Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.85645

Trajetórias da solidão em adultos de meia-idade e pessoas idosas durante e após a pandemia dd Covid-19

Trajectories of loneliness among middle-aged and older adults during and after the Covid-19 pandemic

Trayectorias de la soledad en adultos de mediana edad y adultos mayores durante y después de la pandemia de la Covid-19

Larissa Kazitani Cunha[I]; Felipe Gutierres Machado Kepe[I]; Iraneide Nascimento dos Santos[II]; Marcelo Kwiatkoski[I]; Bruna Moretti Luchesi[I]; Tatiana Carvalho Reis Martins[I]

[I]Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Três Lagoas, MS, Brasil; [II]Universidade de Pernambuco. Pernambuco, PE, Brasil

RESUMO

Objetivo: avaliar os fatores associados às mudanças na solidão de adultos de meia idade e pessoas idosas durante e após a pandemia da Covid-19. **Método:** estudo longitudinal prospectivo e analítico, com amostra de conveniência composta por 215 indivíduos de 45 anos ou mais. A primeira coleta foi realizada entre fevereiro e dezembro de 2021, e a segunda entre março e julho de 2023, por meio de questionário com variáveis sociodemográficas, de dependência, desempenho cognitivo e apoio social, além da Escala Brasileira de Solidão. **Resultados:** a maioria dos participantes era do sexo feminino, com média de 63 anos. Houve diminuição na prevalência da solidão na segunda avaliação (9,3%) em comparação a primeira (17,7%). A solidão apresentou associação com o aumento da idade, maior renda, dependência para atividades instrumentais da vida diária e apoio social fraco (p<0,05). **Conclusão:** a prevalência de solidão reduziu após o período de emergência da pandemia de Covid-19.
Descritores: COVID-19; Pessoa de Meia-Idade; Idoso; Envelhecimento; Solidão.

ABSTRACT

Objective: to assess the factors associated with changes in loneliness among middle-aged and older adults during and after the Covid-19 pandemic. **Method:** a prospective, longitudinal, and analytical study with a convenience sample made up of 215 individuals aged 45 years and older. The first data collection was conducted between February and December 2021, while the second took place between March and July 2023. A questionnaire that included sociodemographic variables, dependency factors, cognitive performance and social support was used, as well as the Brazilian Loneliness Scale. **Results:** most participants were female, with an average age of 63 years. There was a decrease in the prevalence of loneliness in the second assessment (9.3%) compared to the first (17.7%). Loneliness was associated with older age, higher income, dependence in instrumental activities of daily living, and weak social support (p<0.05). **Conclusion:** the prevalence of loneliness decreased after the emergency phase of the Covid-19 pandemic.
Descriptors: COVID-19; Middle Aged; Aged; Aging; Loneliness.

RESUMEN

Objetivo: evaluar los factores asociados a cambios en la soledad de adultos de mediana edad y adultos mayores durante y después de la pandemia de Covid-19. **Método:** estudio longitudinal prospectivo y analítico, con muestra por conveniencia compuesta por 215 personas de 45 años o más. La primera recolección se realizó entre febrero y diciembre de 2021, y la segunda entre marzo y julio de 2023, utilizando un cuestionario con variables sociodemográficas, de dependencia, rendimiento cognitivo y apoyo social, además de la Escala Brasileña de Soledad. **Resultados:** la mayoría de los participantes era del sexo femenino y tenía una edad media de 63 años. Hubo una disminución en la prevalencia de soledad en la segunda evaluación (9,3%) con respecto a la primera (17,7%). La soledad se asoció con el aumento de la edad, mayores ingresos, dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria y apoyo social escaso (p<0,05). **Conclusión:** la prevalencia de soledad se redujo después del período de emergencia de la pandemia de Covid-19.
Descriptores: COVID-19; Persona de Mediana Edad; Anciano; Envejecimiento; Soledad.

INTRODUÇÃO

A Covid-19 é provocada pelo coronavírus tipo 2, da Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS-CoV-2), um vírus da família Coronaviridae, que infecta tanto animais quanto humanos[1,2]. Esse vírus se espalhou rapidamente, criando uma situação preocupante em todo o mundo, com mais de 590 milhões de casos e 6,4 milhões de mortes entre dezembro de 2019 e agosto de 2022[3]. O surgimento de novas linhagens, apresentando várias mutações, levantou preocupações adicionais de saúde pública no decorrer desta pandemia[3].

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES), Código de Financiamento 001 e da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul – Brasil (UFMS).
Autora correspondente: Iraneide Nascimento dos Santos. E-mail: iraneide.nascimento@upe.br
Editora Chefe: Cristiane Helena Gallasch; Editora Associada: Mercedes Neto

Recebido em: 04/07/2024 – Aprovado em: 04/12/2024

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.85645

No cenário global, a pandemia da Covid-19 teve um sério impacto na saúde mental e no bem-estar das pessoas[4]. Diante disso, diversas estratégias foram adotadas para conter a propagação do vírus, resultando em medidas de distanciamento e isolamento social, principalmente o isolamento dos casos positivos[5]. Devido às restrições impostas durante a pandemia, o contato limitado com outras pessoas pode acentuar o sentimento de solidão[6-8].

A solidão pode ser compreendida como a interpretação que um indivíduo faz de suas relações interpessoais, classificando-as em satisfatórias ou insatisfatórias, levando em consideração a quantidade e a qualidade dessas relações, uma vez que uma pessoa pode estar em contato com diversas pessoas e sentir-se solitária[9]. Estudar a solidão vai além da avaliação de aspectos objetivos da saúde física, para incluir aspectos subjetivos que dependem da percepção do indivíduo ou da avaliação de suas interações. Por isso, a definição de solidão não é consensual, pois trata-se de uma experiência subjetiva que pode ter diferentes significados[10].

