

# Isolamento social e solidão dos idosos em tempo de COVID-19

Andreia Soares Teles Ribeiro<sup>1</sup>

## RESUMO

As medidas de distanciamento social impostas foram extremamente importantes para controlar a propagação da COVID-19. No entanto, vieram agravar o isolamento social e a solidão, problemática especialmente importante na população idosa. Realizou-se uma revisão das consequências do isolamento e da solidão na população idosa e de que modo os cuidados de saúde se devem preparar para conseguir contornar este desafio. Aqui, o médico de família assume um papel essencial, pela sua proximidade da população.

**Palavras-chave:** COVID-19; Isolamento social; Solidão; Idosos.

## INTRODUÇÃO

**A**pós o diagnóstico do primeiro caso de COVID-19 em dezembro de 2019, uma ação a nível global foi iniciada, principalmente após a Organização Mundial da Saúde declarar a COVID-19 como pandemia a 11 de março de 2020.

De modo a ser possível diminuir a transmissão do vírus foram impostas medidas sem precedentes, denominadas globalmente como medidas de distanciamento social, com o intuito de diminuir o aumento dos contágios, permitindo achatar a curva de novos casos. O distanciamento social foi imposto no dia a dia da população, levando à imposição de confinamento e mudança dos hábitos de vida.

Apesar da necessidade de implementação destas medidas na tentativa de mitigar os efeitos da doença na população, as mesmas tiveram sem dúvida uma consequência no bem-estar mental da população. Mesmo nas pessoas que não tiveram COVID-19 deve igualmente ser considerada a morbilidade psicológica associada aos efeitos das medidas aplicadas durante a pandemia. Estas tiveram um impacto particularmente importante nas pessoas que vivem sozinhas, principalmente nos idosos. Exacerbaram a taxa de solidão nesta população, já previamente elevada, nomeada-

mente naqueles que já dependiam dos serviços sociais como base de convívio e contacto humano.

Acrescendo às medidas referidas anteriormente, a população idosa também foi identificada como população de alto risco, com maiores taxas de mortalidade e morbilidade. Assim, as autoridades de saúde e os próprios governos pediram uma especial atenção para esta população, pedindo um maior confinamento, o que implicava distanciamento de familiares, amigos, requerendo a entrega de fármacos e compras em casa, sempre com o cuidado de manter pelo menos dois metros de distância das pessoas com quem contactassem.

Esta revisão tem como objetivos identificar os principais riscos e consequências da COVID-19 na saúde física e mental dos idosos, procurando soluções que minimizem estes malefícios.

### 1. A solidão como problema de saúde pública

O ser humano é um ser social, sendo as relações interpessoais uma parte fundamental do seu bem-estar. A OMS definiu, em 1948, a saúde como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doenças”,<sup>1</sup> compreendendo-se a importância da interação social para um estado de saúde. Na realidade, o suporte e integração social têm vindo a demonstrar ter efeitos protetores nos *outcomes* de mortalidade e morbilidade da população.<sup>2</sup>

O isolamento social define-se pela falta de contacto social ou familiar, ausência de envolvimento na

1. Médica Interna de Medicina Geral e Familiar. USF Descobertas, ACeS Lisboa Ocidental e Oeiras. Lisboa, Portugal.



comunidade ou com o mundo exterior e ausência ou dificuldade no acesso a serviços.<sup>3</sup> Normalmente o isolamento social relaciona-se com limitações externas que acabam por restringir esta socialização, muito justificado com doenças crónicas, condições físicas habitacionais ou de acessibilidade no local de residência. O isolamento social pode levar à solidão, que se caracteriza como um sentimento subjetivo muito complexo, relacionado com a ausência de contacto, de sentimento de pertença ou com a sensação de estar isolado, revelando um défice entre o desejo de contacto social e a realidade vivenciada.<sup>4</sup> A solidão tem em conta a perceção pessoal ao contrário do isolamento social: uma pessoa pode sentir-se sozinha mesmo estando na presença de outras pessoas ou sentir-se satisfeita mesmo quando tem pouco contacto social.

Com o envelhecimento, os círculos sociais vão-se reduzindo, com a ausência de colegas de trabalho, pela morte do cônjuge e de amigos próximos, fazendo com que os idosos tenham menos relações próximas e estejam mais suscetíveis a viverem sozinhos. Além disso, as cidades não estão preparadas para promover a socialização nas idades mais avançadas: os idosos por vezes têm receio de sair de casa, ora por não se sentirem seguros nos bairros em que vivem, ora por existirem más condições de acessibilidade ou passeios em mau estado de conservação, gerando preocupações com possíveis quedas. Faltam igualmente espaços de socialização, sendo os centros de dia em reduzido número e frequentemente com listas de espera.

