



Universidade de Aveiro
Ano letivo de 2021/2022

**ANA RITA FARIA
SILVA, 105284**

**Validação da Escala de Isolamento Social
para Pessoas Idosas Portuguesas
Residentes na Comunidade**



**ANA RITA FARIA
SILVA, 105284**

**Validação da Escala de Isolamento social
para Pessoas Idosas Portuguesas
Residentes na Comunidade**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica realizada sob a orientação científica da Prof^a Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa, Professora Associada com Agregação do Departamento de Educação e Psicologia da Universidade de Aveiro, e coorientação do Prof. Doutor João Paulo de Almeida Tavares, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico à minha maior estrelinha lá em cima, à minha melhor amiga, à minha mãe.

o júri

presidente

Professora Doutora Aida Maria de Figueiredo Ferreira
professora auxiliar da Universidade de Aveiro

vogais

Doutora Sofia de Lurdes Rosa da Silva
professora adjunta da Escola Superior de Educação de Coimbra
Vogal

Professora Doutora Liliana Xavier Marques de Sousa
professora associada c/ Agregação da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Agradeço à minha família, ao meu namorado e amigos por todo o apoio emocional e por me dizerem constantemente que sou capaz em todo o meu percurso académico! Dirijo um especial agradecimento à professora Doutora Liliana Sousa e ao professor Doutor João Tavares, por toda a disponibilidade e ajuda na minha aprendizagem e a oportunidade para eu conseguir crescer tanto a nível pessoal como profissional. E por fim, um agradecimento especial à minha mãe, que mesmo não estando presente, sinto-a sempre no meu coração a apoiar-me incondicionalmente!

Palavras-chaves isolamento social, depressão, pessoas mais velhas, validação, escala de isolamento social

Resumo

O conceito de isolamento social tem sido definido de forma inconsistente, demonstrando a complexidade deste fenómeno. Este estudo tem como objetivo contribuir para validar a escala de isolamento social (EIS) para pessoas idosas portuguesas que residem na comunidade. Especificamente, visa analisar as propriedades psicométricas de fiabilidade e validade de constructo da EIS; a relação entre variáveis sociodemográficas e sintomatologia depressiva; e relação entre sintomatologia depressiva e isolamento social. Trata-se de um estudo de abordagem metodológica, que integra o projeto “Isolamento Social das pessoas idosas residentes na comunidade”. O estudo incluiu 250 participantes através de amostragem de conveniência. Os instrumentos utilizados foram o Mini-Cog (rastreamento de diminuição cognitiva), questionário sociodemográfico, escala de isolamento social e a escala de depressão geriátrica. A análise de dados envolveu análise fatorial confirmatória e confiabilidade composta (CC), bem como testes de hipóteses e de correlação, com recurso ao Software IBM SPSS AMOS e Statistics (28). Os resultados indicam relativamente à validade da EIS, que foi possível obter um bom ajustamento ($\chi^2 (7) = 12.489$; $p=0,086$); CFI=.961, NF=0.919, TLI=0,916, GFI=0,981, RMSEA =0,056 (CI: 0,00-0,106), $p=0,364$; SRMS=0.058, AIC=40.489 e BIC =89,79). A Confiabilidade Composta da escala de EIS e das subescalas “conexão” e “pertença” foi de 0,708, 0,60 e 0,54, respetivamente. A sintomatologia depressiva foi significativamente superior nas pessoas que vivem em áreas rurais, solteiros, separados ou viúvos, sem carta de condução, com mais idade e menos anos de escolaridade. Pessoas idosas sem sintomatologia depressiva apresentam maiores níveis de pertença. A Escala de Isolamento Social (EIS) é um instrumento válido e confiável para avaliar o isolamento social na população portuguesa idosas residente na comunidade.

Keywords

social isolation, depression, older people, community, validation, social isolation scale

Abstract

The concept of social isolation has been inconsistently defined, demonstrating the complexity of this phenomenon. This study aims to provide a contribution to the validation of the social isolation scale (SIS) for older community members in Portugal. Specifically, it analyzes the psychometric properties of the reliability and validity of the construct of the SIS; the correlation between sociodemographic variables and depressive symptomatology and the correlation between the depressive symptomatology and social isolation. This is a methodological approach study, which integrates the project "Social Isolation of community-dwelling elderly people". The study included 250 participants through convenience sampling. The instruments used were the Mini-Cog (screening for cognitive decline), sociodemographic questionnaire, social isolation scale, and the geriatric depression scale. Data analysis involved confirmatory factor analysis and composite reliability (CC), as well as hypothesis and correlation tests, using IBM SPSS AMOS and Statistics Software (28). The results indicate regarding the validity of the EIS, that a good fit was achieved ($\chi^2(7) = 12.489$; $p=0.086$); $CFI=.961$, $NF=0.919$, $TLI=0.916$, $GFI=0.981$, $RMSEA =0.056$ (CI: 0.00-0.106), $p=0.364$; $SRMS=0.058$, $AIC=40.489$, and $BIC =89.79$). The composite reliability of the EIS scale and the subscales "connectedness" and "belongingness" were 0.708, 0.60 and 0.54, respectively. Depressive symptomatology was significantly higher among people living in rural areas, single, separated or widowed, without a driver's license, older, and with fewer years of education. Older people without depressive symptoms had higher levels of belongingness. The Social Isolation Scale (SIS) is a valid and reliable instrument to assess social isolation in the community-dwelling elderly Portuguese population.

Índice

Resumo	6
Abstract.....	7
Lista de Abreviaturas.....	10
Índice de Tabelas	12
Índice de Figuras	13
Introdução.....	14
Enquadramento Teórico	15
Paradigmas de Envelhecimento Ativo e Saudável	15
Conceito de Isolamento Social	17
Definição Diferencial: Isolamento Social Versus Solidão e Solitude	20
Isolamento Social e Pessoas Idosas.....	22
Isolamento Social: Impacto na Saúde e Bem-estar	25
Isolamento Social na População Idosa: Alguns Dados Demográficos.....	26
Impacto da Pandemia COVID-19 no Isolamento Social.....	27
Instrumentos de avaliação do isolamento social em pessoas idosas	33
Objetivo	37
Metodologia.....	37
Tipo de Estudo.....	37

População e amostra	37
Instrumentos	38
Procedimento de Recolha de dados	40
Análise de Dados	41
Procedimentos Éticos	42
Resultados.....	42
Caraterização da Amostra.....	42
Validação da Escala de Isolamento Social	44
Sintomatologia Depressiva, Variáveis Sociodemográficas e Isolamento Social .	46
Discussão	50
Limitações e Perspetivas de Pesquisa.....	53
Conclusão	54
Bibliografia.....	54
ANEXOS	85
Anexo - Questionário utilizado no estudo	86

Lista de Abreviaturas

AFC – Análise Fatorial Confirmatória

AIC – *Akaike Information Criterion*

BIC – *Bayes Information Index*

CFI – *Comparative Fit Index*

CC – Confiabilidade Composta

EIS – Escala de Isolamento Social

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

GDS – Escala de Depressão Geriátrica

GFI – *Goodness of fit index*

DF - Degree of freedom

GNR – Guarda Nacional Republicana

IC – Intervalo de Confiança

INE – Instituto Nacional de Estatística

IS – Isolamento Social

IVC – Índice Validade de Construto

LSNS – Escala de Redes Sociais de *Lubben*

NFI – *Normed Fit Index*

NHP – *Nottingham Health Profile*

OMS – Organização Mundial de Saúde

RMSEA – *Root Mean Square Error of Approximation*

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SRMR – *Standardized Root Mean Square Residual*

TLI – *Tucker-Lewis Index*

Índice de Tabelas

Tabela 1.Instrumentos de Avaliação para o Isolamento Social	34
Tabela 2.Caraterização Sociodemográfica da Amostra.....	43
Tabela 3.Resultados da Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Isolamento Social ...	44
Tabela 4.Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e a GDS.....	47
Tabela 5.Relação entre a EIS e a GDS	49
Tabela 6.Correlação entre a GDS e a Escala de Isolamento Social	49

Índice de Figuras

Figura 1. Da Alienação à Conexão (incluindo a Importância da Escolha e da Percepção da Sociedade acerca dos Conceitos	21
Figura 2. Análise Fatorial Confirmatória do Modelo de Dois Fatores	45

Introdução

O envelhecimento é um fenómeno progressivo e universal que ocorre ao longo da vida, com elevada variabilidade inter e intra-individual envolvendo alterações biológicas, psicológicas e sociais (Lopes, 2010). Smith e colegas (2002) sugerem que as pessoas idosas, mesmo com as suas limitações e incapacidades funcionais, podem manter um sentido positivo de bem-estar, se ativarem mecanismos compensatórios para lidar com as limitações. O aumento do número de pessoas mais velhas tem vindo a contribuir para a mudar a perceção da velhice e diminuir as atitudes idadistas (Jorge, 2005). Contudo, as perdas e limitações que ocorram com o envelhecimento, podem ter impacto negativo na pessoa idosa, pois são os mais idosos estão cada vez mais expostos a alguns riscos, tais como vulnerabilidade do estado de saúde, isolamento social, solidão, dependência física e económica, diminuição da autonomia e estigmatização (Lopes, 2010; Cabral et al., 2013). Neste sentido, os paradigmas de envelhecimento ativo e saudável têm promovido respostas aos desafios relacionados com a longevidade e o envelhecimento da população (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1999, 2002, 2012; European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group, 2011).

A conexão social é uma necessidade humana básica, por isso, o isolamento social tem impacto negativo na saúde física e mental (Leigh-Hunt et al., 2017). Estar socialmente ativo e envolvido em relações sociais tem impacto positivo no bem-estar emocional e físico, com efeitos no aumento da longevidade (Uchino, 2006; Holt-Lunstad et al., 2010). As pessoas idosas tendem a apresentar redes de apoio social mais limitadas, devido a várias circunstâncias como a ausência de contacto social ou familiar, ligação limitada na comunidade e/ou dificuldades no acesso a serviços (Cornwell & Waite, 2009; Suen et al., 2017; Cudjoe et al. 2020). Em geral, as pessoas idosas experienciam menos envolvimento

social do que gostariam, o que interfere na sua qualidade de vida (Suen et al, 2017). O isolamento social, embora possa ser experienciado em qualquer fase da vida, é mais prevalente entre pessoas idosas, com estimativa em torno de 10% a 43%, dependendo do percurso histórico e das condições de vida (Kinsella, 2015). Esta realidade tem demonstrado ser um problema multifacetado e de extrema importância (Holt-Lunstad et al., 2015).

O objetivo desta dissertação é o estudo do isolamento social das pessoas idosas residentes na comunidade através da validação da Escala de isolamento social (EIS). Primeiramente, foi apresentado o enquadramento teórico acerca do Envelhecimento Ativo e Saudável, e do isolamento social, seguidamente uma revisão da literatura sobre os instrumentos que avaliam o isolamento social e por fim apresentado o objetivo deste estudo, a metodologia e os resultados.

Enquadramento Teórico

Paradigmas de Envelhecimento Ativo e Saudável

O envelhecimento populacional está a contribuir para a mudança na perceção da velhice e na atitude em relação aos idosos (Jorge, 2005). Diversos modelos e paradigmas têm sido desenvolvidos no sentido de promover um bom envelhecimento. Destacam-se dois complementares, proposto pela OMS: envelhecimento ativo (2002) e envelhecimento saudável (2016).

O envelhecimento ativo define-se como a otimização das oportunidades de saúde, participação, segurança, aprendizagem ao longo da vida e melhoria da qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Este processo sublinha a participação dos

indivíduos na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades. Ao mesmo tempo, que se lhe proporciona proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários (OMS, 2002).

Em 2016, a OMS adota uma estratégia do plano para o Desenvolvimento Sustentável 2030, para garantir a resposta global ao envelhecimento da população: o envelhecimento saudável (OMS, 2017). O envelhecimento saudável é o processo de desenvolvimento e manutenção da habilidade funcional que aumenta o bem-estar das pessoas mais velhas (OMS, 2015). Assim, mais do que o resultado do sucesso e da motivação individual, o envelhecimento saudável é o reflexo dos hábitos de vida, do suporte e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção da funcionalidade das pessoas idosas e para permitir que vivenciem aquilo que valorizam (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2017).

O envelhecimento saudável relaciona-se com a capacidade funcional dos mais velhos, que permite que sejam e façam aquilo a que dão mais valor (OMS, 2015). Os principais domínios da capacidade funcional são: satisfazer as necessidades básicas; aprendizagem, desenvolvimento e tomada de decisão informada; movimentar-se; fazer e manter relacionamentos; contribuir para as famílias e comunidades (OMS, 2019). A capacidade funcional resulta da interação entre a capacidade intrínseca do indivíduo e o ambiente social e físico em seu redor (OMS, 2017). A capacidade intrínseca consiste em compreender todas as capacidades mentais e física que um indivíduo pode utilizar, incluindo a habilidade para andar, pensar, ver, ouvir e lembrar. O nível de capacidade intrínseca é percebido através de fatores como a presença de doenças, lesões e alterações que aparecem com a idade. O ambiente social e físico inclui a casa, a comunidade, e a sociedade em geral, incluindo fatores como as pessoas, relacionamentos e o ambiente

construído, atitudes, valores, saúde, políticas sociais e sistemas de apoio (OMS, 2019). A “Década da Saúde das Nações Unidas” foca o envelhecimento de 2021-2030 tendo como meta diminuir o isolamento social. O objetivo da Década é reunir governos, sociedade civil, agências internacionais, profissionais, os *media* e setor privado por 10 anos de ação catalítica e colaborativa de forma a melhorar a vida dos idosos, dos seus familiares e da comunidade (OMS, 2021).

Em ambos os casos – envelhecimento ativo e saudável - o propósito é promover a qualidade de vida das pessoas idosas, que se define como a percepção que têm acerca da sua posição na vida (cultura, sistemas de valores em que vivem) e em relação aos objetivos, expectativas, padrões e preocupações (OMS, 1997). O envelhecimento ativo e saudável promove a manutenção da saúde mental, promovendo a integração social do indivíduo na comunidade (Fernandes & Botelho, 2017). A ausência de integração social pode servir para aumentar a percepção de isolamento social da pessoa idosa (Ainsworth, 1989).

Conceito de Isolamento Social

O conceito de isolamento social tem sido definido de forma inconsistente, demonstrando a complexidade do fenómeno (Nicholson, 2009). Uma das definições mais antigas de isolamento social refere-se aos idosos, e indica “...uma perda irreversível de conexões sociais e laços comunitários” (Berkman, 1983, p. 743). Lien-Gieschen (1993) definiu o isolamento social como a necessidade de ter contacto com outras pessoas, mas ser incapazes de realizar esse contato. Tal pode ocorrer em qualquer fase da vida, associado a fatores, como a idade maturacional (Ryan & Patterson, 1987), deficiências físicas (Christian et al., 1989) e fatores ambientais (Mullins & Dugan, 1990). A definição de Lien-Gieschen (1993) foi a primeira a considerar os sentimentos e a perspectiva dos

indivíduos mais velhos sobre se as suas relações sociais são ou não adequadas. O conceito de isolamento social continuou em mudança, pois percebeu-se que é percebido pelo indivíduo como uma conexão negativa, diminuindo a qualidade e quantidade dos contactos sociais (Biordi, 1998, as cited in Nicholson, 2009). O isolamento social é com frequência relacionado a viver sozinho e à falta de suporte social. Contudo, alguns autores referem que o isolamento social se associa também à incapacidade de partilhar objetivos de vida com outro indivíduo (Fleury et al., 2000).

A definição de isolamento social tem distinguido o isolamento social objetivo e o subjetivo (Cornwell & Waite, 2009a, 2009b; Coyle & Dugan, 2012; Valtorta et al., 2016). O objetivo refere-se à separação física e à pouca interação com outras pessoas (Taylor et al., 2018). O isolamento social subjetivo é caracterizado pela percepção do indivíduo acerca das suas relações sociais, considerando a qualidade, a integração e envolvimento nos relacionamentos (Valtorta et al., 2016). Por exemplo, indivíduos que vivenciam o isolamento social objetivo, tendo contacto pouco frequente com elementos da sua rede social podem não estar a vivenciar isolamento social subjetivo (como, sentir-se distante dos membros da rede social) (Taylor et al., 2018). O isolamento social pode ser um ato voluntário ou involuntário. O voluntário acontece quando a pessoa, por vontade própria, se afasta da sua rede social, por norma, devido a problemas pessoais como a depressão ou sentimento de não pertença. O isolamento social involuntário tende a ocorrer noutros cenários, por exemplo, em guerras, devido a obrigarem os civis a isolar-se em casas ou abrigos por segurança (Hortulamus, 2006 as cited in Fogaça et al., 2021).

