

Proposta de criação de um indicador para sinalização de pessoas idosas em risco de solidão e isolamento social

Hélder Alves^{1,2}, Joana Guedes^{1,3}, Idalina Machado^{1,4}, Sara Melo^{1,4}

¹ ISSSP, Instituto Superior de Serviço Social do Porto

² INESC TEC

³ CLISSIS, Centro Lusíada de Investigação em Serviço Social e Intervenção Social

⁴ IS-UP, Instituto de Sociologia - Universidade do Porto

Resumo

A solidão e o isolamento social de adultos mais velhos têm-se constituído como preocupações sociais e de saúde pública crescentes na nossa sociedade cada vez mais envelhecida. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021), o isolamento social e a solidão entre os idosos estão generalizados. Em alguns países, até 1 em cada 3 idosos são solitários e algumas das suas consequências são a redução do tempo de vida, a diminuição da saúde física e mental e, consequentemente, a redução da qualidade de vida.

Um dos desafios mais referenciado pelos técnicos e pelas instituições sociais que operam no campo da intervenção gerontológica consiste, não obstante, em encontrar uma metodologia assente em indicadores que, de forma simples e objetiva, conduzam à sinalização deste tipo de situações de isolamento e de solidão. O que se pretende é objetivar a identificação de fatores de risco que conduzam os profissionais a diagnosticarem a solidão e o isolamento social, particularmente quando estas condições obrigam à agilização de intervenções minimizadoras e/ou reparadoras.

Neste estudo, propomos a criação de um indicador compósito para priorizar a sinalização de pessoas idosas em risco de isolamento social, que designamos por CISP (Critério de Intervenção Social Prioritária). Este indicador tem

por base a análise da informação recolhida através de cinco dos instrumentos mais importantes na área da avaliação gerontológica multidimensional, designadamente: Escala de Lubben; Índice de Barthel; Índice de Lawton; Teste de Declínio Cognitivo (6 itens - 6CIT) e a Escala de Depressão Geriátrica (15 itens - GDS-15). Desta forma, durante o ano de 2020, foi aplicado, a uma amostra de 235 pessoas com idades iguais ou superiores a 65 anos, um protocolo de recolha de informação contendo várias dimensões que incluíram dados desde as características sociodemográficas, autoavaliação dos recursos sociais, até aos diferentes instrumentos acima referenciados.

Os resultados obtidos permitiram verificar que o indicador proposto (CISP), de forma geral, estava de acordo com a indicação proveniente da autoavaliação dos recursos sociais, reforçando e validando a hipótese inicial em torno da utilidade deste indicador. Concluímos, assim, que o indicador pode ser utilizado pelos profissionais como método de sinalização de pessoas idosas em risco de isolamento social, facilitando o diagnóstico e a intervenção dirigida a uma das mais graves problemáticas da atualidade no campo da intervenção gerontológica.

Palavras-chave: risco de solidão e isolamento social, população idosa, intervenção social, gerontologia.

Enquadramento Teórico

É um facto inegável que o envelhecimento populacional caracteriza de uma forma muito particular o contexto português, desencadeando um conjunto de desafios com impacto profundo sobre o bem-estar dos adultos mais velhos, das suas famílias e das comunidades. É igualmente indiscutível que os fenómenos do isolamento social e da solidão dos mais velhos serão, provavelmente, dos resultados mais incontornáveis deste momento histórico exacerbado pelo surto de COVID-19.

Sabemos que o risco de isolamento social está associado à privação de contactos e de interação com pessoas significativas, designadamente familiares, amigos e vizinhos (Lubben, 1988). Sabemos, igualmente, que para além da ausência de contacto social ou familiar, o isolamento social está, não raras vezes, associado a uma ausência de envolvimento na comunidade ou com o mundo exterior e a uma ausência ou dificuldade no acesso a serviços (SNS

24, 2022). Ora, como sociedade, cabe-nos criar condições para combater este fenómeno, potenciando oportunidades para que os adultos mais velhos continuem a participar ativamente em atividades sociais, culturais e recreativas que reforcem as sociabilidades e elevem o envolvimento na vida comunitária.