Estima-se que aproximadamente 50% dos adultos com mais de 60 anos se encontram em risco de isolamento social e cerca de um terço vai experienciar algum grau de solidão.<sup>5</sup>

No entanto, a solidão e o isolamento social são esquecidos dos planos locais de saúde, apesar de se apresentarem como um problema de saúde pública. A solidão apresenta um risco de mortalidade semelhante a outros fatores, como o tabagismo (equivalente ao consumo de 15 cigarros por dia),<sup>6</sup> ou até mais importante do que fatores como a obesidade ou a inatividade física.<sup>6-8</sup> A solidão tem demonstrado encontrar-se ligada a um aumento de ansiedade e depressão, aumento das tentativas de suicídio, pior controlo da hipertensão arterial e doença cardiovascular, limitação funcional, declínio cognitivo e mortalidade, contribuindo para um

processo de envelhecimento mais rápido.<sup>9-12</sup> Do mesmo modo, esta população frequentemente procura mais cuidados de saúde, estando igualmente a solidão relacionada com o aumento de idas ao serviço de urgência e o aumento de internamentos.<sup>9</sup> O isolamento social também deixa a população idosa mais vulnerável a sofrer negligência ou abusos pelos que lhes são próximos.<sup>13</sup> Pelo contrário, as relações sociais com família, amigos ou contexto comunitário aumentam a probabilidade de sobreviver em situações difíceis e permitem uma perceção do tempo gasto como gratificante em comparação com o tempo passado sozinho.<sup>11</sup>

Por estes motivos a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 já contempla a importância da implementação de medidas que permitam mitigar a solidão e combater o isolamento social.<sup>14</sup>

## 2. O impacto da COVID-19 no isolamento social

Um estudo na população idosa portuguesa demonstrou que nas idades  $\geq 75$  anos, 38,8% da população passa oito ou mais horas sem qualquer contacto social.<sup>15-16</sup> Em 2019, a GNR sinalizou 41.868 idosos que vivem sozinhos e/ou isolados ou em situação de vulnerabilidade (seja pelas suas condições físicas, psicológicas ou outras que coloquem a sua segurança em causa).<sup>17</sup> Adverte-se que este valor é prévio à pandemia COVID-19; logo, sabemos que muitos indivíduos que ainda mantinham um contacto social mais ativo (a frequentar os centros de dia, a ir à farmácia e às compras), com a COVID-19 viram esse contacto ser diminuído ou desaparecer por completo, o que nos leva a projetar números de isolamento muito mais elevados. Na realidade, os modos que tradicionalmente a comunidade identificou para um envelhecimento ativo, como atividades sociais e recreativas ou trabalho de voluntariado, foram suspensas.

Devemos ainda pensar na população residente em lares e instituições de solidariedade social: com a pandemia e o confinamento veio igualmente a proibição de visita dos familiares aos idosos institucionalizados, que perderam, assim, todo o contacto que ainda tinham com o mundo exterior.

Em relação à saúde, com as medidas de confinamento aumentou o risco de fragilidade desta população, pela redução acentuada das suas atividades diárias



fora de casa, diminuindo o número de passos dados e, conseqüentemente, tornando a população mais sedentária, o que terá impacto nas suas doenças de base e na sua sensação de bem-estar. Um estudo realizado na Áustria demonstrou o aumento da solidão reportada pela população idosa durante o período de confinamento imposto para controlo da COVID-19,<sup>18</sup> achado também identificado num estudo na população Holandesa.<sup>19</sup>

#### ***a. De que modo a COVID-19 veio agravar o idadismo?***

O idadismo caracteriza uma atitude preconceituosa e discriminatória com base na idade, normalmente em relação às pessoas idosas.<sup>20</sup> Sabemos que a população mais idosa tem sido considerada de maior risco para a COVID-19. Esta estratificação de risco teve por base a observação de que estes doentes sofrem de doença mais grave e apresentam maiores taxas de mortalidade por COVID-19.<sup>21-24</sup>

Por este motivo, as medidas de isolamento social tiveram sempre um especial enfoque na população idosa, como sendo a população em que o isolamento social devia ser mais respeitado. Na verdade, muitos discursos tiveram como cerne a importância de manter o distanciamento das pessoas mais idosas de modo a não as colocar em maior risco.