Em suma, o isolamento social indicia uma diminuição de interações com outras pessoas, e/ou com a comunidade (Holt-Lunstad et al., 2015; Leigh-Hunt et al., 2017). Alguns indicadores comuns de isolamento social são viver sozinho, ter uma rede social

reduzida, e ter contacto social pouco frequente (Holt-Lunstad et al., 2015). Estes aspetos têm em comum uma abordagem objetiva quantitativa para estabelecer a falta de contacto social e a dimensão da rede social do indivíduo (Peplau & Perlman, 1982, as cited in Holt-Lunstad et al., 2015).

Nicholson (2009) identifica cinco componentes do isolamento social: número de contactos, sentimento de pertença, relacionamentos gratificantes, envolvimento com os outros e a qualidade dos membros da rede social. O número de contactos refere-se ao número de indivíduos disponíveis com quem contactar, pessoalmente, via telefone ou de outra maneira (Nicholson, 2009). O sentimento de pertença é um elemento subjetivo e refere-se ao quanto a pessoa se sente parte do grupo ou rede social a que pertence (Hagerty et al., 1992), enfatizando a perspetiva individual sobre os seus contactos sociais (Nicholson, 2009). A existência ou não, de relacionamentos gratificantes consiste na sensação individual de as suas necessidades estarem ou não a ser atendidas na relação social (Locher et al., 2005; Lien-Gieschen, 1993; Nicholson, 2009). A existência ou não, de envolvimento com os outros indica que pode haver contactos, mas haver pouco envolvimento (um indivíduo pode ter vários amigos, e não se envolver em atividades) (Nicholson, 2009). A qualidade dos membros da rede social indica que o indivíduo pode conhecer pessoas confiáveis. Contudo, também pode relacionar-se com pessoas indiferentes ou mesmo abusivos, isto é, membros de baixa qualidade (Nicholson, 2009). A qualidade das redes sociais envolve dois aspetos: i) avaliação interna que os indivíduos fazem do relacionamento, influenciada pela personalidade e subjetividade, por normas sociais e cultura; ii) valor instrumental do relacionamento, isto é, de que forma aquele relacionamento contribui para a vida dos envolvidos (Zavaleta et al., 2014). Estes cinco componentes foram agrupados em duas dimensões do isolamento social: conexão e

sentimento de pertença. A conexão refere-se aos contactos sociais e à qualidade das relações. O sentimento de pertença reporta-se a uma componente mais subjetiva, a gratificação com as relações e envolvimento (Nicholson et al., 2020).

Biordi e Nicholson (2013), definem o isolamento social como o distanciamento de um indivíduo, psicologicamente ou fisicamente, ou mesmo ambos, dos relacionamentos, que poderão ser-lhes necessário.

Definição Diferencial: Isolamento Social Versus Solidão e Solitude

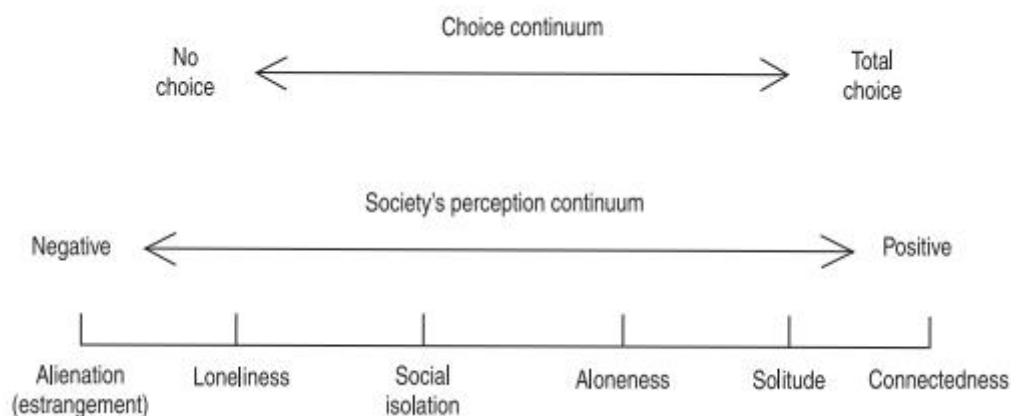
O isolamento social e a solidão são conceitos diferentes, mas relacionados (Dela Cruz, 1986; Ryan & Patterson, 1987; Hoeffler, 1987; Mullins & Dugan, 1990). O isolamento social pode ser objetivo ou subjetivo e a solidão é considerada uma variável subjetiva do estado emocional do indivíduo. A solidão é a experiência subjetiva de se sentir sozinho, sendo descrita como a insatisfação com a discrepância entre a relação social desejada e a relação social real (Peplau & Perlman, 1982, as cited in Holt-Lunstad et al., 2015). Pessoas mais carentes de contato humano poderão sentir-se solitárias (Yildirim & Kocabiyik, 2010). No entanto, alguns preferem estar sozinhos ou com contacto social mínimo; outros podem ter contato social frequente, mas ainda assim sentirem-se solitários (Holt-Lunstad et al., 2015). Alguns indicadores de solidão são o viver sozinho (Routasalo et al., 2006), o pouco contato (ou ausência de contato) com amigos e familiares (Bondevik & Skogstad, 1998; Hawkey et al., 2005), insatisfação com a vida (Hector-Taylor & Adams, 1996), redes sociais pequenas (Hawkey et al., 2005), ausência de confiança na rede social (Hawkey et al., 2008), baixa qualidade das relações sociais (Routasalo et al., 2006), e ser viúvo ou divorciado (Dugan & Kivett, 1994). Estes fatores indiciam maior vulnerabilidade à solidão, afetando mais mulheres do que os homens (Beal, 2006). A

solidão está relacionada com a baixa autoestima e o uso limitado de estratégias de *coping* (Steptoe et al., 2004). O isolamento social relaciona-se com a depressão, introversão ou défice de habilidades sociais (Cacioppo & Cacioppo, 2018). No entanto, alguns estudos, sugerem que a solidão é uma condição única em que o indivíduo se percebe como solitário, mesmo estando em contacto com outras pessoas (Cacioppo et al., 2014; Cacioppo et al., 2015; Cole et al., 2015).

O isolamento social, para além de se interligar com a solidão, também se relaciona com a solidude, dependendo da voluntariedade do indivíduo. O isolamento social com escolha é a solidude, enquanto o isolamento social sem escolha é a solidão. É um conjunto de conceitos, em que o lugar do isolamento social é entre a solidão e a solidude (ver Figura 1) (Killeen, 1998). A solidude refere-se ao distanciamento do indivíduo das suas redes sociais, mas de forma voluntária e positiva (Biordi & Nicholson, 2013). Este conceito pode ser percecionado pelo indivíduo como refrescante e calmante, podendo ser considerado como uma pausa (Rokach, 1990). Ao contrário do isolamento social, as pessoas querem estar sozinhas por razões positivas (para se sentirem mais próximos da natureza, ou para se sentirem "a si próprios"), sendo um indicador de liberdade (Killeen, 1998).

Figura 1

Da Alienação à Conexão (incluindo a Importância da Escolha e da Perceção da Sociedade acerca dos Conceitos)



Nota: Retirado de “Killeen, C. (1998). Loneliness: an epidemic in modern society. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), p. 765.

Isolamento Social e Pessoas Idosas

No envelhecimento, ocorrem algumas perdas físicas e psicológicas, que contribuem para a diminuição de conexões sociais e aumento do isolamento (Trout, 1980; Creecy et al., 1985; Ryan & Patterson, 1987; Iredell et al., 2004). O isolamento social tem sido relacionado com a incapacidade funcional, isto é, o grau de dificuldade ou a incapacidade de realizar atividades de vida diárias (Mendes de Leon et al., 2001). O envolvimento em redes sociais previne o declínio funcional e facilita a recuperação de doenças ou traumatismos, e pode prevenir a incapacidade funcional (Mendes de Leon et al., 1999). A incapacidade funcional pode influenciar as conexões sociais, impedindo que os idosos se relacionem com outros indivíduos (Mendes de Leon et al., 2001).

Transições de vida e eventos de vida significativos, mais comuns na velhice, tais como a reforma, morte do parceiro/companheiro ou amigos, perda de mobilidade, tendem a diminuir os contactos sociais, aumentando a probabilidade de isolamento social (Cotterell et al., 2018; The National Academie Press, 2020). Os idosos socialmente isolados, por norma, mantêm pouco contacto social ou infrequente comparativamente a idosos

socialmente ativos (Nicholson, 2009). Portanto, o isolamento social tende a ser mais prevalente na velhice devido à redução de vitalidade e saúde (Bondevik & Skogstad, 1998; Nicholson et al., 2020). Alguns antecedentes, como a falta de relacionamentos, barreiras psicológicas, barreiras físicas, baixo estatuto financeiro e de recursos, um ambiente proibitivo, foram relacionados com o isolamento social (Nicholson, 2009).

Os componentes que poderão levar a uma rede social reduzida, incluem o tipo de relacionamento e a frequência de contatos. A redução de conexões social com amigos (Fratiglioni et al. 2000), família (Sorkin et al. 2002) e igreja (Berkman, 1983) são predisponentes do isolamento social (Berkman, 1983, Hanson, 1994, LaVeist et al. 1997, Ramos & Wilmoth 2003; Barnes et al. 2004). O viver sozinho também foi relacionado com o isolamento social, juntamente com a percepção e sensação de alienação (LaVeist et al. 1997; Yeh & Liu 2003; Cohen, 2004). A alienação é definida como um estado social em que se verifica a falta de sentimentos de pertença, bem como a ausência ou a ruptura das normas sociais, em que o indivíduo experiencia baixo nível de integração nas relações sociais e um aumento do distanciamento social (Arora & Singh, 2014; Biordi & Nicholson, 2013).

As barreiras psicológicas incluem o declínio cognitivo, alteração do estado mental e a satisfação dos relacionamentos com os outros (Rubinstein et al., 1994; Fratiglioni et al., 2000; Havens et al., 2004; Ackley & Ladwig, 2004, as cited in Nicholson, 2009; Biordi, 1998, as cited in Nicholson, 2009). Também poderá ser causado por isoladores psicológicos, como a demência e a depressão (Iredell et al., 2004). O suporte psicológico (Brummett et al., 2001) e a expressão emocional (LaVeist et al., 1997) estão relacionados com a diminuição do isolamento social. A solidão e a baixa moralidade também estão presentes no isolamento social (Biordi, 1999, as cited in Nicholson, 2009; Yeh & Yu,

2003) As barreiras físicas incluem os problemas de saúde físicos (Havens et al., 2004), como o declínio funcional (Havens et al., 2004) ou deficiência funcional (Locher et al., 2005), a mobilidade reduzida (Locher et al., 2005) e a incapacidade física (Praderas & MacDonald, 1986). Também foi identificada uma relação entre idade e consequências físicas que poderão suscitar isolamento social (Bassuk e al., 1999).

Poucos recursos financeiros têm sido identificados como antecedentes do isolamento social, bem como recursos pessoais inadequados (Ackley & Ladwig 2004, as cite in Nicholson, 2009), quantidade de ajuda dada e recebida (Peek & O'Neill, 2001; Zunzunegui et al., 2003) e suporte social (Rubinstein et al., 1994; Faulkner et al., 2003; Boden-Albala et al., 2005). Por fim, o ambiente e o local de residência poderão limitar a interação da pessoa idosa com a comunidade levando ao isolamento social (Mistry et al., 2001; Iredell et al., 2004).

Como fatores de proteção pode-se identificar: i) participação social; ii) laços comunitários; iii) resiliência. A participação social tem sido referida como um fator de proteção (Tomioka et al., 2017), contudo há a considerar a atitude do indivíduo em relação à participação, a duração (Cruwys & Dingle, 2013) e a frequência de participação (Choi et al., 2020). Alguns estudos revelam que as pessoas idosas que vivem sozinhas estão em maior risco de diminuição do apoio social (Fuller-Iglesias et al., 2008) e participação social que pode levar à solidão em comparação com pessoas idosas que coabitem com outros (Chen et al., 2013; Nam et al., 2019). Ter laços comunitários mais enriquecidos e coesão pode ter um efeito negativo em indivíduos que não estão disponíveis para o envolvimento nas relações sociais (Amemiya et al., 2019). A resiliência é um mecanismo importante para os adultos mais velhos, principalmente para aqueles que vivem sozinhos, pois pode proteger o estado de saúde; isto é, maior resiliência ajuda a superar os eventos negativos da

vida que podem levar a consequências negativas para a saúde (Shen & Zeng, 2011; McKibbin et al., 2016). Pode definir-se como a capacidade pessoal de um indivíduo se ajustar e superar os acontecimentos considerados negativos, de forma a manter-se estável (McMurray et al., 2008; Waugh et al., 2008). Pessoas idosas com maior capacidade de resiliência relaciona-se com a saúde social, participação social (Chang & Yarnal, 2017), ou apoio social (Fuller-Iglesias et al., 2008).

Isolamento Social: Impacto na Saúde e Bem-estar

O isolamento social tem consequências para a longevidade, saúde e bem-estar (OMS, 2021). Ao nível da saúde física, o isolamento social aumenta o risco de doenças coronárias e derrames, doenças cardiovasculares, desnutrição (Locher et al. 2005), reinternação (Mistry et al. 2001), declínio cognitivo (Bassuk et al. 1999) e consumo de álcool e tabagismo (Hanson, 1994). Para além disso, as pessoas isoladas recorrem com menor frequência aos serviços de saúde e experienciam níveis de stress mais elevados (Noguchi et al., 2021), aumentando o risco de morbilidade e mortalidade (Holt-Lunstad & Smith, 2016; Valtorta et al., 2016). A nível da saúde mental na velhice, o isolamento social diminui a motivação para a reparação e manutenção das conexões com outros indivíduos, que são necessárias para a saúde e bem-estar (Cacioppo & Patrick, 2008, as cited in Charles & Wolfer, 2018). Diversas revisões sistemáticas demonstraram que está associado a sintomas depressivos (Leigh-Hunt et al., 2017; Santini et al., 2015; Chen et al., 2012), incluindo ansiedade, stress e insónia (Torales et al., 2020), principalmente nos grupos mais pobres e marginalizados (Coronini-Cronberg et al., 2020).

Isolamento Social na População Idosa: Alguns Dados Demográficos

Portugal foi considerado o 4º país mais envelhecido da União Europeia, sendo que o envelhecimento demográfico tem aumentado significativamente na Europa (European Commission, 2015, as cited in Costa et al., 2021). Os dados provisórios dos Censos 2021 apontam que 23,4% das pessoas tinham 65 ou mais anos e 12,9% tinha menos de 15 anos, o que representa um índice de envelhecimento de 182,1% em Portugal (POR DATA, 2022). Segundo as últimas projeções do Instituto Nacional de Estatística (INE, 2014) prevê-se um aumento da população com 65 anos ou mais até 2060, atingindo no pior dos cenários, os 3 344 milhares.

A Guarda Nacional Republicana (GNR, 2017) realizou em todo o território nacional, mais uma edição dos “Censos Sénior”, com o objetivo de identificar pessoas idosas que têm um agregado familiar unipessoal e/ou que vivem em local isolado, longe de outras pessoas ou em situações de vulnerabilidade. Procura atualizar os registos das edições anteriores e identificar novas situações. Em 2017, a GNR sinalizou um total de 45 516 idosos, dos quais: 28 279 vivem sozinhos (62,13%), 5 124 vivem isolados (11,26%), 3 521 vivem sozinhos e isolados (7,74%), e 8 592 não se enquadram nas situações anteriores, no entanto, continuam sinalizados, pois estão em situação de vulnerabilidade. Em 2020, novamente uma edição dos “Censos Sénior”, foram sinalizados 42,439 idosos que vivem sozinhos e/ou isolados, ou em situação de vulnerabilidade (GNR,2020).