Tratando-se de fenómenos frequentemente relacionados com a idade avançada, eles estão associados a fatores de risco a considerar. Estudos baseados na comunidade identificaram uma variedade de fatores de risco para a solidão/isolamento, incluindo a viuvez, nenhum filho (sobrevivente), morar sozinho, a deterioração da saúde e eventos da vida (por exemplo, perda e luto) (Grenade & Boldy, 2008). O isolamento social está também associado à pior qualidade do sono em adultos mais velhos (Yu *et al.*, 2018) e é mais comum entre as mulheres, entre pessoas com perdas auditivas ou limitações funcionais (Ramage-Morin, 2016). A necessidade de ajuda na realização das AVD, o avanço da idade e a doença de Alzheimer são ainda fatores indiciadores prováveis de isolamento social (Kotian *et al.*, 2018).

Por outro lado, não podemos ignorar as evidências de que o isolamento social, acompanhado ou não pela solidão subjetiva, afeta a saúde e a mortalidade, na mesma ordem de magnitude que fatores de risco como a hipertensão arterial, a obesidade e o tabagismo (Singer, 2018). De resto, ficou evidente o impacto que o isolamento social provocado pelo distanciamento social decorrente do COVID-19 provocou na saúde física e mental em adultos mais velhos (Sepúlveda-Loyola *et al.*, 2020), particularmente a associação significativa entre a solidão subjetiva e dimensões agravadas de depressão e ansiedade (Robb *et al.*, 2020).

Impõem-se, assim, abordagens reparadoras destas consequências, que promovam as conexões sociais, mobilizando os recursos dos membros da família, as redes e os recursos das comunidades, bem como o desenvolvimento quer de intervenções inovadoras baseadas na tecnologia, quer de métodos para identificar o isolamento social e a solidão a partir dos serviços de saúde (Wu, 2020) ou mesmo dos serviços sociais e dos projetos comunitários.

Num momento sócio histórico em que grande parte da população viveu, de algum modo, experiências de maior distanciamento social ou mesmo de isolamento social, urge a construção de indicadores de diagnóstico e de monitorização de risco de isolamento e solidão, particularmente quando pensamos em públicos mais velhos ou com necessidades particulares. Com efeito, a COVID-19 veio alertar para uma necessidade acrescida dos profissionais

que trabalham na área da gerontologia dedicarem especial preocupação ao diagnóstico das situações de solidão e de isolamento social, enquanto parte essencial de uma avaliação contínua de necessidades (Melo, Guedes & Ribeiro, 2020). Para o efeito, não negligenciando a importância de indicadores individuais que por si só sejam úteis para avaliar as ligações sociais ou o isolamento social, o uso de escalas/instrumentos de avaliação fornecem variáveis parcimoniosas e contínuas que respondem a vários aspetos do isolamento social, o que pode ser especialmente útil para inclusão em análises multivariadas (Cornwell & Waite, 2009) que predizem resultados diversos ao nível do bem-estar geral e da saúde.

Metodologia

O objetivo deste trabalho visa sobretudo a criação de um indicador composto para priorizar a sinalização de pessoas idosas em risco de isolamento social, que designamos por Critério de Intervenção Social Prioritária (CISP), a partir da experiência desenvolvida no projeto Porto Importa-se.

O projeto Porto.Importa-se surge fruto de uma parceria entre a Domus Social - Empresa de Habitação e Manutenção do Município do Porto, EM e o Instituto Superior de Serviço Social do Porto, tendo como propósito combater o isolamento social das pessoas idosas residentes nos complexos habitacionais do município do Porto. Este objetivo conduziu à construção de um protocolo de recolha de informação que sustentasse um diagnóstico com potencial para evidenciar as eventuais situações de isolamento e fragilidade vivenciadas pelos participantes. De entre as áreas visadas, destacam-se a habitação, os recursos económicos, a saúde e a capacidade funcional dos indivíduos, a utilização de serviços da comunidade e, de uma forma muito particular, os recursos sociais.