Foram frequentes as notícias sobre as idades dos doentes internados por COVID-19, com associação ao elevado consumo de recursos de saúde, em especial da população mais idosa. Também surgiram movimentos que se opunham às medidas de contenção da transmissibilidade do vírus, argumentando tratar-se de uma doença com elevada morbi-mortalidade apenas nas idades mais avançadas.

Vimos, assim, o agravamento do idadismo, realizando-se um estereótipo etário a nível da faixa etária idosa, como uma população mais vulnerável, mais frágil, consumidora de recursos, e ficando a ideia, em alguns discursos, de uma população com aparente menor valor que os outros grupos etários.

Estes discursos agravaram a sensação de peso que muitos dos idosos já sentiam anteriormente, agravando a sua própria visão do envelhecimento. Esta visão idadista tem conseqüências profundamente negativas nos idosos, como demonstraram Levy e os seus colaboradores, em que os idosos que tinham uma percepção ne-

gativa do envelhecimento viviam em média menos 7,5 anos do que os que tinham ideias positivas sobre o envelhecimento.<sup>25</sup> O idadismo gera um ciclo vicioso: condiciona maior isolamento social, declínio cognitivo e físico e sensação de fardo económico nesta população, que percebe a sua realidade como a que lhe é transmitida e como o que a sociedade espera desta geração.

No entanto, a população idosa é um grupo muito heterogéneo. Devemos considerar que apesar de ocorrer um aumento da fragilidade imunitária e frequentemente a existência de um maior número de doenças crónicas, a idade cronológica não tem uma relação linear com um envelhecimento saudável, tendo em conta que a qualidade da saúde varia amplamente em todas as faixas etárias, inclusivamente na idade geriátrica.<sup>26</sup> Este facto foi notado em vários momentos durante a pandemia: frequentemente os idosos foram o ponto de suporte para ficarem com os netos quando as escolas fecharam, nos casos em que os pais não conseguiram fazê-lo. Nas famílias que perderam fontes de rendimentos, muitos idosos deram suporte económico aos familiares, ajudando a ultrapassar uma fase mais difícil. Como exemplos concretos temos os médicos já reformados, que se voluntariaram para voltar a trabalhar e ajudar o SNS ou os idosos que ajudaram a fabricar máscaras e outro material de proteção, ajuda que foi essencial numa fase em que os materiais de proteção eram escassos.

É essencial desmistificar estes conceitos, tanto junto dos mais idosos como do resto da população, de modo a quebrar este ciclo e estimulando um envelhecimento ativo.

#### ***b. Identificação da solidão e do isolamento social na população***

Para ser possível realizar intervenções nesta área é essencial que os profissionais que lidam com a população idosa tenham especial atenção ao diagnóstico de solidão e de isolamento social, fatores que devem fazer parte da avaliação contínua das necessidades desta população.

Em Portugal, dados de um estudo realizado em 2019 demonstram que cerca de 91% dos idosos seguidos nos cuidados de saúde primários sofrem de solidão e, destes, cerca de um terço apresenta níveis graves de solidão.<sup>27</sup> Nos cuidados de saúde primários não existe uma



codificação exclusiva para a solidão, mas temos o código Z28 – *Limitação funcional/Incapacidade*, codificação utilizada para identificar a limitação funcional condicionada por problemas como o isolamento e a solidão. Para medir esta limitação utilizam-se os quadros COOP/Wonca.<sup>28</sup> No entanto, esta avaliação é limitadora, uma vez que se apenas identificamos a solidão quando esta se torna uma limitação, podemos já estar a intervir demasiado tarde.

Como forma de identificar a solidão e o isolamento social temos escalas como a Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6),<sup>29</sup> a escala de Avaliação Funcional Multifuncional dos idosos (que avalia os recursos sociais, económicos, saúde física e mental, atividades de vida diária e utilização de serviços, sendo uma escala mais completa, mas também muito exaustiva e que despende mais tempo)<sup>30</sup> e a escala de Solidão da UCLA,<sup>31</sup> todas validadas para a população portuguesa. É infrequente existirem registos clínicos com avaliação de alguma destas escalas, sendo essencial chamar a atenção dos profissionais de saúde para a sua existência e para a informação que estas podem fornecer.

