



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Isolamento social e satisfação com a vida em pessoas mais velhas que residem na comunidade

Departamento de Educação

Mestrado em Gerontologia Social

2022, Delphine Paolo Gonçalves



**Escola Superior
de Educação**

Politécnico de Coimbra

Delphine Paolo Gonçalves

Isolamento social e satisfação com a vida em pessoas mais velhas que residem na comunidade

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

Constituição do júri

Presidente de Júri: Professora Doutora Filipa Daniela Correia Marques

Arguente: Professora Doutora Sara Raquel Costa Guerra

Coorientador: Professor Doutor João Paulo de Almeida Tavares

Outubro, 2022

Agradecimentos

O desenvolvimento desta dissertação contou com a ajuda de diversas pessoas. Desta forma, quero agradecer:

Primeiramente à Professora Doutora Sofia de Lurdes Rosas da Silva por todo o acompanhamento, orientação, incentivo, dedicação, exigência e exemplo que demonstrou ao longo destes 2 anos.

Em seguida, ao Professor Doutor João Paulo Almeida Tavares por todo o acompanhamento, orientação, paciência, dedicação ao longo de todo o projeto.

À Diana, pela paciência de me ouvir nas horas mais difíceis, de me auxiliar nas horas de mais aperto e por ter sido sempre a minha consciência a nível de tempos de entrega e afazeres ao longo de todo o mestrado.

Agradecer ainda, ao meu marido e à minha filha, pela paciência de me aturarem quando eu menos acreditei que seria possível.

E não menos importante, à minha família, por me ter auxiliado na melhor gestão do meu tempo, para que tudo isto fosse possível.

Isolamento social e satisfação com a vida em pessoas mais velhas que residem na comunidade

Resumo:

O isolamento social tem vindo a ser uma problemática muito abordada e discutida nos últimos 20 anos, potenciada pela COVID-19. Este estudo encontra-se integrado no projeto de “Isolamento social das pessoas idosas residentes na comunidade”, tendo como objetivo contribuir para: i) avaliar as propriedades métricas da escala de isolamento social, em particular a confiabilidade teste-reteste; ii) identificar o isolamento social das pessoas mais velhas na comunidade; iii) analisar a satisfação com a vida de pessoas mais velhas na comunidade; e iv) analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, o isolamento social e a satisfação com a vida. Trata-se de uma pesquisa quantitativa do tipo descritivo-correlacional que inclui uma componente de avaliação da confiabilidade teste-reteste da Escala de Isolamento Social. A recolha de dados foi realizada através do Mini-cog; questionário sociodemográfico; escala de isolamento social; e a escala de satisfação com a vida. A análise e tratamento de dados foi efetuado com recurso à estatística descritiva, inferencial (Teste U de Mann-Whitney; H Kruskal-Wallis; e Coeficiente de Correlação de Spearman) e para a análise da confiabilidade foi utilizado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC).

Nesta análise utilizou-se o Software IBM SPSS (versão 26), para um nível de significância de 5%. Os resultados revelam: i) uma boa confiabilidade da escala de isolamento social (item 5 (ICC=0,846 [IC 95%=0,695 – 0,922]; F(gl)=4; $p<0,01$) e item 6 (ICC=0,844 [IC 95%=0,692 – 0,921]; F(gl)=34; $p<0,01$; restantes itens (ICC>0.9); ii) diversos fatores protetores para diminuição do risco de isolamento social (e.g., ser casado, possuir escolaridade, situação económica favoráveis, e um bom suporte social); e iii) existe uma correção positiva, fraca significativa entre a satisfação com a vida e o isolamento social. Concluindo-se assim, que a escala de isolamento social apresenta uma boa confiabilidade; existe um baixo risco de isolamento social da amostra e da importância do isolamento social na satisfação com a vida das pessoas mais velhas.

Palavras-chave: validação, isolamento social, satisfação com a vida, pessoa mais velha, comunidade.

Social isolation and life satisfaction in older people residing in the community

Abstract:

Social isolation has been a much-addressed and discussed issue in the last 20 years, boosted by COVID-19. This study is part of the project “Social isolation of elderly people residing in the community”, with the objective of contributing to: i) evaluate the metric properties of the social isolation scale, in particular the test-retest reliability; ii) identify the social isolation of older people in the community; iii) analyzing the life satisfaction of older people in the community; and iv) analyze the relationship between sociodemographic and clinical variables, social isolation and life satisfaction. This is a descriptive-correlational quantitative research that includes a component of evaluation of the test-retest reliability of the Social Isolation Scale. Data collection was performed using the Mini-cog; sociodemographic questionnaire; social isolation scale; and life satisfaction scale. Data analysis and processing was performed using descriptive, inferential statistics (Mann-Whitney U test; Kruskal-Wallis H; and Spearman's Correlation Coefficient) and the Intraclass Correlation Coefficient (ICC) was used for reliability analysis.

In this analysis, the IBM SPSS Software (version 26) was used, for a significance level of 5%. The results reveal: i) a good reliability of the social isolation scale (item 5 (ICC=0.846 [IC 95%=0.695 – 0.922]; F(gl)=34; p<0.01) and item 6 (ICC= 0.844 [IC 95%=0.692 – 0.921]; F(gl)=34; p<0.01; remaining items (ICC>0.9); ii) several protective factors to reduce the risk of social isolation (e.g., being married, having education, favorable economic situation, and good social support); and iii) there is a significant, weak positive correlation between life satisfaction and social isolation. Thus, it can be concluded that the social isolation scale has good reliability; there is a low risk of social isolation in the sample and the importance of social isolation in the satisfaction with life of older people.

Keywords: validation, social isolation, life satisfaction, older person, community.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	2
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	4
1. Envelhecimento	5
2. Isolamento Social.....	7
<i>2.1 Isolamento social, solidão, alienação e solidude: Convergências e divergências de conceitos similares</i>	<i>10</i>
<i>2.2. Fatores de risco para o isolamento social.....</i>	<i>14</i>
<i>2.3. Isolamento social na pessoa mais velha</i>	<i>16</i>
<i>2.4. Impacto do isolamento social na pessoa mais velha</i>	<i>18</i>
<i>2.5. Instrumentos de avaliação do isolamento social.....</i>	<i>20</i>
3. Bem-estar global, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida	24
<i>3.1. Satisfação com a vida e isolamento social na pessoa mais velha</i>	<i>27</i>
4. Objetivo de estudo	29
PARTE II – METODOLOGIA	30
5. Método	31
<i>5.1. Apresentação do design de investigação escolhido e respetiva justificação</i>	<i>31</i>
<i>5.2. Contexto, amostra/participantes e critérios de inclusão e exclusão do estudo</i>	<i>31</i>
<i>5.3. Instrumentos</i>	<i>32</i>
<i>5.4. Procedimentos.....</i>	<i>34</i>
<i>5.5. Análise de Dados</i>	<i>35</i>
<i>5.6. Considerações éticas</i>	<i>35</i>
PARTE III – RESULTADOS.....	37
6. Apresentação dos resultados	38
<i>6.1. Caracterização da amostra</i>	<i>38</i>

6.2. Resultados da confiabilidade do instrumento da Escala de Isolamento Social ..	41
6.3. Diferenças estatísticas e correlação entre as variáveis sociodemográficas e a Escala de Isolamento Social.....	43
6.4. Relação entre as variáveis sociodemográficas e a Escala de Satisfação com a Vida	46
6.5 Correlação entre Satisfação com a Vida e Escala de Isolamento Social.....	49
7. Discussão dos resultados	49
8. Limitações e perspectivas do estudo	53
PARTE IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
Conclusão.....	56
REFERÊNCIAS:	57
ANEXO 1	69
APÊNDICE A.....	70
APÊNDICE B	75

Lista de abreviaturas

CD – Centro de Dia

COVID-19 – Coronavírus

EIS – Escala de Isolamento Social

ERPI – Estrutura Residencial para Idosos

ICC – Coeficiente de Correlação Intraclasse

OMS – Organização Mundial de Saúde

Lista de tabelas

TABELA 1 - INSTRUMENTOS DE AVALIAÇÃO DO ISOLAMENTO SOCIAL.....	22
TABELA 2 - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DA AMOSTRA	40
TABELA 3 - CONFIABILIDADE TESTE RETESTE DA EIS (N=35)	42
TABELA 4 - DIFERENÇAS ESTATÍSTICAS E CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E EIS, EIS CONEXÃO E EIS PERTENÇA.....	44
TABELA 5 - RELAÇÃO ENTRE AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E A ESCALA DE SATISFAÇÃO COM A VIDA (N=249).....	48
TABELA 6 - CORRELAÇÃO ENTRE VARIÁVEIS EIS TOTAL, EIS CONEXÃO, EIS PERTENÇA E SATISFAÇÃO COM A VIDA (N=249)	49
TABELA 7 - ETAPAS DA TRADUÇÃO E ADAPTAÇÃO CULTURAL DA EIS	69

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Nos últimos 20 a 30 anos têm surgido vários modelos teóricos sobre o envelhecimento bem-sucedido, que permitem determinar medidas, com vista a aumentar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas mais velhas (Diener, 1984; Kusier & Folker, 2021; World Health Organization [WHO], 1998). Desta forma, existe uma preocupação crescente em saber quais são os indicadores para se alcançar um envelhecimento saudável, ativo e participativo. Em linha com estas preocupações, em 2020, a Organização das Nações Unidas delineou um plano de intervenção que procurava a promoção da qualidade de vida nas populações envelhecidas.

Um dos fatores que parece influenciar negativamente o alcance de bem-estar das populações envelhecidas e, por sua vez, a satisfação com a vida e a qualidade de vida, é o isolamento social. A literatura indica que o isolamento social apresenta um impacto negativo na saúde, em múltiplos domínios (Nicholson, 2012), situação agravada pelo aparecimento da COVID-19 (Nicholson, 2021).

O isolamento social antes do aparecimento da COVID-19, já se apresentava ser um fenómeno relevante e com grandes impactos na saúde, mas com as restrições adotadas a nível de contacto social durante a pandemia, pelo SARS-COV-2, agravaram-se os números do isolamento social e o seu impacto na saúde (Clair et al., 2021; Holt-Lunstad, 2020), aparecendo, assim, o termo de “dupla pandemia”, isto é, o aumento do número de pessoas em isolamento social e a contenção da propagação da COVID-19 (Holt-Lunstad, 2020).

Face ao exposto, pretende-se com este estudo analisar a relação entre o isolamento social e a satisfação com a vida. Os objetivos específicos são: i) analisar a confiabilidade teste-reteste da escala de isolamento social; ii) identificar o isolamento social das pessoas mais velhas na comunidade; iii) analisar a satisfação com a vida de pessoas mais velhas na comunidade; e iv) analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas e clínicas, o isolamento social e satisfação com a vida.

Para o efeito, participaram no estudo 250 pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, tendo-se utilizado uma amostra de conveniência, de carácter não probabilístico.

Os critérios de inclusão foram pessoas com idade igual ou superior a 65 anos que vivem na comunidade, e com capacidade para compreender e interpretar as questões do questionário.

Os instrumentos de recolha de dados utilizados foram: i) mini-cog (Borson et al., 2000); ii) questionário sociodemográfico; iii) escala de isolamento social (Nicholson et al., 2019); e iv) escala de satisfação com a vida (Diener et al., 1985, adaptada para a população por Simões, 1992).

O presente trabalho encontra-se organizado em três partes. Na primeira parte deste estudo encontra-se o enquadramento teórico que explora os seguintes tópicos: envelhecimento; isolamento social, solidão, alienação e solidão: convergências e divergências de conceitos similares; fatores de risco; o isolamento social na pessoa mais velha; o impacto do isolamento social na pessoa mais velha; os instrumentos de avaliação do isolamento social; o bem-estar global; bem-estar subjetivo e satisfação com a vida; satisfação com a vida e o isolamento social na pessoa mais velha; e por fim, os objetivos do presente estudo. Na segunda parte abordam-se as opções metodológicas. Por último, na terceira parte, apresentam-se os resultados obtidos e a sua discussão e apontam-se as limitações do estudo.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento

A população mundial está a envelhecer e os dados demográficos evidenciam um crescimento no número e na proporção de pessoas mais velhas relativamente aos restantes escalões etários da população (Organização das Nações Unidas, 2019).

Atualmente, a Europa contém a maior percentagem de população de pessoas com 60 ou mais anos (25%) a nível mundial (Organização das Nações Unidas, 2019).

Portugal não é exceção visto que, segundo os dados provisórios dos censos de 2021, do Instituto Nacional de Estatística, verifica-se um aumento da população mais velha e um decréscimo da população mais jovem, sendo que, por cada 100 jovens, há 182 pessoas mais velhas, fazendo com que exista quase um quarto de pessoas com 65 ou mais anos (23,4%) em Portugal.

Devido a este aumento populacional, têm surgido inúmeras discussões por parte de múltiplas áreas do saber relacionadas com o processo de envelhecimento, sendo colocada maior relevância no saber envelhecer bem, nos desafios inerentes ao envelhecimento demográfico e nas implicações para a organização da sociedade atual.

Uma das tendências do estudo do processo de envelhecimento assume uma perspetiva desenvolvimental que pressupõe que o desenvolvimento individual começa na conceção e finda apenas na morte (Baltes, 1987).

A respeito, Baltes (1987) assinalou que esse desenvolvimento não termina na terceira idade (maturação), mas que nos desenvolvemos e progredimos durante todo o percurso de vida, sendo capazes de acionar os processos adaptativos a qualquer momento.

Surge, assim, a necessidade de se definir o que é o envelhecimento. Para Fontaine (2000) e Dziechciaż e Filip (2014), os indivíduos envelhecem de formas diversas e, a este respeito, podemos falar de idade biológica, de idade psicológica e de idade social, idades que poderão ser diferentes da idade cronológica.

A idade biológica corresponde às transformações que ocorrem nos sistemas orgânicos e funcionais, que reduzem a capacidade biológica de autorregulação do indivíduo e, conseqüentemente, diminuem a probabilidade de sobrevivência (Fontaine, 2000;

Hamczyk et al., 2020). A idade psicológica refere-se à evolução dos processos cognitivos e ao desenvolvimento de competências comportamentais e emocionais que permitam à pessoa ajustar-se às modificações que ocorrem com a idade (Fontaine, 2000; Jiang et al., 2016). A idade social encontra-se marcada pela cultura e história de cada sociedade e refere-se ao desempenho de papéis sociais ajustados às expectativas da sociedade em que a pessoa se insere (Agogo et al., 2014; Fontaine, 2000). E por fim, a idade cronológica, que no caso de Portugal é considerada quando uma pessoa atinge os 65 anos de idade (PORDATA, 2016).

Rowe e Kahn (2015) apontam a urgência de se criarem novas políticas ajustadas às pessoas mais velhas, reconhecendo que estas têm muito para oferecer, incluindo os seus conhecimentos, a sua estabilidade, a sua elevada capacidade para a resolução de problemas e gestão de conflitos e as suas competências pessoais em ter em conta a opinião do “outro” em diversos grupos etários.

Neste domínio, e em documento produzido pela Direção-Geral da Saúde (2017), poderá ler-se que o envelhecimento deveria ser repensado num todo, através de um conjunto de políticas públicas. Na perspetiva da Direção-Geral da Saúde (2017), a mudança só poderá ocorrer através de uma visão compartilhada por todo o país, com um envolvimento de múltiplos setores, como por exemplo, a educação, a segurança social e o trabalho, a saúde, a cidadania e a igualdade, a economia, a justiça, o planeamento e o desenvolvimento rural e urbano, a habitação, os transportes, o turismo, as novas tecnologias e a cultura. Esta visão compartilhada permitiria um verdadeiro compromisso e investimento conjunto para se alcançar um envelhecimento ativo e saudável.

A Organização Mundial de Saúde [OMS] (2002) define o envelhecimento ativo como um processo de otimização das oportunidades para a saúde, participação e segurança, com vista à melhoria da qualidade de vida das pessoas que envelhecem. A qualidade de vida é aferida pela perceção individual de posicionamento na vida, no contexto do sistema cultural e valores em que a pessoa mais velha se insere, estando ainda relacionada com os seus objetivos, expectativas, normas e preocupações (Organização Mundial de Saúde, 1999). O envelhecimento saudável refere-se ao processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional, que contribui para o bem-estar das pessoas mais velhas, sendo esta a interação entre as capacidades funcionais, as capacidades intrínsecas

(mentais e físicas) e o meio ambiente (Organização das Nações Unidas, 2020; Organização Mundial de Saúde, 2015).

Conforme verificámos, o conceito de envelhecimento é bastante amplo, existindo diversas dimensões de abordagem. No entanto, todas elas têm como objetivo criar/proporcionar recomendações para algumas estratégias de envelhecimento com qualidade de vida.

