos de 2011 e 2017 (Jansson et al.,

2020); ocorrência frequente (25-80%), associada à saúde física e mental fragilizada e a menor grau de funcionalidade (Lapane et al., 2022); insatisfação com a participação em atividades e em relações interpessoais com outros moradores, familiares e profissionais (Paque et al., 2018; Plattner et al., 2022); relação ao contacto com familiares e profissionais de saúde, à aceitação, ao sentido de existência e aos desafios da experiência (Söderman & Arvidsson-Lindvall, 2024); afeta 39,6% (22,4% severa) (Trybusińska & Saracen, 2019); e integra os temas causas, sentimentos e enfrentamento da solidão (Zhang et al., 2023).

Tabela 2*Síntese dos Estudos sobre Solidão em Instituições de Longa Permanência*

Autor/Ano	Desenho do estudo	Local	Amostra	Características	Resultados quanto a solidão	Conclusão
Gardiner e colegas, 2020	Revisão sistemática com meta-análises	Reino Unido e Nova Zelândia	5.115 participantes (13 estudos)	Os estudos incluídos foram realizados na Finlândia, Malásia, Noruega, Chipre, Malta, Austrália, Egito, Espanha, Holanda e China; um deles coletou dados tanto na Suécia quanto na Finlândia	Mais frequente em ERPI do que em comunidade: 61% moderada (11 estudos, 3.933 participantes); 35% severa (9 estudos, 4.232 participantes)	Solidão elevada; necessidade de intervenções sociais
Hajek e colegas, 2024	Estudo observacional transversal quantitativo	Alemanha Renânia do Norte-Vestfália	142 participantes (pessoas que vivem em ERPI)	A idade média foi de 90,2 anos (\pm 4,9 anos, variando de 80 a 101 anos); 73,2% dos participantes eram mulheres	43,5% apresentaram solidão (25,7% moderada; 17,8% severa); solidão severa maior em mulheres (19,4%) do que em homens (10,3%); solidão moderada aumentou com a idade (32,9% \geq 90 anos); maior escolaridade associou-se a solidão severa (27,3%); casados apresentaram prevalência mais alta de solidão severa (41,0%), resultado que, embora contraintuitivo, pode refletir a ausência e a saudade dos seus cônjuges	Solidão elevada entre pessoas idosas mais velhas destaca a importância de compreender seus determinantes e implementar intervenções sociais eficazes

Jansson e colegas, (2020)	Estudo transversal repetido	Helsínquia, Finlândia	2011: N = 4.966; 2017: N = 3.767; Número total 1563 em 2011 e 1367 em 2017(pessoas que vivem em ERPI)	Idade 83–84 anos; mulheres 76–71%; viúvos 54–47%; necessidade de assistência: independentes 14–16%, alguma ajuda 33–37%, muita assistência 53–47%; demência 67–71%; câncer 9–13%; número médio de medicamentos 8,5–9,8; AVC 28–25%; sintomas depressivos 41–39%.	Prevalência estável da (36% em 2011 e 2017); associada à depressão: 24% sem depressão e 55% com depressão	Solidão comum e persistente; necessidade de rastreamento e intervenções
Lapane e colegas, (2022)	Revisão sistemática com meta-análises	Boston, EUA	5 estudos qualitativos, 3 mistos, 19 transversais, 4 de coorte	Os 23 estudos são provenientes de diversas regiões do mundo: três dos Estados Unidos, onze da região Ásia-Pacífico, quatorze da Europa, um do Egito e um sem local relatado	Quantitativos: frequente (25-80%), associada a depressão, ideação suicida, fragilidade, pior qualidade de vida e mortalidade; Qualitativos/mistos: ligada a saúde precária, perda de independência e isolamento social, amenizada por atividades, relacionamentos e apoio da equipe/família	Afeta saúde mental/física; necessidade de investigação e intervenções

Paque e colegas, (2018)	Qualitativo fenomenológico	Bélgica	11 participantes (pessoas que vivem em ERPI) não especificou o país	Provenientes de 3 ERPI regionais, com mais de 65 anos, sem demência, falantes de holandês e admitidos há mais de 3 meses	Associada à perda de autonomia (luto e dependência); contatos pouco significativos com outros moradores, evitam interações devido a comprometimento cognitivo; visitas não atendem expectativas de frequência ou duração; participação em atividades evitadas devido a deterioração física; necessidade de cuidados individualizados, atrasos na assistência	Identificadas: solidão emocional e social; a dimensão existencial foi difícil de avaliar; necessidade de mais pesquisas sobre a relação entre autonomia, luto e solidão, bem como intervenções personalizadas
Plattner e colegas, (2021)	Revisão Sistemática de Literatura	Salzburgo, Áustria	10 estudos: incluindo qualitativos, quantitativos e de intervenção	Estudos com pessoas idosas que vivem em ERPI em diversos países da Europa (com mais de 65 anos sem défices cognitivos significativos); Entre os estudos de intervenção: terapia do riso N=50, terapia assistida por animais N=21, videochamadas N=8; estudo piloto com voluntários N=9	Manifesta-se pelo sentimento de isolamento, tédio, falta de pertença, perda de autonomia e insatisfação com contatos interpessoais e participação em atividades; Intervenções eficazes: atividades que promovem relacionamento de qualidade, escuta ativa, construção de confiança, apoio familiar e da equipe, terapias de riso e assistidas, por animais, uso de tecnologia para facilitar comunicação	A condições estruturais das ERPI favorecem a solidão; intervenções individuais focadas na confiança entre cuidadores e familiares podem ajudar

Söderman e Arvidsson-Lindvall (2024)	Qualitativo fenomenológico	Suécia	10 participantes (pessoas que vivem em ERPI)	O estudo incluiu dois homens e oito mulheres com idades entre 67 e 98 anos, que viviam em ERPI pelo período entre 9 meses e 6 anos	Associada a três temas principais: a importância de familiares e profissionais de saúde; a aceitação e uma existência significativa como formas de alívio; e os desafios que afetam essa experiência	Profissionais de saúde podem atenuar a solidão das pessoas idosas, ouvindo-as, promovendo atividades significativas e incentivando o contacto com familiares, preservando a sua dignidade e ajudando a lidar com a saudade do passado
Trybusińska e Saracen (2019)	Quantitativo transversal (levantamento diagnóstico)	Mazóvia, Polónia	250 participantes em 7 ERPI	Idade \geq 65 anos, sendo 157 mulheres e 93 homens; idade média 75 e 71 anos; Tempo de ERPI 7 anos, maior entre pessoas do género feminino; 33,8% residiam há 10 anos ou mais	Afeta 39,6%, com até 22,4% com solidão severa; relações familiares ruins ou bastante ruins associaram-se a maior solidão (média 32,5-32,6; escala 11-55); relação significativa entre mobilidade e solidão ($p = 0,0141$)	Relações familiares, mobilidade, aceitação da doença e adaptação às mudanças influenciam a solidão; quanto maior satisfação com a vida menor a solidão; solidão e isolamento associam-se a baixa qualidade de vida

Zhang e colegas, (2023)	Revisão sistemática com meta-análises qualitativas	China	13 estudos: 4 mistos e os demais qualitativos: 188 participantes em 33 ERPI	Estudos publicados entre 2012 e 2023; 5 realizados na China; 8 na Austrália	Categorizada em 3 temas: causas da solidão; sentimentos de solidão; enfrentamento a solidão; 7 subtemas: envelhecimento e perda; transformação ambiental; a solidão é uma dor; a solidão é uma escolha; participação; fortalecimento dos laços sociais; e desviando a atenção	Solidão depende da interação pessoal e ambiental; intervenções devem considerar fatores individuais e institucionais
------------------------------------	--	-------	---	---	--	---

Nota. ERPI = Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas; N = número de participantes; EUA = Estados Unidos da América; AVC = Acidente Vascular Cerebral; p = valor de significância estatística; ≥ = maior ou igual a.

PARTE II: METODOLOGIA

6. Objetivos

O objetivo geral deste estudo é analisar a relação entre a solidão e as variáveis sociodemográficas, depressão, satisfação com a vida e grau de (in)dependência funcional em pessoas idosas portuguesas que vivem em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). Como objetivos específicos pretende-se: a) Caracterizar sociodemograficamente os participantes; b) Determinar a prevalência da solidão; c) Analisar a relação entre solidão e variáveis sociodemográficas; d) Analisar a relação entre a solidão e a satisfação com a vida, depressão e grau de (in)dependência funcional.

7. Método

7.1 Desenho do Estudo

Trata-se de uma pesquisa quantitativa, de carácter observacional, descritivo e correlacional. O estudo faz parte de um projeto mais amplo denominado *“Tradução, adaptação e validação da escala ALONE para a população idosa portuguesa”*. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da Unidade de Investigação em Ciência da Saúde: Enfermagem da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Parecer Nº P906_10_2022 (Anexo A).

7.2 População e amostra

Este estudo decorre em ERPI localizadas na Região Centro de Portugal. A amostra foi não probabilística por conveniência, com os seguintes critérios de inclusão: pessoas com 65 anos ou mais, capazes de compreender e responder ao questionário, que vivem em ERPI há pelo menos seis meses, sem comprometimento cognitivo grave ou diagnóstico de doenças neurocognitivas ou psiquiátricas severas, conforme registado nos prontuários clínicos. Os critérios de exclusão foram: a) incapacidade de comunicação oral; b) resultado positivo para déficite cognitivo no Mini-Cog; e c) recusa em participar do estudo.

7.3 Instrumento de recolha de dados

Encontra-se organizado em 3 partes (Apêndice A):

7.3.1 Rastreio cognitivo - Mini-Cog (Borson et al., 2000), envolve uma combinação de tarefas: relembrar três palavras (1 ponto por cada palavra lembrada) e desenhar um relógio com um horário determinado (2 pontos para o relógio desenhado corretamente ou 0 quando incorreto). A pontuação varia de 0 a 5, sendo avaliada da seguinte forma: 3 palavras recordadas = negativo para déficite cognitivo; 1-2 palavras recordadas + relógio normal = negativo para déficite cognitivo; 1-2 palavras recordadas + relógio anormal = positivo para déficite cognitivo; 0 palavras recordadas = positivo para déficite cognitivo.