As estimativas da prevalência da solidão em adultos mais velhos e pessoas idosas antes da pandemia da Covid-19 são variadas[11-14]. Pesquisa realizada nos Estados Unidos com adultos com idade superior a 50 anos mostrou prevalência de 18% de solidão[11]. Um estudo europeu transnacional investigou a prevalência da solidão em indivíduos com mais de 60 anos e, no Grupo 1 de países (Bulgária, Hungria, Letónia, Polónia, Roménia, Rússia, Eslováquia e Ucrânia), encontrou uma prevalência entre 19% e 34%; no Grupo 3 (Áustria, Chipre, Estônia, França, Portugal, Eslovênia e Espanha) o percentual variou entre 10% e 15%; e, no Grupo 2 (Bélgica, Dinamarca, Finlândia, Alemanha, Irlanda, Holanda, Noruega Suécia, Suíça e Reino Unido), entre 3% e 8%[12]. Outra pesquisa realizada com pessoas idosas, com 65 anos ou mais, revelou prevalência de solidão entre 25,3% e 32,4% na América Latina, 18,3% na Índia, e 3,8% na China[13]. No Brasil, um estudo realizado no período pré-pandêmico encontrou uma prevalência de solidão de 33,1%[14]. Já durante a pandemia da Covid-19, as pesquisas apresentaram resultados heterogêneos, relatando aumento[15,16], redução[14,17] ou estabilidade nos níveis de solidão[18].

Antes da pandemia causada pelo novo coronavírus, a solidão já era caracterizada como um problema de saúde epidêmico[19,20] e, desde o início desse período, houve uma preocupação especial com as consequências psicossociais do distanciamento físico[21]. A solidão afeta significativamente os indivíduos mais velhos, prejudicando a sua saúde física e mental[22,23], que podem experenciar este sentimento mais profundamente devido a fatores como morar sozinho, falta de interação com amigos, perda de autonomia, viuvez, saída dos filhos de casa, aposentadoria, declínio cognitivo[24,25], depressão, ideação suicida e deficiência visual[26]. A solidão pode ser influenciada também pelo passado do indivíduo e por sua espiritualidade e/ou religiosidade[27]. Todos estes fatores podem contribuir para desencadear esse sentimento, refletindo no aumento de morbidade e mortalidade[28-29].

Como descrito, a solidão é considerada um fator de risco para a saúde, trazendo consequências negativas[30]. Diante disso, é fundamental desenvolver estratégias eficazes para rastrear a solidão em todos os níveis de cuidado à saúde, especialmente no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), conhecendo sua prevalência e compreendendo quais são os fatores que estão relacionados com o seu aparecimento[31], e assim, poder buscar soluções para prevenir e acompanhar esse problema. As ações adotadas na prevenção da solidão poderão impactar na redução da morbimortalidade e na melhoria da qualidade de vida[32]. Porém, os estudos que investigam a solidão em adultos de meia idade e pessoas idosas no contexto brasileiro são escassos e com resultados diversificados[14,25,33-35], tornando-se necessária a realização de mais pesquisas sobre este assunto, especialmente as de delineamento longitudinal.

Assim, considerando os fatores mencionados acima e a carência de estudos em âmbito nacional, o presente estudo objetivou avaliar os fatores associados às mudanças na solidão em adultos de meia-idade e pessoas idosas durante e após a pandemia da Covid-19, no sentido de subsidiar intervenções, programas de prevenção e ações de promoção da saúde com a finalidade de proporcionar à população um envelhecimento com saúde.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de longitudinal prospectivo e analítico, desenvolvido com indivíduos cadastrados em nove Unidades de Saúde da Família (USF) de um município de médio porte do estado de Mato Grosso do Sul. Os critérios de inclusão foram: ter idade maior ou igual a 45 anos, ser cadastrado nas USF do município e ser capaz de responder às questões da entrevista, por meio de avaliação realizada pela percepção do entrevistador.

A amostra, na primeira avaliação, foi obtida por conveniência, de acordo com o número máximo de pessoas que fossem abordadas entre fevereiro e dezembro de 2021, considerando as restrições sanitárias impostas pela pandemia da Covid-19. Os potenciais participantes foram localizados por meio de uma lista com os nomes e endereços fornecida pelas equipes das USF. Na ocasião, foram entrevistados 215 indivíduos, sendo 87 adultos (45-59 anos) e 128 pessoas idosas (≥60 anos). Todos foram contactados e convidados a participar da segunda avaliação, que foi realizada entre março e julho de 2023. As entrevistas foram realizadas por avaliadores treinados, no domicílio dos participantes entrevistados.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.85645

A variável dependente solidão foi avaliada pela Escala Brasileira de Solidão UCLA (UCLA-BR), que foi validada no Brasil para indivíduos de 20 a 87 anos[36]. É composta por 20 itens com quatro opções de resposta do tipo Likert, que varia entre 0 (nunca) e 3 (frequentemente) com uma pontuação máxima de 60 pontos[36]. A UCLA-BR apresenta questões relacionadas à frequência com que o participante vivenciou situações de convívio social e atividades desenvolvidas isoladamente[36]. Os pontos de corte para interpretação da UCLA-BR foram: 0 a 22 pontos, indicativo de solidão mínima; 23 a 35 pontos, indicativo de solidão leve; 36 a 47 pontos, indicativo de solidão moderada; e 48 a 60 pontos, indicativo de solidão intensa[36]. Devido à baixa frequência de participantes nos grupos de solidão leve, moderada e intensa, a distribuição foi ajustada para dois grupos: solidão mínima e solidão leve a intensa.

As variáveis independentes deste estudo foram coletadas na linha de base, compostas por dados sociodemográficos, dependência, desempenho cognitivo e apoio social. As variáveis sociodemográficas incluíram sexo (masculino/ feminino), idade (contínua), escolaridade (em anos de estudo), renda familiar (em reais) e estado civil (com companheiro/ sem companheiro).

Para verificação da dependência foi utilizado o Índice de *Katz* que avalia as Atividades Básicas da Vida Diária (ABVD). O índice tem uma pontuação de zero (considerado totalmente independente) a seis (dependência total) e avalia funções como banhar-se, vestir-se, alimentação, ir ao banheiro, transferência e continência[37,38]. As Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVD) foram avaliadas pela escala de *Lawton* que abrange atividades sociais mais complexas como utilizar o telefone, transporte, fazer compras, preparar alimentos, realizar tarefas domésticas, gerenciar medicação e lidar com dinheiro. A pontuação varia de sete (maior nível de dependência) a 21 pontos (independência completa) e categoriza o indivíduo em dependência total (7 pontos), dependência parcial (8-20 pontos) e independência (21 pontos)[39].

