



# Fatores associados à solidão em adultos de meia-idade e pessoas idosas da comunidade durante a pandemia da COVID-19<sup>a</sup>

*Factors associated with loneliness in community-dwelling middle-aged and older adults during the COVID-19 pandemic*

*Factores asociados a la soledad en adultos de mediana edad y personas mayores de la comunidad durante la pandemia de COVID-19*

Claudinéia Macedo<sup>1</sup>

Ana Beatriz Gomes Grecco<sup>2</sup>

Bianca Cristina Ciccone Giacon<sup>3</sup>

Marcelo Kwiatkoski<sup>4</sup>

Bruna Moretti Luchesi<sup>3</sup>

Tatiana Carvalho Reis Martins<sup>3</sup>

1. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Campo Grande, MS, Brasil.

2. Unidade de Pronto Atendimento Araretama. Pindamonhangaba, SP, Brasil.

3. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Campo Grande, MS, Brasil.

4. Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Instituto de Biotecnologias. Campo Grande, MS, Brasil.

#### Autor correspondente:

Tatiana Carvalho Reis Martins.  
E-mail: tatiana.reis@ufms.br

Recebido em 04/09/2025.  
Aprovado em 29/01/2026.

DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2025-0144pt>

## RESUMO

**Objetivo:** identificar a prevalência e os fatores associados à solidão em adultos de meia-idade e pessoas idosas residentes na comunidade durante a pandemia de COVID-19. **Método:** trata-se de um estudo transversal, com amostragem por conveniência, realizado no estado do Mato Grosso do Sul/Brasil. Foram avaliados indivíduos com 45 anos ou mais, cadastrados em Unidades de Saúde da Família. Para a coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado, contendo questões sociodemográficas, de saúde e de rede de apoio social. A variável dependente “solidão” foi avaliada por meio da Escala Brasileira de Solidão da UCLA. Os dados foram analisados por meio de um modelo de regressão logística múltipla. **Resultados:** duzentos e quinze pessoas participaram do estudo e 48,8% apresentaram escores de solidão acima da mediana. No modelo final, permaneceram como fatores associados ao desfecho: ter 60 anos ou mais e apresentar sintomas depressivos. **Conclusão e implicações para a prática:** nossos achados sugerem que pessoas idosas e indivíduos com sintomas depressivos apresentam maior probabilidade de serem solitários. É necessário monitorar a solidão na Atenção Primária à Saúde e pensar em estratégias de intervenção direcionadas aos fatores que podem estar associados a ela.

**Palavras-chave:** Adulto; COVID-19; Envelhecimento; Saúde Mental; Solidão.

## ABSTRACT

**Objective:** to identify the prevalence and factors associated with loneliness in community-dwelling middle-aged and older adults during the COVID-19 pandemic. **Method:** a cross-sectional study with convenience sampling, conducted in the state of Mato Grosso do Sul, Brazil. Individuals aged 45 or older and enrolled in Family Health Units were evaluated. A structured questionnaire containing sociodemographic, health and social support network questions was used for data collection. The “loneliness” dependent variable was assessed using the UCLA Brazilian Loneliness Scale. The data were analyzed using a multiple logistic regression model. **Results:** two hundred and fifteen people took part in the study and 48.8% presented loneliness scores above the median. In the final model, the factors associated with the outcome remained: being at least 60 years old and having depressive symptoms. **Conclusion and implications for the practice:** our findings suggest that older adults and people with depressive symptoms are more likely to lead lonely lives. It is necessary to monitor loneliness in Primary Health Care and to think of intervention strategies aimed at factors that may be associated with it.

**Keywords:** Adults; Aging; COVID-19; Loneliness; Mental Health.

## RESUMEN

**Objetivo:** este estudio tuvo como objetivo identificar la prevalencia y los factores asociados con la soledad en adultos de mediana edad y personas mayores que vivían en la comunidad durante la pandemia de COVID-19. **Método:** estudio transversal con muestreo por conveniencia, realizado en el estado de Mato Grosso do Sul/Brasil. Se evaluó a personas de 45 años o más, registradas en Unidades de Salud Familiar. La recolección de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario estructurado que contenía preguntas sociodemográficas, de salud y sobre la red de apoyo social. La variable dependiente “soledad” se evaluó utilizando la Escala Brasileña de Soledad de UCLA. Los datos se analizaron mediante un modelo de regresión logística múltiple. **Resultados:** participaron 215 personas en el estudio, y el 48,8% presentó puntuaciones de soledad por encima de la mediana. En el modelo final, los siguientes factores permanecieron asociados con el resultado: tener 60 años o más y presentar síntomas depresivos. **Conclusión e implicaciones para la práctica:** nuestros hallazgos sugieren que los adultos mayores y las personas con síntomas depresivos tienen más probabilidades de ser solitarios. Es necesario monitorear la soledad en la Atención Primaria de Salud y considerar estrategias de intervención dirigidas a los factores que pueden estar asociados con esta condición.