### ***c. Estratégias de combate ao isolamento social e solidão durante a pandemia de COVID-19***

É expectável um aumento da patologia ansiosa e depressiva condicionada pelas alterações económicas, sociais e de saúde provocadas pela pandemia. Consequentemente, é essencial os serviços encontrarem-se preparados para dar uma resposta adequada a este problema. Será importante estar alerta durante as consultas para sintomas depressivos que possam surgir e averiguar frequentemente o estado da saúde mental da população. Também seria importante aumentar a equipa de psicólogos existente nos cuidados de saúde primários, de modo a possibilitar uma melhor resposta a este aumento previsível da procura. Com o aumento da contratação de psicólogos, estes poderiam fazer teleconsultas (por telefone ou videochamada) à população idosa. Neste âmbito, existem estudos que demonstraram efeitos benéficos, mesmo à distância, da terapia cognitivo-comportamental nos casos de solidão, inclusivamente através de plataformas de internet, com melhoria da qualidade de vida dos pacientes.<sup>32</sup> Estes meios poderiam ser um modo de atuação na população com maior facilidade em interagir com as tecnologias.

Na população em que é possível realizar intervenções com recurso à tecnologia devemos começar por incentivar à familiarização do seu uso (incentivando ao papel dos cuidadores e familiares nesta tarefa), sendo igualmente importante serem criados programas síncronos que permitam a criação de um maior sentido de envolvimento, com formação de grupos de trabalho (divisão de grupos por gostos pessoais, por localidades, discussão de temas previamente escolhidos, etc.). Pelo contrário, não tem sido demonstrado benefício na utilização de redes sociais, sendo que a sua utilização passiva traz prejuízo no bem-estar afetivo.<sup>33</sup>

No entanto, existem grandes disparidades no acesso a estas tecnologias e muita população idosa tem elevadas taxas de iliteracia a nível tecnológico. Por este motivo, é imperativo ter alternativas às soluções baseadas na internet para esta população.

Uma das alternativas possíveis seriam telefonemas numa base regular, de modo a permitir uma conversa que estimule mental e socialmente os indivíduos. Devemos estimular as famílias e amigos a contactarem regularmente os seus idosos, de modo a garantirem uma sensação de pertença. Em relação aos idosos mais isolados seria possível um trabalho conjunto entre serviços sociais e serviços de saúde: começar por identificar nos ficheiros médicos os utentes idosos com maior risco de isolamento (idade mais avançada, famílias unitárias...). Através dessa identificação, o médico ou o enfermeiro poderiam realizar uma teleconsulta por telefone, avaliando as necessidades clínicas e realizando uma avaliação social deste utente. Se dessa avaliação surgisse a chamada de atenção de possível isolamento social e risco de solidão, esse utente seria referenciado para uma equipa de voluntariado que contactasse numa base regular estes utentes. Também seria interessante existir uma rede que organizasse estes contactos e permitisse que estes idosos se ajudassem uns aos outros: porque não criar redes de ligação entre idosos mais isolados? Seria um modo de gerar uma rede social mais abrangente e não apenas dependente do voluntariado.

Devemos sempre lembrar que não existem intervenções que possam ser aplicadas a toda a população: a solidão e o isolamento social são experienciados de formas muito heterogêneas e, como tal, devemos ter isso em mente quando propomos uma estratégia para



um utente, uma vez que nem sempre a receção será igual por todos.<sup>34</sup> Por exemplo, nos estudos de avaliação destas intervenções, a maioria dos voluntários são do sexo feminino, revelando o sexo masculino uma maior relutância em participar nestas iniciativas.<sup>35</sup>

Estima-se igualmente que haja um aumento da procura de cuidados de saúde, numa tentativa de colmatar a falta de contacto social sentida. O médico de família, por se encontrar inserido na comunidade e ser de maior acessibilidade, sempre foi considerado um elo de ligação dos mais idosos com os sistemas de saúde. No entanto, este aumento de procura conduzirá a uma maior dificuldade em gerir esta procura nos horários estabelecidos, reforçando a importância de existir uma intervenção mais precoce tendo por base uma prevenção primária em relação ao isolamento e à solidão.