7.3.2 Questionário sociodemográfico - contempla informações relativas ao gênero, idade, tempo de residência na instituição e localização da ERPI (rural, suburbana ou urbana). Inclui ainda dados sobre as condições de alojamento (quarto individual, duplo ou coletivo), estado civil, anos de escolaridade formal e histórico de perdas recentes de pessoas significativas (nos últimos seis meses e no último ano). São também recolhidas informações sobre a existência de filhos, netos e bisnetos, bem como o número correspondente de cada. O questionário aborda igualmente aspetos relacionados com a visão e a audição, considerando o uso de próteses ou óculos, e investiga o uso de redes sociais (quais plataformas, frequência semanal, uso autónomo e percepção da companhia que essas tecnologias proporcionam, numa escala de 0 a 10).

Ao final desta parte desta parte, são incluídas duas questões de autopercepção:

a) Solidão - “*Costuma sentir-se só?*” com quatro opções de resposta (sempre, muitas vezes, algumas vezes e nunca). A pontuação varia de 1 a 4 para o cálculo da média e para a classificação de presença ou ausência de solidão (ausente= nunca; presente = algumas vezes, muitas vezes e sempre);

b) Saúde - “*De uma forma geral, diria que a sua saúde é?*” com cinco opções de resposta (excelente, muito boa, boa, razoável, fraca), com pontuação que varia de 1 a 5.

7.3.3 Instrumentos de avaliação

a) Escala ALONE - tem como objetivo avaliar a solidão em pessoas idosas (Deol et al., 2022). Recentemente traduzida, adaptada e validada para o contexto português (Tavares et al., 2025). É composta por 5 itens em uma escala de Likert de 3 pontos (sim = 1, algumas vezes = 2, não = 3), avalia a solidão em pessoas idosas, com pontuações entre 5 e 15, sendo ≥ 8 indicativos de solidão severa. Mostra uma forte correlação com a UCLA-20 ($r = 0,81$), alta confiabilidade (teste-reteste $r = 0,89$) e consistência interna (Alpha de Cronbach = 0,69) aceitável.

b) Escala de Depressão Geriátrica - 15 (EDG-15) - desenvolvida por Yesavage e colegas (1982) e validada em Portugal por Apóstolo e colegas (2014). Esta escala avalia sintomas depressivos em pessoas idosas por meio de 15 perguntas dicotômicas (sim/não). A pontuação total varia de 0 a 15, onde valores entre 0 e 5 indicam ausência de sintomas depressivos e acima de 5 sugerem a presença desses sintomas. O instrumento apresenta uma boa consistência interna com $\alpha = 0,83$, mostrando ser confiável para análise da sintomatologia depressiva em idosos.

c) Escala de Satisfação com a Vida (Satisfaction Life Scale - SWLS) - desenvolvida por Diener e colegas (1985), com o objetivo de avaliar o nível de satisfação das pessoas em relação às suas condições de vida, escolhas e conquistas pessoais, utiliza-se a versão de Simões (1992) que é constituída por cinco itens numa escala Likert de cinco pontos (1 – discordo totalmente; 5 – concordo totalmente). A pontuação total varia entre cinco (5) e vinte e cinco (25), sendo que valores mais elevados indicam maior nível de satisfação com a vida. A escala apresenta boa consistência interna, com coeficiente α de Cronbach de 0,77, e boa validade convergente (Simões, 1992).

d) Índice de Barthel (IB) - desenvolvido por Mahoney e Barthel (1965, as cited in Barbosa et al., 2014) e posteriormente adaptado para o contexto português por Araújo e

Ceolim (2007). Este índice avalia o grau de (in)dependência das pessoas idosas na realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD): comer, higiene pessoal, uso dos sanitários, tomar banho, vestir e despir, controlo de esfíncteres, deambular, transferência da cadeira para a cama, subir e descer escadas. Atribui pontuações de 0 a 3 a cada atividade, totalizando entre 0 e 20 pontos, sendo 0 indicativo de dependência total e 20 de independência plena. Estudos de validação demonstram elevada consistência interna ($\alpha = 0,96$) e forte correlação com a escala de Lawton e Brody ($r = 0,84$), confirmando a sua fiabilidade (Araújo & Ceolim, 2007). A interpretação dos resultados distribui-se em três categorias: 0–12 pontos correspondem a dependência severa ou total; 13–18 a dependência moderada; e 19–20 a independência ou ligeira independência.

7.4 Procedimento de Recolha de Dados

A recolha de dados foi realizada entre junho de 2024 e agosto de 2025. Os participantes foram recrutados por meio de contato institucional com as ERPI da Região Centro de Portugal. A investigadora e estudantes colaboradores do estudo, em articulação com os técnicos das instituições, conduziram a recolha de dados. Previamente foi realizada uma formação específica sobre a aplicação do protocolo de recolha de dados.

Inicialmente as pessoas que aceitaram participar formalizaram a sua participação assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo II). Paralelamente foi entregue às pessoas idosas a informação aos participantes, em que são apresentados os objetivos do estudo e detalhes do projeto (Anexo III).

A recolha de dados decorreu nas instalações da ERPI, numa sala que assegura a privacidade e confidencialidade da informação. O procedimento teve o seu início com a administração do Mini-Cog (Anexo C) para a triagem de défice cognitivo. Apenas os participantes sem défice cognitivo prosseguiram para as partes 2 e 3 do instrumento de recolha de dados. No final da aplicação, a investigadora expressou o seu agradecimento pela colaboração de cada participante.

7.5 Procedimentos de Análise de Dados

As análises estatísticas foram conduzidas utilizando o IBM SPSS Statistics, versão 28.0.1.0 (142). Para a estatística descritiva, as variáveis categóricas foram apresentadas em frequências e percentuais, enquanto as variáveis contínuas foram descritas por média e desvio padrão.

Realizou-se o cálculo da estatística inferencial com o objetivo de examinar as relações entre a solidão (severa versus não severa) e variáveis sociodemográficas, depressão, satisfação com a vida e grau de (in)dependência funcional. A associação entre as variáveis sociodemográficas de natureza categórica e a solidão (grupos “sem solidão severa” e “solidão severa”) foi avaliada através do teste do qui-quadrado. Atendendo à não verificação dos pressupostos de homogeneidade de variâncias (teste de Levene) e de normalidade dos resíduos (avaliada por inspeção visual dos gráficos Q-Q), recorreram-se a testes não paramétricos (Mann-Whitney e Kruskal-Wallis). Para a variável contínua, foram igualmente aplicados testes não paramétricos. A correlação entre duas variáveis contínuas foi calculada através do coeficiente de correlação de Spearman. Segundo a classificação dos coeficientes de correlação, valores entre 1-0,39, indicam uma correlação fraca; 0,40-0,69, uma correlação moderada; 0,70-0,89, uma correlação forte; $\geq 0,90$, uma correlação muito forte (Schober & Schwarte, 2018).

8. Resultados

8.1 Caracterização da Amostra

A amostra incluiu 109 participantes, dos quais 7 (6,4%) foram excluídos devido a resultados positivos para déficite cognitivo (Tabela 3). A amostra final foi constituída por 102 participantes (n=102), maioritariamente do gênero feminino (n=76; 74,5%), com idade média de 84,9 \pm 7,7 anos. Quanto à localização da ERPI, 67% dos participantes vivem em áreas urbanas, 21,6% em rurais e 11,3% em suburbanas. Em relação ao estado civil, 57,8% (n=59) são viúvos, 20,6% (n=21) casados ou vivem em união de facto, 16,7% (n=17) solteiros e 4,9%

(n=5) divorciados ou separados. A média dos anos de escolaridade foi de $5,7 \pm 4,8$, variando entre 0 e 19 anos.

Em relação a vivência do luto e morte 80 (80,8%) participantes reportaram não ter experienciado essa vivência nos últimos 6 meses, com a mesma tendência para o último ano (n=78,78,8%).

A maioria tem filhos (n=77; 76,2%) e netos (n=75; 79,8). A média do número de filhos foi de $2,4 \pm 1,37$, e de netos $3,13 \pm 1,84$. Quanto aos déficits sensoriais, 56,9%(n=58) dos participantes não apresentavam comprometimento visual, com ou sem uso de óculos, enquanto 42,2%(n=43) apresentavam dificuldade na visão e 1% (n=1) apresentava perda total de visão. Quanto à audição, 62,7% (n=64) dos participantes não apresentavam algum comprometimento auditivo, e os restantes 37,3% (n=32) apresentavam dificuldade auditiva. Referente ao uso de antidepressivos, 44 (45,8%) mencionaram não tomar, 29 (30,2%) afirmaram que tomavam e 23 (24%) que não sabiam.

Quanto ao uso de tecnologia e redes sociais, apenas 8 participantes (7,8%) reportam ser utilizadores das mesmas e de forma ativa. A frequência média de uso $5,29 \pm 3,01$ vezes por semana, variando entre 1 e 14. A avaliação média sobre o quanto esses recursos lhes proporcionavam sensação de companhia, em uma escala de 0 a 10, foi de $5,95 \pm 2,64$. As plataformas mais mencionadas foram Facebook, Instagram, TikTok e WhatsApp.

Em relação à pergunta única relacionada à autopercepção de solidão, a média foi de $3,09 \pm 0,82$, variando entre 1 e 4. Sobre a autopercepção de saúde, a média observada foi de $2,17 \pm 1,4$, variando entre 1 e 5.