O propósito último seria o de criar condições para que os técnicos e as instâncias da comunidade pudessem ser conhecedores desses casos, intervindo sempre que necessário. Contudo, a definição de critérios de risco social foi sendo objeto de ampla discussão profissional e reflexão teórica.

Para o efeito, o indicador composto que cuja fiabilidade aqui se pretende testar tem por base a análise da informação recolhida através de cinco dos instrumentos mais importantes na área da avaliação gerontológica multidimensional, designadamente:

1. Escala de Lubben: a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) visa a avaliação do nível de apoio percebido e recebido por familiares, amigos e vizinhos. Validada para a população portuguesa (Ribeiro *et al.*, 2012), revela-se com elevado potencial para providenciar informação útil sobre as redes familiares e de amizade, conduzindo o investigador para um ponto de corte indiciador de risco de isolamento social;
2. Índice de Barthel: avalia o nível de independência do sujeito para a realização de dez atividades básicas de vida diária (ABVD), a designar: alimentação; vestir; banho; higiene corporal; uso da casa de banho; controlo intestinal; controlo vesical; subir escadas; transferência cadeira-cama; deambulação. O instrumento foi criado por Mahoney e Barthel (1965) e validado por Sequeira (2007), possibilitando a avaliação da capacidade funcional do idoso e o seu grau de dependência de forma global e de forma parcelar em cada atividade básica definida;
3. Índice de Lawton: trata-se de um instrumento que avalia a capacidade do sujeito assegurar um conjunto de oito atividades instrumentais de vida diária (AIVD), tais como, cuidar da casa, lavar a roupa, preparar a comida, ir às compras, utilizar o telefone, utilizar transportes, gerir o dinheiro e gerir a medicação, tanto de forma global como de forma parcelar, considerando cada grupo de atividades. Concebido por Lawton & Brody (1968) é utilizado a partir de uma versão de Sequeira (2007) em que cada maior pontuação corresponde a um maior grau de dependência;
4. Teste de Declínio Cognitivo (6 itens - 6CIT): trata-se de uma ferramenta breve de triagem cognitiva traduzida e adaptada para o português (Apóstolo, *et al.*, 2017). Este teste, aplicado de forma breve a pessoas idosas (2-3 minutos), apresenta elevados níveis de confiabilidade e validade quando usado para fins de triagem de comprometimento cognitivo. Trata-se de um instrumento composto por seis perguntas simples, não-culturais e que não exigem uma interpretação complexa
5. Escala de Depressão Geriátrica (15 itens - GDS-15): trata-se de uma escala inicialmente contruída por Yesavage *et al.* (1988) especificamente para ser identificar sintomas de depressão em pessoas idosas. Foi posteriormente elaborada uma versão mais curta da escala com 15 itens (GDS-15) a partir dos itens que mais fortemente se correlacionavam com a depressão. É um instrumento de heteroavaliação e incide sobre o modo como a pessoa idosa se tem sentido nos últimos tempos, particularmente na última semana. No trabalho apresentado foi usada a versão reduzida

de 15 itens proposta por Apóstolo (2012), considerando o tempo de aplicação bastante mais razoável para rastrear estados depressivos em contexto comunitário.