Os dados dos resultados provisórios dos Censos de 2021, reportaram 2 424 122 idosos residentes em Portugal, tendo um aumento de 414 058 comparativamente aos censos de 2011 (POR DATA, 2022). Foram reportados 50,8% famílias unipessoais compostas por pessoas idosas (≥ 65); 39,5% compreendem mulheres e 11,3% homens. A

morte do cônjuge, ou de familiares e amigos, mas também as distâncias físicas entre os membros da família, decorrentes da migração dos mais jovens para os centros urbanos ou mesmo a emigração para outros países são fatores que estão na base dessas famílias unipessoais.

Numa perspectiva mundial, o isolamento afeta, em média, um terço das pessoas nos países industrializados e uma em cada 12 pessoas apresenta consequências severas ao nível da sua saúde e qualidade de vida (Cacioppo & Cacioppo, 2018). Um estudo de base populacional, nos Estados Unidos da América (Cudjoe et al. 2020), verificou que 24% das pessoas idosas reportaram isolamento social, o que corresponde a 7,7 milhões de pessoas, em que cerca de 1,3 milhões (4%) apresentavam um isolamento social severo. Contudo, as estimativas de prevalência do isolamento social são difíceis de obter, devido às diferentes definições, indicadores e instrumentos utilizados para avaliar (Leigh-Hunt et al., 2017). Apesar disso, é consensual que estes fenómenos representam um problema de saúde pública, em especial, nos países com elevado índice de envelhecimento e em tempo de pandemia COVID-19 (Cacioppo & Cacioppo, 2018).

Impacto da Pandemia COVID-19 no Isolamento Social

A COVID-19 é uma doença respiratória provocada pelo Coronavírus da Doença Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-CoV-2) (Schuchmann et al., 2020). Surgiu em dezembro de 2019, após um surto de pneumonia de causa desconhecida, que envolvia pessoas que tinham estado no Mercado Atacadista de Frutos do Mar de Wuhan (Sifuentes-Rodriguez & Palacios-Reye, 2020). O vírus transmite-se entre humanos, através de gotículas de saliva, espirros, tosse, catarro, pelo contacto pela boca, nariz ou olhos, através de objetos e superfícies contaminadas (OMS, 2020b). Em março de 2020, a OMS declarou

esta doença como uma pandemia, devido à sua elevada taxa de transmissão e a sua propagação a nível mundial (Schmidt et al., 2020). Após a evolução do vírus numa escala mundial, várias autoridades governamentais adotaram medidas, como forma de reduzir o aumento de casos por COVID-19 (Kraemer et al., 2020). Uma das estratégias foi o distanciamento social com diversos períodos de confinamento, sendo estipulado a proibição de viagens não essenciais, fecho da maioria das lojas, escritórios e espaços públicos. As pessoas foram obrigadas ao autoisolamento e à quarentena para aqueles com possível infeção, de forma a proteger os extremamente vulneráveis, e a salvaguardar a capacidade de resposta dos serviços de saúde. Assim, muitos indivíduos ficaram em completo isolamento (Reis-Filho & Quinto, 2020; Robb et al., 2020), o que pode ter consequências negativas na saúde mental (Torales et al., 2020). As pessoas mais idosas apresentam um maior risco de ter doenças mais graves e fatais associadas ao COVID-19, tendo um risco de mortalidade de 3,6% para pessoas na faixa dos 60 anos, aumentando para 8% e 14,8% na faixa dos 70 ou mais de 80 anos. É nesta faixa etária que as medidas de proteção foram mais restritivas, aumentando o isolamento social da população, por um período de tempo prolongado (Brooke & Jackson, 2020).

Prevenção e Intervenção do Isolamento Social nas Pessoas Idosas

Uma forma de prevenir o isolamento social é a constante atenção e vigilância das pessoas em risco de isolamento social, podendo ser uma estratégia promissora para ameaças sociais, rejeição ou exclusão (Masi et al., 2011; Gierveld et al., 2018; Jarvis et al., 2020). Um estudo que pretendeu compreender a ligação entre o isolamento social e a depressão, destacou duas medidas de prevenção para as pessoas idosas em risco; a

aproximação de alguns membros da família que não eram tão próximos anteriormente e a abertura de instalações para atividades recreativas de grupo (Herbolsheimer et al., 2018).

Como forma de prevenção, também surgiu o Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o envelhecimento (2002) que estabelece três eixos de atuação: pessoas idosas e desenvolvimento; saúde avançada e bem-estar na velhice; e promoção de ambientes propícios e de suporte (United Nations, 2002). O plano é revisto e a sua implementação avaliada a cada cinco anos e tem como objetivo reduzir o isolamento social das pessoas idosas. A tecnologia digital tem sido identificada como um fator importante para a quarta revisão e consequente avaliação do plano que deve estar pronta em 2023 (United Nations Economic and Social Council, 2019).

Algumas estratégias de intervenção que podem diminuir o isolamento social é o envolvimento das pessoas idosas em atividades de grupo significativas e satisfatórias e intervenções psicológicas (Smith & Lim, 2020). Por exemplo, reduzir o isolamento social através da atividade física, o que ajuda indivíduos a encontrarem outras pessoas para conviver, e consequentemente, pode ocorrer uma melhoria na saúde (Robins et al., 2016). A intervenção ao nível dos relacionamentos sociais é necessária e baseia-se em três mecanismos principais: i) manter e melhorar o relacionamento dos indivíduos, (ii) apoiar as pessoas para o desenvolvimento de novos relacionamentos e (iii) reformular os pensamentos das pessoas sobre como se sentem acerca dos seus relacionamentos (Jopling, 2020; Gierveld et al., 2011). Considerando esses mecanismos, a terapia cognitiva comportamental parece ser vantajosa para reduzir os níveis de isolamento social, pois, pode ajudar na inflexibilidade dos indivíduos, expectativas, pensamentos e sentimentos inapropriados, acerca dos seus relacionamentos (Masi et al., 2011; Gierveld et al., 2018; Jarvis et al., 2020). Outras estratégias incluem: treino de habilidades sociais, através da

psicoeducação (fornecer informações e suporte para entender melhor e lidar com os outros); apoio de pares e atividade social em grupo; serviços de “amizade”, que oferecem suporte social pessoal ou por telefone, geralmente por voluntários; prescrição social, que ajuda os pacientes para aceder a fontes locais não clínicas de apoio, treino de atenção plena; psicofarmacologia, incluindo antidepressivos; e campanhas para aumentar o conhecimento sobre o tema (The National Academie Press, 2020; Fakoya et al., 2020; Gardiner et al., 2018).

Estratégias ao nível da comunidade também ajudam a reduzir o isolamento social. Alguns autores abordam a infraestrutura (transporte, inclusão digital e ambiente construído) como necessários para garantir que as pessoas possam manter seus relacionamentos e formar novos. Um transporte público acessível e adequado poderá reduzir o isolamento social (Joplin, 2020). O ambiente construído nas comunidades pode promover ou dificultar a conexão social. O projeto da habitação, de espaços públicos (por exemplo, boa iluminação, bancos) e de restaurantes, lojas e instituições culturais, como bibliotecas e museus podem aumentar as conexões sociais (Joplin, 2020; Domenech-Abella, 2020). Leis e contextos políticos para lidar com a discriminação e marginalização (principalmente o preconceito idadista), desigualdades económicas, divisões digitais, coesão social e solidariedade intergeracional podem ajudar a reduzir o isolamento social, através da mudança de normas sociais (Cotterell et al., 2018; Joplin, 2020; Visser & El Fakiri, 2016)

As intervenções digitais são essenciais (i.e., Internet, telefones inteligentes e media social) na mediação das relações sociais e incluem ensinar as pessoas idosas a utilizar a Internet, telemóveis e computadores, adesão a suporte para comunicação por vídeo, serviços de mensagens, grupos de discussão online e fóruns, amizade por telefone, sites de

relacionamento (i.e., chatrooms) e “companheiros” virtuais (Ibarra et al., 2020). No entanto, as intervenções digitais estão associadas a várias questões éticas, como potencial violação de privacidade, consentimento informado e autonomia e disparidades no acesso. É necessário entender até que ponto podem complementar interações presenciais (cara a cara) e efeitos adversos das intervenções digitais, particularmente o risco de isolar ainda mais os idosos (National Academie Press, 2020).

Três estratégias importantes são indicadas pela Década das Nações Unidas de Envelhecimento Saudável, para reduzir o isolamento social (OMS, 2021): i) Criar uma coligação global com o objetivo aumentar a prioridade política. Isto é, a conscientização acerca isolamento social e solidão e aumentar a prioridade política de forma a garantir que os processos financeiros, técnicos e os recursos humanos são investidos numa escala proporcional à gravidade do problema; ii) Melhorar a pesquisa e promover intervenções eficazes, através do preenchimento de lacunas na compreensão e aprendizagem do isolamento social. A promoção de evidência científica para ajudar a compreender o isolamento social; iii) Implementação e promoção de intervenções eficazes. Para isso acontecer é necessário a identificação de intervenções e estratégias, já existentes ou novas, que objetivem todos os fatores necessários para alcançar maior proporção da população, através de uma avaliação contínua e otimização, estimativa de custos e benefícios garantindo a sustentabilidade (The National Academie Press, 2020; Milat et al., 2020).

Ao nível da evidência científica, algumas estratégias são importantes (OMS, 2021): i) desenvolvimento de um instrumento internacional de forma a medir o isolamento social e a solidão. Atualmente não há instrumentos internacionais usados transculturalmente válidos para medir estes dois conceitos (Gierveld et al., 2016; Valtorta et al., 2016; Gao et al., 2021). ii) Melhoria da compreensão da prevalência, distribuição e tendências, isto é,

um instrumento de medição internacional promove a melhoria de dados de prevalência através de estimativas da distribuição do problema ao longo da vida e as tendências ao longo do tempo, permitindo um melhor planeamento e avaliação do programa para a redução do isolamento social. iii) Melhoria de evidências para intervenções eficazes, ou seja, fortalecer a evidência do que já se sabe sobre como reduzir o isolamento social e a solidão (Victor et al., 2018; The National Academie Press, 2020, Joplin, 2020), isto é: identificar os pontos fracos e fortes das evidências atuais, para que pesquisas futuras possam ser realizadas de forma mais económica e estratégica. As avaliações devem ser amplas, relacionadas com teorias de alta qualidade (ensaios clínicos randomizados, se possível) e devem fazer a distinção entre isolamento social e solidão (Poscia et al., 2018; Victor et al., 2018; Fakoya et al., 2020). Compreender as intervenções digitais e, especialmente, de divisões digitais, considerando potenciais efeitos prejudiciais e perceber se as conexões virtuais podem ainda que parcialmente substituir as conexões sociais presenciais. Aumentar a pesquisa nos países de baixa e médio rendimento (prevalência, consequências e determinantes, que podem diferir nos países de elevado rendimento, e em intervenções que são eficaz em diferentes contextos) (Ong et al., 2016; Gao et al., 2021). Perceber o mecanismo subjacente aos impactos na saúde (através de estudos longitudinais prospetivos e controlados, que devem ser conduzidos para elucidar os mecanismos subjacentes aos impactos na saúde derivados do isolamento social e solidão, incluindo possível bidirecionalidade) (Das, 2019; The National Academia Press, 2020). Estimar custos e relação custo-benefício, visto que as informações sobre o custo do problema e a relação custo-eficácia das intervenções é limitada e a necessidade de traduzir evidências de forma a torná-las mais acessíveis; isto é, as evidências de alta qualidade devem ser

sintetizadas e armazenadas em bancos de dados, plataformas e portais acessíveis (White, 2019; Shepherd, 2020).

Instrumentos de avaliação do isolamento social em pessoas idosas

Alguns instrumentos ou subescalas que avaliam o isolamento social são apresentados na Tabela 1: A Escala de Redes Sociais de Lubben de 6 itens (LSNS-6) foi validada para Portugal por Ribeiro e colegas (2012). A *Friendship Scale* (Hawthorne, 2006) ainda não está traduzida nem validada para Portugal embora, tem demonstrado ser uma escala fiável e válida. A *UCLA loneliness scale* avalia os sentimentos subjetivos de solidão ou do isolamento social. A *Nottingham Health Profile* é um instrumento em o isolamento social é uma subescala (Hunt, McEwen & McKenna, 1985). O *Medical Outcomes Study Social Support Survey* (MOS *Social Support Survey*) é um instrumento de avaliação do suporte social (Sherbourne & Stewart, 1991).

Tabela 1*Instrumentos de Avaliação para o Isolamento Social*

Nome	Autor/ano	Operacionalização	Dados de Validade	Validação para Portugal	Síntese
<i>Social Isolation Scale (EIS)</i>	Nicholson e colegas (2020).	Três dimensão: família, amigos e vizinhos; 3 itens de relações mais alargadas.	<i>Alpha de Cronbach</i> ($\alpha = 0,77$) Correlação positiva moderada ($r = 0,47$).	Tavares, Silva e Marques (2020).	Medida com fiabilidade e validade para avaliar o isolamento social em pessoas idosas.
<i>The Lubben Social Network Scale (LSNS-6)</i>	Escala original 12 itens (Lubben, 1988). Versão abreviada (Lubben et al, 2006) com 6 itens.	Dois fatores: relações familiares (3 itens) e relações de amizade (3 itens). Cada item pontuado de 0 a 5; pontuações mais altas indicam redes sociais maiores (Ribeiro et al., 2012).	$\alpha = 0,798$ (score total) $\alpha = 0,756$ (família) $\alpha = 0,732$ (amizades) (Ribeiro et al., 2012).	Validada e traduzida para Portugal por Ribeiro e colegas (2012).	Resultados apontam qualidades psicométricas adequadas (Ribeiro et al., 2012).
<i>UCLA loneliness Scale</i>	Russell, 1996; Russell, P, 1978.	20 itens, 3 dimensões: atividades sociais; isolamento social; afinidades.	$\alpha = 0,96$, ($r(45) = 0,79$, $p < 0,001$). Maiores	Validada para a população portuguesa	Avaliar os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social.

			pontuações indicam pessoas mais solitárias.	(Pocinho et al., 2010).	
<i>Friendship Scale</i>	Hawthorne, 2006.	6 itens, avalia o isolamento social percebido.	CFI = 0,99 e RMSEA = 0,02. Validade de critério: correlação 0,61 e 0,44 (Sansoni e tal., 2007).	Sem tradução e validação para Portugal.	Poderá ser incluída numa bateria de instrumentos. Fácil de preencher e administrar (Sansoni e tal., 2007).
<i>Nottingham Health Profile (NHP)</i>	Hunt, McEwen e McKenna, 1975	Parte 1: Subescalas: mobilidade física (8 itens); isolamento social (5 itens); reações emocionais (9); dor (8); sono (5); energia (3). Parte 2: áreas da vida diária afetadas pela saúde (emprego, trabalhos em casa, vida social, relações, vida sexual, hobbies e interesses).	r (subescala de isolamento social): 0.78 e 0.77, nos pacientes com osteoporose e doença vascular periférica respetivamente.	Sem validade e tradução para Portugal.	Instrumento utilizado como uma ferramenta epidemiológica, e auxiliar na avaliação clínica.

<p><i>Medical Outcomes Study Social Support Survey (MOS Social Support Survey)</i></p>	<p>Sherbourne e Stewart, 1991.</p>	<p>20 itens, quatro subescalas: emocional/informação, tangível, afetivo e interações sociais. Pontuação global de 0 a 100 pontos (Sansoni et al., 2007).</p>	<p>Validade do conteúdo: >0,70; Validade de construto: r=0,7; <i>Alpha de Cronbach:</i> entre 0,91 e 0,97 (Sherbourne & Stewart, 1991).</p>	<p>Sem validade e tradução para Portugal.</p>	<p>Escala desenvolvida porque não se conseguiu identificar uma medida curta, válida e sensível do suporte/apoio social (Sansoni et al., 2007).</p>
--	------------------------------------	--	--	---	--

Objetivo

O objetivo geral deste estudo é contribuir para validar a escala de isolamento social (EIS) para pessoas idosas portuguesas que residem na comunidade. Como objetivos específicos pretende-se: a) Analisar as propriedades psicométricas de fiabilidade e validade de constructo da EIS; b) Analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e a sintomatologia depressiva; e c) Analisar a relação entre o isolamento social e a sintomatologia depressiva.