Assim, na sequência do que foi referido anteriormente, os conceitos de bem-estar e de isolamento social têm sido apresentados por diversos autores e organismos internacionais como indicadores importantes para o envelhecimento saudável e com qualidade de vida, nomeadamente pela Organização das Nações Unidas que, em 2020, apresentou um plano de intervenção com o objetivo de se criarem orientações para as práticas que visem a promoção de um envelhecimento populacional com qualidade, que busquem a promoção do bem-estar e da saúde com grande enfoque na criação de uma rede de suporte/apoio.

2. Isolamento Social

O conceito de isolamento social surge pela primeira vez na literatura científica em 1979, num artigo de Berkman e Syme, que o definem como “... uma perda irreversível das ligações sociais e laços comunitários” (p. 743). Nesta primeira abordagem, o isolamento social centra-se no número de laços sociais, através da descrição de grupos de pessoas com poucas redes sociais ou com baixos níveis de apoio social.

O conceito tem evoluído significativamente, passando de uma definição conceptual de isolamento social mais simplista (objetivo) para uma definição mais complexa (objetivo e subjetivo) (Nicholson, 2009). Esta evolução deveu-se ao esforço de diferentes disciplinas científicas que têm procurado desmistificá-lo, identificar os possíveis fatores de risco, o impacto que o mesmo tem para a saúde humana e quais as possíveis intervenções que se podem realizar para reverter/minimizar os seus efeitos. Decorrente da investigação das últimas décadas, foram emergindo diferentes definições e variações do conceito, algumas

das quais interrelacionam o isolamento social com outras conceções consideradas sinónimas e outras que confundem o isolamento social com outros conceitos que lhe estão associados, mas que são considerados pela literatura científica como distintos, nomeadamente a solidão e a solidude (Biordi & Nicholson, 2014; Delisle, 1988; Hawthorne, 2006; Nicholson, 2021).

Nesta perspetiva, Delisle (1988) descreve o isolamento social como uma forma relativa do conceito de solidude, definindo o isolamento social numa perspetiva mais complexa do que a primeira definição de 1979. Segundo o autor, o isolamento social é visto como uma falta de intensidade na vida social do indivíduo, a dois níveis: i) quantitativo e ii) qualitativo. Em relação ao primeiro, este refere-se a: i) número de contactos; ii) frequência do contacto; e iii) número de papéis que desempenham na sociedade; e em relação ao segundo refere-se a: i) escolha voluntária da sua rede; ii) satisfação com a rede; e iii) relacionamentos gratificantes. Desta forma, denota-se que o conceito não se centraliza apenas no número de contactos sociais (quantidade), mas que engloba uma parte mais subjetiva do conceito (qualidade) (Delisle, 1988).

Em 1992, a North America Nursing Diagnosis Association [NANDA] vem definir o isolamento social numa perspetiva mais subjetiva como uma “solidão que é experienciada pelo indivíduo e percebida como imposta por outros como um estado negativo ou ameaçador” (as cited in Lien-Gieschen, 1993, p. 38). Além disso, são identificadas 20 características do isolamento social, algumas das quais consideradas como mais críticas: i) a ausência de suporte ou de alguém significativo; ii) a expressão de sentimentos de solidão imposta por outros; e iii) a expressão de sentimento de rejeição.

Ainda de acordo com a North America Nursing Diagnosis Association [NANDA] (1992, as cited Lien-Gieschen, 1993), são identificadas algumas características específicas do isolamento social associado às pessoas mais velhas, sendo elas: i) as mudanças relacionadas com a idade; ii) o sítio onde a pessoa reside/vive (rural ou urbano); iii) a vivência institucional; iv) a categoria de idade; e v) o ter ou não animais de estimação.

A partir destas características, Lien-Gieschen (1993, p. 37) define o isolamento social como “um estado em que um indivíduo sente necessidade ou desejo de entrar em contacto com outras pessoas, mas que por algum motivo é incapaz de o fazer”.

Surge assim, pela primeira vez, uma definição que leva em consideração os sentimentos e as perspectivas das pessoas mais velhas, e não apenas o número de laços sociais (Nicholson, 2009). Outros autores, como Hawthorne (2006, p. 521), definem o isolamento social de uma forma mais objetiva, como: “... viver sem companhia, apoio social ou conexão social”.

Outro autor que se tem dedicado ao estudo do isolamento social é Nicholson (2009, 2012, 2021). Este autor realizou um estudo de análise intensiva do conceito, tendo identificado nove definições de isolamento social. Dessa análise concluiu que o isolamento social vai para além do número de contactos, devendo incluir-se mais quatro componentes: i) o sentimento de pertença; ii) os relacionamentos gratificantes; iii) o envolvimento com outras pessoas; e iv) a qualidade dos relacionamentos (Nicholson, 2009).

Partindo da identificação destas cinco componentes, Nicholson (2009) propõe uma organização do conceito em duas dimensões: a conexão (o número de contactos e a qualidade dos relacionamentos) e o sentimento de pertença (o sentimento de pertença, os relacionamentos gratificantes e o envolvimento com as outras pessoas) (Nicholson et al., 2019).

A partir deste trabalho, Nicholson (2009, p. 1346) define o isolamento social como um “estado em que o indivíduo carece de um sentimento de pertença social, carece de envolvimento com os outros, tem um número mínimo de contactos sociais e tem um *déficit* na satisfação e na qualidade dos relacionamentos.”

Em 2013, Biordi e Nicholson, tendo por base o impacto do isolamento social, identificam que este pode ser um isolamento social voluntário (positivo) ou um isolamento social involuntário (negativo). O isolamento social voluntário ocorre quando, por diversas razões, um indivíduo se isola voluntariamente porque procura desconectar-se/desligar-se socialmente. O isolamento social involuntário consiste num isolamento imposto por terceiros (mudança de casa, integração em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas ou outra valência, falta de acessibilidades) ou pelas condicionantes de saúde (e.g., déficit cognitivo, redução da mobilidade, demência, patologia crónica, entre outros) (Biordi & Nicholson, 2013).

Na mesma linha de pensamento, Flakerud (2020) referencia que o isolamento social pode ser: i) um isolamento imposto (devido à morte de pessoas próximas, mudança de residência, integração numa resposta social, mobilidade reduzida, entre outras); ou ii) a pessoa estar socialmente isolada (viver só, pessoas com pouco contacto mensal com amigos ou família ou não pertencer a nenhum grupo).

Ao longo do tempo, o conceito de isolamento social evoluiu de uma perspetiva quantitativa (focada no número de contactos sociais), para uma perspetiva mais focada na qualidade das relações. Deste modo, em 2013, surge uma redefinição do conceito, considerando-se isolamento social: “o distanciamento de um indivíduo psicologicamente ou fisicamente, ou ambos, da sua rede de relacionamentos desejados ou necessários com outras pessoas” (Biordi & Nicholson, 2013 p. 97). Também Zavaleta et al. (2014, 2017), definem o isolamento social como a qualidade e quantidade inadequada de relações sociais com outras pessoas nos diferentes níveis de interação humana (indivíduo, grupo, comunidade e meio ambiente mais amplo).

Como se pode constatar, o conceito de isolamento social é bastante complexo, importando clarificar outros conceitos que lhe têm sido associados, que embora relacionados, são de âmbito distinto (e.g., solidão, alienação e solidude).

2.1 Isolamento social, solidão, alienação e solidude: Convergências e divergências de conceitos similares

Os conceitos de solidão e de isolamento social nem sempre se encontram claramente diferenciados na literatura, o que por vezes conduz à impressão de que são sinónimos (Biordi & Nicholson, 2013; Nicholson, 2009, 2012, 2021).

Tal como outros, o conceito de solidão tem sofrido a sua evolução, tendo sido definido de várias formas, não existindo até à data nenhuma definição consensual, embora seja claramente distinto do conceito de isolamento social (Prohaska et al., 2020).

Para Perlman e Peplau (1984) a solidão é uma experiência desagradável ao nível dos relacionamentos e/ou quando a sua qualidade é insuficiente ou escassa. A solidão é,

assim, sentida como uma incongruência entre o que é desejado e os níveis alcançados de contacto social (Perlman & Peplau, 1998), existindo assim, uma conotação negativa associada à solidão, dado que o desejado se assemelha ao inacessível (Nicholson, 2021).

A solidão, para além de ser vista como a alienação de si mesmo, como algo doloroso, agonizante e que provoca ansiedade, está igualmente relacionada com a necessidade do ser humano se conectar com os outros e de se sentir aceite e valorizado socialmente (Biordi & Nicholson, 2014).

Na literatura, a solidão é vista como um fenómeno complexo e multidimensional que abrange emoções desagradáveis que vão ocorrendo na rede de apoio dos indivíduos (tanto a nível quantitativo, como qualitativo) (Jung & Lee, 2018). Desta forma, a solidão é experienciada de uma forma negativa devido a interações significativas consideradas como desadequadas (Fried et al., 2020).

Mais ainda, a solidão também é definida como um fenómeno global complexo e multidimensional com emoções desagradáveis que ocorrem na rede de apoio dos indivíduos, a qual carece a nível quantitativo e qualitativo (Jung & Lee, 2018), podendo ser vivida como uma experiência negativa subjetiva, que resulta de conexões significativas inadequadas (Fried et al., 2020).

Por outro lado, a solidão tem sido também associada a sentimentos mais negativos como a ansiedade, a hostilidade interpessoal e a depressão. No entanto, existem diferenças entre solidão e depressão, na medida em que a solidão está relacionada com a ausência de relacionamentos, enquanto na depressão existe uma predisposição para a angústia (Biordi & Nicholson, 2014).

Na literatura, foram identificados diferentes tipos de solidão (Fried et al., 2020; Hawkley et al., 2005; Mayers et al., 2002; Mehrabi & Béland, 2020; Prohaska et al., 2020; Weiss, 1973). Weiss (1973) identificou dois tipos de solidão: i) emocional; e ii) social. Segundo o autor, a solidão emocional consiste na falta/ausência de relacionamentos ou sentimentos de pertença com alguém muito próximo e a solidão social com a falta de contactos sociais, bem como com a falta de interação social (Baarck et al., 2021; Mehrabi & Béland, 2020). Weiss (1973) defende, ainda, que a solidão emocional carrega consigo sentimentos mais

negativos e dolorosos e que a solidão social apresenta um misto de sentimentos, como por exemplo, quando alguém sente que está socialmente excluído.

Para outros autores, por exemplo Mayers e colegas (2002), o conceito de solidão está relacionado com fatores existenciais. Já Hawkey et al. (2005) optam por distinguir a solidão em três dimensões: i) íntima; ii) relacional; e iii) coletiva. A solidão íntima é aquela que é marcada pela falta de amigos próximos; a solidão relacional pela falta de confidentes; e a solidão coletiva é caracterizada pela falta de perceção de um sentimento de pertença ou de identidade de grupo.

Apesar dos diferentes estudos, recentemente, Prohaska e colegas (2020) relataram que existem inúmeras definições de solidão, mas que também é importante definir-se o conceito de solidão consoante a sua duração, intensidade e frequência. Assim, os autores indicam que ao nível da duração, a solidão pode ser: i) aguda (transitória); ou ii) crónica (duradoura); a nível da intensidade: i) leve; ou ii) severa. Além disso, a frequência pode ser resultado de uma variedade de antecedentes.

Assim, a solidão é descrita como uma condição sob qual a pessoa vivencia sentimentos negativos perante a falta de relacionamentos e a falta de qualidade destes. Embora a solidão também possa ser vista como um crescimento pessoal, a experiência por si só é algo que traz desconforto e angústia, tornando-se, assim, um conceito que integra a experiência subjetiva (Nicholson, 2021; Perlman & Peplau, 1984).

A solidão e o isolamento são assim, problemas psicológicos, mas conceitos distintos. A solidão consiste na discrepância entre a rede social real e o desejo de contacto social, sendo ela uma perceção subjetiva da diminuição do número de contactos, com outras pessoas, integrando o indivíduo no meio social ao qual pertence (Veazie et al., 2019).

Considerando o acima exposto, verifica-se que os conceitos de solidão e de isolamento social não são sinónimos, mas estão relacionados. Verifica-se também que o facto de se estar só (isolamento social), poderá não significar sentir-se só, bem pelo contrário, pode estar-se no meio de uma multidão e sentir-se só (solidão) (Biordi & Nicholson, 2013; Perlman & Peplau, 1984). Assim, a solidão é um estado emocional subjetivo e o isolamento social é um estado sociológico objetivo (Biordi & Nicholson, 2013).

Embora os conceitos sejam distintos, a solidão e o isolamento social precisam de ser analisados em conjunto para se compreenderem os seus impactos na saúde (Beller & Wagner, 2018; Malcolm et al., 2019).

Prosseguindo esta clarificação do conceito de isolamento social consideremos agora a sua associação ao conceito de alienação. A alienação, encontra-se ligada a uma condição na qual o indivíduo fica isolado e desligado, tendo o mesmo desistido do desejo de autoexpressão e de controlo de si mesmo (O'Donohue & Nelson, 2014). Desta forma, o conceito de alienação é visto como um sentimento de impotência (no qual o indivíduo não consegue alcançar os resultados esperados), de ausência de normas (acreditar que os comportamentos sociais inaceitáveis o farão alcançar os objetivos), de isolamento (incapaz de valorizar as metas/objetivos dos outros), de autoafastamento (separação de si mesmo em relação a tudo o que o rodeia) e de falta de sentido (sensação que as hipóteses significativas são poucas pelos resultados dos comportamentos). Assim, o isolamento social refere-se apenas ao estado psicológico de alienação (Biordi & Nicholson, 2014).

Vejamos agora as associações entre isolamento social e a solidude. A solidude é definida por Delisle (1988, p. 361) como: “a distância física e mental separando o indivíduo do resto do mundo”, vista como um afastamento da interação social, do apoio imediato, de forma voluntária e esporádica. Este ato de se isolar é visto como algo positivo, dado que a pessoa se isola voluntariamente em busca de algo (Larson, 1990), existindo uma sensação de isolamento, independentemente do tamanho objetivo da rede social. Muitas vezes, a solidude é definida como uma contrapartida subjetiva do isolamento social (Freedman & Nicolle, 2020).

A solidude destaca-se como uma opção voluntária de querer estar só com vista a facilitar/trazer para si algo de benéfico (Freedman & Nicolle, 2020; Larson, 1990). Por exemplo, Dossey (2021) refere que o ato de isolar-se é benéfico, identificando seis benefícios psicológicos: i) permite a criação de memórias mais fortes; ii) cultiva relacionamentos melhores; iii) torna a pessoa mais empática; iv) torna a pessoa melhor; v) alivia os sentimentos de depressão; e vi) permite que a pessoa seja mais inovadora.

Concluindo, a solidude constitui-se num fator protetor da saúde (Dossey, 2021). Desta forma, verifica-se claramente que a solidude e o isolamento social apesar das dissemelhanças, se relacionam entre si. Uma pessoa pode estar efetivamente isolada de outras pessoas, mas tal pode ter sido escolhido pelo indivíduo em busca de um benefício pessoal. Daí que Biordi e Nicholson (2013) referenciem o isolamento social como algo que pode ser benéfico para a saúde. Assim, o isolamento social pode ser voluntário (benéfico para a saúde) ou involuntário (prejudicial para a saúde). Muitas vezes o isolamento é involuntário, dado que o indivíduo nem se apercebe do seu isolamento social. Porém, a sua rede de suporte consegue identificar o seu isolamento social (Biordi & Nicholson, 2013).

Em suma, o isolamento social é um conceito complexo associado/influenciado por outros conceitos distintos, mas que se interrelacionam entre si, tal como o que descrevemos anteriormente.

Por outro lado, quando o isolamento social é detetado como indicador negativo, sabe-se que terá impacto na saúde e no bem-estar da pessoa, tornando-se assim importante conhecer/destacar os fatores de risco de forma a saber identificar e a intervir o mais precocemente possível.

2.2. Fatores de risco para o isolamento social

O isolamento social representa o oposto de bem-estar social, que pode ser evitável ou reversível se os fatores de risco forem identificados (Nicholson et al., 2020).

Segundo o Modelo Adaptativo de Roy (1999, as cited in Frederickson, 2000) e o modelo construído por Berkman et al. (2000), o isolamento social é visto como um fenómeno multifacetado. O Modelo Adaptativo de Roy (1999) destaca que o processo de isolamento social pode dar-se por um processo adaptativo ineficaz relacionado com a forma como a pessoa interage socialmente; ou por um processo de inadaptação a uma nova fase/desafio da vida, em que até certo ponto este processo adaptativo está fora do controle da pessoa.