Para obtenção do desempenho cognitivo, foi aplicado o Mini Exame do Estado Mental (MEEM), que é um instrumento utilizado para avaliar o desempenho cognitivo nos domínios orientação temporal e espacial, registro, atenção e cálculo, recordação, linguagem e construção visuoespacial. A pontuação varia de 0-30, sendo que maiores escores indicam melhor desempenho cognitivo[40].

Para avaliação do apoio social, questionou-se o número de pessoas que morava na casa do participante (sozinho / com outras pessoas), o número de pessoas que o participante considerava próximas (até cinco / cinco ou mais pessoas) e se ele participava de grupos sociais (sim / não). Foram considerados com apoio social adequado os participantes que atenderam a dois ou três critérios (não morar sozinho / ter cinco ou mais pessoas próximas / participar de grupos sociais). Os que atenderam a um ou nenhum critério foram classificados com apoio social fraco.

Todas as análises de dados foram conduzidas no *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS®), versão 25.0. Foi identificado 4,1% de dados faltantes, os quais foram tratados por imputação por meio do método de maximização de expectativa (EM), pois foram considerados *Missing Completely at Random* (teste de MCAR de Little: $X^2(50)=60,75$, $p=0,142$)[41].

Inicialmente foi realizada a análise descritiva, por meio de frequências absoluta e relativa, média e desvio padrão de todas as variáveis. Em seguida, foi analisada a prevalência de solidão leve a intensa e o respectivo intervalo de confiança (IC95%) na segunda avaliação, comparando com a primeira avaliação. Para isso, foi utilizado o teste de McNemar.

Foram, então, estimados modelos de regressão multinomial sendo a solidão a variável dependente, a qual foi categorizada em quatro grupos: 1) solidão mínima nas duas avaliações (manteve bem); 2) solidão leve a intensa na primeira avaliação e solidão mínima na segunda avaliação (melhorou); 3) solidão mínima na primeira avaliação e solidão leve a intensa na segunda avaliação (piorou); e 4) solidão leve a intensa nas duas avaliações (manteve pior). O primeiro grupo foi utilizado como categoria de referência nas análises.

Na análise univariada, cada variável independente foi testada isoladamente e aquelas com $p<0,20$ foram analisadas em um modelo de regressão multinomial múltiplo. Foi estimada a razão de chances (*odds ratio* - OR), com o respectivo IC 95%. Foram consideradas significativas as variáveis que apresentaram $p<0,05$ no modelo múltiplo e as variáveis sexo e idade, utilizadas como controle. As análises foram realizadas respeitando todos os pressupostos da regressão.

O protocolo de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da instituição proponente. Todos os entrevistados foram orientados sobre os objetivos do estudo e a assinar o termo de consentimento livre e esclarecido em duas vias antes das avaliações. O estudo foi conduzido de acordo com os preceitos determinados pela resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.85645

RESULTADOS

Participaram do estudo 215 indivíduos, com caracterização apresentada na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica e de saúde dos participantes de acordo com as alterações na solidão (n=215). Três Lagoas, MS, Brasil, 2021 - 2023.

Variáveis	Categorias	n(%)	Média(dp)	Grupo 1 n=165 n(%)	Grupo 2 n=29 n(%)	Grupo 3 n=12 n(%)	Grupo 4 n=9 n(%)
Sexo	Masculino	70(32,6)		52(31,5)	11(37,9)	4(33,3)	3(33,3)
	Feminino	145(67,4)		113(68,5)	18(62,1)	8(66,7)	6(66,7)
Idade (anos)			63,3(±11,4)	63,7(11,8)	60,9(9,3)	63,3(10,4)	63,2(11,8)
Escolaridade (anos)			6,1(±5,2)	6,2(5,3)	5,0(4,1)	6,6(5,4)	8,2(6,5)
Renda familiar (R$)			2416,7 (±1632,1)	2345,1 (1498,6)	1974,6 (1443,3)	3890,5 (2733,9)	3187,7 (1706,3)
Estado civil	Com companheiro	119(55,3)		94(57,0)	14(48,3)	6(50,0)	5(55,6)
	Sem companheiro	96(44,7)		71(43,0)	15(51,7)	6(50,0)	4(44,4)
Dependência ABVD			0,3(±0,6)	0,3(0,7)	0,4(0,5)	0,3(0,5)	0,3(0,5)
Dependência AIVD			19,1(±2,8)	19,3(2,7)	18,3(3,1)	20,2(1,3)	17,2(3,9)
Desempenho cognitivo			22,7(±4,6)	22,9(4,6)	20,7(4,7)	25,3(2,6)	22,3(3,7)
Apoio social	Adequado	147(68,4)		115(69,7)	19(65,5)	11(91,7)	2(22,2)
	Fraco	68(28,8)		50(30,3)	10(34,5)	1(8,3)	7(77,8)

Legenda: dp - desvio padrão; ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária; Grupo 1 - solidão mínima nas duas avaliações; Grupo 2 - solidão leve a intensa na primeira avaliação e solidão mínima na segunda avaliação; Grupo 3 - solidão mínima na primeira avaliação e solidão leve a intensa na segunda avaliação; Grupo 4 - solidão leve a intensa nas duas avaliações.

Observa-se maioria do sexo feminino (67,4%), com companheiro (55,3%), média de idade de 63,3(±11,4) anos, renda mensal média em torno de R$2400,00 e escolaridade média de 6,1(±5,2) anos. O desempenho cognitivo apresentou uma média de 22,7(±4,6) e a maioria dos participantes tinha apoio social adequado (68,4%).

Os resultados da análise da variação dos índices de solidão são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Análise da variação na solidão de 2021 para 2023 (n=215). Três Lagoas, MS, Brasil, 2021 - 2023.