Metodologia

Tipo de Estudo

Estudo de abordagem metodológica (Morais & Neves, 2007), que integra o projeto “O Isolamento Social das pessoas idosas residentes na comunidade” focando na validade e fiabilidade da Escala de Isolamento Social (IES).

População e amostra

Este estudo incidiu em pessoas idosas residentes na comunidade em Portugal. O processo de seleção foi feito com base numa amostragem não aleatória de conveniência. Os critérios de inclusão foram pessoas com idade ≥ 65 anos com capacidade para compreender e interpretar as questões do questionário, residentes na comunidade. Os critérios de exclusão eram a incapacidade de comunicação por via verbal; utentes de Estrutura Residencial para Idosos (ERPI), Unidade de cuidados continuados e centro de dia; apresentar défice cognitivo (rasteio através do Mini-Cog) e recusa da participação no estudo.

Para o tamanho da amostra, considerou-se um número mínimo de 200 participantes. Tendo por base a realização da análise fatorial confirmatória da EIS, o tamanho da amostra foi estimado com base em dois fatores (Marôco, 2021): 1) o número de participantes por item

de pelo menos 10 para um; 2) na análise fatorial confirmatória, o tamanho da amostra é determinante para uma correta adequação do modelo, embora não exista consenso, recomenda-se um mínimo de 200 participantes.

Instrumentos

Neste estudo, foi aplicado um questionário incluído no projeto “O Isolamento Social das pessoas idosas residentes na comunidade”, porém adaptado ao nosso estudo, organizado em três partes (ver Anexos):

A primeira, inclui o Mini-Cog para rastreio de déficit cognitivo no participante. O instrumento foi desenvolvido por Borson et al. (2000), e está traduzido em diversas línguas (Mini-Cog© Quick Screening for Early Dementia Detection, 2022). O Mini-Cog envolve uma combinação de tarefas de lembrar três palavras (1 ponto por cada palavra lembrada) e a tarefa de desenhar um relógio com determinado horário (2 pontos para o relógio desenhado de forma correta ou 0 quando incorreto). A pontuação varia de 0 a 5, sendo pontuado da seguinte forma: 3 palavras recordadas = negativo para déficit cognitivo; 1-2 palavras recordadas + relógio normal = negativo para déficit cognitivo; 1-2 palavras recordadas + relógio anormal = positivo para déficit cognitivo; 0 palavras recordadas = positivo para déficit cognitivo” (McCarten et al., 2012). Neste estudo, excluíram-se 12 participantes por déficit cognitivo.

A segunda parte envolve um questionário com variáveis sociodemográficas (sexo, idade, área de residência, tipo de alojamento, onde vive, estado civil, rendimento do agregado familiar, escolaridade, número de filhos, situação profissional e ter ou não carta de condução) (Paúl & Ribeiro, 2009).

A terceira parte inclui os seguintes instrumentos:

A Escala de Isolamento Social (EIS) foi desenvolvida por Nicholson e colegas (2020) para avaliar o isolamento social das pessoas idosas (≥ 65 anos). Apresenta duas dimensões: conexão e pertença. A EIS é constituída por seis questões que avaliam o isolamento social das pessoas idosas, três sobre família, amigos e vizinhos e três sobre relacionamentos. Os resultados de validação da AFC demonstram um modelo fatorial excelente (CFI=0.997, RMSEA=0.038). A consistência interna total e na subescala de conexão são bons ($\alpha = 0.77$ e 0.81 , respetivamente) e na subescala da pertença o valor de α é ligeiramente baixo ($\alpha = 0.63$). Neste instrumento, pontuações menores indicam maiores níveis de isolamento social, caracterizados por três níveis de risco de isolamento social (≤ 9 indicam isolamento social, entre 10 a 15 indica risco de isolamento social, ≥ 16 indica não ter risco de isolamento social). Esta escala foi traduzida, adaptada e validada para português de Portugal por Tavares e colegas (2020). Os dados de validade de conteúdo demonstram um índice de validade de conteúdo $\geq 0,89$ e um Kappa modificado com valores considerados excelentes, que variaram entre 0,89 e 1 (Polit & Beck, 2006).

A Escala de Depressão Geriátrica (GDS-4) avalia a presença de sintomas depressivos em idosos, sendo uma versão abreviada da GDS-30, de aplicação simples e rápida. A GDS foi desenvolvida pela primeira vez por Yesavage e Brink com 30 questões, e posteriormente uma forma curta com 15 questões (Sheikh & Yesavage, 1986). Neste estudo, utilizou-se a GDS-4 validada para Portugal por Santos e colegas (2019) com uma amostra de 1023 pessoas (idade média de 71 anos), através da análise fatorial confirmatória. A versão com quatro itens demonstra um modelo com valores de ajuste considerados adequados ($\chi^2/df=4,210$, CFI=0,991 e RMSEA=0,055) com *Alpha de Cronbach* de 0,71. Na sua aplicação, os participantes são convidados a escolher a melhor resposta para como se sentiram na última semana em relação a quatro perguntas, a serem respondidas sim (0 pontos) ou não (1 ponto). A pontuação global varia entre 0 e 4 pontos. A operacionalização do ponto de corte da GDS-

4 não é consensual (Brañez-Condorena et al., 2021), não tendo sido definido no estudo de validade em Portugal (Santos et al., 2019). No entanto, uma revisão sistemática recente da GDS-4 (Brañez-Condorena et al., 2021), ao comparar diferentes pontos de corte, mostra que o ponto de corte ≥ 1 apresenta os melhores resultados considerando a sensibilidade e especificidade, com 88% (IC 95%: 84% a 92%) e (67%) (IC 95%: 58% a 75%).

Procedimento de Recolha de dados

Este estudo está inserido no projeto de “Isolamento social das pessoas idosas residentes na comunidade”, numa parceria entre a Universidade de Aveiro e a Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Coimbra.

O processo de recolha de dados, decorreu entre outubro de 2021 e março de 2022, e foi efetuado por 5 pessoas com treino. Os dados foram recolhidos preferencialmente através de uma entrevista (171, 65,3%), no entanto, alguns questionários foram autopreenchidos (91, 34,7%), quando tal foi solicitado pelo participante. Os participantes foram recrutados através da rede social dos investigadores, da área geográfica próxima, e também foi feito contacto com instituições comunitárias, tais como universidades séniores, autarquias e associações recreativas. O tempo de preenchimento do questionário foi em média, de 18 minutos. Após a identificação dos participantes interessados no estudo, explicou-se o projeto, os objetivos e solicitou-se a participação. Aqueles que aceitaram colaborar, assinaram o consentimento livre e informado. Com alguns, procedeu-se de imediato à entrevista; com outros foi marcada a entrevista para o dia, local e hora da conveniência do participante. A administração do questionário inicia-se com a aplicação do Mini-Cog (Parte I do questionário); nesta fase foram excluídos os participantes com défice cognitivo. Para os participantes sem défice cognitivo, passava-se ao questionário sociodemográfico, Escala de Isolamento Social (EIS) e

Escala de Depressão Geriátrica (GDS-4itens). Concluído o preenchimento, o entrevistador agradecia a colaboração.

Análise de Dados

Na estatística descritiva para as variáveis categóricas utilizou-se a frequência e percentagem, para as variáveis contínuas, utilizou-se média e desvio padrão.

Para a validade, utilizou-se a análise fatorial confirmatória, com base no modelo proposto por Nicholson e colegas (2020). Na estimativa do modelo utilizou-se o método da estimativa máxima de probabilidade e os seguintes índices e critérios de adequação da bondade sugeridas por Marôco (2021), incluindo: χ^2 , p-value ($p \geq 0.05$; $\chi^2/Degree\ of\ freedom$ (df); *comparative fit index* ($CFI \geq 0.9$), *Normed Fit Index* ($NFI \geq 0.9$); *Tucker-Lewis Index* ($TLI \geq 0.9$), *Goodness of fit index* ($GFI \geq 0.9$), *root mean square error of approximation* ($RMSEA < 0.08$), *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), *Akaike Information Criterion* (AIC) e *Bayes Information Index* (BIC). A consistência interna foi avaliada pelos coeficientes da Confiabilidade Composta (CC), sendo considerado aceitável valores entre 0,60 e 0,70, valores entre 0,70 e 0,90 são consideradas satisfatórios (Nunnally & Bernstein, 1994).

Na análise das variáveis sociodemográficas com a sintomatologia depressiva, utilizou-se o teste de associação de Qui-Quadrado (χ^2) para as variáveis qualitativas e o teste de Fisher, quando os pressupostos do Qui-Quadrado não estavam assegurados; para as variáveis quantitativas e analisar as diferenças significativas entre a sintomatologia depressiva e as escalas e subescalas do isolamento social utilizou-se o teste de hipóteses *T Student* para amostras independentes. Por último, para a correlação entre as escalas, utilizou-se a correlação de *Spearman*. A análise estatística dos dados foi efetuada com o software IBM

SPSS AMOS e Statistics versão 28. Utilizou-se o nível de significância de $p < 0,05$ para todas as comparações.

Procedimentos Éticos

Toda a informação recolhida no decurso do estudo foi e será mantida estritamente confidencial. A participação foi voluntária e anónima e a informação fornecida destina-se exclusivamente a este estudo. Aspetos como direito de recusa, confidencialidade das informações e anonimato da identidade dos participantes são assegurados pelo consentimento informado, livre e esclarecido. Este estudo foi aprovado pelo Comité de Ética da Unidade de Investigação em Ciência da Saúde: Enfermagem, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnc), Parecer N° 711/09-2020.

Resultados

Caraterização da Amostra

Este estudo tem uma amostra de 250 participantes. No que concerne às características da amostra (ver Tabela 2), os participantes têm uma idade média de $73,9 \pm 6,3$ anos, variando entre os 65 e os 93 anos; mais de metade são do sexo feminino ($n = 170$; 68%). 61,6% ($n=154$) viviam no meio rural. 65,5% ($n=164$) eram casados ou em união de facto. A maioria vive numa vivenda/moradia ($n = 220$; 88%), e os restantes 30 (12%) num apartamento. 115 (46%) indicam que o rendimento do agregado familiar era à justa para as necessidades. A média dos anos de escolaridade foi de $5,67 \pm 6,81$.

Quando questionados acerca de com quem vivem, 59,6% ($n = 149$) referiram viver em casal. A média do número de filhos é de $2,19 \pm 1,45$. Relativamente à situação profissional, a maioria são reformados/aposentados ($n = 230$; 93,5%). Do total dos 159 participantes que tinham carta de condução, 137 (86,2%) ainda conduzem, e os restantes 22 (13,8%) já não conduzem.

Tabela 2*Caraterização Sociodemográfica da Amostra*

Variáveis qualitativas	(n)	(%)
Sexo		
Feminino	170	68
Masculino	80	32
Área de Residência		
Rural	154	61,6
Suburbano	68	27,2
Urbano	28	11,2
Tipo de Residência		
Vivenda/moradia	220	88
Apartamento	30	12
Estado Civil		
Casados/união de facto	164	65,5
Divorciados/separados	9	3,6
Solteiros	8	3,2
Viúvos	69	27,6
Rendimento		
Não chega para as necessidades	12	4,8
À justa para as necessidades	115	46
Sobra algum dinheiro	123	49,2
Com quem vive		
Em casal	149	59,6
Família alargada	43	17,2
Sozinho	57	22,8
Noutra situação	1	0,4
Situação Profissional		
Desempregado	4	1,6

Empregado	10	4,1
Aposentado/Pensionista	231	94,3
Carta de Condução		
Sim, ainda conduz	137	86,2
Sim, mas já não conduz	22	13,8
Não	91	36,4
Variáveis quantitativas	M	DP
Idade	73,92	6,37
Anos de Escolaridade	5,73	3,36
Número de Filhos	2,19	1,45

Legenda: (n)=número total da amostra; (%) = percentagem; M= Média; Dp =Desvio Padrão

Validação da Escala de Isolamento Social

Para a análise fatorial confirmatória, utilizou-se a proposta do modelo original da EIS que revelou uma qualidade de ajustamento aceitável, com exceção do χ^2/df ($\chi^2(8) = 19.817$, $p=0.011$). Considerando estes valores do qui-quadrado, e para obter uma qualidade de ajustamento boa, este modelo foi reespecificado. Realizou-se uma análise de valores de referência e índice modificável do modelo correlacionado com os erros de medida dos itens 2 e 3 ($r=0,24$) (ver Figura 1). Deste modo, foi possível uma qualidade de ajustamento boa ($\chi^2(7) = 12.489$; $p=0,086$; CFI=.961, NF=0.919, TLI=0,916, GFI=0,981, RMSEA =0,056 (CI: 0,00-0,106), $p=0,364$; SRMS=0.058, AIC=40.489 e BIC =89,79 (ver Tabela 3). O CFA resultou em dois fatores com uma correlação positiva fraca ($r = 0,23$).

Tabela 3.

Resultados da Análise Fatorial Confirmatória da Escala de Isolamento Social

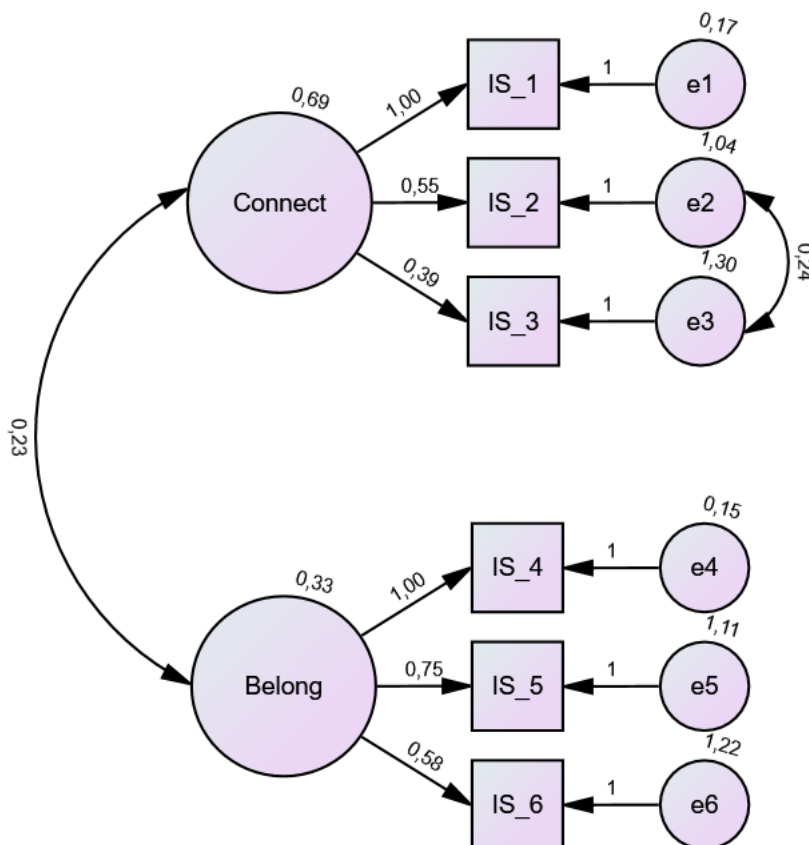
<i>Fitting Index</i>	Valores de referência (Marôco, 2021)	Valores Escala original	Valores do 1º modelo	Valores do 2º modelo (covariância da correlação entre os erros dos itens 2 e 3)
χ^2 , p value	Quanto menor, melhor, $p \geq 0.05$	$\chi^2 (5) = 2.170$, $p < .001$	$\chi^2 (8) = 19.817$; $p = 0.011$	$\chi^2 (7) = 12.489$; $p = 0.086$
χ^2/gl	≤ 2	-	2.477	1.784
CFI	≥ 0.9	0,997	0.915	0.961
NFI	≥ 0.9	-	0.872	0.919
TLI	≥ 0.9	-	0.841	0.916
GFI	≥ 0.9	-	0.975	0.983
AIC	Quanto menor, melhor	74.823	45.817	40.489
BIC	Quanto menor, melhor	74.823	91.596	89.79
RMSEA (CI), p-value	< 0.08 $p \geq 0.05$.038 (95% CI: .030–.049).	0.077 (CI: 0.035-0.12), $p = 0.129$	0.056 (CI: 0.00-0.106), $p = 0.364$
SRMS	≤ 0.08	-	0.063	0.058

Legenda: p = nível de significância; CI = intervalo de confiança; χ^2 = qui-quadrado

Os coeficientes da Confiabilidade Composta (CC) total da EIS foi de 0,708 e 0,6 e 0,54 para as subescalas “conexão” e “pertença”, respectivamente (ver Figura 2). Os resultados das dimensões “conexão” e “pertença” foram ligeiramente inferiores ao recomendado ($>0,6$) (Hair et al., 2019).