O modelo de Berkman et al. (2000) descreve o isolamento social de uma forma quantitativa (número de familiares, amigos e vizinhos), no qual se indica que o isolamento social pode ser influenciado/encontrado em todo o macrosistema até se chegar aos fatores mais individuais (microsistema).

Decorrentes de inúmeros estudos, foram encontrados diversos fatores de risco que estão associados ao isolamento social, a múltiplos níveis, desde características demográficas, às de nível físico, mental e social (Nicholson, 2012, 2021).

Howat e colaboradores (2004) referem seis categorias de fatores de risco que podem potencializar o isolamento social: i) demográficos (avançar da idade; ser viúvo/solteiro; raça/etnia; níveis de literacia mais baixos); ii) ambiental (segurança do local da casa [sentir-se seguro]; morar sozinho; composição familiar); iii) físico (aspeto físico; número de patologias; doenças crónicas; perdas sensoriais, principalmente a audição e a visão; incontinência urinária; insónias; menos pessoas na rede de suporte aumenta o consumo excessivo de álcool, tabaco, entre outros; incapacidade funcional e deficiência funcional); iv) psicológico (depressão; espiritualidade; declínio cognitivo/demências); v) económico (reforma; baixas reformas/salário; status socioeconómico); e vi) transições de vida (perda de algum familiar/alguém próximo).

A *nível demográfico* os fatores de risco identificados em diversos estudos científicos são: i) a idade avançada (Cudjoe et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2012); ii) diferenças de género (Cudjoe et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Luo et al., 2021); iii) raça/etnia (Cudjoe et al., 2020; Nicholson, 2021); iv) a baixa escolaridade (Cudjoe et al., 2020; Luo et al., 2021); v) minorias (National Academies of Sciences Engineering and Medicine, 2020; Nicholson, 2021); vi) fatores socioeconómicos (baixos recursos económicos) (Courtin & Knapp, 2017; Cudjoe et al., 2020; Fakoya et al., 2020; Luo et al., 2021); e vii) ser solteiro/viúvo (Cudjoe et al., 2020; Luo et al., 2021).

A *nível físico*, têm sido apontados os seguintes fatores de risco: i) mobilidade reduzida (Courtin & Knapp, 2017; Fakoya et al., 2020); ii) declínio nas capacidades funcionais (Courtin & Knapp, 2017; Freedman & Nicolle, 2020); iii) problemas de saúde (incapacidade; doenças cardiovasculares; incontinência urinária; e perdas sensoriais) (Courtin & Knapp, 2017; Fakoya et al., 2020; Flaskerud, 2020; Holt-Lunstad & Smith, 2016;

Nicholson, 2012); iv) insónias (Nicholson, 2012); e v) o aumento do consumo de álcool (Nicholson, 2012).

No que respeita aos fatores de risco *a nível mental* a literatura aponta: i) o humor deprimido (Beller & Wagner, 2018; Nicholson, 2012); ii) o déficite cognitivo; (Beller & Wagner, 2018; Fried et al., 2020; Nicholson, 2021); iii) o medo de cair (Ilfiffe et al., 2007); iv) a perceção de uma saúde fraca (Mehrabi & Béland, 2020); e v) doenças do foro psicológico (Mehrabi & Béland, 2020).

A nível dos fatores de risco *social*, são referenciados: i) o viver só (Cudjoe et al., 2020; Flaskerud, 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Luo et al., 2021; Malcolm et al., 2019); ii) a dispersão familiar (Fakoya et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020); iii) a menor frequência de contactos sociais mensais (Luo et al., 2021); iv) o habitar numa zona rural (Freedman & Nicolle, 2020; Luo et al., 2021); v) o processo da reforma (Luo et al., 2021); vi) as alterações nas estruturas familiares (Courtin & Knapp, 2017; Fakoya et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2012); vii) a perda da carta de condução (Freedman & Nicolle, 2020); viii) o ser cuidador (Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2012); ix) redes sociais empobrecidas (Fakoya et al., 2020; Luo et al., 2021); e x) a não participação em atividade social (Luo et al., 2021).

2.3. Isolamento social na pessoa mais velha

Como vimos anteriormente, o isolamento social tem um grande impacto na saúde, adensando a sua problemática nas pessoas mais velhas (Fakoya et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2009).

Desta forma, o isolamento social e a solidão têm suscitado preocupações a nível da saúde pública internacional que afetam principalmente as sociedades envelhecidas em todo o mundo (Fakoya et al., 2020). Prevê-se um aumento preocupante da população mais velha na Europa, considerando-se que até 2070, a percentagem da população com 65 ou mais anos atinja os 30,5% e a população com 80 ou mais anos represente 13,2% (Comissão Europeia, 2020).

Portugal é considerado o 4.º país da União Europeia (de entre 28 países) com a maior percentagem de pessoas mais velhas (Direção-Geral da Saúde, 2017), prevendo-se um aumento de 2,1 para 2,8 milhões de pessoas com idade avançada (com idade igual ou superior a 65 anos) entre 2017 e 2080 (Instituto Nacional de Estatística, 2017). Por sua vez, espera-se que o índice de envelhecimento duplique, passando a existir 317 pessoas com 65 ou mais anos, por cada 100 jovens entre os 0 e os 14 anos em 2080 (Instituto Nacional de Estatística, 2017).

Em 2017, a Guarda Nacional Republicana (GNR) realizou um estudo “Censos Seniores” tendo verificado que, num universo de 45 516 pessoas mais velhas (com idade igual ou superior a 65 anos), 28 279 pessoas viviam sozinhas, 5 124 viviam isoladas, 3 521 pessoas viviam sozinhas e isoladas e 8 592 pessoas embora não se enquadrassem nas situações anteriores, encontravam-se em situação de vulnerabilidade, fruto de limitações físicas e/ou psicológicas (Guarda Nacional Republicana, 2017).

Alguns anos mais tarde (2021) o estudo foi atualizado, tendo a GNR constatado que existiam 44 483 pessoas mais velhas, que se encontravam a viver ou sozinhas, ou isoladas, ou em situação de vulnerabilidade, por razões de condição física, psicológica, ou outras que possam colocar em causa a sua segurança (Guarda Nacional Republicana, 2021).

Atualmente, a prevalência de isolamento social em pessoas mais velhas que vivem em comunidade é aproximadamente de 24% a 50% (Cudjoe et al., 2020), tendo-se agravado estes dados com o surto pandémico COVID-19, originando um aumento drástico nestas percentagens. Na Europa, a sua prevalência duplicou após o aparecimento da pandemia, com Portugal classificado na 6.ª posição dos países com maior subida destas percentagens (Baarck et al., 2021).

Como foi possível constatar a partir destes dados, verifica-se que existe um grande número de pessoas isoladas e/ou em risco de isolamento social e de tal apresentar um grande impacto na sua saúde e no bem-estar. À medida que as pessoas envelhecem verifica-se que existem inúmeras alterações que advêm do processo natural de envelhecimento, tanto a nível fisiológico, como psicológico e social, tornando-as cada vez mais vulneráveis ao longo da vida (Nicholson, 2021). Desta forma, as pessoas mais velhas são mais propensas ao isolamento social por causa da magnitude das mudanças que

ocorrem nas suas vidas, incluindo alterações ao nível da saúde, da mobilidade, da alteração de papéis relacionados com a reforma ou das perdas pessoais significativas (Lien-Gieschen, 1993).

Também Cudjoe et al. (2020) referem que uma das maiores alterações verificadas com o avançar da idade se encontra relacionada com as redes sociais (com as perdas de pessoas próximas; alterações familiares; perda de papéis; entre outros) e a nível individual (dependência e patologias a nível cognitivo).

Como vimos anteriormente, um dos fatores de risco para o isolamento social é a idade avançada, sabendo-se claramente que as pessoas mais velhas que se encontram socialmente integradas/participativas têm mais probabilidade de serem mais saudáveis, viverem com mais qualidade de vida e apresentar resultados mais positivos no bem-estar, em comparação com pessoas mais velhas que se encontram isoladas (Mehrabi & Béland, 2020).

Nicholson (2021) refere que o isolamento social traz consigo um grande problema para a saúde dos mais velhos que vivem em comunidade, demonstrando que existem diversos efeitos prejudiciais para a sua saúde e para o seu bem-estar, com impacto na mortalidade, maior risco de demência, risco aumentado de internamento e um maior número de quedas.

Também Hawton et al. (2011) verificaram que à medida que a proporção de pessoas mais velhas aumenta na sociedade, existe um maior risco de isolamento social. Desta forma, torna-se muito importante conhecerem-se os inúmeros desafios que existem numa sociedade envelhecida. Por outro lado, quando se criam políticas, cuidados sociais e cuidados de saúde que minimizam os riscos associados ao isolamento social, deve-se ter um cuidado acrescido para que não se potencie o risco de isolamento social.

2.4. Impacto do isolamento social na pessoa mais velha

O isolamento social é uma grande problemática a nível global, pelas consequências que apresenta na saúde e no bem-estar dos indivíduos ao longo da vida (Clair et al., 2021;

Courtin & Knapp, 2017; Cudjoe et al., 2020; Fakoya et al., 2020; Flaskerud, 2020; Hawton et al., 2011; Holt-Lunstad & Smith, 2016; Iliffe et al., 2007; Luo et al., 2021; Nicholson, 2012), em particular a partir de 2020, após o aparecimento da COVID-19 (Nicholson, 2021).

Embora os conceitos de isolamento social e solidão já se apresentassem como relevantes antes da pandemia COVID-19, as restrições adotadas a nível de contacto social agravaram os números do isolamento social e do seu impacto na saúde (Clair et al., 2021; Holt-Lunstad, 2020). Como refere Holt-Lunstad (2020), é importante ter em atenção esta dupla pandemia, isto é, o aumento do número de pessoas em isolamento social e a contenção da propagação da COVID-19.

Conforme evidenciam diversos estudos, a pandemia COVID-19 aumentou os níveis de solidão e de isolamento social na Europa. Assim, em 2016, se cerca de 12% de cidadãos europeus se sentiam solitários, em 2020 essa percentagem duplicou para cerca de 25% nos primeiros meses do surto pandémico (janeiro a abril) (Baarck et al., 2021).

Verifica-se assim que, comparativamente com outras faixas etárias, as pessoas mais velhas estão em maior risco de isolamento social, existindo evidências que este risco aumenta com a idade (Mehrabi & Béland, 2020). Desta forma, as pessoas mais velhas têm maior probabilidade de desenvolver sintomatologia depressiva, maior comprometimento da memória, mais doenças crónicas, de consumir mais medicamentos, relatar menor capacidade funcional, maior probabilidade de viver sozinhos e de utilizarem mais serviços de saúde (Flaskerud, 2020; Iliffe et al., 2007).

Como se pode observar, o isolamento social tem um grande impacto ao nível da saúde dos indivíduos, principalmente nas pessoas mais velhas, por estas se apresentarem mais propensas à redução das redes sociais, terem menos recursos financeiros/reformas baixas, e sofrerem diversas mudanças a nível da sua estrutura familiar (Courtin & Knapp, 2017).

Com a pandemia constata-se que o isolamento social está a conduzir a um aumento de diversos problemas a nível: i) da saúde mental; ii) do abuso de substâncias; iii) da violência doméstica; iv) de problemas de saúde; v) do sono (pobre); vi) da má nutrição (e.g.,

alimentação emocional ou excessiva); e vii) do aumento do risco de suicídio (Clair et al., 2021).

Assim sendo, a literatura salienta que o isolamento social tem um grande impacto na mortalidade e na morbilidade das pessoas que o vivenciam (Biordi & Nicholson, 2014; Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2021). Nicholson (2021) alerta que quando a pessoa se encontra/sente que está isolada socialmente, o seu estado de saúde declina acentuadamente. Por essa razão, o isolamento social tem sido equiparado aos malefícios que o tabaco, a obesidade, os estilos de vida pouco saudáveis e a hipertensão têm na saúde (Cacioppo et al., 2011; Flaskerud, 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Holt-Lunstad & Smith, 2016; Landeiro et al., 2017; Valtorta et al., 2016).

Existem ainda evidências de que o isolamento social se associa à diminuição da resistência à infeção, ao aumento do declínio cognitivo e à diminuição das condições de saúde mental, como a depressão e as demências, bem como ao acréscimo de hospitalizações, com um maior tempo de internamento e altas tardias (Landeiro et al., 2017).

Por estas razões, autores como Mehrabi e Béland (2020) têm referido que o isolamento social está a contribuir para o desenvolvimento da fragilidade entre as pessoas mais velhas, definida como um estado de perda de capacidade de reserva, decorrente de vários declínios cumulativos em vários sistemas fisiológicos, o que poderá contribuir para uma maior vulnerabilidade e a resultados negativos para a saúde (Mehrabi & Béland, 2020).

Concluindo, a problemática do isolamento social envolve o conhecimento dos fatores de risco que lhe estão associados, a fim de se conseguir intervir o mais precocemente possível, visto que existem evidências, do impacto do isolamento social na satisfação com a vida e no bem-estar das pessoas mais velhas (Dumitrache et al., 2018).

2.5. Instrumentos de avaliação do isolamento social

O isolamento social apresenta inúmeras consequências negativas para o ser humano e principalmente para as pessoas mais velhas que vivem na comunidade (Nicholson et al., 2020). As pessoas que vivenciam o isolamento social apresentam um maior risco de

mortalidade, de (re)hospitalização, e um maior número de quedas, tendo estes efeitos prejudiciais a nível da saúde física e mental (Courtin & Knapp, 2017; Nicholson, 2012).

Deste modo, torna-se imprescindível avaliar e identificar quem se encontra em isolamento social. Os profissionais de saúde e sociais devem estar atentos à problemática, para que possam prevenir ou reverter muitos dos efeitos negativos do isolamento social na saúde. Porém, a problemática não está a ser avaliada com frequência e, muitas vezes, ela não é detetada ou é pouco valorizada (Nicholson, 2012).

Para se avaliar o isolamento social é importante realizar-se uma avaliação multidimensional à pessoa mais velha e, no que diz respeito à problemática, devem ter-se em consideração várias dimensões, como: i) demográficas; ii) físicas; iii) psicológicas; iv) económicas; v) ambientais; e vi) transições de vida (Nicholson, 2012).

Nicholson (2012) refere-nos que quando as pessoas mais velhas apresentam um índice positivo para o isolamento social, se deve completar com uma avaliação adicional, com o objetivo de se determinar qual a gravidade e o impacto que o isolamento social tem na vida da pessoa. Nessa mesma avaliação, deve-se ter em atenção as seguintes características: i) negatividade; ii) solidão involuntária ou imposta por outros; e iii) diminuição da qualidade e do número de contactos dentro das redes (Biordi & Nicholson, 2014).

Vitor et al. (2000) indicam ainda outro indicador, o ciclo de vida. Para estes autores, assume-se como muito importante compreender o isolamento social do ponto de vista do curso de vida do indivíduo, ou seja, compreender se a pessoa esteve sempre só, ou se com a velhice se foi tornando solitária, ou se viveu sempre só, ou se foi ficando só com o avançar dos anos.

Na Tabela 1 apresentamos vários instrumentos que podem ser utilizados para se avaliar o isolamento social e a solidão nas pessoas mais velhas.

Tabela 1*Instrumentos de Avaliação do Isolamento Social*

Instrumento	Autores	Número de Itens/Dimensões	Validação para a população portuguesa	O que avalia
Social Isolation Scale	(Nicholson et al., 2019)	6 Organizado em 2 dimensões: i) Sentimento de pertença; e ii) conexão.	Não	Isolamento Social
UCLA	(Pocinho et al., 2010; Russell, 1996; Russell et al., 1978)	16 Organizado em 3 dimensões: i) atividades sociais; ii) isolamento social; e iii) afinidades.	Sim	Avaliar os sentimentos subjetivos de solidão ou isolamento social
Abbreviated Lubben Social Network Scale (LSNS)	(Lubben et al., 2006; Ribeiro et al., 2012)	6 Organizado em 2 dimensões: i) relações familiares; e ii) relações de amizade.	Sim	Interação social e risco de isolamento social
Abbreviated Duke Social Support Index (DSSI)	(Koenig et al., 1993)	11 (versão reduzida) ou 23 Organizado em 2 dimensões: i) interação social; e ii) satisfação com suporte social.	Não	Níveis individuais de suporte social
Berkman-Syme Social Network Index (SNI)	(Berkman & Syme, 1979)	11 Organizado em 4 dimensões: i) estado civil; ii) sociabilidade; iii) integração em algum grupo religioso; e iv) integração em outras organizações comunitárias.	Não	Conexão Social
Escala de Satisfação com o suporte social (ESSS)	(Pais-Ribeiro, 1999)	20 Organizado em 3 dimensões: i) satisfação com as amizades; ii) intimidade; e iii) satisfação com a família.	Sim	Avalia o suporte social percebido para a saúde, bem-estar, qualidade de vida e mal-estar

Instrumento	Autores	Número de Itens/Dimensões	Validação para a população portuguesa	O que avalia
The Preference for Solitude Scale	(Cramer & Lake, 1998)	12 Organizado em 2 dimensões: i) relacional; e ii) não relacional.	Não	Avalia a preferência da pessoa no querer passar tempo sozinha

Estes instrumentos evidenciam as redes sociais, não tendo em conta o desenvolvimento da tecnologia, o que também poderá afetar ou ajudar a colmatar os efeitos do isolamento social (Nicholson et al., 2019).