Tabela 3*Caracterização Sociodemográfica da Amostra (n=102)*

Variáveis qualitativas	n	%
Gênero		
Masculino	26	25,5
Feminino	76	74,5
Área da ERPI (n=97)^a		
Rural	21	21,6
Suburbano	11	11,3
Urbano	65	67
Quarto		
Individual	21	20,6
Duplo	57	55,9
Triplo ou mais	24	23,5
Estado civil		
Casados/união de facto	21	20,6
Divorciados/separados	5	4,9
Solteiros	17	16,7
Viúvos	59	57,8
Vivência de luto/morte		
Últimos 6 meses (n=99)^a		
sim	19	19,2
não	80	80,8
Vivência de luto/morte		
Últimos 12 meses (n=99)^a		
sim	21	21,2
não	78	78,8
Filhos (n=101)^a		
sim	77	76,2
não	24	23,8
Netos (n=94)^a		

sim	75	79,8
não	19	20,2
Bisnetos(n=94) ^a		
sim	35	37,2
Não	59	62,8
Visão		
Sim	58	56,9
Com dificuldade	43	42,2
Não vê nada	1	1
Audição		
Sim	64	62,7
Com dificuldade	32	37,3
Antidepressivo (n=96) ^a		
Sim	29	30,2
Não	44	45,8
Não sabe	23	24
Uso de tecnologia e redes sociais (conectividade digital)		
Sim	8	7,8
Não	94	92,2
Uso ativo (n=8)		
Sim	8	100
Variáveis contínuas		
	M	DP
Idade	84,9	±7,7 (66-101)
Anos de escolaridade	5,7	±4,8 (0-19)
Tempo de ERPI	48,3	± 42,47 (6-168)
Número de filhos	2,24	±1,37 (0-9)
Número de netos	3,13	±1,84 (1-0)

Número de bisnetos	2,17	±1,4 (1-5)
Grau de companhia através da tecnologia	5,95	±2,64 (0-10)
Frequência uso tecnologia*	5,29	±3,01 (1-14)
Sente-se só	3,09	±0,82 (1-4)
Autopercepção de saúde	2,17	±1,4 (1-5)

Nota. (n) = número total da amostra; (%) = percentual; M = média; DP = desvio padrão; ^a = dados omissos; *por semana.

8.2 Prevalência da Solidão

A prevalência de solidão severa, avaliada pela Escala ALONE, foi de 55,9%. Em relação a pergunta única a presença de solidão foi de 64,7%, dos quais 21,6% reportam sentir-se só muitas vezes ou sempre. Relativamente às variáveis contínuas, a Escala ALONE apresentou uma média de 8,1 ±1,8 (5 - 15), enquanto a pergunta única obteve média de 3,09 ±0,82 (1 - 4). Os dados completos estão expressos na Tabela 4.

Tabela 4

Prevalência da Solidão segundo a Escala ALONE e a Pergunta Única “Sente-se Só?”

Variáveis categóricas Instrumento	Categoria/Indicador	n (%)
Escala ALONE	Solidão severa	57(55,9)
	Sem solidão severa	45 (44,1)
Pergunta única*	Presença de solidão	66(64,7)
	Ausência de solidão	36(35,3)
Variáveis contínuas Instrumento	M	DP (min-máx.)
Escala ALONE	8,1	± 1,8(5-15)
Pergunta única*	3,09	± 0,82(1-4)

Nota. (n) = número total da amostra; (%) = percentual; M = média; DP = desvio padrão; *Categorias baseadas nas respostas: presença de solidão (“sempre”, “muitas vezes”, “algumas vezes”) e ausência de solidão (“nunca”); min-máx.= mínimo e máximo.

8.3 Instrumentos de Avaliação: depressão, satisfação com a vida e grau de (in)dependência funcional

Em relação à sintomatologia depressiva, à satisfação com a vida e ao grau de (in)dependência funcional (Tabela 5), verificou-se que 33,3% da amostra apresentava sintomas depressivos, enquanto 66,7% não apresentava. Relativamente à satisfação com a vida, a média encontrada foi de 17,58 \pm 5,29. Quanto à avaliação do grau de (in)dependência funcional, verificou-se que 33,3% das pessoas apresentavam dependência severa ou total, 47,5% dependência moderada e 18,2% eram independentes ou apresentavam apenas ligeira dependência.

Tabela 5

Análise Descritiva da Depressão, Satisfação com a Vida e Grau de (In)dependência Funcional

Variáveis Categóricas Instrumentos	Categoria/Indicador	n	%
EDG	Com sintomatologia	34	33,3
	Sem sintomatologia	68	66,7
Índice de Barthel*	Dependência severa ou total	34	33,33
	Dependência moderada	47	47,5
	Independência ou ligeira independência	18	18,2
Variáveis Contínuas Instrumentos		M	DP
Satisfação com a vida		17,58	5,29

Nota. (n) = número total da amostra; (%) = percentual; M = média; DP = desvio padrão; *n=99.

8.4 Relação entre solidão e variáveis sociodemográficas

A associação entre as variáveis sociodemográficas e solidão (Tabela 6), só foi significativa para a variável uso de antidepressivos ($p=0,049$). Os resíduos padronizados

ajustados permitiram verificar que a proporção pessoas idosas que não sabe se toma antidepressivos é significativamente maior do que o esperado no grupo da solidão severa ($Z_{adj}=2.4$), enquanto a proporção foi significativamente menor no grupo da solidão não severa ($Z_{adj} = -2.4$). Não se verificaram associação nas pessoas que reportam tomar ou não tomar antidepressivos.

Não se verificaram associações estatisticamente significativas entre a solidão e as variáveis: gênero, área da ERPI, tipo de quarto, estado civil, vivência de luto ou morte (nos últimos seis meses ou no último ano), ter ou não filhos, netos ou bisnetos, capacidades sensoriais (visão e audição) e uso de tecnologias e redes sociais.

Em relação as variáveis contínuas verificaram diferenças significativas entre as categorias da escala ALONE e a solidão (questão única) ($p < 0,001$) e a autoperceção de saúde ($p=0,02$). As pessoas com solidão severa apresentam níveis mais elevados autoperceção de solidão (2.8 versus 3.46) e pior autoperceção de saúde (3.94 versus 3.37). Não se verificaram diferenças significativas entre a solidão e as variáveis: idade, anos de escolaridade, tempo de ERPI, número de filhos, netos e bisnetos e a perceção de que a tecnologia oferece companhia.

Tabela 6

Caracterização Sociodemográfica e a Escala ALONE (n=102)

Variáveis qualitativas	ALONE categorias		Resultado Estatístico
	Sem solidão severa (n, %)	Solidão severa (n, %)	
Gênero			
Masculino (n=26)	15 (26,9)	11 (42,3)	$\chi^2(1) = 0,116$
Feminino (n=76)	30 (39,5)	43 (60,5)	
Área da ERPI (n=95)^a			
Rural (n=21)	9 (42,9)	12 (57,1)	$\chi^2(2) = 1,00$
Suburbana (n=9)	5 (45,5)	6 (54,5)	
Urbano (n=65)	28 (43,1)	37 (56,9)	
Quarto			
Individual (n=21)	6 (28,6)	15 (71,4)	$\chi^2(2) = 0,288$

Duplo (n=57)	10 (17,5)	47 (82,5)	
Triplo ou mais (n=24)	8 (33,3)	16 (66,7)	
Estado civil			
Casados/união de facto (n=21)	8 (38,1)	13 (61,9)	
Solteiros (n=17)	10 (45,5)	12 (54,5)	X²(2) = 0,856
Viúvos (n=59)	27 (45,8)	32 (54,2)	
Vivência de luto/morte			
Últimos 6 meses (n=99)^a			
sim (n=19)	7 (36,8)	12 (63,2)	
não (n=80)	38 (47,5)	42 (52,5)	X²(1) = 0,451
Vivência de luto/morte			
Últimos 12 meses (n=99)^a			
sim (n=21)	8 (38,1)	13 (61,9)	
não (n=78)	37 (47,4)	41 (52,6)	X²(1) = 0,472
Filhos (n=101)^a			
sim (n=77)	34 (44,2)	43 (55,8)	
não (n=24)	11 (45,8)	13 (54,2)	X²(1) = 1
Netos (n=94)^a			
sim (n=77)	33 (44,0)	42 (56,0)	
não (n=24)	10 (52,6)	9 (47,4)	X²(1) = 0,608
Bisnetos (n=94)^a			
sim (n=35)	19 (54,3)	16 (45,7)	
não (n=59)	24 (40,7)	35 (59,3)	X²(1) = 0,284
Visão (n=101)^a			
Sim (n=58)	24 (41,4)	34 (58,6)	
Com dificuldade (n=43)	21 (48,8)	22 (51,2)	X²(1) = 0,545
Audição			
Sim (n=64)	33 (51,6)	31 (48,4)	
Com dificuldade (n=32)	12 (31,6)	26 (68,4)	X²(1) = 0,463
Antidepressivo (n=96)^a			
Sim (n=29)	14 (48,3)	15 (51,7)	
Não (n=44)	23 (52,3)	21 (47,7)	X²(2) = 0,049
Não sabe (n=23)	5 (21,7)	18 (78,3)	

Uso de tecnologia e redes sociais (conectividade digital)			
Sim (n=8)	5 (62,5)	3 (37,5)	X²(1) = 0,461
Não (n=94)	40 (42,6)	54 (57,4)	
Variáveis contínuas	M ± DP	M ± DP	Resultado Estatístico
Idade	83,68 ±8,33	85,84±7,10	U = 1052,5, p = 0,168
Anos de escolaridade	6,15 ±4,85	5,38 ±4,81	U =1059,0, p = 0,333
Tempo de ERPI	47,7±44,2	48,7±41,6	U =1028,0, p = 0,771
Número de filhos	2,19 ±1,60	2,27 ±1,61	U = 691,5, p = 0,401
Número de netos	3,33 ±2,07	2,95 ±1,63	U = 612,5, p = 0,595
Número de bisnetos	2,15 ±1,46	2,18±1,37	U = 142,5, p = 0,755
Tecnologia oferece companhia	6,6 ±2,1	5,12 ±3,03	U =116,0, p = 0,108
Sente-se só	3,46 ±0,66	2,80 ± 0,83	U =710,5, p < 0,01
Autopercepção de saúde	3,37 ±1,01	3,94 ±0,89	U =859,5, p = 0,02

Nota. (n) = número total da amostra; (%) = percentual; M = média; DP = desvio padrão; X² = Qui Quadrado; U = estatística do teste de Mann Whitney; p = nível de significância.; ^a = dados omissos.