Metodologia para a criação do Critério de Intervenção Social Prioritária (CISP)

O critério de intervenção social prioritária cuja utilidade aqui se pretende testar foi composto na base de dois pressupostos: em primeiro lugar, considerar todos os indivíduos que apresentem risco grave de isolamento social tendo por base a escala de Lubben, com ponto de corte inferior ou igual a seis pontos; em segundo lugar, considerar o risco de isolamento social definido pela escala de Lubben, considerando o ponto de corte de 11, sempre que as pessoas idosas acumulem pelo menos uma vulnerabilidade adicional, relacionada com o desempenho em atividades de vida diária básicas e instrumentais ou declínio cognitivo ou sintomatologia depressiva, tal como indicado a seguir:

1. Risco grave de Isolamento Social - Lubben score ≤ 6 pontos (não precisa acumular com outra “vulnerabilidade”).
2. Risco de isolamento social – *score* de Lubben entre 7 e 11 pontos e ACUMULAR com pelo menos uma das seguintes “vulnerabilidades”:
 - 2.1. Desempenho em Atividades básicas de vida diária (AVD - básico), indicando dependência moderada, grave ou total (*score* de Barthel < 55 pontos)
 2. 2. Desempenho em atividades instrumentais de vida diária (AVD – instrumental), indicando dependência grave (*score* de Lawton > 20 pontos)
 2. 3. Teste de Declínio Cognitivo (*score* 6CIT ≥ 10 pontos; declínio cognitivo)
 2. 4. Escala de Depressão Geriátrica (*score* GDS ≥ 11 pontos; sintomatologia de depressão).

Na Figura 1, está representado o organograma relativo ao processo de criação do CISP.

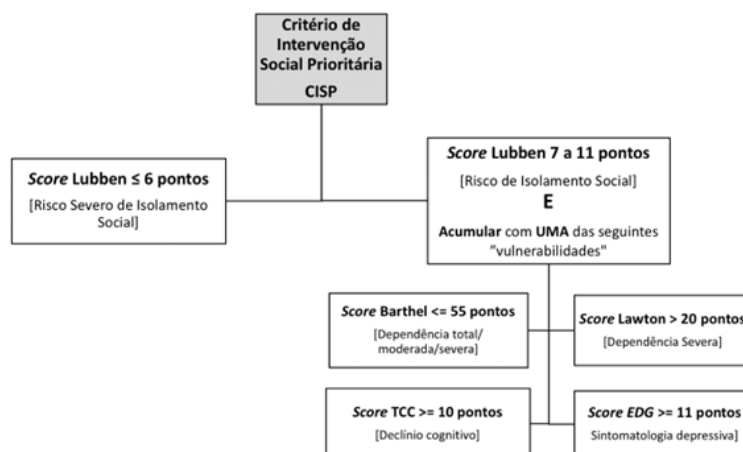


Figura 1: Organograma, CISP.

De seguida, para validar a fiabilidade deste indicador, comparamo-lo com a subescala de recursos sociais da OARS (*Older Americans Resources and Services*). Esta subescala de Recursos Sociais integra um questionário mais amplo de Avaliação Funcional Multidimensional de Idosos (OARS-*Older Americans Resources and Services*), foi traduzido e validado para o português europeu (Rodrigues, 2008) e avalia as redes sociais na sua extensão e qualidade permitindo classificar os recursos sociais do idoso, variando os mesmos entre recursos excelentes e recursos que expressam uma limitação total dos indivíduos a este respeito (ver Figura 2).

Metodologia estatística

Numa primeira fase, realizou-se uma análise descritiva dos dados em função da natureza das variáveis em estudo. Para variáveis qualitativas calcularam-se as frequências absolutas (N) e frequências relativas (%). Para as variáveis quantitativas, calcularam-se as estatísticas descritivas média, desvio padrão e ainda os valores extremos mínimo e máximo. Na segunda fase, de forma avaliar a validade concorrente do CISP, utilizou-se o teste de independência do Qui-quadrado e foi construída a respetiva tabela de contingência com o

Figura 2: Organigrama - Subescala OARS, recursos sociais.

