
O DESAFIO DA SOLIDÃO NAS PESSOAS IDOSAS

EDIÇÃO:
Fundação "la Caixa"

AUTORIA:

Dr. Javier Yanguas (diretor)

Dra. Mercè Pérez-Salanova

Dra. María Dolores Puga

Dr. Francisco Tarazona

Dr. Andrés Losada Baltar

Dra. María Márquez González

María D. S. Pedroso Chaparro

Dra. Sacramento Pinazo

DESIGN GRÁFICO:

Tramática SL

TRADUÇÃO E REVISÃO:

TETRAEPIK, Lda.

IMPRESSÃO:

Pressing Impressió Digital SA

© dos textos, seus autores

© da edição, Fundação "la Caixa", 2020

Pl. de Weyler, 3 - 07001

DL: B-3057-2021

Apresentação

A solidão afirma-se como um dos desafios sociais e de saúde de importância crescente para as sociedades ocidentais neste século XXI. O aumento da esperança de vida, os novos modelos de convivência, as formas diferentes de gerir o tempo e a alteração dos modelos familiares e sociais oferecem-nos uma realidade cada vez mais complexa, da qual emergem novos desafios, entres eles, a solidão.

O Programa Seniores da Fundação “la Caixa”, com mais de cem anos de história, tem como objetivo estratégico abordar os novos desafios que surgem na terceira idade, a fim de gerar reflexão, conhecimento e programas de intervenção para enfrentar esses desafios.

Desta vontade nasceu, em 2013, o programa «Sempre Acompanhados», cuja missão é criar um modelo inovador para intervir nas situações de solidão em seniores, tendo em conta que esta realidade complexa e em constante mutação exige intervenções com rigor. Para esse fim, instituiu desde logo o conhecimento e as evidências científicas como princípios orientadores na formulação das ações do Programa.

A publicação que tem em mãos é composta de dois manuais. O primeiro, *O desafio da solidão nas pessoas idosas*, visa contribuir para um conhecimento aprofundado da solidão no referido grupo, recolhendo diferentes perspetivas sobre o tema no âmbito académico (saúde, demografia, gerontologia, etc.). O segundo, *Manual do programa «Sempre Acompanhados»*, propõe uma metodologia de intervenção avaliada e apoiada por este conhecimento.

Queremos agradecer a todos os autores pela sua disponibilidade e cooperação na elaboração deste manual, que nos ajuda a compreender, aprender e melhorar a intervenção que realizamos. Agradecemos igualmente à Cruz Vermelha da Catalunha, pela colaboração e o acompanhamento em todo o processo de criação e implementação do programa «Sempre Acompanhados» ao longo deste período.

Queremos também manifestar o nosso reconhecimento e a nossa gratidão ao Marco Marchioni, que nos acompanhou com carinho durante este processo, oferecendo-nos os seus conhecimentos e contribuindo, dessa forma, para assentar as bases metodológicas do programa «Sempre Acompanhados».

ÍNDICE

Autores	8	3. A solidão em números	78
Prólogo	10	4. Solidão e diferenças entre homens e mulheres	82
Capítulo 1: A importância das relações sociais no envelhecimento		5. Conclusões	85
1. Introdução ao funcionamento social na terceira idade	23	Capítulo 4: O que sente quem sofre de solidão? A experiência da solidão	
2. Uma primeira abordagem ao apoio social	26	1. A experiência da solidão	87
3. Diferença entre rede social e apoio social	29	2. Solidão e fragilidade	90
4. As ligações sociais, o apoio e a sua relação com a saúde	31	2.1. Definição de fragilidade	90
5. Benefícios do apoio social na saúde	35	2.2. O que expressam as pessoas frágeis relativamente à sua solidão?	93
6. Em que situações o apoio social é benéfico e porquê	37	2.3. O que dizem os seniores com fragilidade sobre a solidão?	94
7. Apoio social e diferenças entre homens e mulheres	40	2.3.1. A experiência pessoal da fragilidade: a vulnerabilidade	94
8. Conclusões	42	2.3.2. A importância das relações sociais e o papel das perdas	95
Capítulo 2: Demografia da solidão		2.3.3. A perda de sentido	96
1. Introdução	44	2.4. Uma última observação	97
2. As pessoas que vivem sozinhas	45	3. Solidão e demência	97
3. As pessoas que estão sozinhas	50	3.1. Introdução	97
4. As pessoas que se sentem sós	52	3.2. A solidão na perspetiva da pessoa com demência	100
5. Demografia da solidão: uma questão de tempo(s)	56	3.2.1. Enfrentar as mudanças que ocorrem na vida quotidiana	100
6. Cem anos de solidão?	60	3.3. Solidão e mudanças nas relações sociais	102
7. Considerações finais	63	3.4. Manter uma vida com significado	105
Capítulo 3: Aproximação conceptual à solidão		4. Solidão existencial	106
1. Introdução	66	4.1. A solidão existencial e uma vida com significado	106
2. Da solidão	66	4.2. A solidão existencial nas situações de dependência e em fim de vida	109
2.1. A solidão como conceito	68	5. Conclusões	110
2.2. A solidão como experiência	71		
2.3. Solidão e variáveis relacionadas	73		

Capítulo 5: Solidão e saúde

1. Influência da solidão na saúde 112
2. Mecanismos biológicos que relacionam a solidão com o estado de saúde 117
3. Relação entre a solidão e os fatores de risco tradicionais 123
4. Solidão, fragilidade física e fragilidade social. 126
5. Solidão e saúde. Recuperamos o âmbito comunitário da prática médica? 131

Capítulo 6: Solidão e cuidados informais

1. Introdução. Os cuidados familiares a pessoas dependentes 137
2. Cuidar de familiares dependentes: uma situação difícil de enfrentar, stressante e crónica 138
3. Podem os cuidados estar associados à solidão? 139
4. Pode a solidão prejudicar os prestadores de cuidados e a pessoa cuidada? 143
5. Que fatores provocam solidão nos cuidados? Modelo explicativo 144
 - 5.1. Circunstâncias que precedem o processo de cuidados 147
 - 5.2. A causa do problema da dependência 149
 - 5.3. Atitude do prestador de cuidados e da família face ao processo geral da doença e dos cuidados 149
 - 5.4. Comportamento e enfrentamento do prestador de cuidados, da pessoa cuidada, da família e do meio social, sanitário e comunitário 150
 - 5.5. Avaliação dos cuidados 154
 - 5.6. Consequências dos cuidados 154
6. Recursos e solidão nos cuidados 155

7. Contributos para a intervenção no processo de solidão nos cuidados 156
8. Conclusões 158

Capítulo 7: Intervenções na solidão

1. O que significa intervir? 161
 2. Intervir com base em que fatores? 162
 3. Tipos de intervenção 164
 - 3.1. Intervenções individuais 169
 - 3.2. Intervenções de grupo 170
 - 3.3. Intervenções baseadas nas novas tecnologias 171
 - 3.4. Intervenções centradas na melhoria do capital social e na participação social ... 172
 - 3.5. Intervenções realizadas em lares da terceira idade 172
 4. As intervenções mais eficazes 174
 - 4.1. Revisões e meta-análises de intervenções que visam reduzir a solidão e o isolamento social de pessoas idosas que vivem num contexto comunitário .. 175
 - 4.2. Revisões e meta-análises de intervenções que visam reduzir a solidão e o isolamento social de pessoas idosas que vivem em lares da terceira idade ... 182
 - 4.3. Revisões de intervenções que visam reduzir a solidão e o isolamento social das pessoas idosas através das TIC 183
 5. Conclusões 184
- Glossário terminológico 190**
- Bibliografia 202**

Autores

Losada, Andrés é doutorado em Psicologia pela Universidade Autónoma de Madrid e catedrático de Psicologia Clínica na Universidade Rey Juan Carlos. É responsável pelo grupo de investigação *Cuidemos*, de carácter interdisciplinar e internacional. A sua principal área de interesse é a avaliação de variáveis associadas ao stress, incluindo a solidão, bem como o desenvolvimento de intervenções psicológicas para pessoas com um elevado nível de sofrimento psicológico. Docente em várias universidades espanholas e estrangeiras, é especialista internacional com diversos artigos publicados em revistas internacionais.