8.5 Relação entre a solidão, depressão, satisfação com a vida, grau de (in)dependência funcional

A análise entre os grupos com e sem solidão severa e depressão, satisfação com a vida e grau de (in)dependência funcional (Tabela 7), evidenciou que as pessoas idosas com solidão severa apresentam: mais sintomatologia depressiva (6,33 ± 3,09 versus 3,6 ± 2,37; U=488,0; p<0,001); menores níveis de satisfação com a vida (SWLS: 16,52 ± 5,20 versus 18,93 ± 5,14; U=930,5; p=0,017) e menor capacidade funcional (IB: 3,37 ± 4,79 versus 15,33 ± 4,01; U=913,5; p=0,030).

Verificou-se uma correlação significativa, moderada e positiva entre a escala ALONE e a EDG ($r_s = 0,514$; p<0,001). Por outro lado, uma correlação significativa, fraca e negativa foi observada entre a escala ALONE e a satisfação com a vida ($r_s = - 0,233$; p<0,0018) e grau de (in)dependência funcional ($r_s = -0,258$; p<0,010).

Tabela 7

Correlações entre a Escala ALONE e os Instrumentos de Depressão Geriátrica, Satisfação com a Vida e Índice de Barthel

Instrumentos	ALONE categorias		Resultado Estatístico	ALONE contínua
	Sem solidão severa (n=45) M ± DP	Solidão severa (n=57) M ± DP		Coefficiente de Correlação
EDG	3,6 ±2,37	6,33 ±3,09	$U=488,0$ $p= <001$	$r_s= 0,514$, $p<0,001$
SWLS	18,93 ±5,14	16,52 ±5,20	$U= 930,5$ $p=0,017$	$r_s= -0,233$, $p=0,018$
IB	15,33 ±4,01	13,37 ±4,79	$U= 913,5$ $p= 0,03$	$r_s= -0,258$, $p=0,010$

Nota. (n) = número total da amostra; (%) = percentual; M = média; DP = desvio padrão; U = estatística do teste de Mann-Whitney; p = nível de significância; r_s = Coeficiente de Correlação de Spearman; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; SWLS = Escala de Satisfação com a Vida; IB= Índice de Barthel.

A Tabela 8 apresenta os dados da associação estatisticamente significativa entre sintomatologia depressiva e solidão. Em relação a solidão severa, 79,4% das pessoas idosas apresentam sintomatologia de depressão, verificando-se uma proporção destas pessoas idosa significativamente maior do que o esperado no grupo da solidão severa ($Z_{adj}=3,4$), enquanto a proporção foi significativamente menor no grupo da sem solidão severa ($Z_{adj}=-3,4$). Não se verificou associação estatisticamente significativa entre a grau de (in)dependência funcional e a escala ALONE ($\chi^2 (2) =0,060$).

Tabela 8

Distribuição da Sintomatologia Depressiva e Grau de (In)dependência Funcional segundo a Presença de Solidão (Escala ALONE)

Instrumentos	Sem solidão severa n (%)	Solidão severa n (%)	Resultado Estatístico
EDG			
Com sintomatologia (n=34)	7(20,6)	27(79,4)	$\chi^2(1) = 0,001$
Sem Sintomatologia (n=68)	38(55,9)	30 (44,1)	
IB			
Dependência severa ou total (n=34)	11 (32,4)	23 (67,6)	$\chi^2(2) = 0,060$
Dependência moderada (n=47)	22 (46,8)	25 (53,2)	
Independência ou ligeira independência (n=18)	12 (66,7)	6 (33,3)	

Nota. (n) = número total da amostra; (%) = percentual; χ^2 =Qui Quadrado; EDG = Escala de Depressão Geriátrica; SWLS = Escala de Satisfação com a Vida; BI = Índice de Barthel.

9. Discussão

O presente estudo teve como objetivo analisar a relação entre a solidão e variáveis sociodemográficas, sintomas depressivos, satisfação com a vida e grau de (in)dependência funcional em pessoas idosas portuguesas que vivem em ERPI.

A solidão neste estudo foi avaliada através da escala ALONE e da questão única sobre auto percepção de solidão, com valores elevados de prevalência. Estes resultados indicam que a solidão constitui uma experiência significativa entre pessoas idosas portuguesas que vivem em ERPI. Dados semelhantes são reportados em estudos no sul da Europa, com prevalência aproximada de 63% (Gardiner et al., 2020) e no Norte da Europa com valores inferiores, cerca de 36% (Jansson et al., 2020). Surkalim e colegas (2022) com base em amostras

representativas de múltiplos países europeus, corroboram este panorama, evidenciando que a prevalência de solidão entre pessoas idosas na Europa apresenta variações regionais significativas: é inferior nos países do Norte, intermédia nos do Oeste e Sul, e mais elevada na Europa de Leste. De acordo com os autores, os reduzidos níveis de solidão observados no Norte da Europa poderão estar relacionados com um estatuto socioeconómico mais favorável, melhores condições de saúde e sistemas de proteção social mais robustos. Em contraste, na Europa de Leste, a combinação de condições de saúde e de serviços sociais mais precárias, associada à emigração de populações mais jovens, tende a contribuir para níveis superiores de solidão.

9.1 Características sociodemográficas dos participantes e fatores institucionais na experiência de solidão em ERPI

O perfil da amostra revelou predominância feminina, idade avançada, baixos níveis de escolaridade e tempo médio de moradia na ERPI quatro anos, em consonância com dados sociodemográficos atuais de pessoas idosas que vivem em ERPI (Cano et al., 2024; Chew, 2022; Haralanova & Georgieva, 2020). Apesar disso, não foram identificadas associações estatisticamente significativas entre a solidão e as variáveis sociodemográficas analisada. Outros estudos têm evidenciando que variáveis como o gênero, idade, estado civil, escolaridade e tempo de residência não se associam a solidão em contexto de ERPI (Damas et al., 2023; Rodrigues, 2018; Silva et al., 2024).

Uma possível explicação para a ausência de associações decorre do perfil destes participantes, que é mais homogéneo. O ambiente institucional ao padronizar cuidados e rotinas diárias, tende a uniformizar as experiências, reduzindo as diferenças individuais e tornando as vivências e comportamentos das pessoas idosas que vivem em ERPI mais semelhantes (Furtado et al., 2023). Contudo, esses resultados, contrastam com a realidade observada entre pessoas idosas portuguesas que vivem em comunidade, nas quais a experiência de solidão severa é influenciada por variáveis sociodemográficas, estando mais prevalente entre o género feminino, ao fato de não ser casado e à idade mais avançada (Tavares et al., 2025).

A análise relacionada a vivência de morte de alguém significativo nos últimos seis ou doze meses não se associou à solidão severa, embora tenha havido uma leve tendência entre aqueles que vivenciaram essa experiência. Essa tendência está de acordo com estudos recentes realizados entre pessoas idosas que vivem em ERPI (Paque et al., 2018; Zhang et al., 2023) bem como em contexto comunitário (Fried et al., 2015) revelando que o luto está intimamente relacionado à solidão. Além disso, a solidão tende a prolongar o luto, e luto não resolvido aprofunda a solidão (Adi Santoso & Muagiri, 2024). É plausível que, neste estudo, a diferença sutil entre os grupos não tenha permitido demonstrar a importante influência da vivência de morte na solidão severa, já que esta se mostrou elevada mesmo entre os que não passaram por essa vivência nos últimos tempos.

Em relação a conectividade digital, embora não tenha sido encontrada associação estatisticamente significativa, observou-se uma tendência de menor ocorrência de solidão severa entre pessoas que utilizavam tecnologias e redes sociais. Apesar de poucos participantes recorrerem a esses recursos, demonstrando disparidades de acesso e as elevadas taxas de iliteracia digital entre a população idosa (Ribeiro, 2022), esses resultados sugerem que a tecnologia pode desempenhar um papel atenuante na experiência de solidão, funcionando como meio de conexão, compensação da distância relacional e alternativa de contato para pessoas idosas que vivem em ERPI (Kusumota et al., 2022).

Ainda que a tecnologia possa amenizar a solidão, outras formas de interações sociais, como telefonemas, visitas e contatos presenciais com familiares, amigos e profissionais de saúde, também desempenham papel importante na experiência de solidão (Hajek et al., 2024; Trybusińska & Saracen, 2019). A qualidade, a presença e a frequência reduzida de contato com familiares pode aumentar significativamente o sentimento de solidão, enquanto o apoio sólido de familiares surge como um fator protetor (Hajek et al., 2024; Sedlackova et al., 2024; Trybusińska & Saracen, 2019). Além disso, profissionais das áreas de saúde e social podem atenuar as experiências negativas de solidão nas ERPI ao estimular a interação e participação social por meio de atividades individualizadas e incentivo ao contato social (Söderman & Arvidsson-Lindvall, 2024).

Os dados deste estudo sugerem que, em pessoas idosas que vivem em ERPI, a solidão pode estar menos ligada a fatores sociodemográficos (como idade, gênero ou escolaridade) e mais associada a aspectos institucionais e sociais, sendo influenciada sobretudo pela quantidade e qualidade dos relacionamentos sociais (Barjaková et al., 2023). Esses resultados corroboram estudos anteriores (Zhang et al., 2023), indicando que, embora a solidão seja uma experiência subjetiva, no contexto de ERPI, ela pode resultar da interação entre a vivência pessoal e as condições ambientais. Assim, a ausência de análises específicas sobre aspectos institucionais, as relações interpessoais e o envolvimento social, constitui uma área a ser explorada em pesquisas futuras.