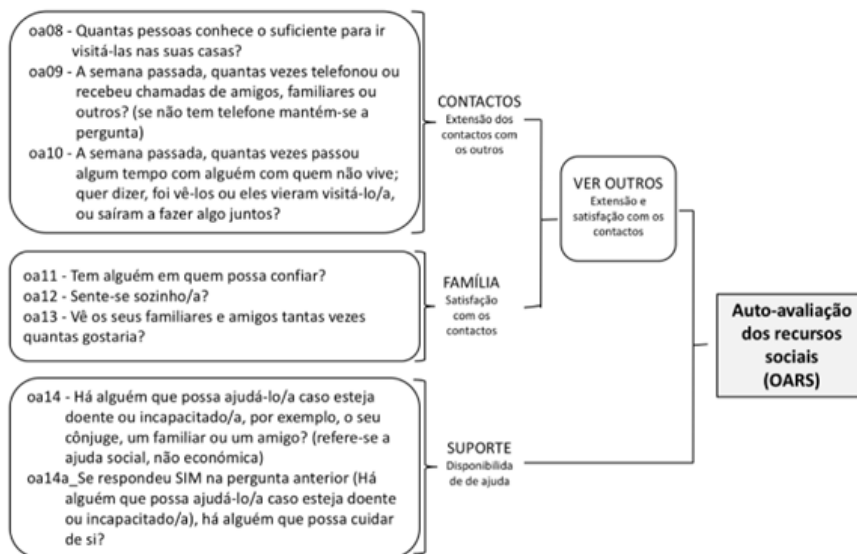


Figura 2: Organigrama - Subescala OARS, recursos sociais.

número e percentagem de casos. Em todos os testes de hipóteses realizados foi considerado um erro de tipo I igual a 5% (Maroco, 2018). A análise estatística dos dados utilizou o programa informático IBM® SPSS® Statistics for Windows, versão 27.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA).

Resultados

Desta forma, durante o ano de 2020, foi aplicado um protocolo de recolha de informação a uma amostra de 235 participantes, com idades iguais ou superiores a 70 anos, contendo várias dimensões que incluíram dados desde as características sociodemográficas, autoavaliação dos recursos sociais, até aos diferentes instrumentos acima referenciados. Os participantes neste estudo são maioritariamente do sexo feminino (69%), com uma idade média de 77,7 (d.p.= 5.3) anos, variando entre 70 e 94 anos de idade. Mais de metade dos participantes tem como grau de escolaridade o ensino primário (65%), teve maioritariamente um trabalho remunerado ao longo da vida (97%), sendo

que o grupo profissional (profissão) mais frequente é o dos operários (33%), seguido dos trabalhadores não qualificados (23%) (ver Quadro 1).

Quadro 1: Caracterização sociodemográfica da amostra em estudo (n= 235).

Características sociodemográficas	N	%
<i>Sexo (n= 235)</i>		
Masculino	73	31,1%
Feminino	162	68,9%
<i>Escalões Etários (n= 235)</i>		
70 - 74 anos	75	31,9%
75 a 85 anos	138	58,7%
> 85 anos	22	9,4%
<i>Grau de escolaridade (n= 233)</i>		
Não sabe ler nem escrever	21	9,0%
Sabe ler e escrever (não completou o ensino básico)	45	19,3%
Ensino primário (1º CEB)	151	64,8%
Outros graus de escolaridade	16	6,9%
<i>Têve um trabalho remunerado ao longo da sua vida (n= 235)</i>		
Sim	228	97,0%
Não	7	3,0%
<i>Profissão (n= 228)</i>		
Pessoal dos serviços e vendedores	37	16,2%
Operários	74	32,5%
Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores da montagem	35	15,4%
Trabalhadores não qualificados	52	22,8%
Outras profissões	30	13,2%

Caracterização dos instrumentos

O Quadro 2 mostra-nos que, de uma forma geral, cerca de metade dos participantes estava em risco de isolamento social (47%). Quanto à avaliação das atividades de vida diária - básico (AVD-básico), constata-se que apenas um número residual dos participantes apresentava níveis severos a moderados de dependência (4%). De igual forma, a avaliação das atividades de vida diária - básico (AVD-instrumental), mostra que apenas cerca de 9% dos participantes apresentava níveis severos de dependência. Por fim, cerca de 21% dos participantes apresentavam declínio cognitivo e aproximadamente metade exibiam sintomatologia depressiva (48%).