Márquez-González, María é doutorada em Psicologia e professora titular da Faculdade de Psicologia da Universidade Autónoma de Madrid. Integra a equipa de investigação *Cuidemos*, centrada na análise das variáveis psicológicas no envelhecimento e no desenvolvimento de intervenções psicológicas no contexto dos cuidados familiares a pessoas idosas com demência. Docente em várias universidades espanholas, europeias e norte-americanas, conta com um longo percurso que a levou a publicar diversos trabalhos em revistas de prestígio.

Pedroso-Chaparro, María del Sequeros é doutoranda em Psicologia na Universidade Rey Juan Carlos e integra a equipa de investigação *Cuidemos*. A sua principal área de interesse é a avaliação das variáveis que contribuem para o mal-estar psicológico na terceira idade, como, por exemplo, os sentimentos de culpa ou solidão, além do desenvolvimento de intervenções que visam a sua redução.

Pinazo, Sacramento é doutorada em Psicologia e licenciada em Pedagogia, professora do Departamento de Psicologia Social da Universidade de Valência e presidente da Sociedad Valenciana de Geriátría y Gerontología desde 2016. Foi vice-presidente de Gerontología da Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2016-2019) e diretora do Mestrado em *Atención Sociosanitaria a la Dependencia* (Cuidados Sociossanitários a Pessoas

Dependentes) até 2017. Participa em diversos projetos I+D+i e orientou teses de doutoramento em temas de participação, generatividade, bem-estar psicossocial no envelhecimento e solidão em pessoas idosas.

Puga, Dolores é doutorada em Geografia e demógrafa. Integra o Grupo de Investigação sobre o Envelhecimento do CSIC, do qual é cientista titular. As suas linhas de investigação centram-se no envelhecimento demográfico e nas condições de vida e saúde na terceira idade. Dirigiu e participou em vários projetos de investigação sobre estas temáticas, tanto espanhóis como internacionais. Com vários trabalhos de investigação premiados, é docente habitual em várias universidades espanholas e internacionais.

Tarazona Santabalbina, Francisco José é doutorado em Medicina e especialista em Geriatria no Hospital Universitario de La Ribera. É professor contratado doutorado na Universidade Católica de Valência e ex-presidente da Sociedad Valenciana de Geriatria y Gerontología. Atualmente, é vogal clínico do conselho de administração da Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, vice-presidente da Sociedad Española de Fracturas Osteoporóticas e membro do Executive Board da European Union Geriatric Medicine Society. É ainda autor de 41 publicações em revistas indexadas sobre ortogeriatria, oncogeriatria, fragilidade, condições sociais e modelos de cuidados clínicos.

Yanguas, Javier é doutorado em Psicologia pela Universidade Autónoma de Madrid. Foi diretor de I+D da Fundación Matia e diretor do Instituto Gerontológico Matia (1998-2017), além de presidente do Departamento de Ciências Sociais e do Comportamento da International Association of Gerontology and Geriatrics for the European Region (IAGG-EU) (2015-2019). Docente em várias universidades, participou em projetos de investigação internacionais que lhe valeram diversos galardões. Também é autor de inúmeros artigos e diversas obras sobre apoio e intervenção junto de pessoas idosas. Atualmente, é diretor científico do Programa Seniores da Fundação “la Caixa”.

Prólogo

Dra. Mercè Pérez-Salanova

«Fecha os olhos.

»Vives num apartamento. Estás sozinha. No que se refere aos teus sentimentos, estás totalmente só. Não tens ninguém a quem ligar, ninguém com quem falar. Ninguém partilha a tua vida, literalmente ninguém. A situação é esta e não vai mudar. Mesmo que saias, continuarás a estar só.

»Observa mentalmente como te sentes.

»Agora, abre os olhos e anota os teus sentimentos.»

EXERCÍCIO DE **INDUÇÃO DA SOLIDÃO**
DO PROFESSOR ROBERT WEISS

Não podemos abordar o tema da solidão das pessoas idosas sem refletir sobre o envelhecimento nesta segunda década do século XXI, em que a solidão aparece com frequência no domínio público.

A solidão é universal e intrínseca ao ser humano. Todos, independentemente da idade, sexo ou estatuto social, nos podemos sentir sós, provavelmente já alguma vez nos sentimos sós e iremos sentir-nos sós.

A reflexão sobre a solidão das pessoas idosas ou sobre o isolamento social que afeta algumas delas faz-nos imediatamente pensar nas relações e na comunicação, nas emoções e nos afetos. Todos estes aspetos são inerentes à condição humana, o que nos pode levar a considerá-los características ou elementos naturais e, portanto, difíceis de alterar.

É certo que a solidão faz parte da história da humanidade, mas enquanto fenómeno social, a sua configuração varia consoante o contexto em que se produz, o que ajuda a moldar o seu sentido.

Tudo está associado ao contexto em que vivemos: as relações entre as pessoas, os nossos sentimentos e aquilo que nos satisfaz, nos preocupa ou nos pesa na nossa relação com os outros. Fundamenta-se e baseia-se em ideias e valores que definem as referências para cada época. O individualismo ou a independência assumem essa função na atualidade, orientando as aspirações e os comportamentos que cada pessoa desenvolve em determinadas condições sociais e económicas. Tal como o mandato de felicidade ou a insegurança derivada das incertezas e da precarização nos diversos espaços do quotidiano, a solidão também afeta a forma como as pessoas conduzem as suas vidas. Seria impossível compreender uma abordagem da solidão sem considerar o seu contexto e a sua época. Por outro lado, só poderemos entendê-la e identificar as suas nuances se tivermos em conta as singularidades de cada um, a sua forma de ser e de agir, bem como os seus recursos, tanto no presente como ao longo da vida, no processo de construção individual.

No domínio público, a solidão surge frequentemente associada ao isolamento social, como se se tratasse do mesmo fenómeno. Contudo, a investigação mostra-nos que não é assim. Apesar de apresentarem características semelhantes, a solidão que dói e o isolamento que se sofre não são experiências

nem fenómenos idênticos. Ambos merecem a nossa atenção, o reconhecimento da sua especificidade e o nosso envolvimento enquanto cidadãos.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística de Espanha (*Encuesta continua de hogares*), em janeiro de 2018 havia quase cinco milhões de pessoas a viver sozinhas no país, um em cada dez espanhóis. Dessas pessoas, uma em cada duas tinha idade igual ou superior a 65 anos e uma em cada três era do sexo feminino.

É frequente ver ou ouvir este número acompanhado de uma explicação que apresenta esta longevidade superior como uma catástrofe demográfica. É preciso dizer claramente que viver sozinho não é sinónimo de sentir-se só e que viver mais anos é uma manifestação de progresso conjunto.