Assim, Nicholson et al., em 2020, criaram uma escala de isolamento social com base nas revisões da literatura que realizaram em 2009 e 2012, relacionadas com o conceito. No processo de desenvolvimento e construção da escala de isolamento social, procuraram incluir os aspetos objetivos e subjetivos da sua definição conceptual.

Ao nível dos aspetos objetivos procuraram incluir as questões que estavam relacionadas com a qualidade dos relacionamentos e do tempo de convivência com a família, amigos e vizinhos; na parte subjetiva incluíram as questões de realização pessoal ou interação social e o tempo dedicado a atividades sociais (Nicholson et al., 2019). Os autores construíram esta escala por considerarem que apesar de existirem inúmeros instrumentos, estes não abrangiam o conceito na sua plenitude (visto que apenas focavam a parte objetiva – as redes sociais). Assim, sentiram a necessidade de construir uma nova escala que procura mensurar o conceito como um todo, nas suas dimensões subjetiva e objetiva (Nicholson et al., 2019).

Uma avaliação multidimensional que inclua o isolamento social, assume-se de grande pertinência. Identificar e intervir o mais precocemente possível em situações de isolamento social permite minimizar os riscos que este apresenta na saúde. Por outro lado, a avaliação pode transformar-se numa ferramenta ao serviço do desenvolvimento de políticas de intervenção social, que poderão ter um impacto na redução dos custos ao nível dos sistemas de saúde (Hawthorne, 2006; Iliffe et al., 2007). Importa salientar, ainda, a relevância de se realizar uma avaliação adequada, sensível e exata, para o *design* de

intervenções eficazes pois, caso contrário, serão intervenções incompletas ou até mesmo ineficazes (Nicholson, 2021).

3. Bem-estar global, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida

Ao longo dos últimos 20 a 30 anos, vários filósofos se têm dedicado ao estudo do bem-estar e por isso, o conceito tem ganho algum destaque na literatura, visto ser considerado como um bem maior e definitivo para a motivação da ação humana (Diener, 1984; Kusier & Folker, 2021). De facto, ao longo dos anos, foram identificados inúmeros benefícios para a saúde, evidenciando-se que os indivíduos que apresentam altos níveis de bem-estar não são apenas mais saudáveis, mas também são mais bem-sucedidos em múltiplas áreas (Kobau et al., 2010).

Kusier e Folker (2021) referem que o bem-estar consiste nas experiências subjetivas que os indivíduos têm nas suas vidas, destacando que o bem-estar se baseia nos pressupostos que são definidos pelas experiências conscientes com base nas emoções ou julgamentos cognitivos, estando por isso capacitados para avaliar por si, o grau em que experienciam as emoções de bem-estar.

O conceito e a natureza de bem-estar podem ser analisados através de, pelo menos, três abordagens diferentes (Kusier & Folker, 2021), sendo elas: i) o bem-estar como virtude ou santidade; ii) o bem-estar tendo em consideração como é que as pessoas avaliam a sua vida em termos positivos; e iii) o bem-estar subjetivo que inclui a satisfação com a vida (emoções agradáveis), e o afeto positivo e o afeto negativo (mutuamente) (Diener, 1984; Diener et al., 1985). No âmbito do presente estudo privilegiamos a terceira abordagem (bem-estar subjetivo) para a compreensão do bem-estar.

Assim, o bem-estar subjetivo consiste num campo de estudos que procura compreender as avaliações que as pessoas fazem das suas próprias vidas (Pavot & Diener, 2009), englobando a componente da satisfação com a vida e o afeto positivo e o afeto negativo (Diener, 1984; Diener et al., 1985).

O conceito de bem-estar subjetivo tem em conta as experiências emocionais agradáveis, isto é experimentar emoções, principalmente agradáveis, durante um período da vida, no qual a pessoa está predisposta a tais emoções (Diener, 1984; Diener et al., 1985).

Este conceito surge no final dos anos de 1950 do século XX, quando se procuravam identificar os indicadores de qualidade de vida para se monitorizar as mudanças sociais na sequência da implementação de políticas sociais (Pavot & Diener, 2009). Os indicadores de qualidade de vida como a satisfação com a vida e a felicidade eram vistos como elementos integrantes do conceito, sendo que estas duas componentes também se encontram integradas no conceito do bem-estar subjetivo com os afetos positivos e negativos (Pavot & Diener, 2009). Neste sentido, Diener (1984) propõe que o bem-estar subjetivo é composto por: i) afetos positivos; ii) afetos negativos; e iii) satisfação com a vida.

Diener (2016, p. 1) define bem-estar subjetivo como “as avaliações gerais das pessoas sobre as suas vidas e experiências emocionais”, destacando que este consiste num amplo conjunto de julgamentos de satisfação com a vida e com a saúde, bem como sentimentos específicos que retratam como as pessoas estão a reagir perante os eventos e as circunstâncias das suas vidas.

Como referido, o conceito de bem-estar subjetivo encontra-se articulado com os afetos (positivo e negativo) e com a satisfação com a vida. Os afetos são tema de estudo das teorias de Inteligência Emocional, nas quais são abordados os estados emocionais, as emoções, os afetos e os sentimentos, enquanto a satisfação com a vida é abordada nos domínios da cognição (Siqueira & Padovam, 2008), visto que a satisfação com a vida se distingue da avaliação efetiva por estar mais integrada em domínios mais cognitivos do que emocionais (Laranjeira, 2009).

Contudo, para aprofundar um pouco os dois componentes, convém esclarecer que os afetos e a satisfação com a vida não são domínios completamente independentes, dado que, apesar de distintos, também podem fornecer informações complementares (Pavot & Diener, 2009).

Importa agora referir que o bem-estar subjetivo pode ser observado a partir de três perspetivas: i) bem-estar subjetivo (consiste na experiência do indivíduo); ii) bem-estar

subjetivo que inclui medidas positivas (não é apenas a ausência de fatores negativos, mas sim a relação entre o índice positivo e negativo); e iii) bem-estar subjetivo como um todo (existe uma avaliação global de todos os aspetos da vida de uma pessoa) (Diener, 1984).

Outros autores têm em consideração duas componentes do conceito, ou seja: i) a análise pessoal sobre a frequência com que se experienciam as emoções positivas e negativas; e ii) a cognição, i.e., a satisfação que é sentida em todos os aspetos globais da vida do indivíduo (Diener & Lucas, 2000; Pavot & Diener, 2008). Ou seja, o conceito de bem-estar subjetivo inclui um balanço entre as duas dimensões emocionais e a satisfação com a vida, embora estas possam ser vistas separadamente (Siqueira & Padovam, 2008).

Desta forma, quando se realiza uma avaliação de bem-estar subjetivo, deve-se ter em consideração as duas dimensões que acabaram de ser descritas, considerando que quando se avalia a dimensão emocional, se deve priorizar as emoções positivas e só depois compreender as emoções negativas. Segundo Siqueira e Padovam (2008), quando se realiza uma avaliação dos aspetos positivos e negativos, deve-se destacar em primeiro lugar o maior número possível de experiências que foram vividas com emoções positivas.

No que diz respeito à dimensão cognitiva do bem-estar subjetivo, que corresponde à satisfação com a vida, tal consiste no balanço que o indivíduo faz sobre a sua própria vida e nas ações que enceta quando se apercebe que está distante ou próximo das suas aspirações (Siqueira & Padovam, 2008). A este respeito, Diener (1984, p. 550) refere que a satisfação com a vida tem sido conceptualizada como “uma avaliação cognitiva da vida de alguém”.

A satisfação com a vida consiste num estado psicológico que apresenta uma estreita relação com o bem-estar, mais do que as avaliações objetivas da qualidade de vida, visto que a satisfação com a vida é considerada uma dimensão subjetiva da qualidade de vida, a par da felicidade e do bem-estar (Siqueira & Padovam, 2008).

Se por um lado a qualidade de vida consiste numa abordagem objetiva, dado que se considera importante observar e quantificar indicadores como a saúde, o ambiente físico, os recursos, a habitação e outros (Siqueira & Padovam, 2008); por outro lado, não são menos relevantes as avaliações individuais, as diferenças culturais e os padrões de vida,

mais associados à perspectiva subjetiva da qualidade de vida que inclui a satisfação com a vida (Siqueira & Padovam, 2008).

Por fim, Pavot e Diener (2008) referem que o nível de satisfação com a vida pode ser influenciado por inúmeras combinações, como: i) os julgamentos que os indivíduos realizam; ii) a personalidade (Dumitrache et al., 2018; Rapoport, 2019); iii) o temperamento (principalmente a extroversão e o neuroticismo); iv) os níveis de satisfação em vários domínios da vida (Rapoport, 2019); e v) o processo de adaptação (eventos de vida) (Pavorat & Diener, 2008).

A OMS (1998, p. 11) define a qualidade de vida como “a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Desta forma, a qualidade de vida em si consiste num conceito mais objetivo, mas que é influenciado pela avaliação subjetiva que o indivíduo faz e onde se encontra inserido (Organização Mundial de Saúde, 1998).

Em jeito de conclusão, verifica-se que a satisfação com a vida teve a sua origem nas conceções da qualidade de vida, tendo sido um conceito apropriado e redefinido por vários investigadores para compor uma das componentes que integra a definição do bem-estar subjetivo (Siqueira & Padovam, 2008). Em suma, a satisfação com a vida é identificada como uma componente do bem-estar subjetivo, mas que se encontra parcialmente independente dos aspetos afetivos, e que a mesma representa o julgamento avaliativo que o indivíduo faz da sua vida (Pavot & Diener, 2008).

3.1. Satisfação com a vida e isolamento social na pessoa mais velha

Como se viu anteriormente, a satisfação com a vida consiste na avaliação subjetiva que os indivíduos fazem sobre a sua vida.

Na perspectiva de Jörgensen e colaboradores (2021), as pessoas mais velhas que apresentam melhores índices de satisfação com a vida apresentam melhores indicadores de saúde e uma maior longevidade, contrariamente às pessoas que apresentam níveis

mais baixos de satisfação com a vida. Os dados evidenciam que baixos níveis de satisfação apresentam efeitos mais prejudiciais na saúde, especialmente a nível da funcionalidade.

A literatura (e.g., Dumitrache et al., 2018; Rapoport, 2019) aponta alguns fatores que favorecem ou prejudicam a avaliação subjetiva da satisfação com a vida em pessoas mais velhas. São apontados como fatores positivos: i) os traços de personalidade, como a extroversão, definida com uma dimensão ampla da personalidade que compreende a afetividade positiva, a busca da sensação, a atividade e a falta de inibição social e sociabilidade (Dumitrache et al., 2018); e o otimismo; ii) a situação financeira; e iii) a existência de uma rede familiar próxima (Rapoport, 2019).

No que respeita aos fatores que se revelam prejudiciais são indicados: i) o estado civil (solteiro/viúvo); ii) o morar sozinho (Jørgensen et al., 2021); iii) os problemas de saúde mental (problemas psiquiátricos e maiores índices de ideação suicida); e iv) o aparecimento da COVID-19 (devido às medidas impostas para a contenção da disseminação do vírus) (Ammar et al., 2020).

Assim, denota-se que a satisfação com a vida é uma variável gerontológica importante por se encontrar relacionada com múltiplos domínios, desde a saúde mental e física dos mais velhos, até ao modo como se envelhece (Dumitrache et al., 2018).

Por outro lado, a satisfação com a vida é vista como o oposto de isolamento social, visto que este apresenta um impacto negativo na saúde (Fakoya et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2009; Nicholson et al., 2019), e a satisfação com a vida reflete melhores níveis de autoperceção da saúde e da longevidade (Jørgensen et al., 2021).

Devido aos fatores enumerados, vários são os autores que têm evidenciado a necessidade de políticas públicas que incentivem a participação social, considerando-a fundamental para se alcançar um envelhecimento ativo e saudável (Dumitrache et al., 2018).

Por esse facto, a OMS (2015) recomenda que se deva dedicar uma atenção especial à participação social das pessoas mais velhas, pelo facto de não estarem integradas no mundo do trabalho (redução da rede de contactos). Para além disso, a participação social tem um papel positivo no bem-estar pessoal (Ammar et al., 2020).

Esta perspetiva reforça a ideia que, quanto mais a pessoa estiver inserida na sociedade, melhores serão os seus níveis de satisfação com a vida. De facto, existem evidências de que as relações sociais são fatores importantes para a satisfação com a vida na velhice, para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável (Dumitrache et al., 2018), com maior probabilidade de ser mais saudável e viver com mais qualidade de vida (Mehrabi & Béland, 2020). Estas evidências são igualmente confirmadas por Ammar et al. (2020), que constataram que a participação social e a satisfação com a vida estão fortemente relacionadas uma com a outra.

Desta forma, é importante referir que se deve ter um olhar atento à problemática do isolamento social, com vista a aumentar os níveis de satisfação com a vida, devendo-se desenhar e implementar estratégias, o mais rapidamente possível, para se preservar ou promover a satisfação com a vida em pessoas mais velhas (Maher & Conroy, 2017).

4. Objetivo de estudo

O objetivo geral deste estudo consiste em analisar a relação entre o isolamento social e a satisfação com a vida. Relativamente aos objetivos específicos pretende-se: i) analisar a confiabilidade teste-reteste da escala de isolamento social; ii) identificar o isolamento social das pessoas mais velhas na comunidade; iii) analisar a satisfação com a vida de pessoas mais velhas na comunidade; e iv) analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas (género, idade, área de residência, onde vive, estado civil, rendimento do agregado familiar, escolaridade, com quem vive, número de filhos, situação profissional, possuir carta de condução, ter animais de companhia e uso de tecnologia, se costuma sentir-se só), isolamento social e satisfação com a vida.

PARTE II – METODOLOGIA

5. Método

5.1. Apresentação do design de investigação escolhido e respetiva justificação

Este estudo integra o projeto de “Isolamento social das pessoas idosas residentes na comunidade”, tratando-se de uma pesquisa quantitativa do tipo descritivo-correlacional que, inclui uma componente de avaliação da confiabilidade teste-reteste.

Segundo Heale e Twycross (2015), a confiabilidade refere-se à consistência do instrumento. Neste estudo, a medida de confiabilidade utilizada é o teste-reteste (Coeficiente de Correlação Intraclasse), para se avaliar a estabilidade do instrumento. Assim, a confiabilidade do teste-reteste é avaliada quando um instrumento é dado aos mesmos participantes mais do que uma vez, em circunstâncias semelhantes, permitindo uma comparação estatística entre as pontuações do teste do participante para cada uma das vezes que o completou (Heale & Twycross, 2015).

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

A amostra do presente estudo é constituída por pessoas com 65 ou mais anos residentes na comunidade em Portugal, selecionadas através de uma amostragem não probabilística, de conveniência. Os critérios de inclusão da amostra para este estudo foram: i) pessoas com idade igual ou superior a 65 anos, com capacidade para compreender e interpretar as questões do questionário e residentes na comunidade. Os critérios de exclusão foram: i) pessoas que se encontravam institucionalizadas (em Estrutura Residencial para Pessoas Idosas ou Centros de Dia); ii) pessoas que tinham no Mini-cog resultado positivo para défice cognitivo ou historial de demência (confirmada pela história clínica e/ou familiar); e iii) pessoas que recusassem participar no estudo. O tamanho da amostra foi determinado pelo processo de validação da escala de isolamento social, que constitui um dos objetivos do projeto. Deste modo, estabeleceu-se um mínimo de 200 participantes para a realização da análise fatorial confirmatória (realizada em outro trabalho por Silva (2022)). Apesar da falta de consenso sobre o tamanho da

amostra, segundo Kyriazos (2018) amostras com mais de 200 inquiridos apresentam um poder estatístico mais adequado e uma maior robustez para este tipo de validade.