9.2 Saúde, capacidades sensoriais e uso de antidepressivos na experiência de solidão em ERPI

Em contraste com as características sociodemográficas, variáveis relacionadas à saúde mostraram associação significativa com a solidão, indicando que pessoas com solidão severa tendem a avaliar sua saúde de forma mais negativa. Esses dados alinham-se com outros estudos que apontam que o contrário também pode acontecer, condições de saúde desfavoráveis contribuem para a solidão severa em ERPI (Lapane et al., 2022; Puyané et al., 2025)

Na análise das capacidades sensoriais, apesar da perda auditiva e dificuldade visual estarem presentes nos casos de solidão severa, não foram observadas associação estatisticamente significativa a solidão. No entanto, é importante considerar que, embora isoladamente essas variáveis não apresentem relações, elas podem influenciar a experiência de solidão. A perda auditiva, por exemplo, está associada ao declínio cognitivo e ao isolamento social (Lin et al., 2013) além de comprometer a comunicação, limitar a participação em atividades sociais e reduzir a autonomia (OMS, 2020). A deficiência visual, de forma semelhante tem sido relacionada a níveis mais elevados de solidão, em grande parte pelos mesmos fatores limitantes (Chu & Chan, 2022).

Por fim, a análise do uso de antidepressivos revelou associação significativa com a solidão severa, alinhando-se a resultados de estudos recentes (Lam & Vuolo, 2023). Entre os

participantes que relataram utilizar ou não a medicação, as proporções de pessoas sem solidão e com solidão severa foram semelhantes. Contudo, entre aqueles que não souberam informar sobre o uso de antidepressivos, a prevalência de solidão severa foi alta. Esse quadro evidencia que fatores como desconhecimento ou menor autonomia sobre o tratamento, suporte técnico limitado ou polimedicação podem contribuir para intensificar a experiência de solidão (Oliveira & Novaes, 2012).

9.3 Relações entre solidão, depressão, satisfação com a vida e grau de (in)dependência funcional em pessoas idosas que vivem em ERPI

Neste estudo, a solidão severa associou-se a níveis mais elevados de depressão. Esses resultados estão em consonância com investigações anteriores (Oliveira et al., 2020) e, em particular, com os resultados do estudo de revisão de Lapane e colegas (2022) que reforça a relação entre solidão e depressão em contexto institucional. Deste modo, a solidão pode contribuir para o desenvolvimento da depressão, sendo também plausível que a depressão intensifique a solidão, sugerindo, assim, uma associação bidirecional entre essas condições.

As pessoas idosas com solidão severa apresentaram níveis reduzidos de satisfação com a vida, demonstrando a tendência de que, à medida que a solidão aumenta, a satisfação com a vida tende a diminuir (Mombeini & Bereyhe Bereyhi, 2022; Sandilya et al., 2021).

Em relação ao grau de (in)dependência funcional, a solidão severa foi mais prevalente entre aqueles com dependência severa ou total, tal como reportado em outros estudos (Cano et al., 2024; Wang et al., 2024). Nesse contexto, Cano e colegas (2024) destacam que, em pessoas idosas que vivem em ERPI, a solidão e os sintomas depressivos se relacionam diretamente com maior dependência funcional. Contudo, a natureza transversal do estudo impede o estabelecimento de relações causais, ou seja, não é possível afirmar que uma causa a outra ou se ambas são influenciadas por algum outro fator. Para aprofundar a investigação, seria relevante considerar a trajetória funcional das pessoas idosas, incluindo o grau de (in)dependência funcional anterior ao ingresso na ERPI, as causas da dependência e sua evolução ao longo do tempo - uma questão que também se coloca no presente estudo.

10. Limitações

Algumas limitações deste estudo devem ser reconhecidas. A amostra foi composta por pessoas idosas que vivem em ERPI da Região Centro de Portugal. Contudo, só cinco instituições aceitaram participar no estudo, o que limitou o tamanho da amostra. Adicionalmente, considerando os critérios de inclusão e exclusão e o perfil dos participantes nestas instituições, a elegibilidade dos participantes foi condicionada (ex.: elevada prevalência de pessoas com demência, síndrome de imobilidade geriátrica), limitando a representatividade e a generalização dos resultados.

As variáveis consideradas neste protocolo, embora reportadas na literatura, podem não captar todos os fatores de risco da solidão neste contexto. Futuros estudos poderiam incluir outras variáveis, como redes de apoio social, frequência de contacto com familiares e amigos, bem como instrumentos que avaliem as redes sociais e o envolvimento em atividades recreativas, culturais ou comunitárias, como escalas de envolvimento social ou questionários de lazer e ocupação do tempo seriam úteis para uma compreensão mais abrangente da solidão entre pessoas idosas que vivem em ERPI.

11. Considerações finais

Este estudo analisou a solidão das pessoas idosas que vivem em ERPI. Verificou-se uma elevada prevalência de solidão neste contexto. Os resultados demonstraram de forma consistente que a solidão severa se associa ao uso de antidepressivos, a uma pior auto percepção de saúde, a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, a menor satisfação com a vida e a maior dependência funcional. Fatores sociodemográficos não se relacionaram com a solidão, sugerindo que aspectos ambientais e relacionais podem ter maior influência na experiência de solidão em pessoas idosas a viverem em ERPI.

A Escala ALONE mostrou-se eficaz para identificar níveis graves de solidão no contexto das ERPI. Quando analisada em associação com as EDG, SWLS e IB, contribuiu para a compreensão de suas repercussões quanto a saúde mental, percepção da vida cotidiana e autonomia funcional. Avaliações sistemáticas da solidão, integradas no cuidado às pessoas

idosas que vivem em ERPI, permitem identificar casos e orientar estratégias de intervenção que visem prevenir ou mitigar a solidão em pessoas idosas que vivem em ERPI, promovendo o bem-estar e qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

Almeida, A. R. L. de. (2024). *A gestão dos processos de admissão em estruturas residenciais para pessoas idosas: Práticas dos assistentes sociais na direção de respostas sociais (Master's thesis)* [Universidade Lusíada]. <https://www.proquest.com/openview/d815321a6f1d162ebc66758fef833f64/1?pq-origsite=gscholar&cbl=2026366&diss=y>

Apóstolo, J. L. A., Reis, I. A. C., Silva, I. A. L. L., Cardoso, D. F. B., & Sfetcu, R. (2014). Contribuição para a adaptação da Geriatric Depression Scale-15 para a língua portuguesa. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(3), 65–73. <https://www.redalyc.org/pdf/3882/388239973009.pdf>

Assembleia da República. (2006). Lei n.º 101/2006 de 6 de outubro. In *Diário da República Eletrónico* (Lei n.º 101/2006). Diário da República Eletrónico. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>

Barbosa, B. R., Almeida, J. M. de, Barbosa, M. R., & Rossi-Barbosa, L. A. R. (2014). Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 3317–3325. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade

Barjaková, M., Garnero, A., & d’Hombres, B. (2023). Risk factors for loneliness: A literature review. In *Social Science and Medicine* (Vol. 334). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116163>

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.

Bowman, C., & Lim, W. M. (2021). How to avoid ageist language in aging research? An overview and guidelines. *Activities, Adaptation & Aging*, 45(4), 269–275. <https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/01924788.2021.1992712>

Camarano, A. A. (2014). Perspectivas de crescimento da população brasileira e algumas implicações. *Novo Regime Demográfico: Uma Nova Relação Entre População e Desenvolvimento*, 177–210. <https://repositorio.ipea.gov.br/server/api/core/bitstreams/3a453eca-518c-491a-b02f-56421eb18021/content>

Camarano, A. A., & Marinho, A. (2014). *Novo regime demográfico: Uma nova relação entre população e desenvolvimento?* IPEA.

Cano, F., Alves, E., Guedes de Pinho, L., & Fonseca, C. (2024). Functional capacity of institutionalized older people and their quality of life, depressive symptoms and feelings of loneliness: A cross-sectional study. *Nursing Reports*, 14(4), 3150–3164. <https://www.mdpi.com/2039-4403/14/4/229>

Chew, S. Y. (2022). Loneliness experience among cognitively-intact elderly nursing home residents in Singapore—an exploratory mixed methods study. *Archives of Gerontology and*

Geriatrics, 98, 104572.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0167494321002351>

Chu, H. Y., & Chan, H. S. (2022). Loneliness and social support among the middle-aged and elderly people with visual impairment. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(21). <https://doi.org/10.3390/ijerph192114600>

Comissão Europeia. (2024). *Cuidados de longa duração*. https://employment-social-affairs.ec.europa.eu/policies-and-activities/social-protection-social-inclusion/social-protection/long-term-care_en?prefLang=pt&etrans=pt

Crispim, R. (2021). Institucionalização na velhice: Uma revisão sistemática da literatura sobre preditores em contexto de Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI). *Methaodos. Revista de Ciências Sociais*, 9(2), 258–271. <https://revista.methaodos.org/index.php/methaodos/article/view/499>

Damas, C., Pereira, D., & Castro, F. V. (2023). Impacto da solidão nas pessoas idosas uma reflexão sobre a importância da intervenção dos assistentes sociais com pessoas idosas. *Revista INFAD de Psicologia. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 59–72.

Deol, E. S., Yamashita, K., Elliott, S., Malmstorm, T. K., & Morley, J. E. (2022). Validation of the ALONE Scale: A clinical measure of loneliness. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 26(5), 421–424. <https://doi.org/10.1007/s12603-022-1794-8>

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49(1), 71–75.