A solidão não desejada, seja ela solidão emocional ou social, não é uma questão exclusiva da terceira idade. É algo que ocorre ao longo da vida, ainda que com mais ou menos intensidade, como se demonstra neste manual e nos resultados do inquérito realizado no âmbito do programa «Sempre Acompanhados». Na velhice, sobretudo em idades mais avançadas, ocorrem mudanças cujos impactos podem desencadear sentimentos de solidão nas pessoas: mudanças nos papéis sociais, na mobilidade ou noutros aspetos das capacidades funcionais, nas relações ou nas condições de vida. Quando abordamos as experiências de solidão no quotidiano, podemos advertir a presença de mudanças que não se limitam a perdas. Algumas perdas apresentam características tangíveis que facilitam a sua descrição, apesar de, por vezes, a pessoa não entrar em detalhes ou nem sequer as mencionar. Outras perdas adquirem um carácter fundamentalmente simbólico, o que as torna menos acessíveis ou tangíveis e mais difíceis de explicar. Todas as perdas exigem um trabalho de adaptação que se traduz num processo de luto. Embora habitualmente seja evocativo da morte de uma pessoa, o luto é um processo que vai mais além dessa condição. Este trabalho de adaptação exige a mobilização de capacidades pessoais e aprendizagens, de recursos subjetivos e de recursos do meio circundante; uma mobilização emocional, de reflexão e de ação que envolve capacidades e recursos igualmente necessários para enfrentar o sentimento de vazio ou a falta de sentido na vida próprios da solidão existencial.

A cultura da solidão, especialmente a relacionada com a velhice, apresenta-nos sobretudo imagens e ideias negativas da solidão em que a atitude mais habitual das pessoas idosas é a passividade. São raras as vezes em que a solidão se revela como uma oportunidade para nos ligarmos ao nosso mundo interior, permitindo-nos aceder às nossas experiências de vida, reencontrar vivências que suscitem em nós velhas ou novas questões e traçar caminhos para mantermos o vínculo; ou seja, uma oportunidade de desenvolvimento e, portanto, de aprendizagem. Reconhecer essa oportunidade ajudaria provavelmente a reduzir alguns estereótipos sobre a solidão e talvez até a refletir em estratégias para lidar com a mesma, que nos permitam preparar os nossos recursos pessoais e encontrar meios de coproduzir recursos coletivos adequados para sociedades longevas.

Este documento, o primeiro manual da solidão em Espanha, apresenta a base conceptual do programa «Sempre Acompanhados», criado pela Fundação “la Caixa”. O texto incide na ideia de compreender e atuar que se reflete no referido programa, combinando diferentes ângulos de exploração e estudo das relações sociais e das pessoas idosas, ângulos esses que giram à volta da solidão e do isolamento social.

Além de oferecerem os seus contributos no domínio da solidão e do isolamento social, os autores criam ainda uma abordagem rigorosa baseada num trabalho sistemático de revisão e análise da bibliografia em que integram a interpretação dos dados e os critérios de ação. A partir de diferentes disciplinas e práticas profissionais, traçam um percurso no qual apresentam referências teóricas e linhas explicativas não só para analisar a incidência, as variáveis e os perfis da solidão, mas também para refletir no que acontece nessa situação e, assim, estabelecer diagnósticos que permitam apoiar a conceção e a produção das intervenções.

Nesse percurso, os autores dão-nos uma perspetiva aberta, que preconiza uma compreensão da solidão sem estereótipos e que evidencia alguns pontos de vista erróneos, por vezes amplamente difundidos, que promovem uma visão homogeneizadora da mesma. A perspetiva que nos oferecem fundamenta e estimula o reconhecimento da heterogeneidade no envelhecimento e dos diversos tipos de solidão com os quais convivemos.

No **capítulo 1**, «A importância das relações sociais no envelhecimento», Javier Yanguas aborda o funcionamento social na terceira idade, explorando as redes e o apoio social, o seu papel na configuração da saúde e em que condições é mais benéfico. Pluralidade e multiplicidade são duas características que definem o apoio social, que resultam na complexidade da sua compreensão e avaliação.

Algumas questões a destacar:

- Ter redes significa dispor de apoio social? A investigação revela que estes dois aspetos podem ser independentes. As pessoas podem estar rodeadas de vários «prestadores» de apoio social, mas permanecerem «sem ligação social».
- Porque é que algumas relações são consideradas apoio e outras não? O tamanho e a densidade das relações sociais, juntamente como a pertinência do apoio oferecido para enfrentar a situação que produz mal-estar, são duas características a favor dessa perceção que devemos ter em conta na prática. Em contrapartida, para responder às necessidades em função do tipo de relação, o apoio pressupõe um terceiro fator identificado que costumamos ignorar.
- Existem diferenças entre homens e mulheres no que toca a dar e receber apoio? As mulheres proporcionam mais apoio social aos outros, recorrem a redes de apoio social de forma mais consistente em momentos de stress e podem beneficiar mais do apoio social, embora sejam também mais vulneráveis ao stress psicológico resultante de eventos preocupantes dessa mesma rede. Durante o ciclo da vida, as mulheres têm mais probabilidades de mobilizar apoio social, especialmente de outras mulheres, quando dele necessitam.

A complexidade anteriormente mencionada reflete-se na análise da eficácia do apoio. Para algumas pessoas, o mais eficaz pode ser aquilo de que não têm consciência, enquanto, para outras, ocorre o contrário. Também podem existir pessoas com elevados níveis de ligação e apoio que se sintam sós. As medidas que refletem as experiências constatáveis e as perceções nem sempre são unívocas.

No **capítulo 2**, «Demografia da solidão», Dolores Puga dá-nos a conhecer o panorama das pessoas que vivem sozinhas (solidão residencial), das pessoas que estão sozinhas (solidão social) e das pessoas que se sentem sós (solidão emocional). É preciso destacar alguns aspetos. A solidão residencial tem como principais protagonistas as mulheres, a maioria das quais vive sozinha pela primeira vez na vida. Esta novidade é reveladora das trajetórias de vida de uma geração. As mulheres contam com mais redes de proximidade do que os homens, que centram o seu apoio emocional sobretudo no cônjuge. O que acontece com os recursos? Os recursos educativos surgem estreitamente ligados à solidão emocional. Por exemplo, o facto de ter estudos superiores reduz em quase 40% a probabilidade de sofrer de solidão emocional moderada.

Geração após geração, o momento da perda da autonomia residencial ocorre cada vez mais tarde. Cada geração mantém a sua independência residencial um pouco mais do que a anterior. Desse modo, atrasa-se o impacto da perda da habitação na solidão emocional. A população mais velha e potencialmente mais frágil que vive só coloca desafios às políticas públicas e aos diferentes intervenientes.

A evolução demográfica conduz a um aumento da solidão? A resposta é definida sob dois ângulos: mais tempo de vida com familiares e amigos de outras gerações numa rede de duração superior, e o desafio de traduzir essa coexistência mais prolongada em tempo realmente partilhado. Como vimos no primeiro capítulo, dispor de apoio não significa necessariamente contar com relações satisfatórias e com sentido.

No **capítulo 3**, «Aproximação conceptual à solidão», Javier Yanguas aproxima-nos da solidão enquanto conceito poliédrico. Desde o sentimento de vazio ou abandono até à discrepância cognitiva ou falta de vínculos comunitários, o conceito de solidão oferece várias facetas. O autor traça a evolução da solidão a partir de diferentes teorias que distinguem o que é e como a podemos compreender para chegar a teorias de carácter mais empírico que definem dois dos seus componentes básicos, o afetivo e o cognitivo, destacando a sua medição.