Quadro 2: Caracterização dos cinco dos instrumentos de avaliação gerontológica multidimensional utilizados.

Instrumentos	N	%
<i>Escala de Lubben (n= 228)</i>		
Com Risco Severo de Isolamento Social (≤ 6)	39	16,6%
Com Risco de Isolamento Social (7 a 11)	67	28,5%
Sem Risco de Isolamento Social (≥ 12)	122	51,9%
<i>Índice de Barthel (n= 234)</i>		
Ligeiramente Dependente a Independente (> 55)	225	96,2%
Total a Moderada Dependência (≤ 55)	9	3,8%
<i>Escala de Lawton-Brody (n= 233)</i>		
Dependência moderada (≤ 20)	213	91,4%
Dependência severa (> 20)	20	8,6%
<i>Teste de declínio cognitivo (6CIT itens) (n= 223)</i>		
SEM declínio cognitivo (< 10)	176	78,9%
COM declínio cognitivo (≥ 10)	47	21,1%
<i>Escala de Depressão Geriátrica (EDG-15 itens) (n= 229)</i>		
Sem Sintomatologia Depressiva (< 5 pontos)	119	52,0%
Com Sintomatologia Depressiva (≥ 5 pontos)	110	48,0%

Validade Concorrente

De forma a aferirmos sobre a validade e coerência dos resultados obtidos pelo indicador compósito (CISP), procedemos à sua comparação com a subescala de recursos sociais da OARS. No Quadro 3 está representada a tabela de contingência para o relacionamento entre o CISP e a OARS (número e percentagem por coluna). Constata-se que existe uma relação de dependência significativa entre todas as dimensões da OARS (recursos sociais) e o CISP (valores- $p < 0,05$). Relativamente à “Extensão de contatos com os outros”, verifica-se que para os participantes que foram alvo de intervenção, a proporção de casos relativos a poucos contatos é superior à dos participantes que não foram alvo de intervenção (73% vs. 58%). De igual forma, constata-se que para a “Satisfação com os contatos familiares” considerando contatos insatisfatórios/pouco satisfatórios, a proporção de participantes que foram alvo de intervenção é superior à dos participantes que não foram alvo de intervenção (83% vs. 53%). Sobre a “Disponibilidade de ajuda” para a situação em que esta foi “nula”, apura-se que a proporção de participantes que foram alvo de intervenção é superior à dos participantes que não foram alvo de intervenção

(17% vs. 6%). Quanto à “Extensão e satisfação com os contatos”, constata-se que a proporção de participantes que foram alvo de intervenção é superior à dos participantes que não foram alvo de intervenção (66% vs. 32%). Por fim, para a dimensão global “Auto-avaliação dos recursos sociais”, verifica-se que a proporção de participantes que assinalam algum tipo de limitação é superior aos que não foram alvo de intervenção (75% vs. 38%).

Desta forma, podemos concluir que o indicador compósito CISP, sinaliza de fato como alvo de intervenção prioritária, os participantes com menos recursos sociais, quer relativamente à frequência, disponibilidade e satisfação desses contatos.

Quadro 3: Validade concorrente entre a subescala de recursos sociais da OARS e o CISP (tabela de contingência e testes do Qui-quadrado).