	Avaliação de 2023	
	Solidão mínima	Solidão leve a intensa
Avaliação de 2021	Frequência (1%)	
Solidão mínima	165 (76,7%)	12 (5,6%)
Solidão leve a intensa	29 (13,5%)	9 (4,2%)

Legenda: Porcentagens em relação ao total da amostra; p-valor=0,004

Na primeira avaliação, durante a pandemia, a prevalência da solidão leve a intensa foi de 17,7% (IC95%: 13,2 – 23,3), apresentando uma redução na segunda avaliação, com prevalência de 9,8% (IC95%: 6,5 – 14,5). As mudanças nas categorias de solidão foram significativas (p=0,004). Observa-se que 5,6% dos participantes que tinham solidão mínima na primeira avaliação passaram a ter solidão leve a intensa na segunda avaliação; e que 13,5% que estavam com solidão leve a intensa na avaliação de 2021, passaram a ter solidão mínima na avaliação de 2023.

Na Tabela 3 são apresentadas as análises de regressão dos fatores associados às mudanças nas categorias de solidão.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.85645

Tabela 3: Análises brutas e ajustadas das associações com as mudanças nas categorias de solidão entre os participantes (n=215). Três Lagoas, MS, Brasil, 2021 - 2023.

	Grupo 2		Grupo 3		Grupo 4	
Variável	**OR bruto (IC 95%)**	**OR ajustado (IC 95%)**	**OR bruto (IC 95%)**	**OR ajustado (IC 95%)**	**OR bruto (IC 95%)**	**OR ajustado (IC 95%)**
Sexo						
Masculino	1,33 (0,59-3,01)	1,97 (0,79-4,91)	1,09 (0,31-3,77)	0,48 (0,10-2021)	1,09 (0,26-4,51)	0,62 (0,12-3,12)
Feminino	Ref	Ref	Ref		Ref	Ref
Idade (anos)	0,98 (0,94-1,01)	0,94 (0,90-,98)*	0,99 (0,95-1,05)	1,05 (0,97-1,14)	0,99 (0,94-1,06)	0,94 (0,87-1,03)
Escolaridade (anos)	0,95 (0,87-1,04)		1,02 (0,91-1,13)		1,06 (0,95-1,19)	
Renda familiar (R$)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (0,99-1,00)	1,00 (1,00-1,01)*	1,00 (1,00-1,01)*	1,00 (1,00-1,01)	1,00 (1,00-1,01)*
Estado civil						
Com companheiro	0,71 (0,32-1,55)		0,76 (0,23-2,44)		0,94 (0,25-3,64)	
Sem companheiro	Ref		Ref		Ref	
Dependência ABVD	1,08 (0,60-1,94)		0,97 (0,37-2,52)		0,97 (0,32-2,90)	
Dependência AIVD	0,90 (0,79-1,02)	0,86 (0,72-1,01)	1,20 (0,86-1,67)	1,14 (0,74-1,74)	0,82 (0,69-0,99)*	0,69 (0,52-0,93)*
Desempenho cognitivo	0,91 (0,84-0,98)*	0,92 (0,83-1,01)	1,19 (0,99-1,42)	1,18 (0,94-1,48)	0,97 (0,84-1,13)	0,96 (0,78-1,16)
Apoio social						
Adequado	Ref	Ref	Ref		Ref	Ref
Fraco	1,21 (0,53-2,79)	1,06 (0,43-2,64)	0,21 (0,03-1,66)	0,21 (0,03-1,75)	8,05 (1,62-40,2)*	11,18 (1,87-66,70)*

Legenda: OR - Odds Ratio; IC - Intervalo de Confiança; Ref - Categoria de referência para as variáveis independentes; ABVD - Atividades Básicas de Vida Diária; AIVD - Atividades Instrumentais de Vida Diária; *p≤0,05; Ajuste do modelo - X2 (18) = 48,282; p <0.001 R2 Nagelkerke=0,256; Grupo 1 - solidão mínima nas duas avaliações (categoria de referência para a regressão); Grupo 2 - solidão leve a intensa na primeira avaliação e solidão mínima na segunda avaliação; Grupo 3 - solidão mínima na primeira avaliação e solidão leve a intensa na segunda avaliação; Grupo 4 - solidão leve a intensa nas duas avaliações.

No grupo 2, quanto maior a idade, menor a chance de deixar de ter solidão leve a intensa (OR:0,94; IC95%: 0,90-0,98). Nos grupos 3 e 4, quanto maior a renda, maior a chance de se tornar solitário ou manter o sentimento de solidão (OR:1,00; IC95%: 1,00-1,01). No grupo 4, quanto menor a dependência para as AIVD, menor a chance de se manter com solidão (OR:0,69; IC95%: 0,52-0,93), e os participantes com apoio social fraco têm maior chance de continuar com o sentimento de solidão (OR:11,18; IC95%: 1,87-66,70).

DISCUSSÃO

O presente estudo investigou a prevalência de solidão em adultos e meia-idade e pessoas idosas durante e após a pandemia, observand-se uma redução dessa prevalência, de 17,7% em 2021, para 9,8% em 2023.

Pesquisas realizadas em outros países durante a pandemia encontraram prevalências mais elevadas de solidão[15,43-45]. Uma pesquisa realizada na China (participantes>50 anos) encontrou a solidão em 37,9% dos participantes[43]. Nos Estados Unidos, dados da Covid-19 *Coping Study* evidenciaram que 29,5% dos adultos com idade maior ou igual a 55 anos foram considerados com alto índice de solidão[44]. Outra investigação indicou que 42,5% das pessoas idosas entrevistadas reportaram solidão[15]. Uma revisão mostrou que a maioria dos estudos longitudinais que comparam os níveis de solidão antes e durante a pandemia relataram que os níveis de solidão aumentaram durante a pandemia[45].

No entanto, o Estudo Longitudinal Brasileiro do Envelhecimento (ELSI-Brasil) identificou resultados divergentes. Uma publicação que utilizou dados de 5.108 participantes com 50 anos ou mais, evidenciou que prevalência de solidão no período pré-pandemia, de agosto de 2019 a março de 2020, foi 33,1% e que, ao longo tempo, esse percentual diminuiu para 23,6% entre maio e junho de 2020, 20,5% entre julho e agosto de 2020, e 20,6% entre setembro e outubro do mesmo ano[14]. Já com dados de 4431 participantes, também do ELSI-Brasil, identificou-se uma prevalência de 23,9% no período pandêmico e 32,8% antes da pandemia da Covid-19[17].