**Palabras clave:** Adulto; COVID-19; Envejecimiento; Salud Mental; Soledad.

## INTRODUÇÃO

O rápido avanço da doença causada pelo coronavírus 2019 (COVID-19) desencadeou uma crise de saúde pública em todo o mundo.<sup>1</sup> Diversas medidas foram adotadas para conter a disseminação do vírus e reduzir a sobrecarga imposta aos sistemas de saúde, como o distanciamento físico (social), a quarentena e o isolamento de casos positivos.<sup>2</sup>

Embora as medidas de prevenção e manejo sejam fundamentais para mitigar a propagação da COVID-19, há preocupação de que as restrições impostas ao contato e às atividades sociais tenham acentuado os sentimentos de solidão, especialmente entre grupos vulneráveis.<sup>3</sup>

Nesse sentido, desde o início da pandemia, publicações científicas já evidenciavam essa preocupação.<sup>2,4</sup> Além disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou um posicionamento inicial com considerações sobre a importância da promoção da saúde mental e psicossocial durante a pandemia de COVID-19.<sup>1</sup>

Antes mesmo da pandemia causada pelo novo coronavírus, a solidão já era caracterizada como um problema de saúde epidêmico,<sup>5-6</sup> afetando com maior frequência as pessoas idosas.<sup>5</sup> A solidão é definida como a percepção subjetiva de isolamento social, na qual o indivíduo vivencia a sensação de estar menos conectado socialmente do que gostaria.<sup>7</sup>

Essa percepção subjetiva resulta de deficiências nas interações sociais, podendo levar ao aumento de sentimentos de desamparo e sofrimento emocional, impactando negativamente a qualidade de vida.<sup>8</sup> A solidão também pode ser compreendida em duas dimensões distintas: emocional e social, em que a solidão emocional se refere à ausência de um vínculo emocional próximo, e a solidão social está associada à falta de uma rede social ampla.<sup>9</sup>

Assim, a solidão pode ser vivenciada em qualquer fase da vida; contudo, na velhice, esse processo tende a se intensificar em razão das mudanças próprias dessa etapa.<sup>10</sup> Em adultos de meia-idade e pessoas idosas, a solidão associa-se a fatores como menor condição econômica, menor escolaridade, pior autoavaliação da saúde física, sintomas depressivos, hipertensão, maior número de doenças crônicas,<sup>11</sup> morar sozinho, falta de engajamento social, comprometimento cognitivo, pior autoavaliação da saúde e incapacidade funcional.<sup>12</sup>

Além disso, o sentimento de solidão pode estar relacionado às perdas vivenciadas nesse período da vida, como a aposentadoria, que pode romper ou enfraquecer vínculos e laços sociais estabelecidos no trabalho; a saída dos filhos do domicílio, que deixa de compartilhar a rotina habitual; e a própria perda relacionada à morte, que cerca o indivíduo com o óbito de cônjuges, familiares, amigos de longa data, vizinhos, colegas e outras pessoas da convivência habitual.<sup>13</sup>

No contexto da pandemia, muitos vivenciaram o luto, sofrendo perdas pessoais como a de um cônjuge ou de uma pessoa pertencente à sua rede social. Como consequência do luto, o indivíduo pode desenvolver problemas de saúde mental e sentimentos de solidão.<sup>14</sup> Além dos aspectos relacionados às perdas, fatores biológicos, como o declínio funcional e cognitivo, também podem influenciar o surgimento e a desencadeamento da solidão.<sup>13</sup>

Diante do exposto, como a solidão é um fator de risco modificável, e atualmente está bem estabelecido na literatura que ela acarreta consequências negativas para a saúde,<sup>15</sup> torna-se essencial o desenvolvimento de estratégias de intervenção eficazes para avaliar a solidão no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS), conhecendo sua prevalência e compreendendo os fatores a ela relacionados.<sup>16</sup>

Embora o enfrentamento da solidão seja uma tarefa complexa, apresenta grande potencial para reduzir morbidade e a mortalidade entre pessoas idosas e melhorar a qualidade de vida.<sup>13</sup> Assim, pesquisas nessa área devem ser vistas como prioridade em saúde pública,<sup>17</sup> especialmente quando consideramos que o sofrimento associado ao isolamento social prolongado e à quarentena pode resultar em sentimentos de solidão.<sup>6</sup> Entretanto, no Brasil, ainda são escassos os estudos que abordam a solidão em adultos de meia-idade e pessoas idosas, o que reforça a necessidade de realizar pesquisas sobre esse tema.

Nesse contexto, considerando os fatores mencionados e a lacuna de estudos em nível nacional, esta pesquisa teve como objetivo identificar a prevalência e os fatores associados à solidão em adultos de meia-idade e pessoas idosas residentes na comunidade durante a pandemia da COVID-19. Tal conhecimento pode subsidiar intervenções, programas de prevenção e ações de promoção da saúde, com a finalidade de proporcionar à população um envelhecimento saudável.

## MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa transversal e analítica, com abordagem quantitativa. O estudo foi desenvolvido a partir do banco de dados do grupo de pesquisa "Assistência, pesquisa, ensino e gestão em Saúde Pública" e seguiu as recomendações do guia *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE).<sup>18</sup> Foi realizado em nove Unidades de Saúde da Família (USF) de um município de médio porte do estado de Mato Grosso do Sul, Brasil. De acordo com o censo de 2010, a cidade possuía 101.791 habitantes, dos quais 16,1% tinham idade entre 45 e 59 anos e 9,9% eram pessoas idosas (≥60 anos). A população estimada do município para 2021 era de 125.137 habitantes.

A população do estudo foi composta por adultos de meia-idade (45 a 59 anos) e pessoas idosas (≥60 anos) cadastradas nas USFs do município. A amostra foi de conveniência não probabilística,<sup>19</sup> de acordo com o número máximo de indivíduos abordados.

Os critérios de inclusão foram: ter idade igual ou superior a 45 anos, estar cadastrado em uma das nove USFs do município e possuir capacidade para responder ao questionário (avaliada pela percepção do entrevistador).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas face-a-face, conduzidas por nove entrevistadores previamente treinados, com duração média de 30 minutos. As equipes das USFs forneceram listas de indivíduos que atendiam aos critérios de inclusão, e os participantes foram selecionados de forma aleatória pelos pesquisadores. As entrevistas ocorreram nos domicílios dos participantes, respeitando todas as recomendações de biossegurança para prevenção da COVID-19. As entrevistas foram realizadas entre fevereiro e dezembro de 2021.