5.3. Instrumentos

O questionário de recolha de dados encontra-se dividido em três partes (Apêndice A):

1.^ª Parte: Mini-Cog: O mini-cog é um instrumento breve e eficaz que tem como objetivo avaliar a existência de défice cognitivo, através de uma combinação de tarefas no qual se pretende lembrar três itens e desenhar um relógio. O instrumento foi desenvolvido por Borson et al. (2000) e traduzido pelos mesmos autores em diversas línguas. Desta forma, no mini-cog atribui-se um ponto a cada item lembrado corretamente e dois pontos para o relógio desenhado de forma correta ou nenhum quando não se encontra bem realizado (Borson et al., 2000, 2003; Scanlan & Borson, 2001). A pontuação da escala pode variar entre 0 a 5 pontos, sendo pontuado da seguinte forma: 3 palavras recordadas = negativo para défice cognitivo; 1-2 palavras recordadas + relógio normal = negativo para défice cognitivo; 1-2 palavras recordadas + relógio anormal = positivo para défice cognitivo; 0 palavras recordadas = positivo para défice cognitivo (McCarten et al., 2012).

2.^ª Parte: Questionário sociodemográfico, nomeadamente, género, idade, área de residência, onde vive (vivenda/moradia, apartamento ou outro), estado civil, rendimento do agregado familiar, escolaridade, com quem vive, número de filhos, situação profissional, possuir carta de condução, ter animais de companhia e uso de tecnologia. No final desta parte, foi integrada uma questão que pretende avaliar a solidão: “Costuma sentir-se só?”, a qual possui quatro possibilidades de resposta (sempre, muitas vezes, algumas vezes e nunca).

3.^ª Parte: Foram utilizados dois instrumentos de avaliação:

i) Escala de isolamento social (EIS): O instrumento é constituído por 6 questões que avaliam o isolamento social das pessoas idosas. Quando mais baixo o *score*, maior o risco de isolamento social. Os resultados de validação demonstram um modelo fatorial

(CFI=0,997, RMSEA=0,038) constituído por duas dimensões (conexão e pertença). A consistência foi considerada boa (Alpha de Cronback=0,77) (Nicholson et al., 2019).

O instrumento foi traduzido, adaptado e validado para português de Portugal, apresentando um índice de validade de conteúdo considerado excelente (Tavares et al., 2020). O processo de validade, através da análise fatorial confirmatória demonstrou um modelo com dois fatores, sendo os índices de ajuste adequados ($\chi^2(7) = 12,489$; $p = 0,086$; CFI=0,961, NF=0,919, TLI=0,916, GFI=0,981, RMSEA=0,056 (CI: 0,00-0,106), $p = 0,364$; SRMS=0,058, AIC=40,489 e BIC =89,79 (Silva, 2022). A consistência interna foi avaliada através do método da confiabilidade composta, sendo os valores de 0,708 e 0,6 e 0,54 para EIS total e as subescalas “conexão” e “pertença”, respetivamente (Silva, 2022).

ii) Escala de Satisfação com a Vida: tem como objetivo avaliar o grau de satisfação da pessoa relativamente às suas condições de vida, as suas escolhas e o que conseguiu. Foi desenvolvida por Diener e colaboradores (1985) e posteriormente validada para a população portuguesa, por vários autores como: Neto (1990); Simões (1992); e Laranjeira (2009). Esta escala foi validada pela primeira vez para a população portuguesa por Neto et al. (1990) e posteriormente validada por Simões (1992). Neste presente estudo será utilizada a versão de Simões (1992). A Escala de Satisfação com a Vida é um instrumento psicometricamente mais válido e potencialmente útil, de todos os instrumentos do mesmo género. Simões (1992) retocou alguns aspetos da tradução, de forma a tornar o conteúdo mais compreensível para os indivíduos com níveis mais baixos de escolaridade, reduzindo para 5 o número de alternativas de resposta, simplificando assim o preenchimento da escala. Assim, o presente instrumento é muito utilizado na população mais velha e o mesmo é constituído por cinco itens numa escala de Likert de cinco pontos (1 - discordo muito a 5 - concordo muito). A pontuação da satisfação com a vida varia entre cinco (5) e vinte cinco (25), na qual o valor mais alto indica maior grau de satisfação com a vida. Revelou ter uma boa consistência interna (coeficiente α de Cronbach de 0,77) e uma boa validade convergente.

5.4. Procedimentos

Como referido, o estudo encontra-se inserido no projeto de “Isolamento social das pessoas idosas residentes na comunidade” em parceria com a Universidade de Aveiro e o Politécnico de Coimbra (Escola Superior de Educação de Coimbra). Desta forma, o processo de recolha ocorreu entre os meses de outubro de 2021 e março de 2022 por cinco pessoas com treino na bateria de testes que foi utilizada.

Os participantes deste estudo são pessoas da comunidade e conhecidas dos investigadores, ou das suas freguesias limítrofes, tendo ainda sido pedida a colaboração a diversas instituições comunitárias, tais como autarquias, associações culturais e recreativas e universidades sénior. Após a identificação das pessoas que poderiam estar interessadas em participar no estudo, estas foram previamente contactadas, explicando-lhes os objetivos do estudo, sendo posteriormente agendada uma data para se proceder à recolha dos dados consoante a disponibilidade dos entrevistados e investigadores. Antes de iniciar-se a recolha dos dados, os investigadores informaram os participantes relativamente aos objetivos e procedimentos do estudo, e referiram que a sua participação era voluntária, anónima e podiam interromper a sua participação a qualquer momento. Após estes esclarecimentos os entrevistados assinaram um consentimento informado e o entrevistador realizou o teste de rastreio cognitivo (mini-cog), a fim de aferir os critérios de inclusão na amostra. Caso estes não se verificassem, os investigadores davam por terminada a avaliação e agradeciam a colaboração do inquirido. Nesta condição foram identificados 12 participantes.

Após o rastreio cognitivo o entrevistador prosseguiu para a recolha dos restantes testes: i) dados sociodemográficos; ii) escala de isolamento social; e iii) escala de satisfação com a vida. Concluído o preenchimento dos questionários, o investigador agradeceu a participação do entrevistado.

O tempo médio de recolha de dados foi de 18 minutos, tendo sido utilizadas duas formas de recolha: i) heteropreenchimento (63,5%); e ii) autopreenchimento (34,7%).

5.5. *Análise de Dados*

Em relação à análise de dados, a caracterização da amostra foi realizada através da análise descritiva dos dados, mediante os valores médios e respetivos desvios-padrão, máximos e mínimos, frequência e percentagem, das variáveis em estudo. Desta forma, foram analisadas neste estudo as variáveis sociodemográficas, a escala de isolamento social e a escala de satisfação com a vida.

Neste estudo, para a análise da confiabilidade foi utilizado o Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) com o objetivo de se testar a adequação do instrumento. Desta forma, o questionário de isolamento social foi aplicado em dois momentos distintos, com um intervalo de duas semanas após a primeira recolha, aos mesmos participantes e circunstâncias. Segundo Koo e Li (2016) sugerem que os valores de corte do ICC são os seguintes: valores menores que 0,5 são pobres; entre 0,5 e 0,75 são moderados; entre 0,75 e 0,9 são bons; e maiores que 0,9 são excelentes.

Na estatística inferencial foram utilizados os testes de hipóteses de Teste U de Mann-Whitney ou H de Kruskal-Wallis (uma vez que os pressupostos da normalidade não estavam assegurados) para analisar as diferenças entre as variáveis sociodemográficas, a escala de isolamento social e a escala de satisfação com a vida. Para a análise das variáveis contínuas (e.g., idade, anos de educação formal e número de filhos) e correlacionar a escala de isolamento social e a escala de satisfação com a vida, foi utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman (r_s), no qual as correlações variam entre -1 e 1.

Para a análise dos dados foi utilizado o programa IBM SPSS Statistics, versão 26 e foram considerados significativos os resultados com $p < 0,05$.

5.6. *Considerações éticas*

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

No estudo, todos os participantes assinaram um consentimento informado, o qual explica o objetivo do estudo, que a sua participação é voluntária e que os dados são anónimos e confidenciais (Apêndice B).

E por fim, todos os dados foram transcritos para a base de dados através de um código, para que os participantes não pudessem ser identificados. Apenas os investigadores do projeto tiveram acesso aos dados recolhidos.

PARTE III – RESULTADOS

6. Apresentação dos resultados

6.1. Caracterização da amostra

Os resultados da caracterização dos participantes são apresentados na Tabela 2. Foram inquiridos 262 indivíduos. Destes, 12 foram excluídos por apresentarem resultado positivo para défice cognitivo no instrumento de rastreio cognitivo (Minicog). No final, a amostra foi constituída por 250 participantes, 170 do sexo feminino (68,8%), 80 do sexo masculino (32,0%), com uma média de idade de $73,928 \pm 6,38$, compreendidas entre os 65 e os 93 anos.

Relativamente à área de residência, a grande maioria reside numa área rural (61,6%), seguida dos que residem, numa área suburbana (27,2%) e, por fim, numa zona urbana (11,2%). No que respeita ao local de residência, 220 participantes (80%) residem numa vivenda ou moradia, e 30 (12%) vivem num apartamento.

No que respeita ao estado civil, 164 (65,6%) encontram-se casados ou em união de facto, 9 (3,6%) estão separados ou divorciados, 8 (3,2%) são solteiros e 69 (27,6%) são viúvos. Mais de metade ($n=149$, 59,6%) vive em casal, 57 (22,8%) referem morar sozinhos, 43 (17,2%) residem com a família alargada, e apenas 1 (0,4%) relata estar “noutra situação”. No que diz respeito ao número de filhos, a média é de $2,196 \pm 1,46$, sendo que a variável varia entre 0 e 12 filhos.

A média dos anos de educação formal da amostra é de $5,312 \pm 3,36$ anos, com um mínimo de 0 e um máximo de 20 anos. Verifica-se que a nível profissional a maioria da amostra é “aposentado ou pensionista” ($n=231$, 92,6%), empregada ($n=14$, 5,6%) e desempregada ($n=4$, 1,6%). Quanto aos rendimentos do agregado familiar, apenas 12 indivíduos (4,8%) relataram que o seu rendimento “não chega para as necessidades”, 115 (46%) indicam que “é mesmo à justa para as necessidades” e 123 (49,2%) afirmam que “sobra algum dinheiro”.

Quanto à carta de condução, verifica-se que 63,6% (159) possui carta de condução e apenas 36,4% (91) não possui. Dos 159 participantes que afirmam possuir carta de

condução, a sua grande maioria refere conduzir na atualidade (n=137, 86,2%) e apenas 22 participantes (13,8%) referem já não conduzir.

No que respeita aos animais de companhia, 130 (52%) têm animais de companhia e 120 (48%) não têm. A maioria da amostra refere utilizar tecnologias e/ou redes sociais (n=159, 63,6%), enquanto 91 (48%) participantes não usam as novas tecnologias e/ou redes sociais (cf. Tabela 2).

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

Tabela 2*Variáveis Sociodemográficas da amostra*

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

Nota. M=Média, Dp= Desvio padrão; Máx. = máximo; Min.= mínimo *n=159

6.2. Resultados da confiabilidade do instrumento da Escala de Isolamento Social

Na avaliação da confiabilidade teste-reteste foi calculado o ICC. Segundo Koo e Li (2016), a confiabilidade do teste-reteste consiste quando um mesmo instrumento é dado ao mesmo inquirido mais do que uma vez em circunstâncias semelhantes, permitindo desta forma, uma comparação estatística entre os dois momentos de recolha.

Desta forma, para a Escala de Isolamento social, os resultados de confiabilidade teste-reteste avaliados através do Coeficiente de Correlação Intraclasse (ICC) evidenciaram uma confiabilidade boa para o item 5 (ICC=0,846 [IC 95%=0,695 – 0,922]; F(gl)=34; $p<0,01$) e item 6 (ICC=0,844, [IC 95%=0,692 – 0,921]; F(gl)=34; $p<0,01$). O ICC para os restantes itens indicou uma confiabilidade excelente (ICC>0.9) entre a avaliação realizada no teste e no reteste (cf. Tabela 3).

Tabela 3*Confiabilidade teste reteste da EIS (n=35)*

Itens EIS	Teste (n,%)					Re-teste (n,%)					ICC	p
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5		
1	-	2 (5,7%)	8 (22,9%)	7 (20%)	18 (51,4%)	-	3 (8,6%)	7 (20%)	7 (20%)	18 (51,4%)	0,978	p<0,01
2	1 (2,9%)	-	8 (22,9%)	11 (31,4%)	15 (42,9%)	1 (2,9%)	-	8 (22,9%)	8 (22,9%)	19 (51,4%)	0,978	p<0,01
3	3 (8,6%)	6 (17,1%)	13 (37,1%)	6 (17,1%)	7 (20%)	3 (8,6%)	4 (11,4%)	17 (48,6%)	5 (14,3%)	6 (17,1%)	0,973	p<0,01
4	-	-	1 (2,9%)	9 (25,7%)	25 (71,4%)	-	-	1 (2,9%)	13 (37,1%)	21 (60%)	0,903	p<0,01
5*	2 (5,7%)	7 (20%)	2 (5,7%)	4 (11,4%)	20 (57,1%)	1 (2,9%)	6 (17,1%)	4 (11,4%)	9 (25,7%)	15 (42,9%)	0,846	p<0,01
6	-	4 (11,4%)	3 (8,6%)	17 (48,6%)	11 (31,4%)	-	2 (5,7%)	5 (14,3%)	16 (45,7%)	12 (34,3%)	0,844	p<0,01

Nota. * item invertido; ICC = Intraclass Correlation Coefficient

6.3. Diferenças estatísticas e correlação entre as variáveis sociodemográficas e a Escala de Isolamento Social

Analisando os resultados obtidos em relação a diferenças e correlações entre variáveis sociodemográficas e EIS Total, EIS Conexão e EIS Pertença, observam-se os seguintes valores apresentados na Tabela 4.

A análise aos valores médios obtidos pelos participantes na EIS, indica-nos valores médios situados em 24,50 (mínimo de 15 pontos e máximo de 30), o que nos indica haver baixo risco de isolamento social. Os valores médios das dimensões da subescala, “conexão” e “sentimento de pertença” foram de 11,89 e 12,61, respetivamente.

Analisadas as variáveis sociodemográficas e a escala e as subescalas do isolamento social, observa-se uma diferença estatisticamente significativa entre a situação profissional e o IS conexão ($H=7,258$; $p=0,027$), sendo que os empregados ($13,00\pm 1,24$) e os reformados ($11,85\pm 2,39$) apresentam menos isolamento comparativamente com os desempregados ($9,50\pm 1,73$). Verifica-se ainda, que as pessoas com carta de condução, apresentam um *score* mais elevado comparativamente com aqueles que não têm carta (24,81 vs 23,89; $p=0,019$) para o *score* global, bem como para a subescala conexão (12,11 vs 11,46; $p=0,019$). Por fim, a variável “uso de tecnologias e/ou redes sociais” evidenciou diferenças estatisticamente significativas com EIS Total ($U=5737,000$; $p=0,008$) e EIS Conexão ($U=5141,000$; $p<0,001$), sendo que as pessoas que usam novas tecnologias apresentam *scores* mais elevados, logo, apresentam menos risco de isolamento social do que as pessoas que não usam.

No que respeita à variável género, área de residência, local onde o participante vive, estado civil, com quem vive, rendimento do agregado familiar, “ainda consegue conduzir”, possuir animais de companhia não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados na escala e subescalas de isolamento social (cf. Tabela 4).