## CONCLUSÃO

O mundo foi assolado pela pandemia da COVID-19 sem estar preparado para as suas consequências. Foram implementadas novas medidas que determinaram a mudança do estilo de vida das populações. Existem cuidados que entraram rotineiramente no nosso dia-a-dia, como a lavagem frequentemente das mãos, que podem vir a ter efeitos benéficos a longo prazo. Pelo contrário, sabemos que as medidas de distanciamento social poderão ter fortes consequências na saúde da população, principalmente da população mais idosa.

Apesar de termos utilizado a expressão “distanciamento social”, é importante referir que na realidade o que diminui a transmissibilidade do vírus é o distanciamento físico, reforçando a importância da compreensão de que, apesar da distância física, podemos e devemos estimular a que não exista um isolamento social. Deve existir um trabalho para que se possa manter o distanciamento físico sem que haja a sensação de isolamento social.

Sabemos que em relação ao combate ao isolamento social e à solidão não existe nenhuma intervenção que sirva a toda a população ao mesmo tempo, uma vez que cada pessoa experiencia a solidão e o isolamento de modo muito heterogéneo, sendo importante aplicar estas medidas de modo personalizado, de acordo com a avaliação do profissional de saúde.

Os serviços e os profissionais de saúde devem estar preparados para intervir e ajudar nestes casos, sendo

essencial criar ferramentas de referência para estes utentes. É trabalho de todos nós estimular a que se criem mecanismos que permitam um envelhecimento ativo, mesmo em tempos de pandemia.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Frequently asked questions [homepage]. Geneva: WHO; s.d. Available from: <https://www.who.int/about/frequently-asked-questions>
2. Steptoe A, Shankar A, Demakakos P, Wardle J. Social isolation, loneliness, and all-cause mortality in older men and women. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2013;110(15):5797-801.
3. Valtorta N, Hanratty B. Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda? *J R Soc Med*. 2012;105(12):518-22.
4. Peplau LA, Perlman D. Loneliness: a sourcebook of current research and therapy. New York: Wiley; 1982. ISBN 9780471080282
5. Landeiro F, Barrows P, Musson EN, Gray AM, Leal J. Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *BMJ Open*. 2017;7(5):e013778.
6. Xia N, Li H. Loneliness, social isolation, and cardiovascular health. *Antioxid Redox Signal*. 2018;28(9):837-51.
7. Luanaigh CO, Lawlor BA. Loneliness and the health of older people. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;23(12):1213-21.
8. Holt-Lunstad J, Smith TB, Layton JB. Social relationships and mortality risk: a meta-analytic review. *PLoS Med*. 2010;7(7):e1000316.
9. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *Am J Public Health*. 2015;105(5):1013-9.
10. Brooke J, Jackson D. Older people and COVID-19: isolation, risk and ageism. *J Clin Nurs*. 2020;29(13-14):2044-6.
11. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: a theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Ann Behav Med*. 2010;40(2):218-27.
12. Faisca L, Afonso RM, Pereira H, Patto MA. Solidão e sintomatologia depressiva na velhice [Loneliness and depressive symptomatology in elderly people]. *Anal Psicol*. 2019;37(1):209-22. Portuguese
13. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder abuse: global situation, risk factors, and prevention strategies. *Gerontologist*. 2016;56 Suppl 2:S194-205.
14. Despacho n° 12427/2016, de 17 de outubro. *Diário da República*. II Série(199).
15. Mota-Pinto A, Rodrigues V, Botelho A, Veríssimo MT, Morais A, Alves C, et al. A socio-demographic study of aging in the Portuguese population: the EPEPP study. *Arch Gerontol Geriatr*. 2011;52(3):304-8.
16. Oliveira CR, Santos-Rosa M, Mota-Pinto A, Botelho MA, Morais A, Veríssimo MT. Estudo do perfil do envelhecimento da população portuguesa [Internet]. Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; 2010. Available from: <http://riiuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/992>
17. Divisão de Comunicação e Relações Públicas. Operação censos sénior 2019: balanço [homepage]. GNR; 2019. Available from: [https://www.gnr.pt/MVC\\_GNR/Recortes/Details/13211](https://www.gnr.pt/MVC_GNR/Recortes/Details/13211)