Figura 2

Análise Fatorial Confirmatória do Modelo de Dois Fatores



Sintomatologia Depressiva, Variáveis Sociodemográficas e Isolamento Social

Considerando os resultados na GDS-4, verificou-se que 126 (50,4%) participantes não apresentavam sintomatologia depressiva e 124 (49,5%) apresentavam. Da análise da relação entre as variáveis sociodemográficas com o grupo com sintomatologia depressiva (ver Tabela 4), verificou-se uma associação estatisticamente significativa com a área de residência (χ^2 (2) = 16,6, $p = 0,000$), estado civil (χ^2 (3) = 9,910, $p = 0,019$) e ter carta de condução (χ^2 (1) = 11,438, $p = 0,001$). Da análise dos resíduos ajustados padronizados destas variáveis verificou-se uma relação de dependência entre a categoria com sintomatologia depressiva com os grupos que vivem no meio rural, que eram separados, solteiros ou viúvos. Verificou-se uma relação de dependência entre a categoria sem sintomatologia depressiva e o grupo de pessoas com carta de condução. As pessoas com sintomatologia depressiva apresentam uma

idade superior (75 versus 72,8) em comparação com o grupo sem sintomatologia depressiva ($t(248) = -2,669, p = 0,008$). As pessoas sem sintomatologia depressiva apresentam mais anos de escolaridade (5,82) comparativamente com as pessoas com sintomatologia (4,79) ($t(248) = 2,457, p = 0,015$).

Tabela 4

Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e a GDS

Variáveis qualitativas	Sem	Com	Teste estatístico
	sintomatologia depressiva n (%)	sintomatologia depressiva n (%)	
Sexo			
Feminino	81 (47,6)	89 (52,4)	$\chi^2(1) = 1,611$
Masculino	45 (56,3)	35 (43,8)	$p = 0,204$
Área de Residência			
Rural	62 (40,3)	92 (59,7)	$\chi^2(2) = 16,6$
Suburbano	46 (67,6)	22 (32,3)	$p = 0,000$
Urbano	18 (64,3)	10 (35,7)	
Tipo de Residência			
Vivenda/moradia	110 (50)	110 (50)	$\chi^2(1) = 0,117$
Apartamento	16 (53,3)	14 (46,7)	$p = 0,732$
Estado Civil			
Casado/união de facto	91 (55,5)	73 (44,5)	
Divorciado/separado	6 (66,7)	3 (33,3)	$\chi^2(3) = 9,910$
Solteiro	1 (12,5)	7 (87,5)	$p = 0,019$
Viúvo	28 (40,6)	41 (59,4)	
Rendimento			
Não chega para as necessidades	6 (50)	6 (50)	$\chi^2(2) = 3,283$

À justa para as necessidades	51 (44,3)	64 (55,7)	$p = 0,194$
Sobra algum dinheiro	69 (56,1)	54 (43,9)	
Com quem vive			
Em casal	82 (55)	67 (45)	$\chi^2 (2) = 3,105$
Família alargada	20 (46,5)	23 (53,5)	$p = 0,212$
Sozinho	24 (42,1)	33 (57,9)	
Situação Profissional			
Desempregado	1 (25)	3 (75)	$\chi^2 (2) = 2,127$
Empregado	9 (64,3)	5 (35,7)	$p = 0,390$
Aposentado/Pensionista	116 (50)	116 (50)	
Carta de Condução			
Sim	93 (58,3)	66 (41,5)	$\chi^2 (1) = 11,438$
Não	33 (36,3)	58 (63,7)	$p = 0,001$
Ainda conduz			
Sim	84 (61,3)	53 (38,7)	$\chi^2 (1) = 3,251$
Não	9 (40,9)	13 (59,1)	$p = 0,071$
Variáveis quantitativas	M \pm DP	M \pm DP	Teste estatístico
Idade	72,8 \pm 6,42	75,0 \pm 6,17	$t (248) = -2,669, p = 0,008$
Anos de Escolaridade	5,82 \pm 3,46	4,79 \pm 3,18	$t (248) = 2,457, p = 0,015$
Número de Filhos	2,11 \pm 1,55	2,27 \pm 1,35	$t (248) = -0,842, p = 0,400$

Legenda: (n)=número total da amostra; (%) = percentagem; M= Média; Dp=Desvio Padrão;

χ^2 = Qui-quadrado; t = t de *student*; p = nível de significância

Analisando os resultados da relação entre o EIS e GDS, verificaram as diferenças estatisticamente significativas a seguir referidas. Na subescala de pertença ($t (248) = 2,33, p = 0,021$), as pessoas idosas sem sintomatologia apresentam valores mais elevados comparativamente às pessoas com sintomatologia depressiva (12.91 versus 12.3). No entanto, não existem diferenças estatisticamente significativa entre a GDS e EIS total ($t (248) = 1,96, p = 0,051$) e GDS e subescala conexão ($t (248) = 0,86, p = 0,39$) (ver Tabela 5).

Tabela 5*Relação entre a EIS e a GDS*

	Sem sintomatologia depressiva M ± DP	Com sintomatologia depressiva M ± DP	Teste estatístico
EIS-total	22,93 ± 3,48	24,06 ± 3,55	$t(248) = 1,96, p = 0,051$
EIS conexão	12,02 ± 2,44	11,76 ± 2,93	$t(248) = 0,86, p = 0,39$
EIS pertença	12,91 ± 1,94	12,3 ± 2,22	$t(248) = 2,33, p = 0,021$

Legenda: M = Média; DP = desvio padrão; t = t de student ; p = nível de significância

Pela observação dos resultados relativamente às correlações entre a GDS e o EIS, verificou-se que as pessoas com sintomatologia depressiva têm maior risco de isolamento social (correlação fraca negativa) ($r_s = -.160, p = .011$) (ver Tabela 6).

Tabela 6*Correlação entre a GDS e a Escala de Isolamento Social*

	GDS-4	EIS total	EIS conexão	EIS pertença
GDS-4	1			
EIS total	$r_s = -.160$ $p = .011$	1		
EIS conexão	$r_s = -.097$ $p = .126$	$r_s = .817$ $p < .001$	1	
EIS pertença	$r_s = -.164$ $p < .001$	$r_s = .744,$ $p < .001$	$r_s = .258$ $p < .001$	1

Legenda: r_s = Coeficiente de correlação de Spearman; p = nível de significância

Discussão

Este estudo, que seja do nosso conhecimento é o primeiro estudo de validade da EIS em Portugal. A validação é relevante para se testar se o instrumento representa adequadamente o construto teórico que se procura medir. Na AFC, o primeiro modelo obtido, embora com ajustamento aceitável, foi reespecificado através de um segundo modelo com a inclusão da correlação entre os erros dos itens 2 e 3. Marôco (2021) refere que é possível especificar o modelo para melhorar significativamente o ajustamento, com um número reduzido de alterações. A correlação entre erros é uma das estratégias, desde que tenha por base uma explicação teoricamente defensável. Neste caso, verifica-se que o número de pessoas com quem os participantes comunicam (item 2) podem ser em alguns casos as mesmas com quem se sentem próximos a nível pessoal (item 3). Este aspeto pode explicar a correlação entre os erros. Segundos os valores de referência propostos por Marôco (2021) obteve-se um modelo com uma boa qualidade de ajustamento (índices absolutos, relativos, discrepância populacional e baseados na teoria da informação), o que confirma o modelo de dois fatores da versão original.

Quanto à confiabilidade, neste estudo utilizou-se a confiabilidade composta (CC) pois é baseada na carga fatorial obtido na AFC, sendo recomendada para avaliação da consistência interna quando se utiliza este tipo de análise. A CC tem sido apresentada como um indicador de precisão mais robusto, quando comparado ao coeficiente *Alpha de Cronbach*, pois no cálculo da CC, as cargas ou pesos fatoriais dos itens são passíveis de variação, enquanto no coeficiente *Alpha*, as cargas dos itens são fixas (Raykov, 2001; Sijtsma, 2009). Assim, neste estudo optou-se por utilizar a confiabilidade composta, ao contrário da versão original da EIS que utilizou o *Alpha de Cronbach* para avaliar a consistência interna (Nicholson et al., 2020).

Neste estudo, o valor total para a EIS ($CC = 0,708$), é considerado aceitável (Hair et al., 2019) e alinhado com a consistência interna original (avaliado através do *Alpha de Cronbach* = 0,77) (Nicholson et al., 2020). Na subescala “conexão”, o valor encontra-se no limiar do aceitável ($CC = 0,60$) (Hair et al., 2019), sendo significativamente mais baixo que na escala original ($\alpha = 0,81$) (Nicholson et al., 2020). Na subescala de “pertença”, a consistência interna apresentou valores inferiores a 0,60 ($CC = 0,54$) (Hair et al., 2019), sendo que na escala original o valor de Alpha foi considerado baixo, mas aceitável ($\alpha = 0,63$) (Nicholson et al., 2020). Um dos fatores que pode ter contribuído para estes valores, tal como refere Nicholson e colegas (2020), é o item invertido desta subescala, que por estar escrito de forma negativa, pode contribuir para valores mais baixos de consistência. Acresce, o número reduzido de itens (3) das subescalas que pode ter contribuído para estes resultados (Valentini & Bruno, 2017). As medidas de confiabilidade são sensíveis ao número de itens das escalas; por norma, quando o número de itens é reduzido, a consistência interna tende a ser subestimada (Nunally & Bernstein, 1994).

Este estudo analisou a sintomatologia depressiva de pessoas idosas residentes na comunidade considerando as suas características sociodemográficas e a relação com o isolamento social. A sintomatologia depressiva foi significativamente superior nas pessoas que vivem em áreas rurais, solteiros, separados ou viúvos e sem carta de condução. Estes dados corroboram estudos prévios que referem que a depressão é comum nas pessoas idosas que vivem em meio rural (Kamble et al., 2009; Sinha et al., 2013; Manandhar et al., 2018), são solteiras ou viúvas e vivem sozinhas (Ramachandran e Arunagiri, 1982; Chong et al., 2001; Xie et al., 2010; Barua et al., 2010; Sinha et al., 2013; Javed, 2014; Patil et al., 2015; Fatima et al., 2019; Noguchi, 2021). Pessoas idosas com carta de condução reportam menor sintomatologia depressiva, o que coincide com o estudo longitudinal de Ragland e colegas (2005). Neste estudo, as pessoas após três anos de deixarem de conduzir apresentam altos

níveis de sintomatologia depressiva, comparativamente aos condutores recorrentes. No nosso estudo, não se verificaram diferenças significativas considerando o sexo, tipo de residência, rendimento, com quem vive, profissão, situação profissional. Relativamente ao sexo, estes resultados coincidem com estudos prévios (Brinda et al., 2016; Najafipour et al., 2016; Girgus et al., 2017; Kugbey et al., 2018), em que os participantes masculinos e femininos não diferiram nos níveis de depressão. No entanto, não coincide com outros estudos (Ekinçi et al., 2004; Djernes, 2006; Kamble et al., 2009; Nyirenda et al., 2013; Velásquez-Brizuela et al., 2014; Yaka et al., 2014) onde a depressão está mais presente nas mulheres. Sobre os rendimentos do agregado familiar, num estudo prévio (Ma et al., 2015) foi encontrado que quanto maiores os rendimentos, menor a incidência de sintomatologia depressiva. A sintomatologia depressiva correlaciona-se de forma positiva e significativa com a idade, o que corrobora com os estudos prévios (Chong et al., 2001; Barua et al., 2007; Barua et al., 2010; Glaesmer et al., 2011; Patil et al., 2015). Quanto mais idade têm as pessoas idosas, por norma, apresentam mais dificuldades funcionais, levando à dependência para atividades da vida diária, o que se associa a sintomatologia depressiva. Pessoas com sintomatologia depressiva apresentam menos anos de escolaridade, o que é consistente com estudos existentes (Stewart & Shin, 2002; Barua et al., 2010; Gibson et al., 2013; Patil et al., 2015; Zhang et al., 2019; de la Torre-Luque et al., 2019). Pessoas com escolaridade mais baixa, por norma apresentam um estatuto socioeconómico relativamente baixo e tendem a apresentar baixa autoestima e emoções negativas. No entanto, pessoas idosas com alto nível de escolaridade e com mais conhecimento são mais capazes de canalizar melhor as emoções e pressões negativas (Xie et al., 2021).

Verificou-se que as pessoas idosas com menor sintomatologia depressiva apresentam menor risco de isolamento social, o que coincide com os estudos prévios que referem a depressão está associada com a crescente prevalência do isolamento social com o avançar da

idade (Iliffe et al., 2007; Crooks et al., 2008). Relativamente às subescalas, as pessoas idosas sem sintomatologia depressiva apresentam maiores níveis de pertença. No entanto, não existem diferenças significativas entre os níveis de conexão com a sintomatologia depressiva. Tal ocorre provavelmente porque a conexão se refere a contactos sociais e qualidade das relações (elemento mais objetivo do IS); enquanto o sentimento de pertença se refere à gratificação com as relações e envolvimento com os outros (componente mais subjetiva do IS). Estes resultados não corroboram com o estudo de Choi e colegas (2015), que referem que os efeitos do isolamento social subjetivo quando comparados com o isolamento social objetivo contribui de forma mais significativa para a existência de sintomas depressivos. Fiori e colegas (2006) também sugerem que pessoas com maior diversidade de contactos sociais (família, amigos, religião e grupos informais), reportam menor sintomatologia depressiva.

Limitações e Perspetivas de Pesquisa

Como limitações deste estudo, aponta-se principalmente o tipo de amostragem, isto é uma amostragem não-probabilística (de conveniência) que não permite generalizações. Mas sobretudo pelo perfil das pessoas inquiridas, isto é, os participantes eram ativos, autónomos e participavam em várias atividades, o que poderá ser um fator protetor para o isolamento social. Além disso, quem se encontrava isolado socialmente pode não ter tido conhecimento ou não se querer envolver em atividades/programas da comunidade, e portanto, podem estar sub-representados neste estudo. Salienta-se a importância de futuros estudos recrutarem participantes considerados isolados socialmente por entidades que dão apoio neste âmbito, como a Guarda Nacional Republicana, Serviços Sociais dos Municípios.

Numa abordagem mais estatística, este estudo tem como limitação a consistência interna, tendo uma escala de *score* abaixo de confiabilidade composta recomendado na

subescala de “pertença” e “conexão”, provavelmente devido ao baixo número de itens (três). Desta forma, poderá ser necessário uma avaliação mais aprofundada para testes futuros deste instrumento.

O processo de recolha decorreu durante a pandemia (que ainda atualmente se vive), embora numa fase de medidas menos restritivas, mas pode ter condicionado a participação e o recrutamento das pessoas mais isoladas. Como o isolamento social tem vindo a ser mencionado como um problema de saúde social global, é relevante ter medidas validadas para avaliar, e assim melhor prevenir e intervir.

Conclusão

Neste estudo foi validada a Escala de Isolamento Social para a população portuguesa residente na comunidade. Os dados sugerem que é um instrumento válido e confiável para avaliar o isolamento social na população em estudo. A sintomatologia depressiva é significativa nas pessoas que vivem em áreas rurais, solteiros, separados ou viúvos e sem carta de condução e relaciona-se positivamente com a idade e em pessoas com menor escolaridade. Conclui-se também que pessoas idosas sem sintomatologia depressiva apresentam maiores níveis de pertença.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. (1989). Attachments beyond infancy. *The American psychologist*, 44(4), 709–716. <https://doi.org/10.1037//0003-066x.44.4.709>
- Amemiya, A., Saito, J., Saito, M., Takagi, D., Haseda, M., Tani, Y., Kondo, K., & Kondo, N. (2019). Social Capital and the Improvement in Functional Ability among Older People in Japan: A Multilevel Survival Analysis Using JAGES Data. *International journal of*

environmental research and public health, 16(8), 1310.