Apesar dos dados indicarem uma prevalência de solidão maior que a encontrada na presente investigação na pandemia, ressalta-se que o ELSI-Brasil avaliou a solidão com uma pergunta simples (*Com que frequência você se sente*

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.85645

solitário?), o presente estudo utilizou um instrumento validado, o que pode justificar as diferenças encontradas. Além disso, nessa investigação, os dados do período pandêmico foram coletados em 2021, quando a pandemia já havia se instaurado há algum tempo, diferentemente do ELSI, que coletou os dados no início da pandemia. Identificamos também que a prevalência da solidão reduziu após a pandemia, entretanto, ainda não foram encontradas outras publicações que apresentassem tais resultados para comparação.

No presente estudo os fatores associados às mudanças na solidão na avaliação longitudinal foram: idade, renda, independência para as AIVD e apoio social.

Na avaliação longitudinal, quanto maior a idade, menor a chance de melhorar a solidão. Consistentemente, outros estudos apresentam associação entre o avançar da idade e a solidão[46-48]. O envelhecimento é acompanhado por inúmeras transformações psicossociais, como, por exemplo, uma maior propensão à solidão, visto que a pessoa idosa vivencia um período conturbado com uma relativa ausência de objetivo/significado de vida, maiores sentimentos de isolamento e separação, escassez de intimidade e uma maior presença do luto em seus relacionamentos[49]. Considerando o impacto da solidão na saúde física e mental, na qualidade de vida e na longevidade, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou o documento "Isolamento social e solidão entre pessoas idosas", demonstrando a preocupação política e de saúde pública sobre estas questões, que se tornaram mais evidentes pela pandemia da Covid-19[4].

No tocante à renda familiar, aqueles com maior renda apresentaram uma maior chance de piorar o sentimento de solidão e de se manterem com esse sentimento após a pandemia. Estudos internacionais realizados antes[22,32] e durante a pandemia[50,51] encontraram resultados diferentes, ou seja, que ter renda baixa é um fator de risco para a solidão.

No Brasil, devido à resposta inadequada do governo à questão sanitária, o impacto da pandemia na economia foi devastador. Essa crise refletiu no aumento significativo da informalidade no mercado de trabalho, atingindo 48% da população em meados de 2020[52]. A pandemia da Covid-19 gerou resultados macroeconômicos e financeiros negativos, o que causou sérios problemas financeiros para toda a sociedade[53]. O impacto ocasionado pela pandemia na economia brasileira pode ter colaborado para aumentar o sentimento de solidão nas pessoas com maior renda familiar.

Com relação à independência nas AIVD, esse estudo mostrou que quanto maior a independência, menor a chance de a pessoa sentir só e de se manter assim. Dados da Pesquisa Longitudinal Nacional do Envelhecimento, realizada na Dinamarca, evidenciaram que indivíduos solitários tem um risco aumentado de ter capacidade física limitada[54]. Ter as AIVD preservadas está relacionado à capacidade de viver de forma independente na comunidade[55] e os indivíduos que apresentam declínio nessas atividades apresentam uma maior dificuldade na vida diária, o que pode comprometer as atividades sociais, deixando-os mais deprimidos, prejudicando sua autoconfiança[56].

No que se refere ao apoio social, os participantes com apoio social fraco tiveram mais chance de continuar apresentando o quadro de solidão leve a intensa. Um estudo realizado na China com 1.067 pessoas idosas mostrou que o apoio social teve um forte efeito na redução da solidão durante a pandemia. Intervenções que fortaleçam as redes de apoio social, como maior envolvimento na comunidade, podem mitigar os sentimentos de solidão, especialmente em um contexto pós-emergência sanitária pela Covid-19 ou também considerando potenciais pandemias futuras[57].

Adicionalmente, ressalta-se que o apoio social é um importante fator de proteção para a solidão, visto que exerce um papel de facilitador na adaptação às diversas perdas associadas ao envelhecimento. O suporte social desempenha um papel crucial ao proporcionar um sistema de apoio emocional e prático, contribuindo para uma melhor adaptação às mudanças inerentes ao processo de envelhecimento[32,58]. Um estudo *online*, conduzido em 2020 utilizando uma amostra de adultos norte-americanos com 50 anos ou mais que possuíam pelo menos uma condição crônica, indicou que ter um maior apoio emocional estava associado a níveis mais baixos de solidão[59].

Compreende-se que este estudo contribui para a prática da enfermagem para que esses profissionais estejam mais preparados para questionar os usuários dos serviços sobre a solidão. Para tanto, faz-se necessário haver o treinamento desses trabalhadores para saberem identificar aspectos que possam contribuir para o surgimento do sentimento de solidão nos indivíduos.

Limitações do estudo

Com relação às limitações do estudo, ressalta-se a amostra pequena, de conveniência, e avaliada em um único município brasileiro, o que limita a generalização dos resultados, mas que podem orientar novas pesquisas sobre o assunto. Apesar de todos os cuidados tomados durante a coleta de dados, é possível que a amostragem por conveniência tenha produzido um viés de seleção.

Artigo de Pesquisa
Research Article
Artículo de Investigación

DOI: https://doi.org/10.12957/reuerj.2024.85645

CONCLUSÃO

Houve redução da prevalência de solidão entre os adultos de meia idade e pessoas idosas entrevistados na comparação realizada durante e após o período de emergência sanitária pela pandemia da Covid-19. As mudanças na solidão no período avaliado foram associadas à maior idade, com menor a chance de melhorar a solidão, à maior renda, com maior a chance de piorar a solidão e de se manter com solidão, à independência para as AIVD, com menor a chance de se manter só, e ao apoio social fraco, com maior a chance de se manter com solidão.