Para compreender os fenómenos é fundamental esclarecer os conceitos. Neste sentido, é importante fazer a distinção entre o sentimento de solidão e o isolamento social. O primeiro pode ser uma consequência do segundo, mas é preciso perceber que a falta de contactos sociais faz com que algumas pessoas se sintam muito sós e outras não. É essencial estar atento aos seus desejos e expectativas relativamente às relações sociais. Por outro lado, também é essencial reconhecer que algumas pessoas em situação de solidão têm boas competências sociais, tal como demonstram os dados empíricos.

O autor apresenta a perspectiva da solidão como experiência: visões opostas entre quem dela sofre e quem não a sente. A investigação indica que as pessoas que não se sentem sós têm tendência a considerar que a solidão é culpa de quem se sente só, enquanto quem se sente só atribui a solidão a fatores externos. O poder dos estereótipos nocivos, entre eles a solidão vista como uma fraqueza que as pessoas devem ser capazes de eliminar, fundamenta profecias de autorrealização entre as pessoas idosas e comportamentos mais frios e distantes para com as pessoas supostamente solitárias.

As diferenças entre homens e mulheres na vivência da solidão ainda não são muito nítidas. Que aspetos podemos destacar? Os homens sofrem mais de solidão social do que as mulheres. Aparentemente é-lhes mais fácil admitir a falta de contactos sociais do que as emoções negativas dela resultantes. Além disso, são mais relutantes do que as mulheres em reconhecer os estigmas sociais. Os problemas de saúde e as limitações de mobilidade são mais comuns entre as mulheres idosas do que entre os homens, o que pode ter repercussões na sua experiência da solidão, dada a relação entre dependência e solidão.

No **capítulo 4**, «O que sente quem sofre de solidão? A experiência da solidão», seguindo uma direção que complementa a anterior, Javier Yanguas apresenta-nos a experiência da solidão tal como os seniores a relatam, através dos resultados obtidos em investigações de carácter qualitativo e nos trabalhos do programa «Sempre Acompanhados». Assim, revela a sua multiplicidade tanto nos sentimentos que a acompanham (o medo, o desamparo, a impotência, a falta de proximidade) como na forma direta ou indireta de os seniores falarem da solidão.

Aspetos a destacar:

- Ao expor a relação entre fragilidade e solidão, uma vez apresentado e discutido o conceito de fragilidade, o autor refere três questões presentes no discurso das pessoas idosas: a construção da vulnerabilidade que acompanha a adaptação à fragilidade, com a diminuição da possibilidade de se preparar sem ajuda ou de decidir sobre o próprio corpo, e o esgotamento do projeto de vida; as relações sociais e as perdas com sentimentos de desconexão e de vazio, ou o tratamento pessoal como gerador de solidão; e a perda de sentido, que agrava a falta de valorização pessoal da própria pessoa relativamente à que transmitem as outras pessoas, bem como o desaparecimento progressivo de projetos que ofereçam perspectivas de futuro.
- As experiências e os sentimentos das pessoas idosas com demência põem em evidência as mudanças que surgem na sua vida quotidiana e nas relações sociais, além da dificuldade de continuar a dar um sentido à vida. Alguns aspetos a destacar: a importância das mudanças no dia a dia que implicam novas exigências a enfrentar com uma redução das capacidades cognitivas, além da vivência de uma adaptação constante; a distância afetiva e a desconexão, que por vezes derivam do facto de os prestadores de cuidados não saberem como tratar os seniores e comunicar com eles; e a importância do «continuar a ser» na relação com as outras pessoas na vida quotidiana e de manter um projeto de vida.
- Na parte final do capítulo, o autor apresenta a solidão existencial em três dimensões: como condição humana, enquanto indivíduo; como experiência interna caracterizada por sentimentos de vazio (não associados a relações interpessoais); e como processo de crescimento interior em que a experiência negativa da solidão intrínseca ao ser humano se transforma em algo positivo. Destas dimensões, a terceira, que costuma materializar-se menos, sugere algumas linhas de reflexão e ação.

No **capítulo 5**, «Solidão e saúde», Francisco Tarazona fala-nos não só das relações entre o funcionamento social e a saúde, abordando a influência da solidão na saúde, mas também da solidão no contexto das condicionantes intrínsecas e extrínsecas com influência mútua.

O que podemos destacar?

- São várias as evidências que apontam para a relevância da solidão em termos de saúde. Assim, quanto maior é a solidão, maior é o efeito do isolamento social na possibilidade de falecer e, do mesmo modo, quanto maior é o isolamento social, maior é o efeito da solidão numa menor sobrevivência. O aparecimento de certas doenças concretas, ou o risco superior de sofrer um enfarte agudo do miocárdio ou um acidente vascular cerebral, está associado a esse aumento da mortalidade.
- As pessoas com depressão que recebem um apoio social mais pobre apresentavam piores resultados em termos de sintomas, recuperação e funcionamento social, segundo as conclusões de uma recente análise sistemática que integrava vários estudos prospetivos.
- Qual é a influência dos vínculos sociais no estado de saúde? A influência produz-se por três vias: as características comportamentais, psicossociais e fisiológicas. Assim, mecanismos psicossociais, como o apoio social ou a capacidade de autocontrolo, têm influência nos processos fisiológicos que controlam a imunidade, o metabolismo e a capacidade inflamatória e, conseqüentemente, interferem na função cardiovascular. De igual modo, dispor de um apoio social limitado tem um impacto negativo na longevidade do telómero no grupo etário entre os 65 e os 84 anos, o que reforçaria a ideia de que o meio social afeta o envelhecimento celular.

No **capítulo 6**, «Solidão e cuidados informais», aborda-se a solidão nos prestadores de cuidados. Andrés Losada, María Márquez e María D. S. Pedroso analisam os cuidados como uma situação stressante e crónica, centrando-se, principalmente, nos prestadores de cuidados de familiares que sofrem de demência. Os autores reveem os processos inerentes aos cuidados e os fatores associados ao aparecimento da solidão, pertinentes em termos de intervenção para a prevenir ou atenuar. Como surge a solidão? A investigação com

prestadores de cuidados revela a presença de uma dissonância cognitiva entre o apoio desejado pelos filhos e o que recebem da sua rede pessoal quando os pais viúvos começam a necessitar de cuidados. Além disso, assinala a importância fulcral da experiência da perda como causa do sentimento de solidão no caso de prestadores de cuidados de companheiros que sofrem de demência face ao desaparecimento do apoio emocional e do papel de confidente.

Questões a destacar:

- Os familiares que prestam cuidados experimentam uma solidão complexa em que misturam a solidão associada aos cuidados, que é dolorosa, e a necessidade de solidão, que é desejada, para se recuperarem física e emocionalmente. Quando obtêm essa solidão desejada, muitos prestadores de cuidados poderão sentir-se culpados e retomar a atividade de prestação de cuidados, que, embora gere solidão, pode servir de proteção contra o sentimento de culpa.
- Quanto à díade prestador de cuidados/pessoa cuidada, a investigação revela uma relação estreita entre as experiências emocionais de ambas. Os sentimentos de solidão expressos por octogenários e centenários contribuíam significativamente para explicar o mal-estar (fardo) das pessoas que lhes prestavam cuidados. Como se explica essa dinâmica? A perceção de que os seus familiares experimentam emoções negativas poderia gerar sentimentos de culpa nas pessoas cuidadas por não serem capazes de dar resposta a essas emoções negativas ou de os proteger delas. Além disso, a carga sobre o prestador de cuidados parece prenunciar os sentimentos de solidão da pessoa cuidada e, no sentido inverso, a satisfação com os cuidados parece estar associada a níveis inferiores de solidão da pessoa cuidada.