OARS - Recursos Sociais	Critério de Intervenção Social Prioritária (CISP)						
	Não foi alvo de intervenção		Foi alvo de intervenção		Total		
	N	%	N	%	N	%	Valor-p
Extensão dos contactos com os outros							0,002
Poucos contactos	69	58,0%	82	72,6%	151	65,1%	
Contactos em número adequado	17	14,3%	20	17,7%	37	15,9%	
Muitos contactos	33	27,7%	11	9,7%	44	19,0%	
Total	119	100,0%	113	100,0%	232	100,0%	
Satisfação com os contactos familiares							0,001
Contactos insatisfatórios	5	4,2%	19	16,7%	24	10,3%	
Contactos pouco satisfatórios	59	49,2%	75	65,8%	134	57,3%	
Contactos muito satisfatórios	56	46,7%	20	17,5%	76	32,5%	
Total	120	100,0%	114	100,0%	234	100,0%	
Disponibilidade de ajuda							0,028
Ajuda nula	7	6,0%	19	17,3%	26	11,5%	
Ajuda ocasional	6	5,1%	7	6,4%	13	5,7%	
Ajuda por pouco tempo	5	4,3%	8	7,3%	13	5,7%	
Ajuda por longo tempo	99	84,6%	76	69,1%	175	77,1%	

OARS - Recursos Sociais	Critério de Intervenção Social Prioritária (CISP)						
	Não foi alvo de intervenção		Foi alvo de intervenção		Total		
	N	%	N	%	N	%	Valor-p
Total	117	100,0%	110	100,0%	227	100,0%	
Extensão e satisfação com os contactos							0,001
Poucos contactos	38	31,9%	75	66,4%	113	48,7%	
Contactos em número adequado	61	51,3%	35	31,0%	96	41,4%	
Muitos contactos	20	16,8%	3	2,7%	23	9,9%	
Total	119	100,0%	113	100,0%	232	100,0%	
Auto-avaliação dos recursos sociais							0,001
Excelentes	18	15,5%	3	2,8%	21	9,3%	
Bons	54	46,6%	24	22,0%	78	34,7%	
Limitação pequena	30	25,9%	53	48,6%	83	36,9%	
Limitação moderada	4	3,4%	5	4,6%	9	4,0%	
Limitação grave	4	3,4%	10	9,2%	14	6,2%	
Limitação total	6	5,2%	14	12,8%	20	8,9%	
Total	116	100,0%	109	100,0%	225	100,0%	
Resultados de acordo com o teste de independência do Qui-quadrado a 95% de confiança.							

Conclusão

Assumindo que o bem-estar de adultos mais velhos e o seu processo de envelhecimento ativo e saudável tem uma componente fortemente marcada pelos contactos e relações sociais, incluindo-se aqui laços familiares, de amizade e vizinhança, torna-se fundamental criar condições para prevenir situações de isolamento e solidão decorrentes do avançar da idade e das circunstâncias sociais em que os processos de envelhecimento ocorrem.

Os resultados obtidos permitiram verificar que o indicador proposto (CISP), de forma geral, estava de acordo com a indicação proveniente da autoavaliação dos recursos sociais, reforçando e validando a hipótese inicial em torno da utilidade deste indicador.

O objetivo futuro é o de que este indicador possa ser uma ferramenta de trabalho para profissionais do campo gerontológico e um instrumento de

rastreo para a população mais velha em potencial risco de isolamento social. A disseminação desta ferramenta por diferentes contextos territoriais potenciará uma lógica de trabalho colaborativo em rede, favorecendo um olhar comunitário mais célere, atento e eficaz face aos desafios dos mais velhos e suas redes familiares

O uso desta ferramenta não invalidará, contudo, a análise das redes sociais virtuais potencialmente dinamizadas em período de confinamento e cuja manutenção se revela fundamental em tempos de incerteza; a identificação de pessoas-chave na rede de contacto (e.g., confidentes, elos de ligação à comunidade em período de maior confinamento, vizinhos) e respetiva frequência de contactos; o grau de satisfação com o tipo, estrutura e extensão de contactos, bem como as possíveis formas de a aumentar, até considerando os recursos tecnológicos tornados disponíveis neste contexto histórico (Melo, Guedes & Ribeiro, 2020). Todas estas estratégias e recursos disponibilizados poderão ser fatores protetores do isolamento social a considerar.

Concluimos, assim, que a nossa investigação pode ser utilizada pelos profissionais como método de sinalização de pessoas idosas em risco de isolamento social, facilitando o diagnóstico e a intervenção dirigida a uma das mais graves problemáticas da atualidade no campo da intervenção gerontológica.