A variável dependente, solidão, foi avaliada por meio da Escala Brasileira de Solidão da UCLA (UCLA-BR), validada no Brasil para indivíduos com idade entre 20 e 87 anos.<sup>20</sup> A escala é composta por 20 itens, com quatro opções de resposta do tipo Likert, variando de 0 (nunca) a 3 (frequentemente), com pontuação máxima de 60 pontos.<sup>20</sup> A UCLA-BR inclui questões relacionadas à frequência com que o participante vivenciou situações de convívio social e atividades realizadas de forma isolada. A solidão foi avaliada como mais intensa à medida que a pontuação é maior na soma total das respostas.<sup>20</sup>

As variáveis independentes foram agrupadas em sociodemográficas, características de saúde e rede de apoio social, conforme descrito a seguir:

Variáveis sociodemográficas: sexo (masculino/feminino); idade (45-59 anos/≥60 anos); renda familiar (≥1 salário mínimo/<1 salário mínimo); estado civil (com companheiro/sem companheiro); situação de trabalho atual (sim/não).

Rede de apoio social: número de pessoas que residiam no domicílio do participante (reside sozinho/2 a 3 pessoas/≥4 pessoas); o número de pessoas consideradas próximas (0 a 4 pessoas/5 a 9 pessoas/≥10 pessoas); a participação em grupos sociais (sim/não); e a participação em atividades de lazer (sim/não).

Características de saúde: os sintomas depressivos foram avaliados por meio da escala *Center for Epidemiological Studies – Depression* (CES-D), validada no Brasil, cuja pontuação varia de zero a 60 pontos (pontuações mais altas, sintomas depressivos mais intensos). Para adultos de meia-idade, o ponto de corte para presença de sintomas depressivos foi ≥16 pontos, e para pessoas idosas, ≥12 pontos.<sup>21,22</sup> Também foi aplicada a escala de Lawton e Brody para todos os participantes, que avalia a dependência em sete Atividades Instrumentais da Vida Diária (AIVDs): uso do telefone, viagens, compras, refeições, trabalho doméstico, uso de medicamentos e manuseio do dinheiro. Os participantes foram considerados dependentes caso relatassem necessidade de ajuda (dependência parcial ou total) em pelo menos uma das sete AIVDs.<sup>23</sup>

Os dados foram digitados em planilha do Microsoft Office Excel™, com dupla digitação, validação e conferência. Foram realizadas análises descritivas por meio de frequências absolutas e relativas. A amostra foi dicotomizada pela mediana do desfecho (solidão) em menor (≤7) e maior escore de solidão (>7). A utilização da mediana visou garantir balanceamento entre os grupos, o que aumenta o poder estatístico dos testes. Em seguida, foram estimados modelos de regressão logística entre cada variável independente (variáveis sociodemográficas, rede de apoio social e características de saúde) e o desfecho. A partir desses modelos, foram estimadas as razões das chances brutas (*odds ratios*) com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Todas as variáveis com valor de  $p < 0,20$  nas análises individuais foram testadas em um modelo de regressão logística múltipla. Permaneceram no modelo final aquelas com  $p \leq 0,05$  após ajustes para as outras variáveis. A partir do modelo múltiplo, foram estimadas as razões de chances ajustadas com seus respectivos intervalos de confiança de 95%. Todas as análises foram realizadas no programa R, com nível de significância de 5%.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Todos os participantes foram devidamente esclarecidos sobre a pesquisa, e as entrevistas somente foram realizadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas vias pelos participantes.

## RESULTADOS

Participaram do estudo 215 adultos de meia-idade e pessoas idosas. Observou-se predominância de pessoas idosas (59,5%), do sexo feminino (67,9%), com renda familiar igual ou superior a um salário mínimo (87,9%), com companheiro(a) (54,9%) e que estavam trabalhando no momento da avaliação (66,0%). Verificou-se ainda que 51,2% dos participantes apresentavam sintomas depressivos e 43,7% eram dependentes parciais ou totais em pelo menos uma AIVD pela escala de *Lawton e Brody* (Tabela 1). Entre os participantes, 48,8% apresentaram escores de solidão acima da mediana.

No modelo final, as pessoas idosas (OR=1,89, IC95%: 1,02-3,52) e as pessoas com sintomas depressivos (OR=6,90, IC95%: 3,74-12,70) tiveram maior chance de apresentar escores de solidão acima da mediana. Entre as pessoas idosas, 53,1% estavam no grupo com escore de solidão acima da mediana, enquanto entre os adultos de meia-idade esse percentual foi de 42,5%. Entre as pessoas com sintomas depressivos, 70,0% estão no grupo com escore acima da mediana, já entre os demais, essa porcentagem é de 26,7% ( $p < 0,05$ ) (Tabela 1).