Assim, é importante promover um envelhecimento saudável priorizando a preservação da autonomia e da capacidade funcional dos indivíduos, além do incentivo à participação ativa das pessoas que estão envelhecendo em grupos sociais como uma estratégia valiosa para reduzir a percepção da solidão. Inclusive, tais grupos podem ser criados e acompanhados pelas equipes da APS, com realização de atividades como a terapia do riso, a horticultura, as atividades físicas, entre outras.

Também se espera que a rede de atenção à saúde adote estratégias como a capacitação dos profissionais de saúde, a criação e o fortalecimento dos serviços especializados, com vistas a garantir um atendimento adequado e humanizado e a viabilizar um envelhecimento saudável e ativo. Adicionalmente, recomenda-se a realização de novas pesquisas com amostras representativas dos adultos de meia-idade e pessoas idosas, visando investigar a solidão neste grupo nos próximos anos.

REFERÊNCIAS

1. Sharma A, Ahmad Farouk I, Lal SK. Covid-19: a review on the novel coronavirus disease evolution, transmission, detection, control and prevention. Viruses. 2021 [cited 2024 Jun 15]; 13(2):202. DOI: https://doi.org/10.3390/v13020202.
2. Lima-Martínez MM, Carrera Boada C, Madera-Silva MD, Marín W, Contreras M. Covid-19 e diabetes: uma relação bidirecional. Clin Investig Arterioscler. 2021 [cited 2024 Jun 20]; 33(3):151-7. DOI: https://doi.org/10.1016/j.arteri.2020.10.001.
3. Wolf JM, Wolf LM, Bello GL, Maccari JG, Nasi LA. Molecular evolution of SARS-CoV-2 from December 2019 to August 2022. J Med Virol. 2023 [cited 2024 May 01]; 95(1):e28366. DOI: https://doi.org/10.1002/jmv.28366.
4. World Health Organization (WHO). Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief 2021. Geneva: WHO; 2021 [cited 2024 Jun 30]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240030749.
5. Aquino E, Silveira IH, Pescarini J, Aquino R, Souza-Filho JA. Medidas de distanciamento social no controle da pandemia de Covid-19: potenciais impactos e desafios no Brasil. Ciênc Saúde Colet. 2020 [cited 2024 May 16]; 25(Suppl 1):2423-46. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020.
6. Armitage R, Nellums LB. Covid-19 and the consequences of isolating the elderly. Lancet Public Health. 2020 [cited 2024 Jul 01]; 5(5):e256. DOI: https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X.
7. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Dailey NS. Loneliness: A signature mental health concern in the era of Covid-19. Psychiatry Res. 2020 [cited 2024 Abr 18]; 290:113117. DOI: https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113117.
8. Trad NK, Wharam JF, Druss B. Addressing loneliness in the era of Covid-19. JAMA Health Forum. 2020 [cited 2024 Mar 23]; 1(6):e200631. DOI: https://doi.org/10.1001/jamahealthforum.2020.0631.
9. Barroso SM, Baptista MN, Zanon C. Solidão como variável preditora na depressão em adultos. Est. Inter. Psicol. 2018 [cited 2024 Apr 24] ;9(3, supl.1):26-37. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000400003&lng=pt&nrm=iso.
10. Carmona CF, Couto VV, Scorsolini-Comin F. A experiência de solidão e a rede de apoio social de idosas. Psicol Estudo (Maringá). 2014 [cited 2024 Jun 15]; 19(4):681-91. DOI: https://doi.org/10.1590/1413-73722395510.
11. Kotwal AA, Cenzer IS, Waite LJ, Covinsky KE, Perissinotto CM, Boscardin WJ, Hawkley LC, Dale W, Smith AK. The epidemiology of social isolation and loneliness among older adults during the last years of life. J Am Geriatr Soc. 2021 [cited 2024 May 11]; 69(11):3081-91. DOI: https://doi.org/10.1111/jgs.17366.
12. Yang K, Victor C. Age and loneliness in 25 European nations. Ageing Soc. 2011 [cited 2024 Mar 30]; 31(8):1368-88. DOI: https://doi.org/10.1017/S0144686X1000139X.
13. Gao Q, Prina AM, Prince M, Acosta D, Luisa Sosa A, Guerra M, et al. Loneliness among older adults in Latin America, China, and India: prevalence, correlates and association with mortality. Int. J. Public Health. 2021 [cited 2024 Jun 01]; 66:604449. DOI: https://doi.org/10.3389/ijph.2021.604449.
14. Braga LDS, Moreira BDS, Torres JL, Andrade ACDS, Lima ACL, Vaz CT, et al. A decreased trajectory of loneliness among Brazilians aged 50 years and older during the Covid-19 pandemic: ELSI-Brazil. Cad Saúde Pública. 2022 [cited 2024 Apr 09]; 38(1):e00106622. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311XEN106622.
15. Emerson, KG. Coping with being cooped up: Social distancing during Covid-19 among 60+ in the United States. Rev Panam Salud Publica. 2020 [cited 2024 May 29]; 44:e81. DOI: https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.81.
16. Kotwal AA, Holt-Lunstad J, Newmark RL, Cenzer I, Smith AK, Covinsky KE, *et al.* Social isolation and loneliness among San Francisco Bay Area older adults during the Covid-19 shelter-in-place orders. J Am Geriatr Soc. 2021 [cited 2024 Mar 02]; 69(1):20-9. DOI: https://doi.org/10.1111/jgs.16865.
17. Torres JL, Braga LDS, Moreira BDS, Castro CMS, Vaz CT, Andrade ACD, et al. Loneliness and social disconnectedness in the time of pandemic period among Brazilians: evidence from the ELSI Covid-19 initiative. Aging Ment Health. 2022 [cited 2024 May 04]; 26(5):898-904. DOI: https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1913479.