Bibilografia

APÓSTOLO, J. (2012). *Instrumentos para Avaliação em Geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

APÓSTOLO, J., PAIVA, D., SILVA, R., SANTOS, E., & SCHULTZ, T. (2017). Adaptation and validation into Portuguese language of the six-item cognitive impairment test (6CIT). *Aging & Mental Health*, 1-6.

CORNWELL, E. Y., & WAITE, L. J. (2009). Measuring Social Isolation Among Older Adults Using Multiple Indicators from the NSHAP Study. *The Journals of Gerontology: Series B*, 64B(1), i38-i46. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbp037>.

GRENADE, L., & BOLDY, D. (2008). Social isolation and loneliness among older people: issues and future challenges in community and residential settings. *Australian Health Review*, 32, 468-478. <https://doi.org/10.1071/AH080468>.

KOTIAN, D. B., MATHEWS, M., PARSEKAR, S. S., NAIR, S., BINU, V. S., & SUBBA, S. H. (2018). Factors Associated With Social Isolation Among the Older People in India. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 31(5), 271-278. <https://doi.org/10.1177/0891988718796338>

LUBBEN, J. (1988). Assessing social networks among elderly populations . *Family & Community Health*, 11(3), 42-52. <https://doi.org/10.1097/00003727-198811000-00008>.

MAROCO, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. (7ª edição). ReportNumber.

MELO, S., GUEDES, J., & RIBEIRO, O. (2020). Combater o isolamento dos idosos em tempos de pandemia. In I. Machado & S. Melo (coord.), *(Re)Inventar a Intervenção Social em Contexto de Pandemia* (pp.32-41). Universidade do Porto – Faculdade de Letras.

RAMAGE-MORIN, P. L. (2016). Hearing difficulties and feelings of social isolation among Canadians aged 45 or older. *Health Reports*, 27(11), 3-12.

Ribeiro, Ó., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C.

(2012). Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben. *Revista Temática Kairós Gerontologia*, 15(1), 217-234.

ROBB, C. E., JAGER, C. A., AHMADI-ABHARI, S., GIANNAKOPOULOU, P., UDEH-MOMOH, C., MCKEAND, J., PRICE, G., CAR, J., MAJEED, A., WARD, H., & MIDDLETON, L. (2020). Associations of Social Isolation with Anxiety and Depression During the Early COVID-19 Pandemic: A Survey of Older Adults in London, UK. *Frontiers in Psychiatry*, 11. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.591120>

RODRIGUES, R. (2008). Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos. *Revista Panam Salud Publica*, 23(2),109–15.

SEPÚLVEDA-LOYOLA, W., RODRÍGUEZ-SÁNCHEZ, I., PÉREZ-RODRÍGUEZ, P.; et al. (2020). Impact of Social Isolation Due to COVID-19 on Health in Older People: Mental and Physical Effects and Recommendations. *The Journal of Nutrition, health & aging*, 24, 938–947. <https://doi.org/10.1007/s12603-020-1500-7>.

SEQUEIRA, C. (2007). *Cuidar de idosos dependentes*. Coimbra: Quarteto Editora

SINGER, C. (2018). Health Effects of Social Isolation and Loneliness. *Journal of Aging Life Care*, 28(1), 4 -8.

SNS24. (2022). *A solidão e o isolamento social*. <https://www.sns24.gov.pt/guia/a-solidao-e-o-isolamento-social/>

WHO (2021). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. [<https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749>]

WU, B. (2020). Social isolation and loneliness among older adults in the context of COVID-19: a global challenge. *Global Health Research and Policy*, 5. <https://doi.org/10.1186/s41256-020-00154-3>.

YU, B., STEPTOE, A., NIU, K., KU, P. W., & CHEN, L. J. (2018). Prospective associations of social isolation and loneliness with poor sleep quality in older adults. *Quality of Life Research*, 27(3), 683-691. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1752-9>.