## DISCUSSÃO

Este estudo avaliou a solidão em adultos de meia-idade e pessoas idosas durante a pandemia da COVID-19. Profissionais que atuam em serviços de saúde mental têm revisado suas práticas com o objetivo de garantir cuidado e suporte de qualidade tanto para pessoas que já apresentam transtornos mentais quanto para aquelas que sofrem as consequências psicossociais da pandemia.<sup>4</sup>

Os resultados demonstraram que aproximadamente metade dos participantes (48,8%) apresentou escores de solidão acima da mediana. Pesquisas realizadas com pessoas idosas desde o início da pandemia de COVID-19 apontaram aumento da solidão em diversos países, como Estados Unidos,<sup>24</sup> Holanda<sup>14</sup> e Áustria.<sup>25</sup>

A “Pesquisa Comportamental Brasileira realizada durante a pandemia de COVID-19”, com 43.995 adultos e pessoas idosas, identificou alta prevalência de solidão (57,1%).<sup>26</sup> Dados da pesquisa *ConVid – Pesquisa de Comportamentos*, um inquérito nacional transversal de saúde realizado no Brasil, confirmam que o sentimento frequente de solidão decorrente do distanciamento de amigos e familiares durante a pandemia foi relatado por metade das pessoas idosas (50,6%).<sup>15</sup>

Em uma análise longitudinal do *Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros* (ELSI-Brasil), que contou com a participação de 4.431 pessoas com 50 anos ou mais, a prevalência de solidão no cenário pandêmico foi de 23,9%, valor inferior ao observado no período pré-pandemia (32,8%).

**Tabela 1.** Análises (brutas e ajustadas) das associações com o escore de solidão em adultos de meia-idade e pessoas idosas da comunidade (n=215). Três Lagoas (MS), Brasil, 2021.

Variáveis	Categorias	n (%)	Solidão		OR bruto (IC95%)	OR ajustado (IC95%)
			≤Mediana n (%)	>Mediana* n (%)		
<b>Sociodemográficas</b>						
Idade	45-59 anos	87 (40,5)	50 (57,5)	37 (42,5)	Ref	Ref
	≥60 anos	128 (59,5)	60 (46,9)	68 (53,1)	1,53 (0,88-2,65)	1,89 (1,02-3,52)
Sexo	Masculino	69 (32,1)	30 (43,5)	39 (56,5)	1,58 (0,88-2,81)	-
	Feminino	146 (67,9)	80 (54,8)	66 (45,2)	Ref	
Renda familiar	≥1 Salário mínimo <sup>1</sup>	189 (87,9)	97 (51,3)	92 (48,7)	1,14 (0,34-3,86)	-
	<1 Salário mínimo	11 (5,1)	6 (54,5)	5 (45,5)	Ref	
	Sem informação	15 (7,0)	7 (46,7)	8 (53,3)	-	
Estado civil	Sem companheiro	96 (44,7)	52 (54,2)	44 (45,8)	Ref	-
	Com companheiro	118 (54,9)	58 (49,2)	60 (50,8)	1,22 (0,71-2,10)	
	Não informou	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (100,0)	-	
Trabalha atualmente	Sim	142 (66,0)	77 (54,2)	65 (45,8)	Ref	-
	Não	71 (33,0)	33 (46,5)	38 (53,5)	1,36 (0,77-2,42)	
	Não informou	2 (0,9)	0 (0,0)	2 (100,0)	-	
<b>Rede de apoio social</b>						
Pessoas com quem mora	Reside sozinho	38 (17,7)	17 (44,7)	21 (55,3)	2,00 (0,86-4,63)	-
	2 a 3 pessoas	122 (56,7)	59 (48,4)	63 (51,6)	1,73 (0,90-3,31)	
	≥ 4 pessoas	55 (25,6)	34 (61,8)	21 (38,2)	Ref	
Número de pessoas próximas	0 a 4 pessoas	91 (42,3)	45 (49,5)	46 (50,5)	1,12 (0,60-2,10)	-
	5 a 9 pessoas	57 (26,5)	30 (52,6)	27 (47,4)	0,98 (0,48-2,00)	
	≥ 10 pessoas	67 (31,2)	35 (52,2)	32 (47,8)	Ref	
Grupos sociais	Não	109 (50,7)	56 (51,4)	53 (48,6)	0,98 (0,58-1,68)	-
	Sim	106 (49,3)	54 (50,9)	52 (49,1)	Ref	
Lazer	Não	131 (60,9)	60 (45,8)	71 (54,2)	1,74 (0,99-3,03)	-
	Sim	84 (39,1)	50 (59,5)	34 (40,5)	Ref	
<b>Características de saúde</b>						
Sintomas depressivos	Não	105 (48,8)	77 (73,3)	28 (26,7)	Ref	Ref
	Sim	110 (51,2)	33 (30,0)	77 (70,0)	6,42 (3,54-11,63)	6,90 (3,74-12,70)
Escala de Lawton e Brody	Independente	120 (55,8)	54 (45,0)	66 (55,0)	1,80 (1,04-3,11)	-
	Dependente	94 (43,7)	56 (59,6)	38 (40,4)	Ref	
	Não informado	1 (0,5)	0 (0,0)	1 (100,0)	-	

\*Evento de desfecho. Ref: Categoria de referência para as variáveis independentes. OR: *Odds Ratio*. IC: Intervalo de confiança. <sup>1</sup>Salário mínimo vigente no momento da pesquisa= R\$1.100,00. AIC (modelo vazio)=299,94; AIC (modelo final)=258,02.