18. Peng S, Roth AR. Social isolation and loneliness before and during the Covid-19 pandemic: A longitudinal study of US adults older than 50. J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci. 2022 [cited 2024 Apr 15]; 77(7):e185-e190. DOI: https://doi.org/10.1093/geronb/gbab068.
19. Holt-Lunstad, J. The potential public health relevance of social isolation and loneliness: prevalence, epidemiology, and risk factors. Public Policy Aging Rep. 2017 [cited 2024 Mar 27]; 27(4):127-30. DOI: https://doi.org/10.1093/ppar/prx030.
20. Luchetti M, Lee JH, Aschwanden D, Sesker A, Strickhouser JE, Terracciano A, Sutin AR. The trajectory of loneliness in response to Covid-19. Am Psychol. 2020 [cited 2024 Jun 12]; 75(7):897-908. DOI: https://doi.org/10.1037/amp0000690.
21. Mills JP, Kaye KS, Mody L. Covid-19 in older adults: clinical, psychosocial, and public health considerations. JCI Insight. 2020 [cited 2024 Jun 18]; 5(10):e139292. DOI: https://doi.org/10.1172/jci.insight.139292.
22. Banerjee D, Rai M. Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness. Int J Soc Psychiatry. 2020 [cited 2024 Apr 07]; 66(6):525-7. DOI: https://doi.org/10.1177/0020764020922269.
23. Berg-Weger M, Morley JE. Loneliness in old age: an unaddressed health problem. J Nutr Health Aging 2020 [cited 2024 Jun 27]; 24:243-5. DOI: https://doi.org/10.1007/s12603-020-1323-6.
24. Chaparro L, Sánchez B, Carrillo GM. Encuesta de caracterización del cuidado de la diada cuidador familiar - persona con enfermedad crónica. Rev. Cien. Cuidad. 2014 [cited 2024 Apr 10];11(2):31-45. DOI: https://doi.org/10.14198/cuid.2019.55.02.
25. Ferreira HG, Casemiro NV. Solidão em Idosos e fatores associados. REFACS. 2021 [cited 2024 Apr 24]; 9(1):90-8. DOI: https://doi.org/10.18554/refacs.v9i1.5199.
26. Wright-St Clair VA, Neville S, Forsyth V, White L, Napier S. Integrative review of older adult loneliness and social isolation in Aotearoa/New Zealand. Australas J Ageing. 2017 [cited 2024 May 03]; 36(2):114-23. DOI: https://doi.org/10.1111/ajag.12379.
27. Costa FB. Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos [Dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2012 [cited 2024 Apr 10]. Available from: https://tede2.pucrs.br/tede2/handle/tede/2694.
28. Pai N, Vella SL. Covid-19 and loneliness: A rapid systematic review. Aust N Z J Psychiatry.2021 [cited 2024 Jun 18]; 55(12):1144-56. DOI: https://doi.org/10.1177/00048674211031489.
29. Holt-Lunstad J, Smith TB, Baker M, Harris T, Stephenson D. Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: a meta-analytic review. Perspect Psychol Sci. 2015 [cited 2024 Apr 05]; 10(2):227-37. DOI: https://doi.org/10.1177/1745691614568352.
30. Romero DE, Muzzy J, Damacena GN, Souza NA, Almeida WS, Szwarcwald CL, et al. Idosos no contexto da pandemia da Covid-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. Cad. Saúde Pública.2021 [cited 2024 Mar 24]; 37(3):e00216620. DOI: https://doi.org/10.1590/0102-311X00216620.
31. Czaja SJ, Moxley JH, Rogers WA. Social Support, Isolation, Loneliness, and Health Among Older Adults in the PRISM Randomized Controlled Trial. Front Psychol. 2021 [cited 2024 May 31]; 12:728658. DOI: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.728658.
32. Lee SL, Pearce E, Ajnakina O, Johnson S, Lewis G, Mann F, et al. The association between loneliness and depressive symptoms among adults aged 50 years and older: a 12-year population-based cohort study. Lancet Psychiatry. 2021 [cited 2024 Apr 29]; 8(1):48-57. DOI: https://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30383-7.
33. Pegorari MC, Silva CFS, Araújo FC, Silva JS, Ohara DG, Matos AP, et al. Factors associated with social isolation and loneliness in community-dwelling older adults during pandemic times: a cross-sectional study. Rev Soc Bras Med Trop. 2021 [cited 2024 Mar 01]; 54:e01952020. DOI: https://doi.org/10.1590/0037-8682-0195-2020.
34. Mata LRFD, Kuznier TP, Menezes AC, Azevedo C, Amaral FMA, Chianca TCM. Validade e confiabilidade da Escala de Solidão da UCLA versão 3 entre idosos brasileiros. Esc. Anna. Nery. 2022 [cited 2024 Feb 07]; 26:e20210087. DOI: https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0087.
35. Almeida PKP, Sena RMC, Dantas JLL, Trigueiro JG, Pessoa Jr JM, Nascimento EGC. "I lived, studied, loved, and even believed": systematic review about loneliness in Brazilian elderly. Rev Intellectus. 2020 [cited 2024 Mar 20]; 57(1):41-55. Available from: http://www.revistaintellectus.com.br/ArtigosUpload/63.748.pdf.
36. Barroso SM, Andrade VS, Oliveira NR. Escala Brasileira de Solidão: análises de resposta ao item e definição dos pontos de corte. J Bras Psiquiatr. 2016 [cited 2024 Feb 20]; 65(1):76-81. DOI: https://doi.org/10.1590/0047-2085000000106.
37. Lino VTS, Pereira SRM, Camacho LAB, Ribeiro Filho ST, Buksman S. Adaptação transcultural da Escala de Independência em Atividades da Vida Diária (Escala de Katz). Cad Saúde Pública. 2008 [cited 2024 Mar 22]; 24:103-12. Available from: https://www.scielosp.org/pdf/csp/2013.v29n8/1631-1643/pt.
38. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychossocial function. JAMA. 1963 [cited 2024 Apr 09]; 185:914-9. DOI: https://doi.org/10.1001/jama.1963.03060120024016.
39. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. The Gerontologist. 1979 [cited 2024 Mar 12]; 9(3):179-86. DOI: https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179.
40. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral: impacto da escolaridade. Arq. Neuro-Psiquiatr. 1994 [cited 2024 Jan 09]; 52(1):1-7, 1994. DOI: https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001.
41. Graham JW. Missing data analysis: making it work in the real world. Annu Rev Psychol. 2009 [cited 2024 Apr 30]; 60:549-76. DOI: https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085530.
42. Priya Giri S, Dubey A. Loneliness in the time of Covid-19: an alarming rise. Lancet. 2023 [cited 2024 Mar 02]; 401(10394):2107-8. DOI: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(23)01125-X.
43. Ruan J, Xu YM, Zhong BL. Loneliness in older Chinese adults amid the Covid-19 pandemic: prevalence and associated factors. Asia Pac Psychiatry. 2023 [cited 2024 Jun 13]; 15(4):e12543. DOI: https://doi.org/10.1111/appy.12543.
44. O'Shea BQ, Finlay JM, Kler J, Joseph CA, Kobayashi LC. Loneliness among US adults aged ≥55 early in the Covid-19 pandemic: findings from the Covid-19 coping study. Public Health Reports. 2021 [cited 2024 Feb 14]; 136(6):754-64. DOI: https://doi.org/10.1177/00333549211029965.