18. Heidinger T, Richter L. The effect of COVID-19 on loneliness in the elderly: an empirical comparison of pre-and peri-pandemic loneliness in community-dwelling elderly. *Front Psychol*. 2020;11:585308.
19. van Tilburg TG, Steinmetz S, Stolte E, van der Roest H, de Vries DH. Loneliness and mental health during the COVID-19 pandemic: a study among Dutch older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021;76(7):e249-55.
20. Nelson TD. Ageism: stereotyping and prejudice against older persons [Internet]. 2nd ed. MIT Press; 2017. Available from: <https://direct.mit.edu/books/book/3119/AgeismStereotyping-and-Prejudice-against-Older>
21. Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. *JAMA*. 2020;323(13):1239-42.
22. Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, Crawford JM, McGinn T, Davidson KW, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York city area. *JAMA*. 2020;323(20):2052-9.
23. Williamson EJ, Walker AJ, Bhaskaran K, Bacon S, Bates C, Morton CE, et al. Factors associated with COVID-19-related death using OpenSAFELY. *Nature*. 2020;584(7821):430-6.
24. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA*. 2020;323(18):1775-6.
25. Levy BR, Slade MD, Kunkel SR, Kasl, SV. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. *J Pers Soc Psychol*. 2002;83(2):261-70.
26. Lowsky DJ, Olshansky SJ, Bhattacharya J, Goldman DP. Heterogeneity in healthy aging. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2014;69(6):640-9.
27. Rocha-Vieira C, Oliveira G, Couto L, Santos P. Impact of loneliness in the elderly in health care: a cross-sectional study in an urban region of Portugal. *Cent Eur J Soc Sci Humanit*. 2019;21(2):138-43.
28. WONCA. Classificação Internacional de Cuidados de Saúde Primários (ICPC-2) [Internet]. 2ª ed. Lisboa: Administração Central do Sistema de Saúde; 1999 [updated 2011]. Available from: [https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/apmcp\\_ICPC%20v%201.7.pdf](https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/apmcp_ICPC%20v%201.7.pdf)
29. Ribeiro O, Teixeira L, Duarte N, Azevedo MJ, Araújo L, Barbosa S, et al. Versão Portuguesa da Escala Breve de Redes Sociais de Lubben (LSNS-6) [Portuguese version of the abbreviated Lubben Social Network Scale (LSNS-6)]. *Rev Tem Kairós Gerontol*. 2012;15(1):217-34. Portuguese
30. Rodrigues RM. Validação da versão em português europeu de questionário de avaliação funcional multidimensional de idosos [Validation of the European Portuguese version of the Older Americans Resources and Services instrument]. *Rev Panam Salud Publica*. 2008;23(2):109-15. Portuguese
31. Neto F. A escala de solidão da UCLA: adaptação portuguesa. *Psicol Clin*. 1989;2:65-79.
32. Käll A, Jägholm S, Hesser H, Andersson F, Mathaldi A, Norkvist BT, et al. Internet-based cognitive behavior therapy for loneliness: a pilot randomized controlled trial. *Behav Ther*. 2020;51(1):54-68.
33. Verduyn P, Lee DS, Park J, Shablock H, Orvell A, Bayer J, et al. Passive Facebook usage undermines affective well-being: experimental and longitudinal evidence. *J Exp Psychol Gen*. 2015;144(2):480-8.
34. Fakoya OA, McCorry NK, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*. 2020;20(1):129.
35. Dowrick C, Hanratty B, Irwin P, Milligan C, Neary D, Payne S, et al. Men's sheds and other gendered interventions for older men: improving health and wellbeing – A systematic review and scoping of the evidence base [Internet]. Lancaster: Lancaster University Centre for Ageing Research; 2013. Available from: <https://www.artshealthresources.org.uk/wp-content/uploads/2022/03/2013-Mens-sheds-and-other-gendered-interventions-for-older-men.pdf>

#### CONFLITO DE INTERESSES

A autora declara não ter quaisquer conflitos de interesse.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Andreia Soares Teles Ribeiro

E-mail: [andriateles@campus.ul.pt](mailto:andriateles@campus.ul.pt)

<https://orcid.org/0000-0002-9134-8584>

Recebido em 13-09-2021

Aceite para publicação em 22-09-2022

## ABSTRACT

### SOCIAL ISOLATION AND LONELINESS OF THE ELDERLY DURING COVID-19

Amidst the COVID-19 pandemic, social distancing measures were significant to control the spread of the disease. However, social segregation and solitude have worsened, especially among the elderly. A review of the consequences of isolation and loneliness in the elderly was carried out and how healthcare should be prepared to be able to overcome this challenge. Here, the family doctor assumes an essential role, due to his proximity to the population.

**Keywords:** COVID-19; Social isolation; Loneliness; Aged.