Esse achado pode ser explicado pelo fato de que, durante a pandemia, alguns familiares passaram a permanecer mais tempo em casa, favorecendo a interação social. Além disso, o arranjo familiar multigeracional é comum entre pessoas de menor renda no Brasil, podendo desempenhar papel importante para amenizar o sentimento de solidão.<sup>27</sup>

No que se refere às variáveis sociodemográficas avaliadas, destaca-se a associação entre ser pessoa idosa e apresentar escore acima da mediana na escala de solidão. Conforme descrito na literatura por diversos autores,<sup>5,10,15</sup> os resultados

apresentados corroboram a hipótese de que pessoas com 60 anos ou mais apresentam maior prevalência de solidão quando comparadas a adultos de meia-idade. Estudo realizado em países da América Latina, China e Índia apontou que essa associação está relacionada aos efeitos sociais e funcionais do envelhecimento, os quais se acumulam gradualmente por meio de eventos e processos da vida que têm potencial para desestabilizar as relações sociais, como a viuvez e o início de dependência, que são mais prováveis de desenvolver na velhice.<sup>28</sup>

Dados coletados nas fases iniciais da pandemia da COVID-19 divergem dos achados deste estudo, sugerindo que pessoas mais jovens foram mais afetadas pela solidão e por outros problemas de saúde mental.<sup>29,30</sup> Os autores especulam que pessoas idosas possuem maior experiência com isolamento e situações médicas ameaçadoras à vida, o que pode torná-las mais resilientes e proporcionar respostas mais positivas a esses estressores.<sup>29,30</sup> Entretanto, deve-se considerar que a presente pesquisa foi realizada aproximadamente um ano após o início da pandemia, período em que as medidas restritivas já estavam sendo flexibilizadas. Além disso, este estudo incluiu apenas indivíduos com 45 anos ou mais, enquanto os estudos citados<sup>29,30</sup> contemplaram populações ainda mais jovens (18 anos ou mais).

O presente estudo identificou associação entre sintomas depressivos e escores de solidão acima da mediana. A solidão apresenta relação forte e consistente com sintomas depressivos, o que é confirmado por estudos realizados antes<sup>11,17</sup> e durante<sup>3,31</sup> a pandemia da COVID-19. Dados do *English Longitudinal Study of Aging* (ELSA), realizado com adultos com 50 anos ou mais, demonstraram que, independentemente de outras experiências sociais, escores mais elevados de solidão na linha de base estiveram associados a maior gravidade de sintomas depressivos durante 12 anos de acompanhamento, sugerindo que intervenções voltadas à redução da solidão podem prevenir ou reduzir sintomas depressivos ou torná-los menos graves em adultos mais velhos.<sup>13</sup> As relações entre solidão e sintomas depressivos são recíprocas e robustas, sendo ambos os construtos intimamente relacionados, o que pode auxiliar profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias de intervenção eficazes.<sup>32</sup>

Fatores que contribuem para a solidão emocional (ausência de relações íntimas e próximas) e para a solidão social (falta de redes sociais mais amplas) podem levar ao surgimento de sintomas depressivos. A ausência de sistemas de apoio social e de conexões interpessoais significativas exerce efeito prejudicial sobre a saúde mental, aumentando a vulnerabilidade a sintomas depressivos, especialmente entre grupos vulneráveis, como pessoas idosas.<sup>33</sup> Outro aspecto a ser considerado no que se refere aos sintomas depressivos é o contexto da pandemia e suas consequências na saúde mental e emocional dos indivíduos, como a exacerbação de sintomas depressivos e ansiosos associada ao maior isolamento social decorrente das políticas de distanciamento físico adotadas para o controle do vírus.<sup>34</sup>

Variáveis relacionadas à rede de apoio social mostraram-se associadas à solidão em outros estudos,<sup>13,17,35</sup> contudo, não foram observadas associações na presente investigação. De modo geral, a qualidade das relações sociais é um preditor mais forte de solidão do que o número de contatos sociais,<sup>17</sup> o que pode explicar os achados, uma vez que não foram avaliadas variáveis qualitativas relacionadas ao apoio social. No entanto, ressalta-se a importância da rede de apoio social na proteção e no fortalecimento dos aspectos emocionais e psicológicos dos indivíduos. A rede de apoio social pode aliviar situações estressoras e atuar como mecanismo de intervenção tanto para a solidão quanto para a depressão em pessoas idosas, contribuindo para o enfrentamento positivo de eventos adversos, moderando a depressão e a solidão.<sup>35</sup>

Uma revisão sistemática mostrou, nas análises bivariadas, que alguns fatores que reduziram o risco de solidão foram o maior número de contatos sociais e de relações próximas, embora essa associação não tenha sido mantida nas análises multivariadas.<sup>9</sup> Os relacionamentos pessoais proporcionam apoio social e oportunidades de comunicação recíproca, fazendo com que o indivíduo se sinta valorizado. Viver e interagir com a comunidade promove o sentimento de pertencimento, estimulando a participação e o envolvimento em atividades sociais, o que gera oportunidades para contribuir e se envolver com ideias.<sup>16</sup>

Sob a perspectiva da saúde pública, considerando que a solidão constitui um problema de caráter epidêmico e que medidas intermitentes de distanciamento social podem ser necessárias para controlar eventuais ressurgimentos de ondas de contágio por COVID-19,<sup>36</sup> algumas ações podem ser implementadas no âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) com o objetivo de reduzir a solidão em grupos mais vulneráveis, bem como preveni-la. Programas preventivos que oferecem suporte e promovem interações sociais demonstraram ser estratégias eficazes para auxiliar pessoas idosas a lidar com os desafios impostos pela quarentena.<sup>36,37</sup> No entanto, algumas barreiras precisam ser superadas, como a ampliação do acesso à tecnologia e a alfabetização digital.<sup>37,38</sup> Outras intervenções capazes de reduzir a solidão e prevenir ou atenuar sintomas depressivos incluem o incentivo à construção ou ao fortalecimento de ações comunitárias que envolvam abordagens baseadas nas artes e no esporte.<sup>13,33</sup> Essas estratégias devem buscar a construção de conexões significativas e de qualidade, aumentar o companheirismo, despertar um senso de pertencimento e compreensão empática.<sup>13</sup>