No **capítulo 7**, «Intervenções na solidão», Sacramento Pinazo aborda as intervenções para reduzir a solidão e o isolamento social. A partir dos dados disponíveis, analisa os diferentes tipos de intervenção na comunidade (individuais, de grupo, baseadas nas novas tecnologias) e nos lares da terceira idade. Além disso, assinala características a ter em conta no planeamento de atividades: que as pessoas se sintam úteis e reconhecidas pela família e o círculo em que se inserem; que as atividades tenham sentido; e que sejam utilizadas estratégias que ativem a sensação de controlo percebido.

A maioria das intervenções desenvolvidas para combater a solidão centrou-se no fortalecimento dos vínculos sociais e de amizade, mas algumas visaram melhorar o capital social, principalmente através da integração em programas de voluntariado. Também existem experiências baseadas numa abordagem intergeracional que, além de tratar a solidão de forma específica, oferecem às pessoas idosas a oportunidade de se sentirem úteis pela partilha dos seus conhecimentos, contribuindo, assim, para acabar com os estigmas associados ao envelhecimento.

Alguns aspetos a destacar:

- No domínio das intervenções para combater a solidão, predominam as que se centram na comunidade. No contexto dos lares da terceira idade, algumas intervenções reduziram a solidão, ainda que, inicialmente, não fosse esse o objetivo. Existem intervenções mais eficazes do que outras? As avaliações demonstram que as intervenções mais eficazes são as de grupo, com atividades de apoio e educativas, destinadas a grupos específicos, baseadas nos recursos comunitários existentes e que incluem formação e apoio aos facilitadores. Tudo isso nos leva a concluir que não basta ficar em casa com a pessoa que se sente só nem incluir as pessoas num grupo. É preciso especificar e adaptar as atividades de intervenção às necessidades de cada pessoa, com base num bom conhecimento das suas circunstâncias. A autora oferece também um conjunto de recomendações interessantes em relação aos participantes, aos dinamizadores e às atividades de grupo.

São vários os desafios descritos no conjunto dos capítulos, aos quais é preciso juntar outros que resultam da análise, dos critérios de ação ou das propostas avançadas pelos autores. Em relação aos referidos desafios, na minha opinião, existem duas linhas de fundo. A primeira consiste em considerar a solidão como parte do nosso trajeto de vida, como um componente necessário para nos consolidarmos enquanto indivíduos e, a partir daí, nos relacionarmos com os outros. A segunda linha de fundo é fomentar e reforçar a posição ativa das pessoas idosas como intervenientes sociais na definição, organização e avaliação das intervenções, enquanto indivíduos adultos em construção permanente do seu projeto de vida. Para avançar nesse sentido, devemos rever os pontos de vista estereotipados e admitir que, muitas vezes, temos pouca ou

nenhuma experiência em formas de proceder que sejam «capacitantes». Por outro lado, é preciso reconhecer que, tal como a solidão, o envelhecimento tem diferentes expressões.

A leitura deste livro pode ser feita pela ordem dos capítulos ou ter início em qualquer um deles, uma vez que os textos são independentes. No entanto, a leitura dos capítulos por ordem proporciona uma melhor compreensão dos textos, pelo que me permito recomendá-la. Além disso, sugiro que tenha consigo um bloco de notas ou um dispositivo onde possa fazer apontamentos. Tome nota das suas ideias, o que a leitura lhe sugere, o que o inquieta, o que vai descobrindo e, eventualmente, as ações que consideraria interessante levar a cabo com base no que leu.

1

A importância das relações sociais no envelhecimento

Dr. Javier Yanguas

«Que poucas são as pessoas que
conheço que se interessam pelas
minhas alegrias ou sentimentos!»

M. FRISCH

1. INTRODUÇÃO AO FUNCIONAMENTO SOCIAL NA TERCEIRA IDADE

A gerontologia estuda profusamente, há mais de cinco décadas, não só a extrema importância e o significado das relações sociais na terceira idade, como também a sua influência na saúde e no bem-estar (Cumming e Henry, 1961; Kahn e Antonucci, 1980). No entanto, cabe assinalar que as mudanças no funcionamento social e nas variáveis que o concretizam – rede social, apoio social e participação social – (Holt-Lunstad *et al.*, 2010) ocorrem ao longo de todo o ciclo da vida, não sendo exclusivas da terceira idade.

Assim, embora aprofundemos estes conceitos mais adiante, uma definição prévia das variáveis essenciais através das quais se analisa o funcionamento social seria a seguinte:

- As **redes sociais** são conceptualizadas como o elemento estrutural das relações sociais, em que se enfatiza a análise do seu tamanho e a frequência dos contactos nessas redes. Por outro lado, além dos aspetos anteriormente descritos, avalia-se (Lubben, 1988; Lubben *et al.*, 2016) outros atributos fundamentais, como o emocional (a «proximidade efetiva»), a «tangibilidade» (a confiança de receber apoio em caso de necessidade) e o tamanho (o número de pessoas com as quais cada indivíduo pode contar).
- O **apoio social** define-se como um processo de transação (dar e receber apoio), por meio do qual as nossas relações nos proporcionam um «espaço» para o intercâmbio tanto de experiências emocionais (apoio emocional) ou de apoio em questões instrumentais (apoio instrumental) como de informação relevante para a vida quotidiana (apoio informativo).
- Por último, o **engagement** relaciona-se com a frequência e a qualidade das atividades formais (por exemplo, atividades religiosas, assistência a reuniões, voluntariado, etc.) e informais (por exemplo, contactos telefónicos, encontros com os amigos, etc.) que uma pessoa realiza com os membros da sua rede social e com as quais se sente envolvida.

*AS MUDANÇAS NO FUNCIONAMENTO
SOCIAL E NAS VARIÁVEIS QUE O
CONCRETIZAM OCORREM AO LONGO DE
TODO O CICLO DA VIDA, NÃO SENDO
EXCLUSIVAS DA TERCEIRA IDADE*

Quais são as principais mudanças no funcionamento social ao longo do ciclo da vida?

- Os **dados empíricos** disponíveis comprovam uma redução dos diferentes parâmetros relacionados com a rede social associados ao envelhecimento, que não deve ser confundido com a solidão. A idade está associada a redes sociais mais pequenas e a uma frequência mais reduzida dos contactos (Ajrouch *et al.*, 2005), particularmente no caso dos homens idosos (Cornwell *et al.*, 2008). As relações sociais não familiares são igualmente menos comuns, uma vez que os seniores centram o seu mundo relacional nos membros da família (Pahl e Pevalin, 2005).
- Os dados sobre se existe ou não uma **diminuição da qualidade** das relações sociais no decurso do processo de envelhecimento não são conclusivos. Alguns autores afirmam que os seniores têm relações de melhor qualidade dentro dessa rede social mais reduzida, alcançando níveis superiores de *engagement* social na sua comunidade em relação a outras pessoas mais jovens (Carstensen, 1992), quando não se verificarem situações de dependência. Em contrapartida, os resultados de outros trabalhos, por exemplo, o inquérito do «Anexo 4» do *Manual do programa «Sempre Acompanhados»*, p. 124, realizado no âmbito do Programa Seniores da Fundação “la Caixa”, revelam o contrário.
- Da mesma forma, as pessoas idosas parecem ter **mais contactos com os vizinhos** e participar mais em ações de voluntariado (se a saúde o permitir) do que pessoas mais jovens (Cornwell *et al.*, 2008).
- Em todo o caso, para as pessoas idosas, a **família**, em particular o cônjuge e os filhos adultos, é a principal fonte de apoio (Waite e Gallagher, 2000), tendo o casamento (e o facto de viver em casal) um efeito protetor tanto na saúde física (Waite e Gallagher, 2000) como no bem-estar psicológico (Schwarzbach *et al.*, 2014).
- No envelhecimento, os **amigos** continuam a desempenhar um papel fundamental. Através de estudos longitudinais (Cable *et al.*, 2013), comprovou-se que o tamanho da rede de amigos (ter mais amigos) está associado a uma melhor saúde psicológica. Pode-se afirmar que, quanto mais variada é a rede social, mais felizes e saudáveis são as pessoas na terceira idade. Por outras palavras, as amizades são essenciais para os seniores,