Eurostat. (2024). *Population structure and ageing*. Statistical Office of the European Union. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing

Fierloos, I. N., Tan, S. S., Williams, G., Alhambra-Borrás, T., Koppelaar, E., Bilajac, L., Verma, A., Markaki, A., Mattace-Raso, F., Vasiljev, V., Franse, C. B., & Raat, H. (2021). Socio-demographic characteristics associated with emotional and social loneliness among older adults. *BMC Geriatrics*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-021-02058-4>

Fonseca, A. M. (2020). Aging in place, envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal. *Public Sciences & Policies*, 6(2), 21–39. <https://cpp.iscsp.ulisboa.pt/index.php/capp/article/view/91>

Fried, E. I., Bockting, C., Arjadi, R., Borsboom, D., Amshoff, M., Cramer, A. O. J., Epskamp, S., Tuerlinckx, F., Carr, D., & Stroebe, M. (2015). From loss to loneliness: The relationship between bereavement and depressive symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(2), 256. <https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/322083/from.pdf?sequence=1>

Furtado, I. Q. C. G., Velloso, I. S. C., Galdino, C. S., & Carrieri, A. de P. (2023). Cuidado de pessoas idosas com incapacidades em instituições de longa permanência para idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(suppl 2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0767pt>

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2024a). *Carta Social – Rede de serviços e equipamentos: Relatório* 2022. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csosocial2022.pdf>

Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2024b). *Carta social - Rede de serviços e equipamentos: Relatório* 2023. <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/Carta+Social+-+Relat%C3%B3rio+2023.pdf>

Garcia, D. C. D., Spiri, W. C., Corrente, J. E., & Jacinto, A. F. (2025). Significados atribuídos ao cuidar de uma pessoa idosa na família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 30(4), e09162023. <https://www.scielosp.org/pdf/csc/v30n4/1413-8123-csc-30-04-e09162023.pdf>

Gardiner, C., Laud, P., Heaton, T., & Gott, M. (2020). What is the prevalence of loneliness amongst older people living in residential and nursing care homes? A systematic review and meta-analysis. *Age and Ageing*, 49(5), 748–757. <https://doi.org/10.1093/ageing/afaa049>

Gil, A. P. (2020). Estruturas residenciais para pessoas idosas. Relação entre qualidade dos cuidados e qualidade do emprego. *Cidades. Comunidades e Territórios*, 40. <https://journals.openedition.org/cidades/2198#quotation>

Hajek, A., Gyasi, R. M., & König, H.-H. (2024). Factors associated with loneliness among individuals aged 80 years and over: Findings derived from the nationally representative "Old Age in Germany (D80+)" study. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 123, 105443.

Haralanova, G., & Georgieva, L. (2020). Sociodemographic and health profile of institutionalized people aged 65 and over. *Scripta Scientifica Salutis Publicae*, 6(1), 41–46. <https://journals.mu-varna.bg/index.php/sssp/article/view/7342>

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023). *Estimativas de população residente e índice de envelhecimento em Portugal*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=406534255&DESTAQUESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (INE). (2025). *Estimativas da População Residente em Portugal 2024*.

Jansson, A. H., Savikko, N., Kautiainen, H., Roitto, H.-M., & Pitkälä, K. H. (2020). Changes in prevalence of loneliness over time in institutional settings, and associated factors. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 89, 104043.

Kusumota, L., Diniz, M. A. A., Ribeiro, R. M., Silva, I. L. C. da, Figueira, A. L. G., Rodrigues, F. R., & Rodrigues, R. A. P. (2022). Impacto de mídias sociais digitais na percepção de solidão e no

isolamento social em idosos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, e3573. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5641.3573>

Lam, J., & Vuolo, M. (2023). Longitudinal associations between loneliness and prescription medication use. *The Journals of Gerontology: Series B*, 78(4), 730–735. <https://academic.oup.com/psychogerontology/article/78/4/730/7000160>

Lapane, K. L., Lim, E., McPhillips, E., Barooah, A., Yuan, Y., & Dube, C. E. (2022). Health effects of loneliness and social isolation in older adults living in congregate long term care settings: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 102, 104728. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167494322001091>

Lin, F. R., Yaffe, K., Xia, J., Xue, Q. L., Harris, T. B., Purchase-Helzner, E., Satterfield, S., Ayonayon, H. N., Ferrucci, L., & Simonsick, E. M. (2013). Hearing loss and cognitive decline in older adults. *JAMA Internal Medicine*, 173(4), 293–299. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.1868>

Lini, E. V., Portella, M. R., & Doring, M. (2016). Factors associated with the institutionalization of the elderly: A case-control study. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(06), 1004–1014. <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/CPvvmfwyWGbrcDqnRLzmxg/?lang=en>

Liu, L.-H., Kao, C.-C., & Ying, J. C. (2020). *Functional capacity and life satisfaction in older adult residents living in long-term care facilities: The mediator of autonomy*. https://journals.lww.com/jnr-twna/fulltext/2020/08000/Functional_Capacity_and_Life_Satisfaction_in_Older.5.aspx

Mansfield, L., Victor, C., Meads, C., Daykin, N., Tomlinson, A., Lane, J., Gray, K., & Golding, A. (2021). A conceptual review of loneliness in adults: qualitative evidence synthesis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(21), 11522. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/21/11522>

Mendes, P. N., Figueiredo, M. do L. F., Santos, A. M. R. dos, Fernandes, M. A., & Fonseca, R. S. B. (2019). Sobrecargas física, emocional e social dos cuidadores informais de idosos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 32(1), 87–94. <https://www.scielo.br/j/ape/a/RNtDrSRKMFG5MZzBDsNnL6h/?lang=pt>

Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. (2012). Portaria n.º 67/2012, de 21 de março. In *Diário da República, Série I* (67/2012). Diário da República Eletrónico. <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/67-2012-553657>

Mombeini, I., & Bereyhe Bereyhi, H. (2022). Life satisfaction in the elderly: The role of mental health and loneliness. *Aging Psychology*, 8(3), 287–298. https://journals.razi.ac.ir/article_2373_4f673f493f39696a9b06ab7c1cb3961b.pdf

Oliveira, L. M., Abrantes, G. G., Ribeiro, G. S., Cunha, N. M., Pontes, M. L. de F., & Vasconcelos, S. C. (2020). Solidão na senescência e sua relação com sintomas depressivos: Revisão

integrativa. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22, e190241. <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/r6xmRZfv3MKZWryCzPZnnzJ/?lang=pt>

Oliveira, & Novaes. (2012). Uso de medicamentos por idosos de instituições de longa permanência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65, 737–744.

Organização Mundial da Saúde. (2015). *World report on ageing and health*. World Health Organization. <https://d1xe7tfg0uwul9.cloudfront.net/sbagg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>

Organização Mundial da Saúde. (2020). *Decade of healthy ageing 2020–2030*. World Health Organization. <https://doi.org/10.37774/9789275726587>

Organização Mundial da Saúde. (2021). *Social isolation and loneliness among older people advocacy brief*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>

Organização Mundial da Saúde. (2024). *Brief 10. Supporting informal long-term caregivers*. World Health Organization. <https://wkc.who.int/resources/publications/i/item/long-term-care-financing-lessons-for-low--and-middle-income-settings-supporting-informal-long-term-caregivers>

Organização Mundial da Saúde. (2025). *From loneliness to social connection charting a path to healthier societies*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/978240112360>

Organização Pan-Americana da Saúde. (2024). *Healthy ageing*. Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>

Paque, K., Bastiaens, H., Van Bogaert, P., & Dilles, T. (2018). Living in a nursing home: A phenomenological study exploring residents' loneliness and other feelings. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1477–1484. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/scs.12599>

Plattner, L., Brandstötter, C., & Paal, P. (2022). Einsamkeit im Pflegeheim—Erleben und Maßnahmen zur Verringerung. *Zeitschrift Für Gerontologie Und Geriatrie*, 55(1), 5–10.

Pollo, S. H. L., & Assis, M. (2019). Instituições de longa permanência para idosos-ILPIS: Desafios e alternativas no município do Rio de Janeiro. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 11, 29–44. <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/pqL8MwzKwdhzTSv6hyCbYNB/?lang=pt>

PORDATA. (2025). *Índice de envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento*. <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/indice-de-envelhecimento-e-outros-indicadores-de>

Puyané, M., Chabrera, C., Camón, E., & Cabrera, E. (2025). Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: a comprehensive scoping review. *BMC Geriatrics*, 25(1), 244. <https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-025-05846-4>

- Ribeiro, A. S. T. (2022). Isolamento social e solidão dos idosos em tempo de COVID-19. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 38(5), 539–544. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v38i5.13347>
- Rodrigues. (2018). Solidão, um fator de risco. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 34(5), 334–338. <https://scielo.pt/pdf/rpmgf/v34n5/v34n5a10.pdf>
- Rodrigues, V., Costa, C., Carvalho, A., Vidal, M., Caiado, M., Antunes, C., Almeida, A., & Almeida, C. (2019). Solidão no idoso institucionalizado com dependência funcional. *Motricidade*, 15(4), 36–40. <https://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/20137>
- Salari, N., Najafi, H., Rasoulpoor, S., Canbary, Z., Heidarian, P., & Mohammadi, M. (2025). The global prevalence and associated factors of loneliness in older adults: a systematic review and meta-analysis. *Humanities and Social Sciences Communications*, 12(1), 1–24. <https://www.nature.com/articles/s41599-025-05304-x>
- Sandilya, A., Deuri, S. P., & Abhishek, P. (2021). Resilience and life satisfaction among community and institutionalized older persons. *International Journal of Indian Psychology*, 9(3), 703–710. https://www.academia.edu/87070202/Resilience_and_Life_Satisfaction_among_Community_and_Institutionalized_Older_Persons
- Schober, P., & Schwarte, L. A. (2018). Correlation coefficients: Appropriate use and interpretation. *Anesthesia and Analgesia*, 126(5), 1763–1768. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002864>
- Segurança Social. (1991). Decreto-Lei n.º 391/91 de 10 de outubro. *Diário Da República: I Série A*, n.º 233. https://www.seg-social.pt/documents/10152/15297/DL_391_91/5b239574-8866-4728-a97b-d58a3db8d4ba
- Silva, A. C. F., Santos, M. F., & Rios, T. I. (2017). O processo de institucionalização: O que muda na vida da pessoa idosa? *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde Contexto Social*, 2, 346–353. <https://www.redalyc.org/journal/4979/497955351011/html/>
- Silva, Ferreira, Morgado, Alves, & Fonseca. (2024). Depression, loneliness and quality of life in institutionalised and non-institutionalised older adults in Portugal: A cross-sectional study. *Nursing Reports*, 14(3), 2340–2354. <https://doi.org/10.3390/nursrep14030174>
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26(3), 503–515.
- Smith, K. J., & Victor, C. (2022). *The association of loneliness with health and social care utilisation in older adults: A systematic review*. <https://academic.oup.com/gerontologist/article/62/10/e578/6455497>
- Söderman, A., & Arvidsson-Lindvall, M. (2024). Older persons making a life closure: Experiences of loneliness in an academic nursing home—a phenomenological qualitative interview study. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 19(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2024.2398201>