Tabela 4*Diferenças estatísticas e Correlação entre variáveis sociodemográficas e EIS, EIS Conexão e EIS Pertença*

Variáveis Sociodemográficas	EIS		EIS Conexão		EIS Pertença	
	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico
Género						
Masculino	24,49±3,70	U=6584,000 $p=0,739$	11,81±2,48	U=6676,500 $p=0,874$	12,68±1,99	U=6658,000 $p=0,845$
Feminino	24,47±3,45		11,90±2,32		12,56±2,16	
Área de Residência						
Rural	24,64±3,44	H=0,918 $p=0,632$	12,07±2,21	H=2,109 $p=0,248$	12,57±2,12	H=0,124 $p=0,940$
Suburbana	24,24±3,36		11,60±2,44		12,63±2,04	
Urbana	24,11±4,41		11,44±2,91		12,67±2,24	
Local onde vive						
Vivenda/Moradia	24,60±3,40	U=2714,500 $p=0,190$	11,98±2,23	U=2720,000 $p=0,193$	12,62±2,09	U=3023,000 $p=0,642$
Apartamento	23,52±4,27		11,10±3,13		12,41±2,21	
Estado Civil						
Casado (a)/ União de Facto	24,60±3,54	H=4,745 $p=0,093$	11,99±2,40	H=3,286 $p=0,193$	12,60±2,08	H=3,126 $p=0,210$
Separado(a)/ Divorciado (a)/	22,65±3,86		10,94±2,38		11,71±2,49	
Solteiro (a)			11,82±2,27		12,81±2,02	
Viúvo (a)	24,63±3,32					
Rendimento Agregado Familiar						
Não chega para as necessidades	24,33±3,42	H=2,695 $p=0,260$	11,91±2,43	H=1,505 $p=0,471$	12,42±2,47	H=1,958 $p=0,376$
É mesmo à justa para as	24,08±3,59		11,70±2,29		12,38±2,23	
necessidades	24,85±3,46		12,03±2,43		12,03±1,93	
Sobra algum dinheiro						
Com quem vive*						
Em casal	24,52±3,56	H=0,218 $p=0,897$	12,03±2,37	H=2,037 $p=0,361$	12,50±2,09	H=2,395 $p=0,302$
Com a família alargada	24,54±3,28		11,56±2,44		12,98±2,17	

Variáveis Sociodemográficas	EIS		EIS Conexão		EIS Pertença	
	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico	M±Dp	Teste Estatístico
Sozinho	24,30±3,65		11,72±2,29		12,58±2,08	
Situação Profissional						
Desempregado (a)	21,50±2,08	H=5,607	9,50±1,73	H=7,258	12,00±2,45	H=0,922
Empregado(a)	25,86±2,66	p=0,061	13,00±1,24	p=0,027	12,86±2,48	p=0,631
Aposentado /Pensionista	24,44±3,56		11,85±2,39		12,59±2,08	
Carta de Condução						
Sim	24,81±3,63	U=5905,500	12,11±2,39	U=5919,000	12,70±2,06	U=6660,000
Não	23,89±3,27	p=0,019	11,46±2,27	p=0,019	12,43±2,17	p=0,327
Ainda consegue conduzir**						
Sim	24,93±3,60	U= 1273,000	12,20±2,34	U=1315,000	12,73±2,04	U=1420,500
Não	24,09±3,79	p=0,261	11,59±2,70	p=0,358	12,50±2,24	p=0,700
Animais de companhia						
Sim	24,47±3,58	U=7670,500	11,97±2,34	U=7404,500	12,50±2,27	U=7477,000
Não	24,48±3,48	p=0,909	11,77±2,40	p=0,557	12,70±1,97	p=0,645
Usa tecnologia e/ou redes sociais						
Sim	24,91±3,34	U=5737,000	12,32±2,17	U=5141,000	12,59±2,05	U=7051,500
Não	23,71±3,72	p=0,008	11,10±2,50	p<0,001	12,60±2,21	p=0,799
	Coefficiente de correlação		Coefficiente de correlação		Coefficiente de correlação	
Idade	$r_s=-0,012$; $p=0,856$		$r_s=-0,002$; $p=0,980$		$r_s=-0,040$; $p=0,530$	
Anos Educação Formal	$r_s=0,090$; $p=0,154$		$r_s=0,114$; $p=0,071$		$r_s=0,020$; $p=0,748$	
Número de Filhos	$r_s=0,156$; $p=0,014$		$r_s=0,101$; $p=0,113$		$r_s=0,117$; $p=0,064$	
Sente-se só?	$r_s=0,352$; $p<0,01$		$r_s=0,281$; $p<0,01$		$r_s=0,258$; $p<0,01$	

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

No que diz respeito à correlação entre a variável número de filhos e EIS Total, verifica-se uma correlação positiva, fraca e significativa ($r_s=0,156$; $p=0,014$). Em relação à variável “sente-se só”, também evidenciou uma correlação positiva, fraca e significativa com a EIS (Total $r_s=0,352$; $p<0,01$; EIS conexão $r_s=0,281$; $p<0,01$; e EIS pertença ($r_s=0,258$; $p<0,01$). Já quanto às variáveis idade e educação formal não se verificaram correlações estatisticamente significativas (cf. Tabela 4).

6.4. Relação entre as variáveis sociodemográficas e a Escala de Satisfação com a Vida

Analisando os resultados obtidos em relação a diferenças e correlações entre variáveis sociodemográficas e a satisfação com a vida, observem-se os seguintes valores apresentados na Tabela 5.

No que respeita à análise dos valores médios obtidos pelos participantes na Satisfação com a Vida, observam-se valores médios situados em 18,62 (mínimo de 5 pontos e máximo de 25), o que nos indica haver moderados níveis de satisfação com a vida.

Em relação à análise das variáveis sociodemográficas e a satisfação com a vida verificou-se que as pessoas que vivem na área suburbana ($19,66\pm 3,74$) estão mais satisfeitas com a vida, comparativamente com as que residem em área rural ($18,08\pm 4,36$) e urbana ($18,85\pm 5,15$) ($H=6,433$; $p=0,04$). Verificou-se ainda que o estado civil tem impacto na satisfação com a vida ($H=8,519$; $p=0,014$), sendo que as pessoas que se encontram casadas/união de facto encontram-se mais satisfeitas com a vida ($19,18\pm 4,28$) do que os viúvos ($17,32\pm 4,22$) ($U=4292,500$; $p=0,004$), não se verificando diferenças entre os restantes grupos. Ainda, constatou-se que a média de satisfação com a vida foi de $19,70\pm 4,12$ nas pessoas que relatam ter “dinheiro que sobra” ao final do mês, de $17,60\pm 4,23$ dos que referem ser “mesmo à justa para as necessidades” e de $16,67\pm 4,72$ nas pessoas que relatam “não ter que chega para as necessidades”, com uma diferença estatisticamente significativa ($H=15,921$; $p<0,01$). Não se verifica diferenças entre o grupo “não ter que chega para as necessidades” e “mesmo à justa para as necessidades” ($U=631,500$; $p=0,629$).

Por fim, quando analisada a variável “com quem vive”, verifica-se uma diferença estatisticamente significativa com a satisfação com a vida ($H=12,758$; $p<0,01$), constatando que as pessoas idosas que vivem em casal apresentam níveis superiores de satisfação com a vida ($19,21\pm 4,37$) comparativamente às que vivem sozinhas. Por outro lado, as pessoas que vivem em família alargada apresentam melhores níveis de satisfação com a vida ($18,89\pm 3,46$) do que as que vivem sozinhas ($U= 853,500$; $p=0,009$).

No que respeita à variável género, local onde o participante vive, situação profissional, possuir carta de condução, “ainda conduzir”, ter animais de companhia, e usar novas tecnologias/redes sociais não se verificam diferenças estatisticamente significativas entre os grupos analisados na escala de satisfação com a vida (cf. Tabela 5).

No que diz respeito à correlação entre a variável “sente-se só” e a satisfação com a vida, verificou-se uma correlação, positiva, fraca e significativa ($r_s=0,343$; $p<0,01$), logo, quem se sente menos só, sente-se mais satisfeito com a vida.

Por fim, no que respeita às variáveis idade ($r_s=-0,082$; $p=0,198$), anos de educação ($r_s=0,034$; $p=0,594$) e o número de filhos ($r_s=-0,117$; $p=0,064$), não se verificam correlações estatisticamente significativas com a satisfação com a vida (cf. Tabela 5).

Tabela 5

Relação entre as variáveis sociodemográficas e a Escala de Satisfação com a Vida (n=249)

Variáveis Sociodemográficas	Escala de Satisfação com a Vida	
	M±Sd	Teste Estatístico
Género		
Masculino	19,38±4,06	U=5821,000 <i>p</i> =0,076
Feminino	18,23±4,42	
Área de Residência		
Rural	18,08±4,36	H=6,433 <i>p</i>=0,04
Suburbana	19,66±3,74	
Urbana	18,85±5,15	
Local onde vive		
Vivenda/Moradia	18,80±4,20	U=2548,500 <i>p</i> =0,078
Apartamento	17,07±5,07	
Estado Civil		
Casado (a)/ União de Facto	19,18±4,28	H=8,519 <i>p</i>=0,014
Separado(a)/ Divorciado (a)/Solteiro (a)	18,41±4,40	
Viúvo (a)	17,32±4,22	
Rendimento Agregado Familiar		
Não chega para as necessidades	16,67±4,72	H=15,921 <i>p</i><0,01
É mesmo à justa para as necessidades	17,60±4,23	
Sobra algum dinheiro	19,70±4,12	
Com quem vive*		
Em casal	19,21±4,37	H=12,758 <i>p</i><0,01
Com a família alargada	18,89±3,46	
Sozinho	18,60±4,37	
Situação Profissional		
Desempregado (a)	13,25±5,19	H=4,655 <i>p</i> =0,098
Empregado(a)	19,14±3,72	
Aposentado /Pensionista	18,66±4,31	
Carta de Condução		
Sim	18,88±4,38	U=6569,000 <i>p</i> =0,256
Não	18,11±4,23	
Ainda consegue conduzir**		
Sim	18,97±4,46	U=1336,000 <i>p</i> =0,420
Não	18,32±3,86	
Animais de companhia		
Sim	18,51±4,69	U=7625,000 <i>p</i> =0,846
Não	18,70±3,92	
Usa tecnologia e/ou redes sociais		
Sim	18,45±4,44	U=6763,500 <i>p</i> =0,436
Não	18,85±4,14	
	Coefficiente de correlação	
Idade	<i>r_s</i> =-0,082; <i>p</i> =0,198	
Anos Educação Formal	<i>r_s</i> =0,034; <i>p</i> =0,594	
Número de Filhos	<i>r_s</i> =-0,117; <i>p</i> =0,064	
Sente-se só?	<i>r_s</i> =0,343; <i>p</i><0,01	

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

6.5 Correlação entre Satisfação com a Vida e Escala de Isolamento Social.

Foi avaliada a associação entre a escala de satisfação com a vida e a escala de isolamento social. Assim, verifica-se que a satisfação com a vida, apresenta uma correlação positiva, fraca e significativa com o EIS Total ($r_s=0,285$; $p<0,01$), EIS Conexão ($r_s=0,194$; $p<0,01$) e EIS Pertença ($r_s=0,302$; $p<0,01$).

No que respeita aos EIS Total, apresenta uma correlação positiva, forte e significativa com EIS Conexão ($r_s=0,817$; $p<0,01$) e EIS Pertença ($r_s=0,744$; $p<0,01$).

Por fim, a variável EIS Pertença, apresenta uma correlação positiva, fraca e significativa com EIS Conexão ($r_s=0,258$; $p<0,01$) (cf. Tabela 6).

Tabela 6

Correlação entre variáveis EIS Total, EIS Conexão, EIS Pertença e Satisfação com a Vida (n=249)

	Escala de Satisfação com a Vida	EIS Total	EIS Conexão	EIS Pertença
Escala de Satisfação com a Vida	1			
EIS Total	$r_s=0,285$ $p<0,01$	1		
EIS Conexão	$r_s=0,194$ $p=0,00$	$r_s=0,817$ $p<0,01$	1	
EIS Pertença	$r_s=0,302$ $p<0,01$	$r_s=0,744$ $p<0,01$	$r_s=0,258$ $p<0,01$	1

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

7. Discussão dos resultados

O Isolamento Social é um conceito bastante complexo, relacionado/interligado com outros conceitos e que apresenta inúmeras repercussões para o ser humano,

principalmente para as pessoas mais velhas que vivem em comunidade (Fakoya et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2009).

A análise da validade e da confiabilidade da escala de isolamento social era um dos objetivos do projeto “Isolamento social das pessoas idosas residentes na comunidade”. Este estudo analisou a confiabilidade teste-reteste, que tem a finalidade de inquirir o mesmo indivíduo mais do que uma vez em circunstâncias semelhantes, permitindo desta forma, uma comparação estatística entre os diversos momentos de recolha. Esta mesma análise permitiu-nos avaliar a confiabilidade da escala de isolamento social demonstrando que a mesma apresenta uma boa confiabilidade nos itens 5 e 6, e nos restantes itens uma confiabilidade excelente (Koo & Li, 2016), sugerindo uma boa estabilidade temporal da escala de isolamento social.

Verificou-se que a maioria dos participantes deste estudo não está em risco ou apresenta baixo risco de isolamento social, o que não vai ao encontro da literatura encontrada que normalmente relata níveis mais elevados de risco de isolamento social (Biordi & Nicholson, 2013, 2014; Nicholson, 2009, 2012, 2021; Nicholson et al., 2019). Um dos aspetos que pode justificar estes dados obtidos, poderá estar no tipo de amostragem utilizada (amostragem não aleatória por conveniência), e/ou pelo facto das pessoas que estavam disponíveis ou interessadas em participar não se sentirem socialmente isoladas, visto estarem integrados em associação recreativa, universidade sénior ou frequentarem regularmente alguma atividade autárquica (fazendo com que continuem ativas no seu dia-a-dia e se sintam que têm ou tenham efetivamente) uma maior rede social.

Para além disso, importa destacar que podem existir fatores protetores que podem igualmente explicar este resultado, visto que a amostra é composta maioritariamente por pessoas casadas (65,6%); que moram com o seu cônjuge (59,6%); com uma escolaridade média de 5 anos; com rendimentos suficientes face às suas despesas (46%) ou que sobra algum no final do mês (49,2%). Estas características são reportadas como possíveis fatores protetores do isolamento social (Cudjoe et al., 2020; Flaskerud, 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2021). Contudo, não se verificaram no nosso estudo diferenças estatisticamente significativas entre grupos, assinaladas na literatura: i) morar sozinho (Cudjoe et al., 2020; Flaskerud, 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Luo et al., 2021; Malcolm et al., 2019); ii) ser solteiro/viúvo (Cudjoe et al., 2020; Luo et al., 2021); iii) a baixa

escolaridade (Cudjoe et al., 2020; Luo et al., 2021); iv) baixos recursos económicos (Courtin & Knapp, 2017; Cudjoe et al., 2020; Fakoya et al., 2020; Luo et al., 2021), e que são fatores de risco que foram identificados como potenciadores de isolamento social.

Na literatura verifica-se, assim, que o isolamento social tem inúmeros fatores de risco que segundo Howat e colaboradores (2004), podem ser dividido em seis categorias: i) demográfica (e.g., viúvos); ii) ambiental (e.g., segurança do local da casa; morar sozinho; composição familiar); iii) física (e.g., incapacidade funcional); iv) psicológica (e.g., depressão; declínio cognitivo); v) económica (e.g., reformas baixas/salário); e vi) transições de vida (e.g., perda de algum familiar).

Apesar de não termos encontrado no nosso estudo diferenças estatisticamente significativas entre estes dados sociodemográficos e o isolamento social, verifica-se que os fatores demográficos e ambientais poderão ser possíveis fatores protetores com o efeito de poder minimizar o risco de isolamento social.

Outro fator que pode apresentar um efeito protetor em relação ao isolamento social é a ocupação profissional. No presente estudo, o grupo de pessoas que se encontram ativas profissionalmente apresentaram níveis significativamente mais baixos de isolamento social do que os restantes grupos, o que vai ao encontro do reportado na literatura. Segundo a OMS (2015) as pessoas que não se encontram integradas no mundo de trabalho apresentam um risco mais elevado de isolamento social. Ainda a destacar o facto de o grupo de reformados/aposentados também ter revelado níveis mais baixos de isolamento social comparativamente com os desempregados, apesar de na literatura, o processo da reforma (Luo et al., 2021) ser considerado um fator de risco para o isolamento social. O facto de os resultados deste estudo diferirem da literatura pode resultar da condição ativa dos inquiridos, visto encontrarem-se integrados em atividades comunitárias, vistas na literatura como um fator protetor do isolamento social (Luo et al, 2021).

Segundo Freedman e Nicolle (2020) um dos fatores de risco que identificam para o isolamento social é a perda da carta de condução. Neste estudo, verificou-se que a maioria da amostra possui carta (63,6%) e continua a conduzir (86,2%), podendo o mesmo indicar que possuir carta de condução poderá ser um fator protetor para minimizar os

riscos de isolamento social, pois tal permite ao indivíduo maior mobilidade e acesso a atividades/convívios, entre outras.

Também as novas tecnologias da informação e o número de filhos parecem apresentar-se com um efeito protetor. Os participantes que utilizam as novas tecnologias e têm mais filhos apresentam níveis mais baixos de isolamento social. Segundo Fakoya e colaboradores (2020) e Luo e colaboradores (2021) a menor frequência de contatos sociais mensais e redes sociais empobrecidas potenciam para um maior risco de isolamento social, visto que as novas tecnologias permitem uma comunicação rápida e com maior frequência com o mundo/familiares a partir de um só clique. Este dado também pode ter tido maior revelo, devido às medidas impostas pela Direção-Geral da Saúde (isolamento social) que visava a minimização da propagação da COVID-19, no qual, as novas tecnologias permitiram colmatar a medida imposta de forma rápida e eficaz.