TEORIAS ESSENCIAIS SOBRE AS MUDANÇAS NO FUNCIONAMENTO SOCIAL:

1. A teoria da desvinculação de Cumming e Henry (1961), segundo a qual os seniores se retiram ativamente da sua rede e reduzem o número de amigos devido à debilitação da saúde física, perda de papéis, preparação para a própria morte...

2. A teoria da seletividade socioemocional (Carstensen, 1992), segundo a qual, à medida que envelhecemos, tornamo-nos mais seletivos e reforçamos os laços emocionais de maior qualidade, dissolvendo o periférico e criando (em detrimento do tamanho) um menor número de relações, mas de melhor qualidade, porque o mais importante na terceira idade são os aspetos emocionais das relações.

3. A teoria da «escolta social» (Kahn e Antonucci, 1980), que descreve padrões de mudança nas relações sociais ao longo do envelhecimento devido às transições que se produzem tanto a nível pessoal (derivadas da idade, do facto de se ser homem ou mulher, do estado de saúde, etc.) como situacional (fatores como os papéis, valores, cultura, etc.). Esta teoria enfatiza a forma como as referidas transformações afetam a quantidade e a qualidade das relações, o que sugere que a nossa «escolta» (de relações) vai evoluindo à medida que envelhecemos. Assim, destaca a crescente importância da «qualidade emocional» nas relações por oposição à «quantidade» (número de pessoas) ao longo do processo de envelhecimento.

sobretudo em caso de ausência de família (questão que, tendo em conta a demografia, será cada vez mais comum).

Além de produzir dados empíricos sobre as mudanças no funcionamento social ao longo da vida, tentou-se explicar, do ponto de vista da gerontologia, a razão dessas mudanças, existindo atualmente **três teorias essenciais**:

1. A teoria da desvinculação de Cumming e Henry (1961)
2. A teoria da seletividade socioemocional (Carstensen, 1992)
3. A teoria da «escolta social» (Kahn e Antonucci, 1980)

Resumidamente, o que parece acontecer às relações sociais ao longo do processo de envelhecimento? Basicamente, que existe uma diminuição da «quantidade» em todos os parâmetros relacionados com o funcionamento social, num processo «natural» (próprio do ciclo da vida) através do qual se procura melhorar a «qualidade» dos contactos e, assim, maximizar o bem-estar (um dos grandes objetivos das mudanças durante o ciclo da vida). Além deste processo de mudança no funcionamento social, a velhice pressupõe todo um conjunto de «situações» (doenças, fragilidade, perdas, dependência, necessidade de criar um novo projeto de vida, reforma, mudanças na família, etc.) mais comuns (do ponto de vista estatístico), que aumentam a probabilidade de desaparecimento dessas redes de apoio e o agravamento dos sentimentos de solidão e

desvinculação. Assim, como as mudanças para maximizar o bem-estar são «próprias» do ciclo da vida, a solidão é um fenômeno «não procurado» mais provável nas etapas em que o indivíduo é mais vulnerável, mas não «característico» ou «idiossincrático» das etapas finais da vida (Yanguas *et al.*, 2018b; Yanguas *et al.*, 2018a).

2. UMA PRIMEIRA ABORDAGEM AO APOIO SOCIAL

O apoio social define-se como a percepção e/ou a vivência (a experiência, se se preferir) de que somos amados, queridos, valorizados e/ou cuidados pelos outros, como parte de uma «rede social» de apoio e obrigações mútuas (Taylor, 2011). Habitualmente, o apoio social é proporcionado pelo cônjuge, a família mais próxima, os familiares em geral, os amigos, os colegas de trabalho, os conhecidos (o empregado do quiosque de jornais, os assistentes da loja onde se faz regularmente as compras, os farmacêuticos, etc.), as pessoas da comunidade onde a pessoa vive e em que participa, o médico de família, etc.; mas também o fiel animal de estimação que algumas pessoas têm e que é um elemento central do seu mundo relacional. Isso não significa que todos os amigos, colegas de trabalho, etc., tenham de proporcionar apoio social, mas que alguns deles podem oferecer esse tipo de relação especial que nos proporciona suporte e ajuda – aquilo que denominamos de apoio social.

O APOIO SOCIAL É TANTO A EXPERIÊNCIA (A VIVÊNCIA) DE RECEBER O REFERIDO APOIO, QUANDO DELE SE NECESSITA, COMO A PERCEÇÃO DE QUE ESSE RECURSO ESTÁ DISPONÍVEL

O apoio social é, como se verá mais adiante, tanto a experiência (a vivência) de receber o referido apoio, quando dele se necessita, como a percepção de que esse recurso está disponível sempre que a pessoa o solicite; por outras palavras, o «saber» (a crença de) que, se necessitar que cuidem de mim, terei quem me ajude. Dito de outra forma, a percepção de ter apoio social pode surgir tanto de ações concretas (levar as compras a casa de alguém que tenha dificuldade em fazê-lo, ir a casa de um vizinho que está triste para lhe fazer companhia, etc.) em que uma pessoa recebe a ajuda de outra, como da percepção de que a referida ajuda está, por assim dizer, potencialmente disponível (Taylor, 2011), mesmo que não seja efetivamente «utilizada».

Numa das primeiras definições do termo, Caplan (1974) argumentava que um sistema de apoio implica, além do mais, um «padrão duradouro» (não é algo provisório nem efêmero) de vínculos sociais que favorecem de forma significativa «a manutenção da integridade física e psicológica» da pessoa – com grande incidência, portanto, no bem-estar –, e com potentes efeitos protetores ao:

- Promover a **segurança emocional**;
- Proporcionar **orientação e aconselhamento** face a situações de stress;
- Proporcionar **ajuda e recursos** materiais;
- Proporcionar **feedback** sobre a identidade e o desempenho do próprio (Gracia *et al.*, 1995).

Numa definição posterior (Lin *et al.*, 1986; Gracia *et al.*, 1995), explicava-se o apoio social como o conjunto de «provisões» (o que o apoio social oferece ou provê) tanto expressivas (o que se comunica) como instrumentais (algo concreto que se oferece ou se realiza), percebidas ou recebidas, proporcionadas pela comunidade, pelas redes sociais (não no Twitter nem no Instagram, mas por pessoas com quem se relacionam) e por pessoas de confiança, tanto em situações quotidianas (no dia a dia) como de crise, ou seja, quando nos acontece algo fora do normal e inesperado (doenças, dependência, perdas, acontecimentos da vida stressantes, etc.). Esta definição, embora algo complexa, refere quatro questões essenciais:

- A **função do apoio**: o conjunto de provisões (o que uma pessoa dá a outra), que podem ser expressivas (palavras, olhares, gestos, etc.) ou instrumentais (questões concretas).
- A **forma de o analisar ou sentir**: «percebidas ou recebidas».
- O **contexto em que ocorre**: «proporcionadas pela comunidade, pelas redes sociais e por pessoas de confiança».
- O **momento ou a situação** em que ocorre: «tanto em situações quotidianas como de crise».