A construção de políticas públicas no que se refere à atenção à saúde mental apresenta-se como um processo contínuo de luta pela organização de um serviço que atenda o indivíduo de forma integral.<sup>39-40</sup> A Reforma Psiquiátrica no Brasil, iniciada no final da década de 1970, desencadeou a reorganização do modelo de atenção à saúde mental, levando a uma intensa mudança do sistema nacional de saúde mental e a melhorias importantes na acessibilidade e qualidade dos cuidados. No entanto, apesar de todos os progressos alcançados, subsistem ainda desafios importantes a serem enfrentados.<sup>40</sup> Constata-se que as ações dos profissionais de saúde frequentemente se concentram e se restringem à tríade consulta médica–prescrição–medicação, percebendo-se, assim, a precariedade do serviço ofertado aos usuários, aquém dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e dos objetivos da Reforma Psiquiátrica.<sup>41</sup>

Desde 2011, a atenção em saúde mental ofertada pelo SUS está organizada por meio da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), composta por diversos serviços e estratégias de desinstitucionalização.<sup>42</sup> Na RAPS, a APS também é responsável pelo cuidado aos pacientes com transtornos mentais, não restringindo esse cuidado apenas aos serviços substitutivos, o que possibilita a população o acesso aos serviços de saúde em seu território de maneira resolutiva. Dessa forma, cabe aos profissionais estarem preparados para atender cada indivíduo com base em sua individualidade, considerando sua dimensão biopsicossocial.<sup>41</sup>

Uma vez que a APS é o espaço para o desenvolvimento de práticas resolutivas e de responsabilização pelo cuidado, o manejo das demandas em saúde mental deve ocorrer por meio de uma abordagem dialógica que individualize e contextualize as necessidades de saúde. Assim, espera-se que enfermeiros que atuam na APS desenvolvam ações em saúde mental que valorizem o protagonismo do indivíduo/família/comunidade no processo de cuidado.<sup>43</sup> Dessa maneira, é importante que o enfermeiro saiba reconhecer a demanda existente na sua área de abrangência, ofertando uma assistência baseada no acolhimento e na escuta ativa, o que irá resultar na formação de vínculo e de uma relação de confiança entre profissional de saúde e usuário.<sup>41</sup>

## CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA

Os resultados evidenciaram alta prevalência de solidão entre os participantes do estudo. Pessoas idosas e indivíduos com sintomas depressivos tiveram maior chance de apresentar maiores escores de solidão. Conhecer os fatores associados à solidão no contexto da Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para propor ações direcionadas às pessoas idosas e com sintomas depressivos, além de ajudar a fortalecer as políticas públicas voltadas a saúde mental, preparando melhor os profissionais de saúde que atuam na APS para que saibam atender de forma adequada as demandas de saúde mental que tendem a aumentar em um cenário pós-pandemia.

Nosso estudo apresenta algumas limitações. Foi um estudo transversal, que apenas forneceu dados de um momento da pandemia. Assim, não é possível afirmar se a solidão foi um desfecho dos sintomas depressivos ou o oposto. Portanto, é necessário realizar uma pesquisa longitudinal para avaliar melhor os efeitos psicológicos da pandemia. Também podemos citar como limitação a existência de vários instrumentos para mensurar a solidão, o que limita a comparação dos resultados com outros estudos. No entanto, foi utilizada a UCLA-BR, instrumento validado no Brasil. Por fim, os nossos resultados não podem ser generalizados por se tratar de uma amostra de conveniência. Todavia, vale ressaltar a escassez de estudos que avaliam a solidão, especialmente na população acima de 45 anos, o que caracteriza pesquisas nessa área como uma prioridade de saúde pública

## AGRADECIMENTOS

Agradecemos aos membros do grupo de pesquisa “Assistência, pesquisa, ensino e gestão em Saúde Coletiva” - linha Saúde e Envelhecimento, que colaboraram com a coleta de dados

## FINANCIAMENTO

Este estudo foi financiado em parte pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código Financeiro 001, e pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (Programa PIBIC) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

## DISPONIBILIDADE DE DADOS DA PESQUISA

O conteúdo que fundamenta o texto da pesquisa está incluído no artigo.

## CONFLITO DE INTERESSE

Nenhum.

## REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Mental Health and Psychosocial Considerations during the COVID-19 Outbreak [Internet]. Geneva: WHO; 2020 [cited 2024 Apr 13]. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/WHO-2019-nCoV-MentalHealth-2020.1>
2. Aquino EML, Silveira IH, Pescarini JM, Aquino R, Souza-Filho JA, Rocha AS et al. Social distancing measures to control the COVID-19 pandemic: potential impacts and challenges in Brazil. *Cien Saude Colet*. 2020;25 (Suppl. 1):2423-46. <http://doi.org/10.1590/1413-81232020256.1.10502020>. PMID:32520287.
3. American Psychological Association. COVID-19 isn't just a danger to older people's physical health [Internet]. Washington: APA; 2020 [cited 2024 Apr 15]. Available from: <https://www.apa.org/news/apa/2020/03/covid-19-danger-physical-health>
4. Fiorillo A, Gorwood P. The consequences of the COVID-19 pandemic on mental health and implications for clinical practice. *Eur Psychiatry*. 2020;63(1):e32. <http://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2020.35>. PMID:32234102.
5. Holt-Lunstad J. The potential public health relevance of social isolation and loneliness: prevalence, epidemiology, and risk factors. *Public Policy Aging Rep*. 2017;27(4):127-30. <http://doi.org/10.1093/ppar/prx030>.
6. Luchetti M, Lee JH, Aschwanden D, Sesker A, Strickhouser JE, Terracciano A et al. The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *Am Psychol*. 2020;75(7):897-908. <http://doi.org/10.1037/amp0000690>. PMID:32567879.
7. Lonergan-Cullum M, Hooker SA, Levy R, Ricco J. A new pandemic of loneliness. *J Am Board Fam Med*. 2022;35(3):593-6. <http://doi.org/10.3122/jabfm.2022.03.210461>. PMID:35641036.
8. Puyané M, Chabrera C, Camón E, Cabrera E. Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: a comprehensive scoping review. *BMC Geriatr*. 2025;25(1):244. <http://doi.org/10.1186/s12877-025-05846-4>. PMID:40211165.
9. Dahlberg L, McKee KJ, Frank A, Naseer M. A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging Ment Health*. 2022;26(2):225-49. <http://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638>. PMID:33563024.
10. Surkalim DL, Luo M, Eres R, Gebel K, van Buskirk J, Bauman A et al. The prevalence of loneliness across 113 countries: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022;376:e067068. <http://doi.org/10.1136/bmj-2021-067068>. PMID:35140066.
11. Pengpid S, Peltzer K. Prevalence and associated factors of incident and persistent loneliness among middle-aged and older adults in Thailand. *BMC Psychol*. 2023;11(1):70. <http://doi.org/10.1186/s40359-023-01115-4>. PMID:36918991.
12. Pengpid S, Peltzer K. Loneliness and associated factors among middle-aged and older adults: cross-sectional and longitudinal survey results from the HAALSI cohort in South Africa. *Aging Ment Health*. 2024;28(8):1179-87. <http://doi.org/10.1080/13607863.2024.2345777>. PMID:38726552.
13. 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;8(1):48-57. [http://doi.org/10.1016/S2215-0366\(20\)30383-7](http://doi.org/10.1016/S2215-0366(20)30383-7). PMID:33181096.
14. 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. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbaa111>. PMID:32756931.
15. Romero DE, Muzy J, Damacena GN, Souza NA, de Almeida WS, Szwarcwald CL et al. Older adults in the context of the COVID-19 pandemic in Brazil: effects on health, income and work. *Cad Saude Publica*. 2021;37(3):e00216620. <http://doi.org/10.1590/0102-311x00216620>. PMID:33825801.
16. Czaja SJ, Moxley JH, Rogers WA. Social support, isolation, loneliness, and health among older adults in the PRISM randomized controlled trial. *Front Psychol*. 2021;12:728658. <http://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.728658>. PMID:34675843.