Por fim, os dados obtidos no nosso estudo indicam que os indivíduos que se “sentem menos sós” apresentam riscos mais baixos de isolamento do que os restantes grupos. O conceito de isolamento social e de solidão não são sinónimos, mas encontram-se relacionados entre si (Biordi & Nicholson, 2013). Embora estes conceitos sejam distintos, a solidão e o isolamento social, necessitam de ser avaliados em conjunto para se compreender os seus impactos na saúde (Beller & Wagner, 2018; Malcolm et al., 2019), percebendo-se neste estudo, que as pessoas que se sentiam menos sós, apresentavam níveis de isolamento social mais baixos.

No que respeita a analisar a satisfação com a vida das pessoas mais velhas na comunidade, verificou-se que os inquiridos se encontravam moderadamente satisfeitos com a vida, o que vai ao encontro do estudo de Jørgensen e colaboradores (2021), no qual verificaram que a maioria da sua amostra se encontrava bastante satisfeita com a vida como um todo.

As pessoas que viviam numa área suburbana; que estão casados(as)/união de facto; que têm “dinheiro que sobra” no fim do mês; que vivem em casal; e que se sentem “menos sós” estavam mais satisfeitas com a vida do que os restantes grupos. A influencias das variáveis sociodemográficas e a satisfação com a vida foi reportado em outros estudos (Ammar et al., 2020; Jørgensen et al., 2021; Rapoport, 2019). Deste modo, os baixos

rendimentos (Rapoport, 2019), o morar sozinho (Jørgensen et al., 2021) e o sentir-se só (Ammar et al., 2020) são indicadores prejudiciais para os níveis de satisfação com a vida.

No que respeita à relação entre satisfação com a vida e isolamento social, verificou-se que as pessoas que se encontravam satisfeitas com a vida são as que apresentam menos risco de isolamento social (correlação positiva), tal como verificado em outros estudos (Courtin & Knapp, 2017; Jørgensen et al., 2021). A satisfação com a vida é vista como o oposto do isolamento social (Fakoya et al., 2020; Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2009; Nicholson et al., 2019) e quando as pessoas apresentam índices de satisfação com a vida apresentam melhores indicadores de saúde e de longevidade (Jørgensen et al., 2021).

Por fim, verificou-se uma correlação mais elevada entre a dimensão EIS “pertença” e a satisfação com a vida, o que corrobora outros estudos. A satisfação com a vida consiste numa avaliação subjetiva que os indivíduos fazem sobre a sua vida (Siqueira & Padovam, 2008) e o EIS “pertença” é considerada uma dimensão mais subjetiva do isolamento social, visto este domínio ser composto por: i) sentimentos de pertença; ii) relacionamentos gratificantes; e iii) envolvimento com as outras pessoas (Nicholson et al., 2019). Estes dados são semelhantes aos do nosso estudo, considerando que a nossa amostra apresenta um baixo nível de isolamento social, maioritariamente não se sente sós e participa ativamente em atividades da comunidade.

8. Limitações e perspetivas do estudo

As limitações do estudo focam-se principalmente no tipo de amostragem que foi realizada (amostragem não-probabilística, de conveniência) que não permite generalizações e pelo perfil de pessoas que foram inquiridas neste estudo (ativas/envolvidas em atividades da comunidade). Além disso, quem se encontrava isolado socialmente pode não ter tido conhecimento das atividades/programas que a comunidade tem ao seu dispor e, portanto, eles podem estar sub-representados neste estudo.

Considerando que o isolamento social está associado a graves consequências para a saúde e bem-estar das pessoas mais velhas que o vivenciam, salienta-se a importância de

futuros estudos analisarem esta problemática do isolamento social, a fim de se conhecerem todos os contornos negativos que este fenómeno representa para a população mais velha residente em comunidade.

Outra limitação deste estudo prende-se com o facto de o processo de recolha de dados ter decorrido durante a pandemia, o que pode ter impedido o acesso a pessoas que se encontravam isoladas socialmente. Adicionalmente, todos os inquiridos possuíam uma boa mobilidade, o que lhes permitiu irem ao encontro do entrevistador, podendo este ser considerado um fator protetor.

Desta forma, seria importante em próximos estudos que visem esta problemática, inquirir pessoas mais velhas da comunidade isoladas que se encontrem sinalizados pela Guarda Nacional Republicana. O acesso a estes dados e pessoas permitirão avaliar os riscos do isolamento social e auxiliar na criação de diretrizes para futuros programas/intervenções na minimização do isolamento social, a fim de providenciar um envelhecimento ativo e saudável e com mais qualidade de vida.

PARTE IV – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conclusão

Neste estudo foi realizado a confiabilidade teste-reteste da Escala de Isolamento Social, desenvolvida por Nicholson e colegas (2019), traduzida, adaptada e validada para a população portuguesa por Tavares e colaboradores (2020). Os resultados obtidos evidenciaram uma boa confiabilidade temporal deste instrumento.

Este trabalho permitiu conhecer melhor a temática do isolamento social das pessoas mais velhas que vivem na comunidade, bem como os fatores de risco de quem o vivencia e conhecer mais concretamente possíveis fatores protetores para a minimização do isolamento social. Os dados obtidos no presente estudo permitem constatar que ser ativo profissionalmente; ser-se reformado/aposentado; possuir carta de condução; usar as novas tecnologias e/ou redes sociais; ter mais filhos; e sentir-se “menos sós”, podem ser vistos como fatores protetores, ao minimizarem o risco de isolamento social.

Outro dado importante deste estudo, consiste nos resultados obtidos na satisfação com a vida, verificando-se que os inquiridos desta amostra revelaram moderados níveis de satisfação com a vida, podendo se verificar que as pessoas que vivem na área suburbana; pessoas casadas/união de facto; pessoas com uma situação financeira favorável; possuir um suporte familiar; e a ausência de sentimentos de solidão são fatores que influenciam positivamente os níveis de satisfação com a vida.

Conclui-se assim, que as pessoas que estão mais satisfeitas com a vida apresentam menor risco de isolamento social, visto que, se verificou que quanto menos isolado se está, melhores níveis de satisfação com a vida de obtém.

REFERÊNCIAS:

- Agogo, G. O., Van der Voet, H., Van'T Veer, P., Ferrari, P., Leenders, M., Muller, D. C., Sánchez-Cantalejo, E., Bamia, C., Braaten, T., Knüppel, S., Johansson, I., Van Eeuwijk, F. A., & Boshuizen, H. (2014). Use of two-part regression calibration model to correct for measurement error in episodically consumed foods in a single-replicate study design: EPIC case study. *PLoS ONE*, *9* (11), 1–15. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0113160>
- Ammar, A., Chtourou, H., Boukhris, O., Trabelsi, K., Masmoudi, L., Brach, M., Bouaziz, B., Bentlage, E., How, D., Ahmed, M., Mueller, P., Mueller, N., Hsouna, H., Aloui, A., Hammouda, O., Paineiras-Domingos, L. L., Braakman-Jansen, A., Wrede, C., Bastoni, S., ... Hoekelmann, A. (2020). Covid-19 home confinement negatively impacts social participation and life satisfaction: A worldwide multicenter study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *17* (17), 1–17. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176237>
- Baarck, J., Balahur, A., Cassio, L., d'Hombres, B., Pásztor, Z., & Tintori, G. (2021). *Loneliness in the EU: Insights from surveys and online media data*. European Commission.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, *2* (5), 611–626.
- Beller, J., & Wagner, A. (2018). Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality. *Health Psychology*, *37* (9), 808–813. <https://doi.org/10.1037/hea0000605>
- Berkman, L. F., Glass, T., Brissette, I., & Seeman, T. E. (2000). From social integration to health: Durkheim in the new millennium. *Social Science & Medicine*, *51*, 843–857. www.elsevier.com/locate/socscimed
- Berkman, L. F., & Syme, S. L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality: A nine-year follow-up study of alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*, *109* (2), 186–204.

- Biordi, D. L., & Nicholson, N. R. (2013). Social isolation. In I. M. Lubkin & P. D. Larsen (Eds.), *Chronic illness. Impact and intervention (8th ed.)* (pp. 97–132). Jones & Bartlett Learning.
- Biordi, D. L., & Nicholson, N. R. (2014). Social Isolation. In M. L. Kramar-Kile & J. C. Osuji (Eds.), *Chronic illness in Canada. Impact and intervention* (pp. 121–155). Jones & Bartlett Learning.
- Borson, S., Scanlan, J. M., Chen, P., & Ganguli, M. (2003). The Mini-Cog as a screen for dementia: Validation in a population-based sample. *American Geriatrics Society, 51* (10), 1451–1454.
- Borson, S., Scanlan, J., Michael Brush, 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*, 1021–1027.
- Cacioppo, J. T., Hawkley, L. C., Norman, G. J., & Berntson, G. G. (2011). Social isolation. *Annals of the New York Academy of Sciences, 1231* (1), 17–22. <https://doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06028.x>
- Clair, R., Gordon, M., Kroon, M., & Reilly, C. (2021). The effects of social isolation on well-being and life satisfaction during pandemic. *Humanities and Social Sciences Communications, 8* (1), 1–6. <https://doi.org/10.1057/s41599-021-00710-3>
- Comissão Europeia (2020). *A UE em 2020; Relatório geral sobre a atividade da união europeia*. <https://doi.org/10.2775/837758>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2017). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health and Social Care in the Community, 25* (3), 799–812. <https://doi.org/10.1111/hsc.12311>
- Cramer, K. M., & Lake, R. P. (1998). The preference for solitude scale: Psychometric properties and factor structure. *Pergamon, 24* (2), 193–199.
- Cudjoe, T. K. M., Roth, D. L., Szanton, S. L., Wolff, J. L., Boyd, C. M., & Thorpe, R. J. (2020). The epidemiology of social isolation: National health and aging trends study.

Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences, 75 (1), 107–113. <https://doi.org/10.1093/geronb/gby037>

Delisle, M. A. (1988). What does solitude mean to the aged? *Canadian Journal on Aging*, 7 (4), 358–371.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 95 (3), 542–575.

Diener, E. D., & Lucas, R. E. (2000). Explaining differences in societal levels of happiness: Relative standards, need fulfillment, culture, and evaluation theory. *Journal of Happiness Studies*, 1, 41–78.

Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*, 49 (1), 71–75. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13

Direção-Geral de Saúde (2017). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025. Proposta do grupo de trabalho interministerial (Despacho n.º12427/2016). DGS.

Dossey, L. (2021). Isolation and solitude in the covid era. *Explore*, 17 (1), 1–2. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2020.10.010>

Dumitrache, C. G., Rubio, L., & Rubio-Herrera, R. (2018). Extroversion, social support and life satisfaction in old age: A mediation model. *Aging and Mental Health*, 22 (8), 1063–1071. <https://doi.org/10.1080/13607863.2017.1330869>

Dziechciaż, M., & Filip, R. (2014). Biological psychological and social determinants of old age: Bio-psycho-social aspects of human aging. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 21 (4), 835–838. <https://doi.org/10.5604/12321966.1129943>

Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. *Biology, Medicine, Genome (BMC) Public Health*, 20 (1), 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>

- Flaskerud, J. H. (2020). Loneliness, social isolation, morbidity and social networks. *Issues in Mental Health Nursing*, 41 (7), 650–654. <https://doi.org/10.1080/01612840.2019.1705947>
- Fontaine, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Climepsi Editores.
- Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Isolement social et solitude: Les nouveaux géants gériatriques. Approche à l'intention des soins primaires. *Canadian Family Physician / Le Médecin de Famille Canadien*, 66, 78–85.
- Fried, L., Prohaska, T., Burholt, V., Burns, A., Golden, J., Hawkley, L., Lawlor, B., Leavey, G., Lubben, J., O'Sullivan, R., Perissinotto, C., van Tilburg, T., Tully, M., & Victor, C. (2020). A unified approach to loneliness. *The Lancet*, 395 (10218), 114–114. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)32533-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)32533-4)
- Guarda Nacional Republicana (2017). *Operação Censos Sénior 2017 – Resultados*. <https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4206>
- Guarda Nacional Republicana (2021). *Operação Censos Sénior 2021 – Balanço*. <https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4625>
- Hamczyk, M. R., Nevado, R. M., Baretino, A., Fuster, V., & Andrés, V. (2020). Biological versus chronological aging: JACC focus seminar. *Journal of the American College of Cardiology*, 75 (8), 919–930. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2019.11.062>
- Hawkley, L. C., Browne, M. W., & Cacioppo, J. T. (2005). How can I connect with thee? Let me count the ways. *Psychological Science*, 16 (10), 798–804.
- Hawthorne, G. (2006). Measuring social isolation in older adults: Development and initial validation of the friendship scale. *Social Indicators Research*, 77 (3), 521–548. <https://doi.org/10.1007/s11205-005-7746-y>
- Hawton, A., Green, C., Dickens, A. P., Richards, S. H., Taylor, R. S., Edwards, R., Greaves, C. J., & Campbell, J. L. (2011). The impact of social isolation on the health status and health-related quality of life of older people. *Quality of Life Research*, 20 (1), 57–67. <https://doi.org/10.1007/s11136-010-9717-2>

- Heale, R., & Twycross, A. (2015). Validity and reliability in quantitative studies. *Evidence-Based Nursing*, 18(3), 66–67. <https://doi.org/10.1136/eb-2015-102129>
- Holt-Lunstad, J. (2020). The double pandemic of social isolation and COVID-19: Cross-sector policy must address both. *Health Affairs Blog*. <https://doi.org/10.1377/hblog20200609.53823>
- Holt-Lunstad, J., & Smith, T. B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for CVD: implications for evidence-based patient care and scientific inquiry. *Heart*, 102(13), 987–989. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-309242>
- Howat, P., Iredell, H., Grenade, L., Nedwetzky, A., & Collins, J. (2004). Reducing social isolation amongst older people - Implications for health professionals. *Geriatrics*, 22(1), 13–20. <https://www.researchgate.net/publication/251879965>
- Iliffe, S., Kharich, 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. *British Journal of General Practice*, 57, 277–282. <https://www.researchgate.net/publication/51378100>
- Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções de população residente - 2015 - 2080. *Instituto Nacional de Estatísticas*, 1–19.
- Instituto Nacional de Estatística (2021). *Censos 2021 - Resultados provisórios*. Instituto Nacional de Estatísticas. https://ine.pt/scripts/db_censos_2021.html
- Jiang, Y., Yan, Y., Wang, X., Zhu, G., & Xu, Y. J. (2016). Hecpidin inhibition on the effect of osteogenesis in zebrafish. *Biochemical and Biophysical Research Communications*, 476(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.bbrc.2016.05.118>
- Jørgensen, S., Hedgren, L., Sundelin, A., & Lexell, J. (2021). Global and domain-specific life satisfaction among older adults with long-term spinal cord injury. *Journal of Spinal Cord Medicine*, 44(2), 322–330. <https://doi.org/10.1080/10790268.2019.1610618>
- Jung, Y. K., & Lee, J. H. (2018). A study on concept analysis of loneliness. *Journal of Korean Clinical Health Science*, 6(2), 1097–1105. <https://doi.org/10.15205/kschs.2018.12.31.1097>

- Kobau, R., Snizek, J., Zack, M. M., Lucas, R. E., & Burns, A. (2010). Well-being assessment: An evaluation of well-being scales for public health and population estimates of well-being among US adults. *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2 (3), 272–297. <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2010.01035.x>
- Koenig, H. G., Westlund, R. E., Linda George, M. K., Hughes, D. C., Blazer, D. G., & Hybels, C. (1993). Abbreviating the duke social support index for use in chronically ill elderly individuals. *Psychosomatics*, 34, 61–69.
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15 (2), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kusier, A. O., & Folker, A. P. (2021). The satisfaction with life scale: Philosophical foundation and practical limitations. *Health Care Analysis*, 29 (1), 21–38. <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00420-y>
- Kyriazos, T. A. (2018). Applied psychometrics: Sample size and sample power considerations in factor analysis (EFA, CFA) and SEM in General. *Psychology*, 09 (08), 2207–2230. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.98126>
- Landeiro, F., Barrows, P., Nuttall Musson, E., Gray, A. M., & Leal, J. (2017). Reducing social isolation and loneliness in older people: A systematic review protocol. *BMJ Open*, 7 (5), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013778>
- Laranjeira, C. A. (2009). Preliminary validation study of the Portuguese version of the satisfaction with life scale. *Psychology, Health and Medicine*, 14 (2), 220–226. <https://doi.org/10.1080/13548500802459900>
- Larson, R. W. (1990). The solitary side of life: An examination of the time people spend alone from childhood to old age. *Developmental Review*, 10, 155–183.
- Lien-Gieschen, T. (1993). Validation of social isolation related to maturational age: Elderly. *Nursing Diagnosis*, 4 (1), 37–44.
- Lubben, J., Blozik, E., Gillmann, G., Iliffe, S., von Kruse, W. R., Beck, J. C., & Stuck, A. E. (2006). Performance of an abbreviated version of the Lubben social network scale