<https://doi.org/10.3390/ijerph16081310>

Arora, P., & Singh, G. (2014). Self-Efficacy and Emotional Intelligence as Predictors of Alienation among Graduates, *International journal of innovate research & development*, 3(8), 258-262

Barnes, L. L., Mendes de Leon, C. F., Wilson, R. S., Bienias, J. L., & Evans, D. A. (2004). Social resources and cognitive decline in a population of older African Americans and whites. *Neurology*, 63(12), 2322–2326.

<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000147473.04043.b3>

Barua, A, Acharya D, Nagaraj K, Bhat HV, Nair NS. (2007). Depression in elderly: A cross-sectional study in rural South India. *Journal International Medical Sciences Academy*, (JIMSA), 20(4), 259-261.

Bassuk, S. S., Glass, T. A., & Berkman, L. F. (1999). Social disengagement and incident cognitive decline in community-dwelling elderly persons. *Annals of internal medicine*, 131(3), 165–173. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-131-3-199908030-00002>

Beal C. (2006). Loneliness in older women: a review of the literature. *Issues in mental health nursing*, 27(7), 795–813. <https://doi.org/10.1080/01612840600781196>

Berkman L. F. (1983). The assessment of social networks and social support in the elderly. *Journal of the American Geriatrics Society*, 31(12), 743–749.

<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1983.tb03393.x>

- Biordi, D. L. & Nicholson, N. R. (2013). Social Isolation. In Lubkin, I. M. & Larsen, P. D. (Eds). *Chronic Illness. Impact and Intervention*. 97-126. Jones & Bartlett Learning
https://samples.jblearning.com/076375126x/larsen_ch05_ptr.pdf
- Boden-Albala, B., Litwak, E., Elkind, M. S., Rundek, T., & Sacco, R. L. (2005). Social isolation and outcomes post stroke. *Neurology*, 64(11), 1888–1892.
<https://doi.org/10.1212/01.WNL.0000163510.79351.AF>
- Bondevik, M., & Skogstad, A. (1998). The oldest old, ADL, social network, and loneliness. *Western journal of nursing research*, 20(3), 325–343.
<https://doi.org/10.1177/019394599802000305>
- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P., Dokmak, A. (2000). The Mini-Cog: a cognitive ‘vital signs’ measure for dementia screening in multi-lingual elderly, *International Journal of Geriatric Psychiatry* , 15(11), 1021–1027.
[https://doi.org/10.1002/1099-1166\(200011\)15:11%3C1021::AID-GPS234%3E3.0.CO;2-6](https://doi.org/10.1002/1099-1166(200011)15:11%3C1021::AID-GPS234%3E3.0.CO;2-6)
- Brañez-Condorena, A., Soriano-Moreno, D. R., Navarro-Flores, A., Solis-Chimoy, B., Diaz-Barrera, M. E., & Taype-Rondan, A. (2021). Accuracy of the Geriatric Depression Scale (GDS)-4 and GDS-5 for the screening of depression among older adults: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*, 16(7), e0253899.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253899>
- Brinda, E. M., Rajkumar, A. P., Attermann, J., Gerdtham, U. G., Enemark, U., & Jacob, K. S. (2016). Health, Social, and Economic Variables Associated with Depression Among Older People in Low and Middle Income Countries: World Health Organization Study on Global AGEing and Adult Health. *The American journal of geriatric psychiatry : official journal*

- of the American Association for Geriatric Psychiatry, 24(12), 1196–1208.
<https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.07.016>
- Brooke, J., & Jackson, D. (2020). Older people and COVID-19: Isolation, risk and ageism. *Journal of clinical nursing*, 29(13-14), 2044–2046. <https://doi.org/10.1111/jocn.15274>
- Brummett, B. H., Barefoot, J. C., Siegler, I. C., Clapp-Channing, N. E., Lytle, B. L., Bosworth, H. B., Williams, R. B., Jr, & Mark, D. B. (2001). Characteristics of socially isolated patients with coronary artery disease who are at elevated risk for mortality. *Psychosomatic medicine*, 63(2), 267–272. <https://doi.org/10.1097/00006842-200103000-00010>
- Cabral, M. V., Ferreira, P. M., Silva, P. A. Da, Jerónimo, P., & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/24456?locale=en>
- Cacioppo, J. T., & Cacioppo, S. (2018). The growing problem of loneliness. *Lancet* (London, England), 391(10119), 426. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30142-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30142-9)
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitano, J. P., & Cole, S. W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annual review of psychology*, 66, 733–767.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010814-015240>
- Cacioppo, S., Capitano, J. P., & Cacioppo, J. T. (2014). Toward a neurology of loneliness. *Psychological bulletin*, 140(6), 1464–1504. <https://doi.org/10.1037/a0037618>

- Chang, P.J. & Yarnal, C. (2017). The effect of social support on resilience growth among women in the Red Hat Society. *Journal of Positive Psychology*,13, 92–99.
<https://doi.org/10.1080/17439760.2017.1374442>
- Charles, V. A. & Wolfer, T. A. (2018). Loneliness and Congregational Social Work, *Journal of the North American Association of Christians in Social Work*, 45(1), 8-23
- Chen, C. M., Mullan, J., Su, Y. Y., Griffiths, D., Kreis, I. A., & Chiu, H. C. (2012). The longitudinal relationship between depressive symptoms and disability for older adults: a population-based study. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 67(10), 1059–1067. <https://doi.org/10.1093/gerona/gls074>
- Chen, Y., Hicks, A., & While, A. E. (2014). Loneliness and social support of older people in China: a systematic literature review. *Health & social care in the community*, 22(2), 113–123. <https://doi.org/10.1111/hsc.12051>
- Choi, E., Han, K. M., Chang, J., Lee, Y. J., Choi, K. W., Han, C., & Ham, B. J. (2021). Social participation and depressive symptoms in community-dwelling older adults: Emotional social support as a mediator. *Journal of psychiatric research*, 137, 589–596.
<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.10.043>
- Choi, H., Irwin, M. R., & Cho, H. J. (2015). Impact of social isolation on behavioral health in elderly: Systematic review. *World journal of psychiatry*, 5(4), 432–438.
<https://doi.org/10.5498/wjp.v5.i4.432>
- Chong, M. Y., Tsang, H. Y., Chen, C. S., Tang, T. C., Chen, C. C., Yeh, T. L., Lee, Y. H., & Lo, H. Y. (2001). Community study of depression in old age in Taiwan: prevalence, life

- events and socio-demographic correlates. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*, 178(1), 29–35. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.1.29>
- Christian, E., Dluhy, N., & O'Neill, R. (1989). Sounds of silence--coping with hearing loss and loneliness. *Journal of gerontological nursing*, 15(11), 4–9. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19891101-03>
- Cohen, S. (2004). Social Relationships and Health. *American Psychologist*, 59(8), 676–684. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.8.676>
- Cole, S. W., Capitanio, J. P., Chun, K., Arevalo, J. M., Ma, J., & Cacioppo, J. T. (2015). Myeloid differentiation architecture of leukocyte transcriptome dynamics in perceived social isolation. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 112(49), 15142–15147. <https://doi.org/10.1073/pnas.1514249112>
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Measuring social isolation among older adults using multiple indicators from the NSHAP study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 64 Suppl 1(Suppl 1), i38–i46. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp037>
- Cornwell, E. Y., & Waite, L. J. (2009). Social disconnectedness, perceived isolation, and health among older adults. *Journal of health and social behavior*, 50(1), 31–48. <https://doi.org/10.1177/002214650905000103>
- Coronini-Cronberg, S., John Maile, E., & Majeed, A. (2020). Health inequalities: the hidden cost of COVID-19 in NHS hospital trusts?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 113(5), 179–184. <https://doi.org/10.1177/0141076820925230>

- Costa, A., Câmara, G., Arriaga, M., Nogueira, P., & Miguel, J. P. (2021). Active and Health Aging after covid-19 pandemic in Portugal and other European Countries: time to rethink strategies and foster action, *Frontiers in Public Health*, 9 (700279)
<https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.700279>
- Cotterell, N., Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). Preventing social isolation in older people. *Maturitas*, 113, 80–84. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2018.04.014>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & social care in the community*, 25(3), 799–812.
<https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Coyle, C. E., & Dugan, E. (2012). Social isolation, loneliness and health among older adults. *Journal of aging and health*, 24(8), 1346–1363.
<https://doi.org/10.1177/0898264312460275>
- Creecy, R. F., Berg, W. E., & Wright, R., Jr (1985). Loneliness among the elderly: a causal approach. *Journal of gerontology*, 40(4), 487–493. <https://doi.org/10.1093/geronj/40.4.487>
- Crooks, V. C., Lubben, J., Petitti, D. B., Little, D., & Chiu, V. (2008). Social network, cognitive function, and dementia incidence among elderly women. *American journal of public health*, 98(7), 1221–1227. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2007.115923>
- Cruwys, T., Dingle, G. A., Haslam, C., Haslam, S. A., Jetten, J., & Morton, T. A. (2013). Social group memberships protect against future depression, alleviate depression symptoms and prevent depression relapse. *Social science & medicine* (1982), 98, 179–186.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.09.013>

- Cudjoe, T., Roth, D. L., Szanton, S. L., Wolff, J. L., Boyd, C. M., & Thorpe, R. J. (2020). The Epidemiology of Social Isolation: National Health and Aging Trends Study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 75(1), 107–113. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby037>
- Dahlberg, L., & McKee, K. J. (2018). Social exclusion and well-being among older adults in rural and urban areas. *Archives of gerontology and geriatrics*, 79, 176–184. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.08.007>
- Das A. (2019) Loneliness does (not) have cardiometabolic effects: A longitudinal study of older adults in two countries, *Social Science & Medicine*, 223, 104-112 <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.10.021> .
- de Jong-Gierveld, J., van Tilburg, T. G., & Dykstra, P. A. (2018). New ways of theorizing and conducting research in the field of loneliness and social isolation. In A. L. Vangelisti, & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (2nd ed., pp. 391-404). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316417867.031>
- de la Cruz L. A. (1986). On loneliness and the elderly. *Journal of gerontological nursing*, 12(11), 22–27. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19861101-08>
- de la Torre-Luque, A., de la Fuente, J., Prina, M., Sanchez-Niubo, A., Haro, J. M., & Ayuso-Mateos, J. L. (2019). Long-term trajectories of depressive symptoms in old age: Relationships with sociodemographic and healthrelated factors. *Journal of Affective Disorders*, 246, 329-337. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.12.122>
- Domènech-Abella, J., Lara, E., Rubio-Valera, M., Olaya, B., Moneta, M. V., Rico-Urbe, L. A., Ayuso-Mateos, J. L., Mundó, J., & Haro, J. M. (2017). Loneliness and depression in

the elderly: the role of social network. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 52(4), 381–390. <https://doi.org/10.1007/s00127-017-1339-3>

Domènech-Abella, J., Mundó, J., Leonardi, M., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Ayuso-Mateos, J. L., Haro, J. M., & Olaya, B. (2020). Loneliness and depression among older European adults: The role of perceived neighborhood built environment. *Health & place*, 62, 102280.

<https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2019.102280>

Dugan, E., & Kivett, V. R. (1994). The importance of emotional and social isolation to loneliness among very old rural adults. *The Gerontologist*, 34(3), 340–346.

<https://doi.org/10.1093/geront/34.3.340>

Ekinci, M., Gülbu, T., O kanlı, A. & Sezgin, S. (2006). The prevalence of depression in elderly living at home in eastern Turkey: Erzurum. *International Journal of Human Sciences*. 1. 1-10.

European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing Steering Group. (2011). *Strategic Implementation Plan for the European Innovation Partnership on Active and Healthy Ageing*. Brussels <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ue-strategicimplementation-01.pdf>

Fakoya, O.A., McCorry, N.K. & Donnelly, M.(2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health* 20, 129.

<https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>

- Fatima, M., Sehar, A., Ali, M., Iqbal, A., & Shaukat, F. (2019). Incidence of Depression Among Community Dwelling Healthy Elderly and the Predisposing Socio-environmental Factors. *Cureus*, 11(3), e4292. <https://doi.org/10.7759/cureus.4292>
- Faulkner, K. A., Cauley, J. A., Zmuda, J. M., Griffin, J. M., & Nevitt, M. C. (2003). Is social integration associated with the risk of falling in older community-dwelling women?. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 58(10), M954–M959. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.10.m954>
- Fernandes, A., & Botelho, M. (2017). Envelhecer activo, envelhecer saudável : o grande desafio, *Sociológico*, 17, 11-16 <https://doi.org/10.4000/sociologico.1593>
- Fiori, K. L., Antonucci, T. C., & Cortina, K. S. (2006). Social network typologies and mental health among older adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 61(1), P25–P32. <https://doi.org/10.1093/geronb/61.1.p25>
- Fleury, J., Keller, C., & Murdaugh, C. (2000). Social and contextual etiology of coronary heart disease in women. *Journal of women's health & gender-based medicine*, 9(9), 967–978. <https://doi.org/10.1089/15246090050199991>
- Fogaça, P. C., Arossi, G. A. & Hirdes, A. (2021). Impact of social isolation caused by the COVID-19 pandemic on the mental health of the general population: An integrative review *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, e52010414411 <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i4.14411>
- Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M., & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *Lancet*

- (London, England), 355(9212), 1315–1319. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02113-9](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02113-9)
- Fuller-Iglesias, H.; Sellars, B. & Antonucci, T.C.(2008). Resilience in Old Age: Social Relations as a Protective Factor. *Research in Human Development*, 5, 181–193. <https://doi.org/10.1080/15427600802274043>
- Gao, Q., Prina, A. M., Prince, M., Acosta, D., Luisa Sosa, A., Guerra, M., Huang, Y., Jimenez-Velazquez, I. Z., Llibre Rodriguez, J. J., Salas, A., Williams, J. D., Liu, Z., Acosta Castillo, I., & Mayston, R. (2021). Loneliness Among Older Adults in Latin America, China, and India: Prevalence, Correlates and Association With Mortality. *International journal of public health*, 66, 604449. <https://doi.org/10.3389/ijph.2021.604449>
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & social care in the community*, 26(2), 147–157. <https://doi.org/10.1111/hsc.12367>
- Gibson, R. C., Neita, S. M., Abel, W. D., James, K., & Eldemire-Shearer, D. (2013). Sociodemographic factors associated with depressive symptoms among elderly persons from two communities in Kingston, Jamaica. *The West Indian medical journal*, 62(7), 615–619. <https://doi.org/10.7727/wimj.2012.273>
- Girgus, J. S., Yang, K., & Ferri, C. V. (2017). The Gender Difference in Depression: Are Elderly Women at Greater Risk for Depression Than Elderly Men?. *Geriatrics*, 2(4), 35. <https://doi.org/10.3390/geriatrics2040035>

Glaesmer, H., Riedel-Heller, S., Braehler, E., Spangenberg, L., & Luppá, M. (2011). Age- and gender-specific prevalence and risk factors for depressive symptoms in the elderly: a population-based study. *International psychogeriatrics*, 23(8), 1294–1300.

<https://doi.org/10.1017/S1041610211000780>

Guarda Nacional Republicana (2020). *Operação Censos Sénior 2020 – Balanço -*

https://www.gnr.pt/MVC_GNR/Recortes/Details/15479

Guarda Nacional Republicana. (2017). *Operação Censos Sénior 2017 – Resultados.*

<https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4206>

Hair, J. F., Black, W. C., Babin, B. J., & Anderson, R. E. (2019). *Multivariate data analysis* (8th ed.). Cengage.

Hanson B.S. (1994) Social network, social support and heavy drinking in elderly men – a population study of men born in 1914, Malmo, Sweden. *Addiction*, 89(6), 725–732.

<https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.1994.tb00958.x>

Harasemiw, O., Newall, N., Mackenzie, C. S., Shooshtari, S., & Menec, V. (2019). Is the association between social network types, depressive symptoms and life satisfaction mediated by the perceived availability of social support? A cross-sectional analysis using the Canadian Longitudinal Study on Aging. *Aging & mental health*, 23(10), 1413–1422.