17. Cohen-Mansfield J, Hazan H, Lerman Y, Shalom V. Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *Int Psychogeriatr*. 2016;28(4):557-76. <http://doi.org/10.1017/S1041610215001532>. PMID:26424033.
18. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth*. 2019;13(5, Suppl 1):S31-4. [http://doi.org/10.4103/sja.SJA\\_543\\_18](http://doi.org/10.4103/sja.SJA_543_18). PMID:30930717.
19. Stratton SJ. Population research: convenience sampling strategies. *Prehosp Disaster Med*. 2021;36(4):373-4. <http://doi.org/10.1017/S1049023X21000649>. PMID:34284835.
20. Barroso S, Andrade V, Oliveira N. Escala Brasileira de Solidão: Análises de Resposta ao Item e definição dos pontos de corte. *J Bras Psiquiatr*. 2016;65(1):76-81. <http://doi.org/10.1590/0047-208500000106>.
21. Silveira DX, Jorge MR. Propriedades psicométricas da escala de Rastreamento Populacional para Depressão CES-D em populações clínicas e não-clínicas de adolescentes e adultos jovens. *Rev Psiquiatr Clin*. 1998;25(5):251-61.
22. Batistoni SST, Néri AL, Cupertino AP. Validade e confiabilidade da versão Brasileira da Center for Epidemiological Scale - Depression (CES-D) em idosos Brasileiros. *Psico-USF*. 2010;15(1):13-22. <http://doi.org/10.1590/S1413-82712010000100003>.
23. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining in instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9(3):179-86. [http://doi.org/10.1093/geront/9.3\\_Part\\_1.179](http://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179). PMID:5349366.
24. 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;69(1):20-9. <http://doi.org/10.1111/jgs.16865>. PMID:32965024.
25. Stolz E, Mayerl H, Freidl W. The impact of COVID-19 restriction measures on loneliness among older adults in Austria. *Eur J Public Health*. 2021;31(1):44-9. <http://doi.org/10.1093/eurpub/ckaa238>. PMID:33338225.
26. Werneck AO, Silva DR, Malta DC, Souza-Júnior PRB, Azevedo LO, Barros MBA et al. Physical inactivity and elevated TV-viewing reported changes during the COVID-19 pandemic are associated with mental health: a survey with 43,995 Brazilian adults. *J Psychosom Res*. 2021;140:110292. <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110292>. PMID:33227555.
27. Torres JL, Braga LS, Moreira BS, Sabino Castro CM, Vaz CT, Andrade ACS et al. Loneliness and social disconnectedness in the time of pandemic period among Brazilians: evidence from the ELSI COVID-19 initiative. *Aging Ment Health*. 2021;26(5):898-904. <http://doi.org/10.1080/13607863.2021.1913479>. PMID:33970704.
28. 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;66:604449. <http://doi.org/10.3389/ijph.2021.604449>. PMID:34744572.
29. Ahmed MZ, Ahmed O, Aibao Z, Hanbin S, Siyu L, Ahmad A. Epidemic of COVID-19 in China and associated psychological problems. *Asian J Psychiatr*. 2020;51:102092. <http://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102092>. PMID:32315963.
30. Losada-Baltar A, Jiménez-Gonzalo L, Gallego-Alberto L, Pedroso-Chaparro MDS, Fernandes-Pires J, Márquez-González M. "We are staying at home." Association of self-perceptions of aging, personal and family resources, and loneliness with psychological distress during the lock-down period of COVID-19. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2021;76(2):e10-6. <http://doi.org/10.1093/geronb/gbaa048>. PMID:32282920.
31. Müller F, Röhr S, Reininghaus U, Riedel-Heller SG. Social isolation and loneliness during covid-19 lockdown: associations with depressive symptoms in the german old-age population. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(7):3615. <http://doi.org/10.3390/ijerph18073615>. PMID:33807232.
32. Chen Z, Song X, Lee TMC, Zhang R. The robust reciprocal relationship between loneliness and depressive symptoms among the general population: Evidence from a quantitative analysis of 37 studies. *J Affect Disord*. 2023;343:119-28. <http://doi.org/10.1016/j.jad.2023.09.035>. PMID:37797753.
33. Puyané M, Chabrera C, Camón E, Cabrera E. Uncovering the impact of loneliness in ageing populations: a comprehensive scoping review. *BMC Geriatr*. 2025;25(1):244. <http://doi.org/10.1186/s12877-025-05846-4>. PMID:40211165.
34. Macedo MJA, Costa BL, Fernandes MJB, Ceitlin LHF. Reflexos da (in) capacidade de estar só em tempos de isolamento social na pandemia COVID-19. *Rev Bras Psicoter*. 2021;23(1):247-56.
35. Son H, Cho HJ, Cho S, Ryu J, Kim S. The moderating effect of social support between loneliness and depression: differences between the young-old and the old-old. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(4):2322. <http://doi.org/10.3390/ijerph19042322>. PMID:35206508.
36. Kissler SM, Tedijanto C, Goldstein E, Grad YH, Lipsitch M. Projecting the transmission dynamics of SARS-CoV-2 through the post pandemic period. *Science*. 2020;368(6493):860-8. <http://doi.org/10.1126/science.abb5793>. PMID:32291278.
37. Previtali F, Allen LD, Varlamova M. Not only virus spread: the diffusion of ageism during the outbreak of COVID-19. *J Aging Soc Policy*. 2020;32(4-5):506-14. <http://doi.org/10.1080/08959420.2020.1772002>. PMID:32507060.
38. Gorenko JA, Moran C, Flynn M, Dobson K, Konner C. Social isolation and psychological distress among older adults related to covid-19: a narrative review of remotely-delivered interventions and recommendations. *J Appl Gerontol*. 2021;40(1):3-13. <http://doi.org/10.1177/0733464820958550>. PMID:32914668.
39. Crowe CL, Liu L, Bagnarol N, Fried LP. Loneliness prevention and the role of the Public Health system. *Perspect Public Health*. 2024;144(1):31-8. <http://doi.org/10.1177/17579139221106579>. PMID:35815809.
40. Sade RMS, Sashidharan SP, Silva MNRMO. Paths and detours in the trajectory of the Brazilian psychiatric reform. *Salud Colect*. 2021;17:e3563. <http://doi.org/10.18294/sc.2021.3563>. PMID:35896314.
41. Sousa SB, Costa LSP, Jorge MSB. Cuidado em saúde mental no contexto da atenção primária: contribuições da enfermagem. *Rev Baiana de Saúde Pública*. 2019;43(1):151-64. <http://doi.org/10.22278/2318-2660.2019.v43.n1.a3024>.
42. Jafelice GT, Ziliotto GC, Marcolan JF. Concepção dos profissionais de centro de atenção psicossocial sobre as políticas públicas de saúde mental. *Res Soc Dev*. 2020;9(5):e71953100. <http://doi.org/10.33448/rsd-v9i5.3100>.
43. Nóbrega MPSS, Venzel CMM, Sales ES, Próspero AC. Mental health nursing education in Brazil: perspectives for primary health care. *Texto Contexto Enferm*. 2020;29:e20180441. <http://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0441>.

## CONTRIBUIÇÕES DOS AUTORES

Desenho do estudo: Bruna Moretti Luchesi. Tatiana Carvalho Reis Martins.

Aquisição de dados: Ana Beatriz Gomes Grecco.

Análise de dados e interpretação dos resultados: Claudinéia Macedo. Ana Beatriz Gomes Grecco. Bianca Cristina Ciccone Giacon. Marcelo Kwiatkoski. Bruna Moretti Luchesi. Tatiana Carvalho Reis Martins.

Redação e revisão crítica do manuscrito: Claudinéia Macedo. Ana Beatriz Gomes Grecco. Bianca Cristina Ciccone Giacon. Marcelo Kwiatkoski. Bruna Moretti Luchesi. Tatiana Carvalho Reis Martins.

Aprovação da versão final do artigo: Claudinéia Macedo. Ana Beatriz Gomes Grecco. Bianca Cristina Ciccone Giacon. Marcelo Kwiatkoski. Bruna Moretti Luchesi. Tatiana Carvalho Reis Martins.

Responsabilidade por todos os aspectos do conteúdo e a integridade do artigo publicado: Claudinéia Macedo. Ana Beatriz Gomes Grecco. Bianca Cristina Ciccone Giacon. Marcelo Kwiatkoski. Bruna Moretti Luchesi. Tatiana Carvalho Reis Martins.

## EDITORA ASSOCIADA

Cristina Lavareda Baixinho 

## EDITORA CIENTÍFICA

Marcelle Miranda da Silva 

<sup>a</sup> Extraído da dissertação – Sintomas depressivos e solidão em adultos e idosos, apresentado ao Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu-Enfermagem, da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, em 2022.