- Surkalim, D. L., Luo, M., Eres, R., Gebel, K., Van Buskirk, J., Bauman, A., & Ding, D. (2022). The prevalence of loneliness across 113 countries: Systematic review and meta-analysis. In *The BMJ* (Vol. 376). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>
- Tavares, J., Silva, S., Ribeiro, A., Matheus, A., Sá-Couto, P., Sousa, L., & Guerra, S. (2025). Psychometric validation of the Portuguese ALONE scale and analysis of factors associated with severe loneliness in a sample of community-dwelling older adults. *Aging & Mental Health*, 29(9), 1613–1622.
- Trybusińska, D., & Saracen, A. (2019). Loneliness in the context of quality of life of nursing home residents. *Open Medicine*, 14(1), 354–361. <https://www.degruyterbrill.com/document/doi/10.1515/med-2019-0035/html>
- Wang, J., Zhou, Y., Zhang, Q., Li, J., Zhai, D., Li, J., Han, B., & Liu, Z. (2024). Loneliness among older Chinese individuals: The status quo and relationships with activity-related factors. *BMC Geriatrics*, 24(1). <https://doi.org/10.1186/s12877-023-04611-9>
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37–49. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395682900334>
- Zhang, D., Lu, Q., Li, L., Wang, X., Yan, H., & Sun, Z. (2023). Loneliness in nursing homes: A qualitative meta-synthesis of older people's experiences. *Journal of Clinical Nursing*, 32(19–20), 7062–7075. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/jocn.16842>

APÊNDICES

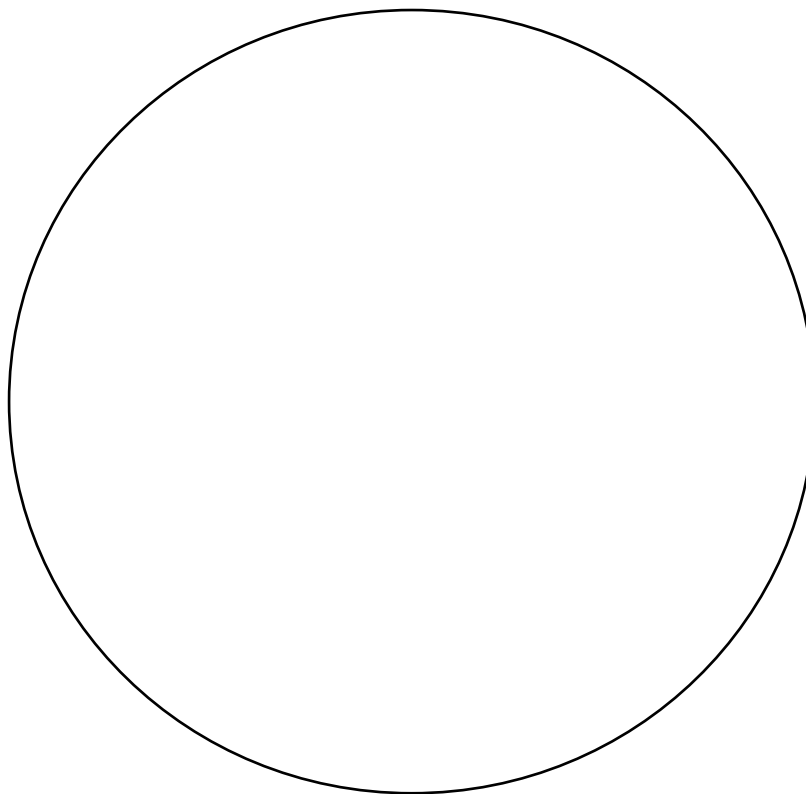
Apêndice A - Instrumento de recolha de dados

Parte I: Rastreio

Número do 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

Gênero: Masculino feminino outro

Idade (anos):

Há quanto tempo reside na instituição (meses): _____

Localização da ERPI:

Rural Suburbana Urbana

Na ERPI, está num quarto:

Individual duplo triplo ou mais

Estado civil atual:

Casado(a) / União de facto Separado(a) / Divorciado(a) Solteiro(a) Viúvo(a)

Quantos anos de educação formal: _____

Nos últimos 6 meses morreu alguém importante/próximo na sua vida. Sim Não

No último ano morreu alguém importante/próximo na sua vida. Sim Não

Tem filhos? Sim Não

Se sim, quantos filhos tem: _____

Tem netos? Sim Não

Se sim, quantos netos tem: _____

Tem bisnetos? Sim Não

Se sim, quantos netos tem: _____

Consegue ver (com óculos se usar)?

Sim Com dificuldade Não vê nada

Consegue ouvir (com prótese auditiva se usar)?

Sim Com dificuldade Não ouve nada

Usa redes sociais (e.g. Facebook, Instagram, TikTOK, WhatsApp, Messenger)

Sim Não

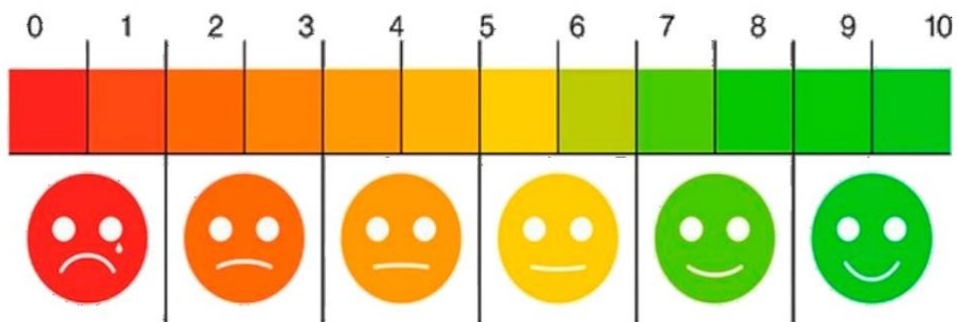
Qual ou quais? _____

Usa por si próprio (ativo) Sim Não

Outra situação

Qual a frequência (número de vezes por semana): _____

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



Costuma sentir-se só?

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Nunca

De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

Excelente Muito boa Boa Razoável Fraca

Parte III: Instrumentos de avaliação**a) Escala ALONE**

(Deol et al., 2022)

Para avaliar a percepção de solidão de um indivíduo, questione cada item abaixo usando a seguinte escala de resposta: Sim (1), Às vezes (2), Não (3)			
Considera que é interessante como amigo para os outros?	Sim__	Às vezes__	Não__
Considera-se solitário?	Sim__	Às vezes__	Não__
Considera-se extrovertido(a)/amigável?	Sim__	Às vezes__	Não__
Sente que não tem amigos/as?	Sim__	Às vezes__	Não__
Considera que está emocionalmente aborrecido/a (triste)?	Sim__	Às vezes__	Não__

b) Escala de Depressão Geriátrica – 15

(Sheikh & Yesavage (1986) com adaptação de Apóstolo et al. (2014).

Antidepressivos: Sim () Não () Não sabe ()

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 Abandonou muitas das suas atividades e interesses?	Sim ()	Não ()
3 Sente que sua vida está vazia?	Sim ()	Não ()
4 Anda muitas vezes aborrecido(a)?	Sim ()	Não ()
5 Está bem-disposto(a)/ bem-humorado(a) a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
6 Anda com medo que lhe vá acontecer alguma coisa má?	Sim ()	Não ()
7 Sente-se feliz a maior parte do tempo?	Sim ()	Não ()
8 Sente-se desamparado(a)?	Sim ()	Não ()
9 Prefere ficar em casa/instituição, em vez de sair e fazer outras coisas?	Sim ()	Não ()
10 Sente que tem mais problemas de memória do que as outras pessoas?	Sim ()	Não ()
11 Sente que é maravilhoso estar vivo(a)?	Sim ()	Não ()
12 Sente-se inútil nas condições atuais?	Sim ()	Não ()
13 Sente-se cheio de energia?	Sim ()	Não ()
14 Sente que a sua situação é desesperada?	Sim ()	Não ()
15 Acha que a maioria das pessoas está melhor que o(a) Senhor(a)?	Sim ()	Não ()

c) Escala de Satisfação com a Vida

(Simões, 1992)

	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.					

d) Índice de Barthel

(Araújo et al; 2007)

ALIMENTAR-SE	0	Incapaz
	1	Necessita de ajuda para cortar, barrar a manteiga, etc.
	2	Independente (a comida é providenciada)
DESLOCAÇÕES	0	Incapaz. Não tem equilíbrio ao sentar-se (cama/cadeira/cama).
	1	Grande ajuda física (uma ou duas pessoas), mas consegue sentar-se.
	2	Pequena ajuda (verbal ou física).
	3	Independente.
HIGIENE PESSOAL	0	Necessita de ajuda com o cuidado pessoal.
	1	Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos).
UTILIZAR A SANITA	0	Dependente
	1	Necessita de alguma ajuda, mas consegue fazer as coisas sozinho.
	2	Independente (instala-se, veste-se, limpa-se).
TOMAR BANHO (banheira ou chuveiro)	0	Dependente.
	1	Independente (ou no chuveiro).
MOBILIDADE	0	Imobilizados
	1	Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc.
	2	Pode caminhar 50 metros, com ajuda ou supervisão
	3	Independente (pode usar qualquer auxiliar de marcha).
SUBIR E DESCER ESCADAS	0	Incapaz.
	1	Necessita de ajuda (física ou verbal).
	2	Independente - sobe e desce sozinho.
VESTIR-SE	0	Dependente.
	1	Precisa de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda.
	2	Independente (incluindo botões, fechos e atacadores).
EVACUAR	0	Incontinente (ou precisam que lhe façam um enema).
	1	Acidente ocasional (uma vez por semana).
	2	Continente.
CONTINÊNCIA VESICAL	0	Incontinente ou cateterizado e incapacitado para o fazer.
	1	Acidente ocasional (máximo uma vez em 24 h).
	2	Continente (por mais de 7 dias).