45. Kadowaki L, Wister A. Older adults and social isolation and loneliness during the Covid-19 pandemic: an integrated review of patterns, effects, and interventions. Can J Aging. 2023 [cited 2024 Apr 29]; 42(2):199-216. DOI: https://doi.org/10.1017/S0714980822000459.
46. Guo J, Luo R, Guo YM, Xu YS, Zhu L. Analysis on influencing factors on loneliness in the elderly aged 60 and above in China. 2023 [cited 2024 May 13]; 44(7):1086-91. DOI: https://doi.org/10.3760/cma.j.cn112338-20230227-00110.
47. Kino S, Stickley A, Arakawa Y, Saito M, Saito T, Kondo N. Isolamento social, solidão e seus correlatos em adultos japoneses mais velhos. Psicogeriatria. 2023 [cited 2024 Apr 01]; 23(3):475-86. DOI: https://doi.org/10.1111/psyg.12957.
48. Ibáñez-Del Valle V, Corchón S, Zaharia G, Cauli O. Solidão social e emocional em idosos que habitam na comunidade: o papel da sociodemografia. Int J Environ Res Saúde Pública. 2022 [cited 2024 Jun 20]; 19(24):16622. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph192416622.
49. Oliveira LMD, Abrantes GGD, Ribeiro GDS, Cunha NM, Pontes MDLDF, Vasconcelos SC. Loneliness in senescence and its relationship with depressive symptoms: an integrative review. Rev Bras Geriatr Gerontol. 2019 [cited 2024 Mar 17]; 22(6):e190241. DOI: https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190241.
50. Khan MSR, Kadoya Y. Loneliness during the Covid-19 pandemic: a comparison between older and younger people. Int J Environ Res Public Health. 2021 [cited 2024 Jun 11]; 18(15):7871. DOI: https://doi.org/10.3390/ijerph18157871.
51. Mistry SK, Ali ARMM, Yadav UN, Khanam F, Huda MN. Changes in loneliness prevalence and its associated factors among Bangladeshi older adults during the Covid-19 pandemic. PLoS One. 2022 [cited 2024 May 24]; 17(11):e0277247. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0277247.
52. Silber SD. A fragilidade econômica e financeira na pandemia do Sars-Covid-19. Estud Av. 2020 [cited 2024 Mar 28]; 34(100):107–15. DOI: https://doi.org/10.1590/s0103-4014.2020.34100.008.
53. Ferreira RR, Rita LPS. Impactos da Covid-19 na economia: limites, desafios e políticas. CP. 2020 [cited 2024 Jul 02]; 13(2):459-76. DOI: http://dx.doi.org/10.9771/cp.v13i2.36183.
54. Jessen MAB, Pallesen AVJ, Kriegbaum M, Kristiansen M. The association between loneliness and health - a survey-based study among middle-aged and older adults in Denmark. Aging Ment Health. 2018 [cited 2024 Jul 01]; 22(10):1338-43. DOI: http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2017.1348480.
55. Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, Levy SB. Activities of daily living. *In:* StatPearls. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 [cited 2024 Jun 26]. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404.
56. Ryu SI, Cho B, Chang SJ, Ko H, Yi YM, Noh E, *et al*. Factors related to self-confidence to live alone in community-dwelling older adults: a cross-sectional study. BMC Geriatr. 2021 [cited 2024 Jun 20]; 21:291. DOI: https://doi.org/10.1186/s12877-021-02214-w.
57. Xie X, Huang C, Sitar S, Qiao X. Community engagement and loneliness in older adults in China: mediation effects of social support in the wake of Covid-19. Front Public Health. 2023 [cited 2024 Jun 19]; 11:1199577. DOI: https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1199577.
58. Tomás JM, Pinazo-Hernandis S, Oliver A, Donio-Bellegarde M, Tomás-Aguirre F. Loneliness and social support: Differential predictive power on depression and satisfaction in senior citizens. J Community Psychol. 2019 [cited 2024 Jun 10];47(5):1225-1234. DOI: https://doi.org/10.1002/jcop.22184.
59. Polenick CA, Perbix EA, Salwi SM, Maust DT, Birditt KS, Brooks JM. Loneliness during the covid-19 pandemic among older adults with chronic conditions. J Appl Gerontol. 2021 [cited 2024 Jun 30];40(8):804-813. DOI: https://doi.org/10.1177/0733464821996527.

Contribuições dos autores

Concepção, L.K.C. e T.C.R.M.; metodologia, L.K.C., F.G.M.K. e T.C.R.M.; software, T.C.R.M. e B.M.L.; validação, L.K.C.; análise formal, I.N.S. e M.K.; investigação, L.K.C. e F.G.M.K.; obtenção de recursos, T.C.R.M. e B.M.L.; curadoria de dados, L.K.C.; redação – original preparação de rascunhos, M.K., I.N.S. e L.K.C.; redação – revisão e edição, L.K.C., F.G.M.K., I.N.S., B.M.L. e T.C.R.M.; visualização, T.C.R.M.; supervisão, T.C.R.M.; administração do projeto, L.K.C.; aquisição de financiamento, T.C.R.M e B.M.L. Todos os autores realizaram a leitura e concordaram com a versão publicada do manuscrito.