Outra questão essencial: existem ou podem ser definidas formas específicas de apoio que proporcionem «ajuda» de diferentes tipos? A investigação no apoio social visou definir as diferentes formas específicas de apoio, habitualmente classificadas em duas:

- **Apoio informativo e instrumental:** ocorre quando um indivíduo ajuda outro a compreender melhor um acontecimento stressante (algo que acontece à pessoa e lhe provoca stress), a determinar que recursos e estratégias poderão ser necessários para o enfrentar da melhor forma possível. Mais concretamente, o apoio informativo consiste, portanto, em oferecer conselhos. Por outro lado, o apoio instrumental estaria mais relacionado, por exemplo, com a prestação de assistência tangível (serviços, assistência financeira e outras ajudas ou bens específicos) e a ajuda em tarefas concretas (dar boleia à pessoa, levar-lhe as compras a casa, acompanhá-la para fazer recados, etc.).
- **Apoio emocional:** implica proporcionar afeto, carinho e cuidado a outra pessoa, assegurando-lhe que é uma pessoa valiosa para quem cuida dela. Tem que ver com «acompanhar» emocionalmente, «estar lá», consolar, escutar, etc.

Outros autores, como Gracia *et al.* (1995), aprofundaram um pouco mais o tema e referem três funções clássicas do apoio social:

- **Apoio emocional:** relacionado com a esfera afetiva, é a experiência de se sentir valorizado e aceite pela outra pessoa.
- **Apoio informativo e estratégico:** corresponde ao plano cognitivo e proporciona informação acerca da natureza de determinado problema, oferecendo-nos pistas sobre a sua interpretação, além de estratégias de enfrentamento.
- **Apoio material tangível ou instrumental:** geralmente, prende-se com comportamentos concretos e tem que ver com a prestação de ajuda material direta ou de serviços.

EM RESUMO, O APOIO SOCIAL:

- É a experiência ou a percepção de que uma pessoa é amada, valorizada e/ou cuidada por outros, integrada numa «rede social» de apoio e obrigações mútuas.
- Implica um «padrão duradouro» no tempo de vínculos sociais, uma aposta, um compromisso.
- Favorece significativamente o bem-estar, a segurança emocional e a identidade pessoal.
- Oferece suporte à pessoa em diferentes planos: afetivo, cognitivo e «comportamental».

Uma última observação: nos últimos anos, alguns autores (por exemplo, Koller e Dutra-Thomé, 2018) consideram a Internet e diferentes aplicações (blogues, Facebook, Last.fm, WhatsApp, Instagram) como uma nova forma de ligação e apoio social. Apesar de se reconhecer que, através das referidas aplicações, pode existir intercâmbio emocional, identificação com outras pessoas, fomento de relações sociais, sentimento de pertença, etc., estas formas de apoio não chegam, em muitos casos, a conter os aspetos essenciais que as relações sociais e o apoio social possuem, que serão analisados ao longo destas páginas. Isso não significa que não tenham aspetos positivos e recomendáveis (sem dúvida que sim), mas é primordial não confundir os contributos de cada tipo de relação.

3. DIFERENÇA ENTRE REDE SOCIAL E APOIO SOCIAL

Existem autores (Ashida e Heaney, 2008; House *et al.*, 1988b; Abi-Hashem e Barbutto, 2013) que, com razão, fizeram a distinção entre ter «ligações sociais» – ou seja, manter relações sociais e o compromisso com as mesmas, por outras palavras, ter uma rede social – e ter «apoio social», que seria como uma «qualidade», talvez mais bem definido como uma «qualidade funcional», que algumas relações (não todas) podem implicar e que supõe receber ajuda de membros da rede social que a prestam com a intenção de serem úteis aos outros, oferecer cuidados e atenção, etc. (Ashida e Heaney, 2008; House *et al.*, 1988a e 1988b).

Embora claramente relacionados, as «ligações sociais» – o que as minhas redes sociais me proporcionam (Suanet e Antonucci, 2017) – e o «apoio social» não são a mesma coisa. Nem todas as relações sociais implicam necessariamente o intercâmbio de apoio (encontros por prazer ou lazer, por exemplo) e, por sua vez, o apoio social (receber ajuda para limpar a casa) não inclui necessariamente uma ligação profunda com os outros (Rook, 1990). Por outras palavras, os seniores podem permanecer socialmente «ligados», sem por isso terem fontes disponíveis de apoio social (Sorkin *et al.*, 2002), ou estarem rodeados de diversos «prestadores» de apoio social (Suanet e Antonucci, 2017), mas permanecerem «socialmente isolados» devido à ausência de relações pessoais ou a uma menor participação em atividades sociais (Ashida e Heaney, 2008). Ambas as questões, ter uma rede e dispor de apoio, são necessárias, sem haver lugar a comparações, por vezes de ordem quase «moral», de qual é melhor, o apoio ou as relações. Como veremos mais adiante, os dois aspetos podem ser relativamente independentes e estão intimamente relacionados com a saúde e o bem-estar.

ALGUNS AUTORES FIZERAM
A DISTINÇÃO ENTRE TER
«LIGAÇÕES SOCIAIS»
E TER «APOIO SOCIAL»

Parte da confusão gerada entre os conceitos de «rede» e «apoio» deve-se ao facto de os estudos terem frequentemente «instrumentalizado» as diferentes formas de apoio social para medir a ligação social, o facto de se ter uma rede (Prince *et al.*, 1997); e, por vezes, as ligações sociais foram entendidas como indicadores de apoio social (Ashida e Heaney, 2008; Stephens *et al.*, 2011). Distinguir ambos os conceitos – a ligação social (ou seja, ter rede) e o apoio social (receber ajuda, afeto, autoafirmação, etc.) – é importante, pois cada um abrange diferentes aspetos quer da vida relacional das pessoas, quer dos vínculos que elas estabeleceram com os membros da sua comunidade (Ashida e Heaney, 2008; Rook, 1990). Para concluir este ponto, um último esclarecimento. Na literatura científica, as «ligações sociais» (a rede social) costumam ser entendidas, por vezes de forma restritiva, como uma dimensão quantitativa das próprias relações sociais, já que se têm em conta fatores como o número de vínculos sociais e a frequência da participação social; enquanto o «apoio social» é geralmente interpretado como uma característica qualitativa dessas relações, uma característica funcional que,

por norma, só se oferece e se recebe em tipos específicos de relações, como as que implicam a atenção, os cuidados e o apoio. Apesar de o apoio social proporcionar ajuda de forma específica, as ligações sociais também podem oferecer às pessoas intercâmbios de «conteúdo emocional», caso sejam relações de confiança e de proximidade emocional.