ANEXOS

Anexo A – Parecer Comissão de Ética

COMISSÃO DE ÉTICA

da **Unidade Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem** (UICISA: E)
da **Escola Superior de Enfermagem de Coimbra** (EEnfC)

Parecer N.º P906_10_2022

Título do Projecto: Tradução, adaptação e validação da escala ALONE para a população idosa portuguesa

Identificação das Proponentes

Nome(s): João Paulo de Almeida Tavares, Lílíana Sousa
Filiação Institucional: Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Departamento de Psicologia e Educação da Universidade de Aveiro. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
Investigador Responsável: João Paulo de Almeida Tavares
Orientador:

Relator: Maria Filomena Botelho

Parecer

O projeto tem como objetivo geral analisar as propriedades psicométricas da escala ALONE nas pessoas idosas residentes na comunidade e em Estruturas residências para Pessoas Idosas (ERPI). Como objetivos específicos pretende-se: (a) traduzir, adaptar linguística e culturalmente e validar a Escala ALONE para a população portuguesa; (b) analisar as propriedades psicométricas, nomeadamente a fiabilidade e validade de constructo e concorrente ESCALA alone; (c) caracterizar a solidão das pessoas idosas; (d) analisar a relação entre a solidão e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Segundo os autores trata-se de um estudo de validade e fiabilidade da escala ALONE. A amostra será constituída por 2 grupos: o grupo I constituído por pessoas idosas residentes na comunidade e o grupo II por pessoas idosas residentes em ERPI (Estruturas residências para Pessoas Idosas) com protocolo estabelecido com a Universidade de Aveiro, nomeadamente, Santa Casa da Misericórdia de Aveiro, Santa Casa da Misericórdia de Vagos, Santa Casa da Misericórdia de Ovar, Santa Casa da Misericórdia de Estarreja, Santa Casa da Misericórdia de Anadia, Santa Casa da Misericórdia de Águeda, e Santa Casa da Misericórdia de Vagos. Para o grupo I, a seleção será feita com base numa amostragem não aleatória de conveniência, prevendo-se um mínimo de 200 participantes para assegurar o processo de validade de constructo com a análise fatorial confirmatória. Para o grupo II a seleção será feita com base numa amostragem não aleatória de conveniência, prevendo-se um mínimo de 200 participantes para assegurar o processo de validade de constructo com a análise fatorial confirmatória.

A investigação irá decorrer em instituições comunitárias (ex. autarquias, academias seniores, convívios, projetos comunitários) e nas ERPIs referidas com protocolo estabelecido com a Universidade de Aveiro.

Os critérios de inclusão e de exclusão estão claramente definidos. São apresentados os instrumentos de colheita de dados. Existe garantia de confidencialidade. Para isso, os investigadores referem o seguinte: "Os questionários depois de preenchidos serão colocados num envelope selado. Os dados recolhidos e transcritos para a base de dados não serão gravados com o nome dos participantes, mas sim com um código, para que ninguém possa identificá-los, e a base de dados será protegida com uma palavra-chave. Apenas os investigadores do projeto terão acesso aos dados. A informação fornecida destina-se exclusivamente para fins estatísticos do presente estudo e serão apresentadas de forma agregada, garantido a confidencialidade das respostas individuais."

Data prevista de início dos trabalhos: 1/12/2022

Data prevista de fim dos trabalhos: 1/12/2023

Data prevista de início da colheita de dados: 1/3/2023

Data prevista de fim da colheita de dados: 30/6/2023

Atendendo ao formato da investigação a Comissão de Ética dá o seu parecer favorável.

O relator: *Maria Filomena Botelho*

Data: 22/11/2022

O Presidente da Comissão de Ética: *Maria Filomena Botelho*



Anexo B - 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: *“Tradução, adaptação e validação da escala ALONE para a população idosa portuguesa” - GRUPO II - ERPI*

Investigador responsável: Manoela Horowitz Petersen

Parecer favorável da Comissão de Ética: P906_10_2022

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 objectivos, 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 objecto 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.

Anexo C - Folha de Informação à Pessoa Idosa

“Tradução, adaptação e validação da escala ALONE para a população idosa portuguesa”

Estamos a conduzir um estudo com o objetivo de avaliar a frequência da solidão e compreender os seus efeitos, considerando o estado de saúde, a satisfação com a vida, a presença de sintomas depressivos e a realização das atividades da vida diária (AVD) em pessoas idosas portuguesas que vivem em ERPI. Nesse sentido, a participação dos envolvidos é essencial para a obtenção de resultados significativos.

Assim, vimos convidá-lo/a a participar nesta pesquisa.

O projeto dá cumprimento ao estipulado no Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGDP) garantindo a segurança, anonimato e confidencialidade de todos os dados facultados pelos participantes, em todas as fases do projeto (recolha, análise e tratamento de dados, divulgação de resultados). Assegura-se ainda a destruição dos dados cinco anos após a conclusão do projeto.

Mas antes de decidir participar, ou não, é importante que compreenda porque é que a investigação está a ser realizada e que procedimentos é que a mesma envolve. Por isso lhe pedimos que leia a informação com atenção e converse acerca da sua participação com outras pessoas, se assim o entender.

Se houver algum aspeto que não esteja claro para si ou se precisar de mais esclarecimentos, por favor, pergunte aos investigadores (ver contactos no final deste documento).

Use o tempo que necessitar para decidir se deseja ou não participar.

Muito obrigada, desde já, pela sua atenção.

Perguntas frequentes

Qual é o propósito deste estudo?

Este estudo tem como objetivo geral analisar a prevalência da solidão e identificar o seu impacto tendo em conta o estado de saúde, a satisfação com a vida, a depressão e as actividades da vida diária (ADL) em pessoas idosas portuguesas que vivem em instituições residenciais de cuidados de longa duração.

Porque é que fui escolhido/a?

Foi escolhido/a porque tem mais de 65 anos de idade e vive numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas. Para este estudo precisamos de analisar dados de pessoas que reúnam estas condições, desde que aceitem participar.

Tenho de participar?

A decisão de participar, ou não, é completamente sua. Se decidir participar, vamos pedir-lhe que leia e assine um termo de consentimento livre e informado, mas é totalmente livre de desistir a qualquer momento, sem que para tal tenha que dar qualquer justificação. A decisão de desistir ou de não participar não afetará a qualidade dos cuidados e serviços de saúde que lhe são prestados atualmente ou no futuro, nem implicará qualquer consequência para si.

O que acontecerá caso decida participar?

Se decidir participar neste estudo, um membro da equipa de investigação pedir-lhe-á que leia e assine o termo de consentimento livre e informado e entregar-lhe-á uma cópia do mesmo.

Que dados serão recolhidos?

Este estudo tem como objetivo recolher informações para a caracterização sociodemográfica dos participantes. Além disso, por meio de questionários, serão obtidos dados sobre a perceção da solidão, o estado emocional, a realização das atividades diárias e o nível de satisfação com a vida.

Nenhuma destas avaliações causará qualquer desconforto. Todavia, se, entretanto, decidir não participar ou desistir deste estudo, nenhum serviço que lhe é habitualmente prestado será afetado.

Como é que os dados serão recolhidos e tratados?

Como referido, os dados serão recolhidos por questionários de autorresposta, em formato de papel. Toda a informação recolhida ao longo do projeto será mantida estritamente confidencial. Os dados recolhidos serão gravados numa base de dados informática com um código e não com o seu nome, para que ninguém o/a possa identificar, e a base de dados será protegida com uma palavra-passe. Apenas os investigadores do projeto terão acesso aos seus dados e são obrigados a manter o sigilo profissional tanto no processo de recolha como no processo de inserção e tratamento dos dados. Os dados serão conservados por um período de 5 anos após ter terminado o projeto. Depois desse período serão eletronicamente apagados. As pessoas responsáveis pelo tratamento dos dados são a Prof. Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva e o Prof. Doutor João Tavares, Investigadores Responsáveis, cujos contactos se encontram no final deste documento.

Quais são as possíveis desvantagens ou riscos se eu decidir participar no estudo?

Não existem quaisquer desvantagens ou riscos em participar no estudo. No entanto, se tiver alguma preocupação, por favor contacte os investigadores para se esclarecer.

Quais são os possíveis benefícios se eu aceitar participar?

Embora não existam benefícios diretos, a sua participação ajudará a aprofundar o conhecimento sobre a incidência da solidão em pessoas idosas que vivem em ERPI, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de prevenção e mitigação.

O que acontecerá aos resultados do estudo? Os resultados do estudo serão analisados e incorporados em Dissertações de Mestrado e Teses de Doutoramento e alguns serão divulgados e publicados em Congressos e Revistas Científicas. No entanto, em nenhum momento o participante será identificado. Se desejar obter uma cópia de qualquer relatório ou publicação, por favor informe o investigador com quem contactar.

Contactos para mais informações acerca do estudo

Se desejar obter mais informações acerca do estudo, pode escrever ou telefonar para:

Prof. Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva

Instituto Politécnico de Coimbra

Escola Superior de Educação de Coimbra. Rua D. João III - Solum, 3030-329 Coimbra, Portugal

Telefone: 239793120

E-mail: sofiace@esec.pt

Prof. Doutor João Tavares

Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Campus Universitário de Santiago, Agrad do Crasto, Edifício 30, 3810-193 Aveiro, Portugal

Telefone: 234370798

E-mail: joaoptavares@ua.pt