- among three European community-dwelling older adult populations. *The Gerontologist*, 46 (4), 503–513. <https://doi.org/10.1093/geront/46.4.503>
- Luo, F., Guo, L., Thapa, A., & Yu, B. (2021). Social isolation and depression onset among middle-aged and older adults in China: Moderating effects of education and gender differences. *Journal of Affective Disorders*, 283, 71–76. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.01.022>
- Maher, J. P., & Conroy, D. E. (2017). Daily life satisfaction in older adults as a function of (in)activity. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 72 (4), 593–602. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv086>
- Malcolm, M., Frost, H., & Cowie, J. (2019). Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: A systematic review and meta-analysis protocol. *Systematic Reviews*, 8 (1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s13643-019-0968-x>
- Mayers, A. M., Khoo, S. T., & Svartberg, M. (2002). The existential loneliness questionnaire: Background, development, and preliminary findings. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (9), 1183–1193. <https://doi.org/10.1002/jclp.10038>
- 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>
- Mehrabi, F., & Béland, F. (2020). Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 90, 1–16. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2020.104119>
- National Academies of Sciences Engineering and Medicine (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. <https://doi.org/10.17226/25663>

- Nicholson, N. R. (2009). Social isolation in older adults: An evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (6), 1342–1352. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04959.x>
- Nicholson, N. R. (2012). A review of social isolation: An important but underassessed condition in older adults. *Journal of Primary Prevention*, 33 (2–3), 137–152. <https://doi.org/10.1007/s10935-012-0271-2>
- Nicholson, N. R. (2021). Social Isolation. In P. D. Larsen (Ed.), *Lubkin's chronic illness. Impact and intervention (11.th Ed.)* (pp. 25–47). https://books.google.pt/books?id=bwpDEAAAQBAJ&pg=PA373&dq=Social+isolation.+Lubkin%E2%80%99s+chronic+illness:+Impact+and+intervention++PDF&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwjF7fjZq_zzAhWYg_0HHcwMBS8Q6AF6BAGCEAI#v=onepage&q&f=true
- Nicholson, N. R., Feinn, R., Casey, E. A., Dixon, J., & Meeks, S. (2019). Psychometric evaluation of the social isolation scale in older adults. *The Gerontologist*, 60 (7), E491–E501. <https://doi.org/10.1093/geront/gnz083>
- O'Donohue, W., & Nelson, L. (2014). Alienation: An old concept with contemporary relevance for human resource management. *International Journal of Organizational Analysis*, 22 (3), 301–316. <https://doi.org/10.1108/IJOA-01-2012-0541>
- Organisation Mondiale de la Santé (1999). Glossaire de la promotion de la santé Organisation mondiale de la santé Genève. OMS.
- Organização das Nações Unidas (2019). *Envelhecimento*. <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- Organização das Nações Unidas (2020). *Decade of healthy ageing. 2020-2030*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52902>
- Pais-Ribeiro, J. L. (1999). Escala de satisfação com o suporte social (ESSS). *Análise Psicológica*, 17 (3), 547–558.

- Pavot, W., & Diener, E. (2008). The satisfaction with life scale and the emerging construct of life satisfaction. *Journal of Positive Psychology, 3* (2), 137–152. <https://doi.org/10.1080/17439760701756946>
- Pavot, W., & Diener, E. (2009). Review of the satisfaction with life scale. In E. Diener (Ed.), *Assessing well-being* (Vol. 39, pp. 101–117). Springer Netherlands. <https://doi.org/10.1007/978-90-481-2354-4>
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1984). Loneliness research: A survey of empirical findings. In L. A. Peplau & S. E. Goldston (Eds.), *Preventing the harmful consequences of severe and persistent loneliness* (pp. 13–46). US Government Printing Office.
- Perlman, D., & Peplau, L. A. (1998). Loneliness. *Encyclopedia of Mental Health*, 571–581.
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação psicométrica da escala UCLA-Loneliness para idosos portugueses. *Interações, 18*, 65–77.
- PORDATA (2016). Retrato de Portugal. Edições 2016. *Fundação Francisco Manuel Dos Santos*.
- Prohaska, T., Burholt, V., Burns, A., Golden, J., Hawkey, L., Lawlor, B., Leavey, G., Lubben, J., O’Sullivan, R., Perissinotto, C., Van Tilburg, T., Tully, M., Victor, C., & Fried, L. (2020). Consensus statement: Loneliness in older adults, the 21st century social determinant of health? *BMJ Open, 10* (8), e034967. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034967>
- Rapoport, M. (2019). Life satisfaction in older adults in Spain: Beyond subjective health. *International Psychogeriatrics, 31* (2), 167–168. <https://doi.org/10.1017/S1041610218002132>
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão portuguesa da escala breve de redes sociais de Lubben (LSNS-6) Portuguese version of the abbreviated Lubben social network scale (LSNS-6). *Revista Temática Kairós Gerontologia, 15* (1), 217–234.

- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (2015). Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 70 (4), 593–596. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbv025>
- Russell, D. (1996). UCLA loneliness scale version 3. *Journal of Personality Assessment*, 66, 20–40.
- Russell, D., Peplau, L. A., & Ferguson, M. L. (1978). UCLA loneliness scale. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290–294.
- Scanlan, J., & Borson, S. (2001). The Mini-Cog: Receiver operating characteristics with expert and naïve raters. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16, 216–222.
- Silva, A. R. F. (2022). *Validação da escala de isolamento social para pessoas idosas Portuguesas residentes na comunidade*. Universidade de Aveiro.
- Simões, A. (1992). Ulterior validação de uma escala de satisfação com a vida (SWLS). *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 26, 503–515.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: Teorias e Pesquisa*, 24 (2), 201–209.
- Tavares, J., Silva, S., & Marques, F. (2020, October). Social isolation scale: Portuguese version: A content validity study. *EuGMS E-Congress "Covid-19: Lessons and Challenges for Health Care for Older Adults"*. *Abstracts of the 16th International E-Congress of the European Geriatric Medicine Society*.
- Valtorta, N. K., Kanaan, M., Gilbody, S., Ronzi, S., & Hanratty, B. (2016). Loneliness and social isolation as risk factors for coronary heart disease and stroke: Systematic review and meta-analysis of longitudinal observational studies. *Heart*, 102 (13), 1009–1016. <https://doi.org/10.1136/heartjnl-2015-308790>
- Veazie, S., Gilbert, J., Winchell, K., Paynter, R., & Guise, J. M. (2019). Rapid evidence product addressing social isolation to improve the health of older adults: A rapid review. *Agency for Healthcare Research and Quality*. www.ahrq.gov

- Vitor, C., Scambler, S., Bond, J., & Bowling, A. (2000). Being alone in later life: Loneliness, social isolation and living alone. *Clinical Gerontology, 10*, 407–417.
- Weiss, R. S. (1973). Loneliness: The experience of emotional and social isolation. *Contemporary Sociology: A Journal of Reviews, 4* (2), 171–173.
- World Health Organization (1998). *Programme on mental health. WHOQOL user manual*. http://www.who.int/mental_health/evidence/who_qol_user_manual_98.pdf
- World Health Organization (2002). *Active ageing. A policy framework*. <http://www.who.int/hpr/>
- World Health Organization (2015). Global strategy and action plan on ageing and health. *World Health Organization*.
- Zavaleta, D., Samuel, K., & Mills, C. (2014). Social isolation: A conceptual and measurement proposal. *Oxford Poverty & Human Development Initiative Work, 67*, 1–64. <http://www.ophi.org.uk>
- Zavaleta, D., Samuel, K., & Mills, C. T. (2017). Measures of social isolation. *Social Indicators Research, 131* (1), 367–391. <https://doi.org/10.1007/s11205-016-1252-2>

ANEXO 1

Tabela 7

Etapas da tradução e adaptação cultural da EIS

Etapas	Procedimento
I – Preparação	Solicitado autorização ao autor do instrumento, Nicholas Nicholson. O autor foi convidado a participar neste processo para esclarecer qualquer dúvida.
II – Tradução	Um tradutor realizou a tradução de inglês para português de todos as perguntas, itens e resultados da escala, num total de 14.
III– Reconciliação	A tradução inicial foi revista e adaptada pelos investigadores. Após a revisão e discussão para consenso, obteve-se a primeira versão da EIS-V1.
IV - Retroversão	A EIS-V1 foi enviada a um tradutor para a retro tradução para o inglês.
V – Revisão da retroversão	A retroversão foi avaliada pela equipa de investigadores e autor original da escala com objetivo de assegurar a equivalência conceptual da retroversão. As discrepâncias foram discutidas com o autor original e tradutores da escala.
VI – Harmonização	Essa fase consistiu em uma reunião entre os diferentes tradutores para comparação das versões, com análise de item por item. Dessa análise resultou a EIS-V2.
VII – Debriefing cognitivo	A EIS-2 será aplicado a pessoas idosas para verificar a sua compreensão e significada, para identificar qualquer ambiguidade de entendimento.
VIII - Review of cognitive debriefing results and finalization	A equipa de Investigação irá rever os resultados e as sugestões dos participantes e proceder às alterações que foram pertinentes. Nesta fase resultará a versão EIS-V3.
IX – Proofreading	No final da tradução, um professor de língua portuguesa irá rever a versão final da EIS.

Após a primeira avaliação, seis itens apresentaram Índice de Validade de Conteúdo (IVC) <0.8. Após a revisão, a segunda avaliação apresentou sete itens com IVC≥0.89 e os restantes IVC=1. O valor médio do IVC foi de 0.95, a concordância universal do IVC foi de 0.5 e os valores de probabilidade de mudança ocorrer variaram entre 0.018 e 1. O Kappa modificado apresentou valores excelentes que variaram entre 0.89 e 1.

APÊNDICE A

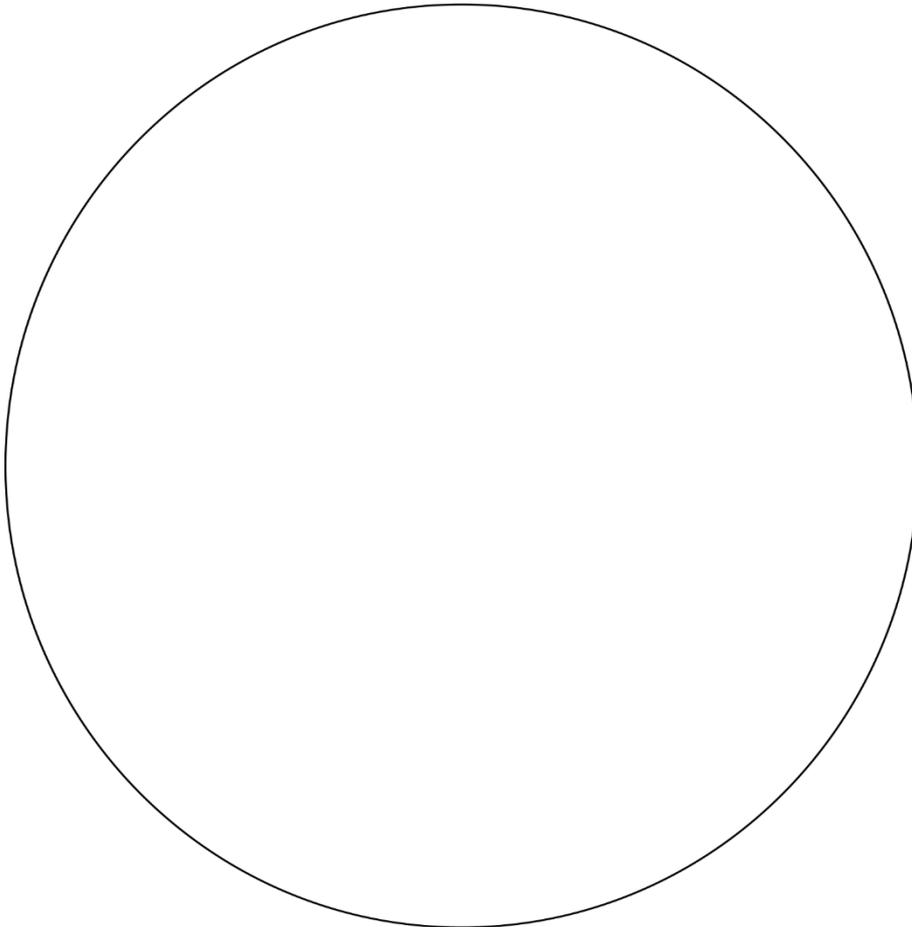
Questionário

Parte I - Rastreio

Número de questionário:

MiniCog:

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



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

Parte II
QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade (anos):

3. Área de residência:

Rural suburbana Urbana

3.1 . Onde vive?

Vivenda/moradia Apartamento Outro

Qual? _____

4. Estado civil atual:

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

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

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

6. Quantos anos de educação formal: _____

7. Com quem vive?

Em casal Com família alargada Sozinho Outra situação

Qual? _____

7.1 – Quantos filhos tem: _____

8. Situação profissional

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

Qual? _____

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

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

10. Tem animais de companhia (estimação) Sim Não

Qual? _____

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



11. Usa tecnologias e/ou redes sociais Sim Não

Qual? _____

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



13 - Costuma sentir-se só?

Sempre Muitas vezes Algumas vezes Nunca

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 Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6)

(Ribeiro *et al.*, 2012)

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

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

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

1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

Escala de satisfação com a vida

(Simões, 1992)

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

Escala de Satisfação com o Suporte social

(País-Ribeiro, 1999)

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

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1. Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2. Não saio com amigos tantas vezes quanto gostaria	A	B	C	D	E
3. Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4. Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente 0,78 amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5. Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E

6. Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7. Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8. Gostava de participar mais em atividades de organizações (p. ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9. Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família					
11. Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12. Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13. Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14. Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15. Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Escala de Depressão Geriátrica – 4 (Versão Portuguesa)

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

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

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

* ITEM INVERTIDO

APÊNDICE B

2 - Folha de Consentimento Informado estudantes

Informação ao Participante

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

Enquadramento: Esta investigação pretende validar um instrumento de avaliação do isolamento social e analisar este fenómeno nas pessoas idosas residente na comunidade.

Explicação do estudo: O presente estudo tem como principal objetivo: 1) analisar as propriedades psicométricas da escala de isolamento social (EIS) nas pessoas idosas. Como objetivos específicos: (a) traduzir, adaptar linguística e culturalmente e validar da EIS para a população portuguesa; (b) analisar as propriedades psicométricas, nomeadamente a fiabilidade e validade concorrente da EIS; (c) caracterizar o isolamento social das pessoas idosas; (d) analisar a relação entre o isolamento social e as variáveis sociodemográficas e clínicas.

Estudo de validade, em que a sua participação irá decorrer na fase de recolha de dados. Não existe qualquer risco, desconforto ou custo adicional se aceitar participar neste estudo. O direito de recusa está garantido, em qualquer altura, sem qualquer prejuízo ou consequência para o seu processo de ensino-aprendizagem. Se consentir integrar este projeto, após esclarecimento informado, livre e esclarecido, irá receber uma formação de 2 horas e um protocolo de recolha dos dados. Depois de concluído o estudo poderá ter acesso aos resultados através de consulta pública ou contactando diretamente os investigadores. Esperamos, com este estudo, poder contribuir para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, assim como para o desenvolvimento da Gerontologia em Portugal.

Condições: Este estudo será previamente aprovado pela Comissão de Ética (CE) da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E) da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Confidencialidade e anonimato: As informações obtidas serão mantidas em absoluto sigilo, ficando sob responsabilidade dos investigadores. Os dados serão codificados pelos investigadores e introduzidos numa base de dados, pelo que os elementos de identidade do estudante que recolheu os dados serão sempre tratados de modo estritamente confidencial e anónimo. A base de dados poderá ser consultada pelos/as investigadores/as e os resultados poderão ser objeto de publicação.

Disponibilidade para esclarecimento de dúvidas: Se tiver qualquer dúvida ou preocupação sobre o estudo, agora ou em qualquer altura, poderá contactar os investigadores através do seguinte contacto:

João Tavares - e-mail: joaoptavares@ua.pt

Sofia Silva – e-mail: sofiace@esec.pt

Filipa Marques – e-mail: fdmarques@esec.pt

Nuno Lavado – e-mail: nlavado@isec.pt

O investigador responsável,

João Tavares

Termo de Consentimento Informado para Participação em Investigação

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

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

Investigador responsável: João Tavares

Parecer favorável da Comissão de Ética:

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

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

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

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

Assinatura do/a participante:

Data:

Assinatura do/a investigador/a:

Data:

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

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

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