<https://doi.org/10.1080/13607863.2018.1495176>

Havens, B., Hall, M., Sylvestre, G., & Jivan, T. (2004). Social isolation and loneliness:

differences between older rural and urban Manitobans. *Canadian journal on aging = La revue canadienne du vieillissement*, 23(2), 129–140. <https://doi.org/10.1353/cja.2004.0022>

Hawkley, L. C., Browne, M. W., & Cacioppo, J. T. (2005). How can I connect with thee? Let me count the ways. *Psychological Science*, 16(10), 798–804.

<https://doi.org/10.1111/j.1467-9280.2005.01617.x>

Hawkley, L. C., Hughes, M. E., Waite, L. J., Masi, C. M., Thisted, R. A., & Cacioppo, J. T. (2008). From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 63(6), S375–S384.

<https://doi.org/10.1093/geronb/63.6.s375>

Hawthorne, G. (2006). Measuring Social Isolation in Older Adults: Development and Initial Validation of the Friendship Scale. *Social Indicators Research*, 77, 521–548.

<https://doi.org/10.1007/s11205-005-7746-y>

Hoeffler B. (1987). A causal model of loneliness among older single women. *Archives of psychiatric nursing*, 1(5), 366–373.

Holt-Lunstad, J., & Smith, T. B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart (British Cardiac Society)*, 102(13), 987–989. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-309242>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316.

<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000316>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. *Perspectives on*

psychological science : a journal of the Association for Psychological Science, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

Hunt, S.M., McEwen, J., & McKenna, S.P. (1985). Measuring health status: a new tool for clinicians and epidemiologists, *Journal of the royal college of general practitioners*, 35, 195-188

Ibarra F, Baez M, Cernuzzi L, & Casati F.(2020) A systematic review on technology-supported interventions to improve old-age social wellbeing: loneliness, social isolation, and connectedness. *Journal of Healthcare Engineering*, 2020, <https://doi.org/10.1155/2020/2036842>

Ilfie, S., Kharicha, K., Harari, D., Swift, C., Gillmann, G., & Stuck, A. E. (2007). Health risk appraisal in older people 2: the implications for clinicians and commissioners of social isolation risk in older people. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners*, 57(537), 277–282.

Instituto Nacional de Estatística (2014). *População residente em Portugal com tendência para diminuição e envelhecimento*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=218629052&DESTAQUESmodo=2

Iredell, H., Grenade, L., Nedwetzky, A., Collins, J., & Howat, P. (2004). Reducing social isolation amongst older people - implications for health professionals. *Geriaction*, 22(1), 13–20.

- Jarvis, MA, Padmanabhanunni, A, Balakrishna, Y, & Chipps, J.(2020). The effectiveness of interventions addressing loneliness in older persons: an umbrella review. *Journal of Africa Nursing Sciences*, 12(100177) <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2019.100177>
- Javed S. (2014). Role of Sociocultural Factors in Depression among Elderly of Twin Cities (Rawalpindi and Islamabad) of Pakistan. *Current gerontology and geriatrics research*, 2014, 230737. <https://doi.org/10.1155/2014/230737>
- Jopling K. (2020). *Promising approaches revisited: effective action on loneliness in later life*. London: Campaign to End Loneliness; (https://www.campaigntoendloneliness.org/wp-content/uploads/Promising_Approaches_Revisited_FULL_REPORT.pdf).
- Jorge, Márcia de Mendonça. (2005). Perdas e ganhos do envelhecimento da mulher. *Psicologia em Revista*, 11(17), 47-61. Recuperado em 10 de junho de 2022, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682005000100004&lng=pt&tlng=pt.
- Kamble, S. V., Dhumale, G. B., goyal, R. C., Phalke, D. B., & Ghodke, Y. D. (2009). Depression among elderly persons in a primary health centre area in Ahmednagar, Maharastra. *Indian journal of public health*, 53(4), 253–255.
- Killeen, C. (1998). *Loneliness: an epidemic in modern society*. *Journal of Advanced Nursing*, 28(4), 762–770. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1998.00703.x>
- Kim, J. M., Shin, I. S., Yoon, J. S., & Stewart, R. (2002). Prevalence and correlates of late-life depression compared between urban and rural populations in Korea. *International journal of geriatric psychiatry*, 17(5), 409–415. <https://doi.org/10.1002/gps.622>

Kinsella S. (2015). *Older people and social isolation: a review of the evidence*. Wirral

Council Business & Public Health Intelligence Team, 1-15

https://www.wirralintelligenceservice.org/media/1076/older_people_social_isolation_2015_final.pdf

Kraemer, M. U. G., Yang, C.-H., Gutierrez, B., Wu, C.-H., Klein, B., Pigott, D. M., Plessis,

L.D., Faria, N. R., Li, R., Hanage, W. P., Brownstein, J. S., Layan, M., Vespignani, A.,

Tian, H., Dye, C., Pybus, O. G., & Scarpino, S. V. (2020). The effect of human mobility and control measures on the COVID-19 epidemic in China. *SciencePreprints*, 1–10.

<https://doi.org/10.1126/science.abb4218>

Kugbey, N., Nortu, T. A., Akpalu, B., Ayanore, M. A., & Zotor, F. B. (2018). Prevalence of

geriatric depression in a community sample in Ghana: Analysis of associated risk and protective factors. *Archives of gerontology and geriatrics*, 78, 171–176.

<https://doi.org/10.1016/j.archger.2018.06.014>

LaVeist, T., Sellers, R., Brown, K. & Nickerson, K. (1997) Extreme social isolation, use of community-based senior support services, and mortality among African American elderly women. *American Journal of Community Psychology*, 25(5), 721–732.

Lee, J. & Cagle, J.G. (2018) Social exclusion factors influencing life satisfaction among older adults. *Journal of Poverty and Social Justice*, 26, 35–50

<https://doi.org/10.1332/175982717X15127351091521>

Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, N., Valtorta, N., & Caan, W.

(2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness, *Elsevier*, 152, 157-171

<http://dx.doi.org/10.1016/j.puhe.2017.07.035>

- Lien-Gieschen T. (1993). Validation of social isolation related to maturational age: elderly. *Nursing diagnosis : ND : the official journal of the North American Nursing Diagnosis Association*, 4(1), 37–44. <https://doi.org/10.1111/j.1744-618x.1993.tb00082.x>
- Locher, J. L., Ritchie, C. S., Roth, D. L., Baker, P. S., Bodner, E. V., & Allman, R. M. (2005). Social isolation, support, and capital and nutritional risk in an older sample: ethnic and gender differences. *Social science & medicine* (1982), 60(4), 747–761. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.023>
- Lopes, M. G. (2010). *Imagens e Estereótipos de Idosos e de Envelhecimento em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados* (Universidade da Beira Interior). Retrieved from <https://ubibliorum.ubi.pt/handle/10400.6/2500>
- Lubben, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family & Community Health: The Journal of Health Promotion & Maintenance*, 11, 42-52
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Renteln Kruse, W., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben Social Network Scale among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46(4), 503–513. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Ma, L., Tang, Z., Sun, F., Diao, L., Li, Y., Wang, J., Feng, M., & Qian, Y. (2015). Risk factors for depression among elderly subjects with hypertension living at home in China. *International journal of clinical and experimental medicine*, 8(2), 2923–2928.
- Manandhar, K., Risal, A., Shrestha, O., Manandhar, N., Kunwar, D., Koju, R., & Holen, A. (2019). Prevalence of geriatric depression in the Kavre district, Nepal: Findings from a

- cross sectional community survey. *BMC psychiatry*, 19(271), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2258-5>
- Marôco, J. (2021). *Análise de Equações Estruturadas. Fundamentos teóricos, software e aplicações*. (3rd ed). Report Number
- Masi, C. M., Chen, H. Y., Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Personality and social psychology review : an official journal of the Society for Personality and Social Psychology, Inc*, 15(3), 219–266.
<https://doi.org/10.1177/1088868310377394>
- McCarten, J., Anderson, P., Kuskowski, M. A., McPherson, S. E., Borson, S., & Dysken, M. W. (2012). Finding dementia in primary care: The results of a clinical demonstration project. *Journal of the American Geriatrics Society*, 60(2), 210–217.
<https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2011.03841.x>
- McKibbin, C., Lee, A., Steinman, B. A., Carrico, C., Bourassa, K., & Slosser, A. (2016). Health Status and Social Networks as Predictors of Resilience in Older Adults Residing in Rural and Remote Environments. *Journal of aging research*, 2016 (4305894).
<https://doi.org/10.1155/2016/4305894>
- McMurray, I.; Connolly, H.; Preston-Shoot, M.; Wigley, V. (2008). Constructing resilience: Social workers' understandings and practice. *Health & Social Care in the Community*, 16 (3), 299–309. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2524.2008.00778.x>
- Mendes de Leon, C. F., Glass, T. A., Beckett, L. A., Seeman, T. E., Evans, D. A., & Berkman, L. F. (1999). Social networks and disability transitions across eight intervals of yearly data in the new haven EPESE. *The Journals of Gerontology. Series B*,

Psychological Sciences and Social Sciences, 54(3), S162–S172.

<https://doi.org/10.1093/geronb/54b.3.s162>

Mendes de Leon, C. F., Gold, D., Glass, T., Kaplan, L., & George, L. (2001). Disability as a function of social networks and support in elderly African Americans and whites: The Duke EPESE 1986–1992. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 56B(3), S179–S190. <https://doi.org/10.1093/geronb/56.3.s179>

Milat, A., Lee, K., Conte, K., Grunseit, A., Wolfenden, L., van Nassau, F., Orr, N., Sreeram, P., & Bauman, A. (2020). Intervention Scalability Assessment Tool: A decision support tool for health policy makers and implementers. *Health research policy and systems*, 18(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s12961-019-0494-2>

Mini-Cog© Quick Screening for Early Dementia Detection (2022, Junho, 20). *Mini-Cog in other Languages*. <https://mini-cog.com/mini-cog-in-other-languages/>

Mistry R., Rosansky J., McGuire J., McDermott C. & Jarvik L. (2001) Social isolation predicts re-hospitalization in a group of older American veterans enrolled in the UPBEAT program. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16(10), 950–959.

<https://doi.org/10.1002/gps.447>

Morais, A. M. & Neves, I. P. (2007). Fazer investigação usando uma abordagem metodológica mista, *Revista Portuguesa de Educação*, 20 (2), 75-104. Retirado de

<https://repositorio.ul.pt/handle/10451/4392>

Mullins, L. C., & Dugan, E. (1990). The influence of depression, and family and friendship relations, on residents' loneliness in congregate housing. *The Gerontologist*, 30(3), 377–384. <https://doi.org/10.1093/geront/30.3.377>

Najafipour, H., Banivaheb, G., Sabahi, A., Naderi, N., Nasirian, M., & Mirzazadeh, A.

(2016). Prevalence of anxiety and depression symptoms and their relationship with other coronary artery disease risk factors: A population-based study on 5900 residents in Southeast Iran. *Asian journal of psychiatry*, 20, 55–60.

<https://doi.org/10.1016/j.ajp.2016.01.004>

Nam, S.I.; See, J.; Jung, Y.E. & Chae, J. (2019). Meaning in Life Depression and Suicidal Ideation in Old Age: A Comparative Study of Living Alone and Not Living Alone Older Adults. *Korean Journal of Gerontological Social Welfare*. 74, 163–192.

Nicholson N. R., Jr (2009). Social isolation in older adults: an evolutionary concept analysis.

Journal of advanced nursing, 65(6), 1342–1352. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04959.x>

Nicholson, N. R., Feinn, R., Casey, E. A., & Dixon, J. (2020). Psychometric Evaluation of the Social Isolation Scale in Older Adults. *The Gerontologist*, 60(7), e491–e501.

<https://doi.org/10.1093/geront/gnz083>

Noguchi, T., Saito, M., Aida, J., Cable, N., Tsuji, T., Koyama, S., Ikeda, T., Osaka, K., & Kondo, K. (2021). Association between social isolation and depression onset among older adults: a cross-national longitudinal study in England and Japan. *BMJ open*, 11(3),

e045834. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-045834>

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York, NY:

McGraw-Hill, Inc.

- Ong, A.D., Uchino, B.N., & Wethington, E.(2016). Loneliness and health in older adults: a mini-review and synthesis. *Gerontology*. 2016;62:443–9
(<http://dx.doi.org/doi:10.1159/000441651>).
- Paúl, C., & Ribeiro, O. (2009). Predicting loneliness in old age living in the community. *Reviews in clinical gerontology*, 19, 53-60. doi:10.1017/S0959259809990074
- Peek, M. K., & O'Neill, G. S. (2001). Networks in later life: an examination of race differences in social support networks. *International journal of aging & human development*, 52(3), 207–229. <https://doi.org/10.2190/F1Q1-JV7D-VN77-L6WX>
- Perlman, D., & Peplau, L.A. (1981). *Toward a social psychology of loneliness*. In: Gilmour R, Duck S, editors. *Personal relationships*. London: Academic Press,31–56
(<https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Perlman-Peplau-81.pdf>)
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação psicométrica da escala UCLA-Loneliness para idosos portugueses. *Interações*, 18, 65–77
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2006). The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. *Research in nursing & health*, 29(5), 489–497. <https://doi.org/10.1002/nur.20147>
- PORDATA. (2022). *Números de Portugal*. Retirado de <https://www.pordata.pt/Portugal/Quadro+Resumo/Portugal-249498>
- Poscia, A, Stojanovic, J., La Milia, D.I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., Onder, G., Collamati, A., Ricciardi, W., & Magnavita, N. (2018). Interventions targeting loneliness

- and social isolation among the older people: an update systematic review. *Experimental Gerontology*, 102, 133–144 <https://doi.org/10.1016/j.exger.2017.11.017>
- Praderas, K., & MacDonald, M. L. (1986). Telephone conversational skills training with socially isolated, impaired nursing home residents. *Journal of applied behavior analysis*, 19(4), 337–348. <https://doi.org/10.1901/jaba.1986.19-337>
- Ragland, D. R., Satariano, W. A., & MacLeod, K. E. (2005). Driving cessation and increased depressive symptoms. *The journals of gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, 60(3), 399–403. <https://doi.org/10.1093/gerona/60.3.399>
- Ramachandran, V., Menon, M. S., & Arunagiri, S. (1982). Socio-cultural factors in late onset depression. *Indian journal of psychiatry*, 24(3), 268–273.
- Ramos M. & Wilmoth J. (2003) Social relationships and depressive symptoms among older adults in southern Brazil. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences* 58(4), S253–S261 <https://doi.org/10.1093/geronb/58.4.S253>
- Raykov, T. (2001). Bias of coefficient for fixed congeneric measures with correlated errors. *Applied Psychological Measurement*, 25(1), 69–76.
<https://doi.org/10.1177/01466216010251005>
- Reis-Filho, J. A., & Quinto, D. (2020). COVID-19, social isolation, artisanal fishery and food security: How these issues are related and how important is the sovereignty of fishing workers in the face of the dystopian scenario. *SciELO Preprints*, 1–26.
<https://doi.org/10.1590/SciELOPreprints.54>
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N. Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LNSN-6),

Revista Temática Karirós Gerontologia, 15(1), <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2012v15iEspecial11p217-234>

- Robb, C. E., de Jager, C. A., Ahmadi-Abhari, S., Giannakopoulou, P., Udeh-Momoh, C., McKeand, J., Price, G., Car, J., Majeed, A., Ward, H., & Middleton, L. (2020). Associations of Social Isolation with Anxiety and Depression During the Early COVID-19 Pandemic: A Survey of Older Adults in London, UK. *Frontiers in psychiatry*, 11, 591120. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.591120>
- Routasalo, P. E., Savikko, N., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E., & Pitkälä, K. H. (2006). Social contacts and their relationship to loneliness among aged people - a population-based study. *Gerontology*, 52(3), 181–187. <https://doi.org/10.1159/000091828>
- Rubinstein R., Lubben J. & Mintzer J. (1994) Social isolation and social support: an applied perspective. *The Journal of Applied Gerontology*, 13(1), 58–72. <https://doi.org/10.1177/073346489401300105>
- Russell, D., Peplau, L. A. & Ferguson, M. L. (1978) Developing a Measure of Loneliness, *Journal of Personality Assessment*, 42 (3), 290-294 http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4203_11
- Russell, D. (1996). UCLA loneliness scale version 3. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20–40.
- Ryan, M. C., & Patterson, J. (1987). *Loneliness in the elderly*. *Journal of gerontological nursing*, 13(5), 6–12. <https://doi.org/10.3928/0098-9134-19870501-04>
- Sansoni J, Marosszeky N, Jeon Y-H, Chenoweth L, Hawthorne G, King M, Budge M, Zapart S, Sansoni E, Senior K, Kenny P, Low L (2007) Final Report: Dementia Outcomes

- Measurement Suite Project. *Centre for Health Service Development*, University of Wollongong.
- Santini, Z. I., Koyanagi, A., Tyrovolas, S., Mason, C., & Haro, J. M. (2015). The association between social relationships and depression: a systematic review. *Journal of affective disorders*, 175, 53–65. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.049>
- Santos, A. J., Nunes, B., Kislaya, I., Gil, A. P., & Ribeiro, O. (2019). Estudo de validação em Portugal de uma versão reduzida da Escala de Depressão Geriátrica. *Análise Psicológica*, 37(3), 405–415. <https://doi.org/10.14417/ap.1505>
- Schmidt, B., Crepaldi, M. A., Bolze, S. D. A., Neiva-Silva, L., & Demenech, L. M. (2020). Impacts on Mental Health and Psychological Interventions related to the New Coronavirus Pandemic (COVID-19) *SciELO Preprints*, 1–26. <https://doi.org/10.1590/SCIELOPREPRINTS.58>
- Schuchmann, A. Z., Schnorrenberger, B. L., Chiquetti, M. E., Gaiki, R. S., Raimann, B. W., & Maeyama, M. A. (2020). Vertical social isolation X Horizontal social isolation: health, *Brazilian Journal of Health Review*, 3(2), 3556 – 3576. <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n2-185>
- Sheikh, J.I., & Yesavage, J.A. (1986). *Geriatric Depression Scale (GDS). Recent evidence and development of a shorter version*. In T.L. Brink (Ed.), *Clinical Gerontology: A Guide to Assessment and Intervention* (pp. 165-173). NY: The Haworth Press, Inc.
- Shen, K., & Zeng, Y. (2010). The association between resilience and survival among Chinese elderly. *Demographic research*, 23(5), 105–116. <https://doi.org/10.4054/DemRes.2010.23.5>

- Shepherd J. (2020). Evidence and guidance for better public services making the most of the evidence ecosystem. Cardiff: *Cardiff University Crime and Research Institute*;
(https://blogs.cardiff.ac.uk/innovation/wpcontent/uploads/sites/561/2020/07/Evidence-and-Guidance-for-Better-Public-Services_Shepherd-
- Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS social support survey. *Social science & medicine* (1982), 32(6), 705–714. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90150-b](https://doi.org/10.1016/0277-9536(91)90150-b)
- Sifuentes-Rodríguez, E., & Palacios-Reyes, D. (2020). Covid-19: The outbreak caused by a new coronavirus. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 77(2), 47–53.
<https://doi.org/10.24875/BMHIM.20000039>
- Sijtsma K. (2009). On the Use, the Misuse, and the Very Limited Usefulness of Cronbach's Alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107–120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>
- Sinha, S. P., Shrivastava, S. R., & Ramasamy, J. (2013). Depression in an older adult rural population in India. *MEDICC review*, 15(4), 41–44.
<https://doi.org/10.37757/MR2013V15.N4.10>
- Sistema Nacional de Saúde (2017). *Estratégia nacional para o Envelhecimento ativo e Saudável 2017-2025*, Retirado de <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Smith, B. J., & Lim, M. H. (2020). How the COVID-19 pandemic is focusing attention on loneliness and social isolation. *Public health research & practice*, 30(2), 3022008.
<https://doi.org/10.17061/phrp3022008>
- Smith, J., Borchelt, M., Maier, H., & Jopp, D. (2002). Health and well-being in the young and oldest old. *Journal of Social Issues*, 58, 715-732.

- Sorkin, D., Rook, K. S., & Lu, J. L. (2002). Loneliness, lack of emotional support, lack of companionship, and the likelihood of having a heart condition in an elderly sample. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*, 24(4), 290–298. https://doi.org/10.1207/S15324796ABM2404_05
- Stein, C., Moritz, I., & WHO Ageing and Health Programme. (1999). *A life course perspective of maintaining independence in older age prepared for WHO by Inka Moritz and Claudia Stein under the guidance of WHO's Ageing and Health*. Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/65576>
- Steptoe, A., Owen, N., Kunz-Ebrecht, S. R., & Brydon, L. (2004). Loneliness and neuroendocrine, cardiovascular, and inflammatory stress responses in middle-aged men and women. *Psychoneuroendocrinology*, 29(5), 593–611. [https://doi.org/10.1016/S0306-4530\(03\)00086-6](https://doi.org/10.1016/S0306-4530(03)00086-6)
- Suen, I., Gendron T.L., & Gough M., (2017). Social Isolation and the Built Environment: A Call for Research and Advocacy. *Public Policy Aging Rep.* 27(4):131–5.
- Tavares, J., Silva, S., & Marques, F. (2020). Social isolation scale: Portuguese version: A content validity study. *EuGMS E-Congress “Covid-19: Lessons and Challenges for Health Care for Older Adults”*
- Taylor, H. O., Taylor, R. J., Nguyen, A. W., & Chatters, L. (2018). Social Isolation, Depression, and Psychological Distress Among Older Adults. *Journal of aging and health*, 30(2), 229–246. <https://doi.org/10.1177/0898264316673511>
- The National Academie Press (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system*. Washington DC.

<https://nap.nationalacademies.org/catalog/25663/social-isolation-and-loneliness-in-older-adults-opportunities-for-the>

Tomioka, K., Kurumatani, N., & Hosoi, H. (2017). Positive and negative influences of social participation on physical and mental health among community-dwelling elderly aged 65-70 years: a cross-sectional study in Japan. *BMC geriatrics*, 17(1), 111.

<https://doi.org/10.1186/s12877-017-0502-8>

Torales, J., O'Higgins, M., Castaldelli-Maia, J. M., & Ventriglio, A. (2020). The outbreak of COVID-19 coronavirus and its impact on global mental health. *The International journal of social psychiatry*, 66(4), 317–320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>

Trout D. L. (1980). The role of social isolation in suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 10(1), 10–23. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278x.1980.tb00693.x>

Uchino B. N. (2006). Social support and health: a review of physiological processes potentially underlying links to disease outcomes. *Journal of behavioral medicine*, 29(4), 377–387. <https://doi.org/10.1007/s10865-006-9056-5>

United Nations (2002). *Madrid plan of action and its implementation*. Madrid, Spain

<https://www.un.org/esa/socdev/documents/ageing/MIPAA/political-declaration-en.pdf>

United Nations Economic and Social Council (2019). *Modalities for the fourth review and appraisal of the implementation of the Madrid international plan of action on ageing, 2002 – Report of the Secretary-General*. New York City (NY): United Nations Economic and Social Council (<https://undocs.org/E/CN.5/2020/4>).

United Nations Economic Commission for Europe. (2013). *Abuse of Older Persons. UNECE Policy Brief on Ageing*, 24 https://unece.org/DAM/pau/age/Policy_briefs/ECE-WG-14.pdf

Valentini, F., & Bruno, D. F. (2017). Variância média extraída e confiabilidade composta:

indicadores de precisão. *Psicologia: Teoria E Pesquisa*, 32(2). Recuperado de

<https://periodicos.unb.br/index.php/revistaptp/article/view/17999>

Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness, social isolation

and social relationships: what are we measuring? A novel framework for classifying and

comparing tools. *BMJ open*, 6(4), e010799. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010799>

Victor, C., Mansfield, L., Kay, T., Daykin, N., Lane, J., Duffy, L., Tomlinson, A., Meads, C.

(2018). *An overview of reviews: the effectiveness of interventions to address loneliness at*

all stages of the life-course. London: What Works Centre for Wellbeing

<https://whatworkswellbeing.org/wp-content/uploads/2020/01/Full-report-Tackling->

[loneliness-Oct-2018_0151580300.pdf](https://whatworkswellbeing.org/wp-content/uploads/2020/01/Full-report-Tackling-loneliness-Oct-2018_0151580300.pdf)

Visser, M.A., & Fakiri, F. (2016). The prevalence and impact of risk factors for ethnic

differences in loneliness. *European Journal of Public Health*. 26(6), 977–983

<https://doi.org/10.1093/eurpub/ckw115>

Waugh, C. E., Fredrickson, B. L., & Taylor, S. F. (2008). Adapting to life's slings and

arrows: Individual differences in resilience when recovering from an anticipated threat.

Journal of research in personality, 42(4), 1031–1046.

<https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.02.005>

White H. (2019). The twenty-first century experimenting society: the four waves of the

evidence revolution. *Palgrave Commun.* 5 (47), 1–7 <https://doi.org/10.1057/s41599-019->

[0253-6](https://doi.org/10.1057/s41599-019-0253-6)

Wild, D., Grove, A., Martin, M., Eremenco, S., McElroy, S., Verjee-Lorenz, A., Erikson, P., & ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation (2005). Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in health : the journal of the International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research*, 8(2), 94–104.

<https://doi.org/10.1111/j.1524-4733.2005.04054.x>

World Health Organization (2007). *Global age-friendly cities: a guide*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf?sequence=3&isAllowed=y

World Health Organization (2017). *10 priorities. Towards a decade of healthy ageing*.

Retirado de <https://epale.ec.europa.eu/sites/default/files/who-alc-10-priorities.pdf>

World Health Organization (2021). *Decade of Healthy Ageing 2020–2030*. Geneva

https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update-march-2019.pdf?sfvrsn=5a6d0e5c_2

World Health Organization. (2002). *Active ageing: a policy framework*. Report No:

WHO/NMH/ NPH/02.8. Geneva

http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf

World Health Organization. (2012). *Good health adds life to years: Global brief for World*

Health Day 2012. Geneva.

http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70853/WHO_DCO_WHD_2012.2_eng.pdf?sequence=1

- World Health Organization. (2015). *World Report on Ageing and Health; World Health Organization*: Luxemburg, p. 28 <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186463>
- World Health Organization. (2020b). *Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331490/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2021). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/343206>
- World Health Organization. Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse. (1997). *WHOQOL : measuring quality of life*. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63482>
- Xie, L. Q., Zhang, J. P., Peng, F., & Jiao, N. N. (2010). Prevalence and related influencing factors of depressive symptoms for empty-nest elderly living in the rural area of YongZhou, China. *Archives of gerontology and geriatrics*, 50(1), 24–29. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2009.01.003>
- Xie, Y., Ma, M., Wu, W., Zhang, Y., Zhang, Y., & Tan, X. (2021). Factors associated with depressive symptoms among the elderly in China: structural equation model. *International psychogeriatrics*, 33(2), 157–167. <https://doi.org/10.1017/S1041610220001398>
- Yeh, S. C., & Liu, Y. Y. (2003). Influence of social support on cognitive function in the elderly. *BMC health services research*, 3(1), 9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-3-9>
- Yildirim, Y., & Kocabiyik, S. (2010). The relationship between social support and loneliness in Turkish patients with cancer. *Journal of clinical nursing*, 19(5-6), 832–839. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03066.x>

- Zavaleta, D., Samuel, K., and Mills, C. (2014). "Social Isolation: A Conceptual and Measurement Proposal." *OPHI Working Papers 67*, University of Oxford.
<https://ophi.org.uk/social-isolation-a-conceptual-and-measurement-proposal/>
- Zhang, C., Xue, Y., Zhao, H., Zheng, X., Zhu, R., Du, Y., Zheng, J., Yang, T. (2019). Prevalence and related influencing factors of depressive symptoms among empty-nest elderly in Shanxi, China. *Journal of Affective Disorders*, 245, 750–756.
- Zunzunegui, M. V., Alvarado, B. E., Del Ser, T., & Otero, A. (2003). Social networks, social integration, and social engagement determine cognitive decline in community-dwelling Spanish older adults. *The journals of gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, 58(2), S93–S100. <https://doi.org/10.1093/geronb/58.2.s93>

ANEXOS

Anexo - Questionário utilizado no estudo

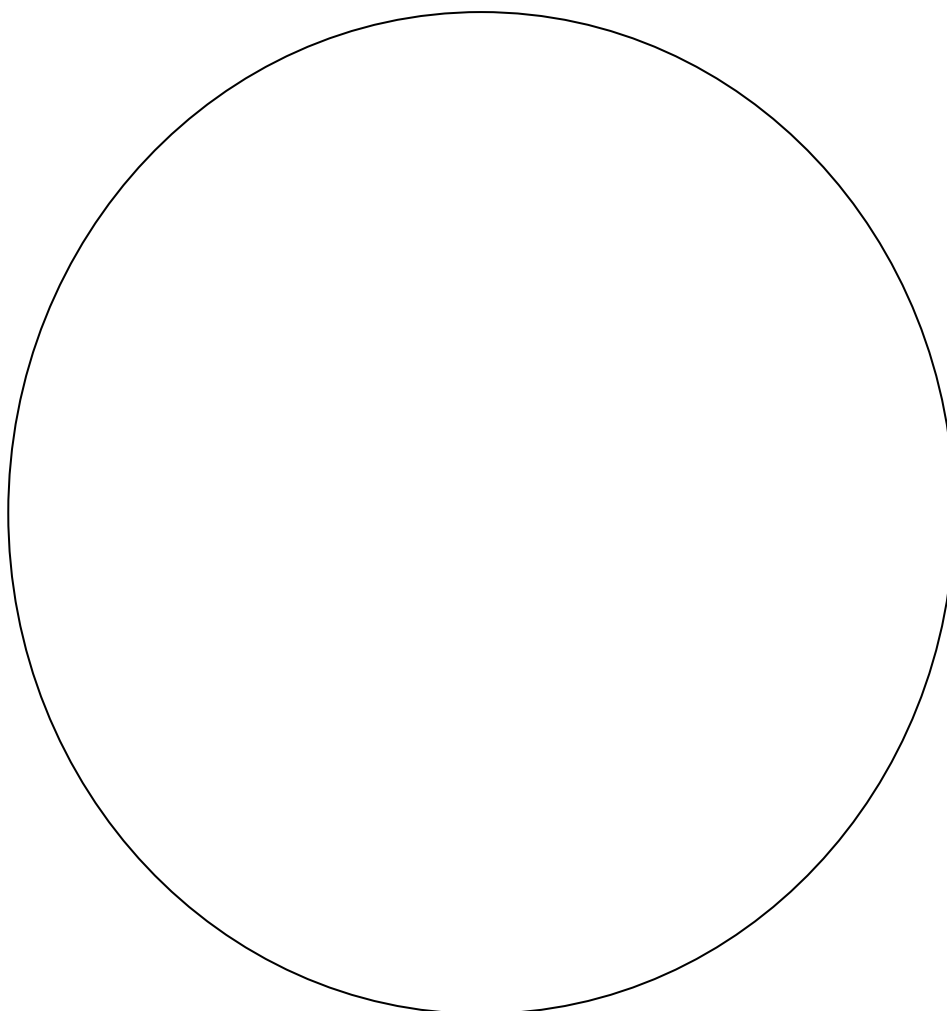
Questionário

Parte I - Rastreo

Número de questionário:

MiniCog:

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



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

Parte II

QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade (anos):

3. Área de residência:

Rural suburbana Urbana

3.1 . Onde vive?

Vivenda/moradia Apartamento Outro

Qual? _____

4. Estado civil atual:

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

5. De uma forma geral, como é que o rendimento do seu agregado familiar se encontra no final do mês?

Não chega para as necessidades É mesmo à justa para as necessidades Sobra algum dinheiro

6. Quantos anos de educação formal: _____

7. Com quem vive?

Em casal Com família alargada Sozinho Outra situação

Qual? _____

7.1 – Quantos filhos tem: _____

8. Situação profissional

Desempregado(a) Empregado(a) Reformado(a)/aposentado(a) outra

Qual? _____

9 - Tem carta de condução (motociclo ou carro)? Sim Não

9.1 - Se sim, atualmente ainda consegue conduzir? Sim Não

Parte III

Escala de Isolamento Social

Escala de Isolamento Social

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

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

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

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

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

Escala de Depressão Geriátrica – 4 (Versão Portuguesa)

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

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

* ITEM INVERTIDO