4. AS LIGAÇÕES SOCIAIS, O APOIO E A SUA RELAÇÃO COM A SAÚDE

Identificaram-se vários mecanismos (Kim e Thomas, 2019) através dos quais as redes sociais podem influir na nossa saúde:

- Alguns autores (Kim e Thomas, 2019) defendem que as estruturas das redes sociais se baseiam em normas e valores que refletem as expectativas sobre os comportamentos dos seus membros, incluindo aqueles que têm consequências para a saúde (Berkman e Glass, 2000). Assim, uma vez que as relações dentro de uma determinada rede social exercem um certo nível de «influência social», os seniores que participam nessas redes caracterizadas, por exemplo, por comportamentos saudáveis (como fazer exercício físico, comer e beber com moderação, etc.) poderão «aderir» mais aos comportamentos que ela fomenta (Kinney *et al.*, 2005). Além disso, a influência que se estende das redes (sociais) para as pessoas pode facilitar tanto a adesão a comportamentos saudáveis como a sua abordagem (Kinney *et al.*, 2005; Thoits, 2011), o que, por sua vez, pode conduzir a melhores resultados de saúde entre os seniores (Kinney *et al.*, 2005; Thoits, 2011). Em qualquer caso, existe também o «reverso tenebroso»: pelo mesmo mecanismo, os seniores que participem em redes sociais com comportamentos pouco saudáveis terão mais dificuldade em levar uma vida sã.
- A participação social e as atividades exigem frequentemente o exercício de diferentes capacidades físicas, cognitivas e «interacionais», o que pode ajudar as pessoas idosas a manter níveis mais elevados de funcionamento físico, cognitivo e social, uma vez que as exigências diárias das pessoas participativas são superiores às das não participativas (Seeman *et al.*, 2001; Luo, *et al.*, 2012b). O mesmo acontece, em termos de aumento de estímulo, com as pessoas que prestam apoio social. Além disso, a provisão de apoio em

situações de crise pode vir acompanhada de exposição ao stress, que – pelo menos, em teoria – não está irremediavelmente associado à participação em atividades agradáveis.

- Há também quem proponha a «mediação» dos estados psicológicos das pessoas sobre os mecanismos através dos quais o apoio social configura, de certa forma, a saúde física (Ashida e Heaney, 2008; Cacioppo e Hawkley, 2003; Kawachi e Berkman, 2001), através de duas vias alternativas.

Retomando o ponto anterior referente às relações entre a ligação social (ter uma rede) e o apoio social, alguns estudos (que associam o funcionamento social e a saúde) corroboram a necessidade de distinguir – como antes se adiantava – ambos os conceitos, sugerindo que nas pessoas idosas a «ligação social» e o «apoio social» não estão diretamente relacionados (Cornwell e Waite, 2009a e 2009b; Ryan e Willits, 2007; Sorkin *et al.*, 2002). Assim sendo, alguns trabalhos demonstram que os indicadores de ligação social, como o companheirismo, a solidão e o tamanho da rede social, só estão moderadamente correlacionados com os indicadores de apoio social (Ashida e Heaney, 2008; Russell *et al.*, 2012; Rook, 1990; Sorkin *et al.*, 2002). Além disso, apesar de tanto a rede social como o apoio social terem sido amplamente analisados como fatores com consequências na saúde física e mental (Ellwardt *et al.*, 2017), a investigação sugere que estas duas formas de «integração social» podem estar associadas, de formas diferentes, à saúde e ao bem-estar (Ashida e Heaney, 2008). Ao contrário da ligação social, geralmente relacionada com resultados benéficos para a saúde em idades avançadas (Cornwell e Waite, 2009a e 2009b), as conclusões sobre o apoio social são mais díspares (Thomas, 2010; Uchino, 2006; Uchino, 2009). Enquanto alguns estudos indicam que o apoio social tem um efeito protetor na saúde dos seniores, outros sugerem que o aumento dos níveis de apoio social tem

VIAS ALTERNATIVAS:

Uma direta: receber apoio social na velhice tem um efeito positivo na saúde ao aumentar o bem-estar psicológico através de sentimentos de segurança e afeto positivo, o que, por sua vez, pode proteger contra emoções negativas (Kawachi e Berkman, 2001). Assim, reforça-se a motivação para se adaptarem a comportamentos saudáveis (Ashida e Heaney, 2008) e mantêm-se níveis mais baixos de hormonas associadas ao aumento do stress e à solidão (Cacioppo e Hawkley, 2003).

Outra indireta: em segundo plano, o apoio social pode estar relacionado com uma melhor saúde física ao atenuar os efeitos do stress (Ashida e Heaney, 2008; Kawachi e Berkman, 2001), uma vez que tanto o apoio que é recebido como o que é percebido facilitam uma melhor e maior adaptação que faz com que os seniores não vivam tão intensamente as consequências dos eventuais acontecimentos negativos na vida (Kawachi e Berkman, 2001).

consequências negativas na saúde física e mental, ou não encontram qualquer ligação (Everard *et al.*, 2000; Lee *et al.*, 1995; Silverstein *et al.*, 1996). Estas conclusões sublinham que pode ser vantajoso considerar a ligação social e o apoio social como constructos independentes daquilo que podemos denominar de *integração social*, embora ambos estejam, de formas diferentes, relacionados com a saúde.

Também importa fazer a distinção entre os aspetos experimentados e subjetivos (percebidos), tanto das ligações sociais como do apoio social, uma vez que estes revelam características fundamentais da forma como os seniores «gerem» a sua «vida social» (Cornwell e Waite, 2009a) e em que medida os seus laços sociais moldam a sua saúde e o seu bem-estar. Os aspetos objetivos pretendem medir os níveis «reais» de ligação e apoio (Cornwell e Waite, 2009a; Coyle e Dugan, 2012) através de variáveis estruturais e situacionais (Cornwell e Waite, 2009b; Uchino, 2006; Uchino, 2009), como, por exemplo, o tamanho da rede social e da interação e o apoio social (Cornwell e Waite, 2009b; Coyle e Dugan, 2012; Steptoe *et al.*, 2013). Os fatores subjetivos costumam estar relacionados com a perceção da ligação e apoio, refletindo tanto as avaliações de cada pessoa como as suas experiências subjetivas (Ashida e Heaney, 2008; Cornwell e Waite, 2009a e 2009b; Coyle e Dugan, 2012; Steptoe *et al.*, 2013), sempre em relação, como acontece com a solidão, à discrepância entre o que é desejado e o esperado (Ashida e Heaney, 2008; Cornwell e Waite, 2009a e 2009b; Uchino, 2006; Uchino, 2009; Utz *et al.*, 2014).

IMPORTA FAZER A DISTINÇÃO
ENTRE OS ASPETOS EXPERIMENTADOS
E SUBJETIVOS (PERCEBIDOS),
TANTO DAS LIGAÇÕES SOCIAIS COMO
DO APOIO SOCIAL

Porém, as medidas que refletem as experiências reais e as perceções individuais nem sempre estão relacionadas; ou seja, nem sempre existe uma relação entre os dados «objetivos» (tamanho, estrutura, etc.) e a perceção (Cornwell e Waite, 2009a e 2009b; Uchino, 2009). Assim, as pessoas idosas com várias relações sociais que lhes proporcionam apoio podem ter sentimentos de solidão, enquanto outras que talvez contem com menos relações sociais em relação às demais na sua faixa etária (em termos objetivos, como o número de pessoas com as quais se relacionam), mas que,

subjetivamente, se sentem integradas e percebem um apoio suficiente da família e dos amigos, poderão sentir-se «ligadas». Por outras palavras: seniores em circunstâncias diferentes irão necessitar de diferentes níveis de apoio (Ashida e Heaney, 2008) e interação social para se sentirem ligados (Cornwell e Waite, 2009b) e apoiados pelas outras pessoas; e também pode dar-se o caso de existirem pessoas com altos níveis de ligação e apoio que se sintam sós.

Seja como for, é importante não só ter sempre em conta as experiências e as perceções, mas também compreender que, provavelmente, estes aspetos influem na saúde e no bem-estar de forma pessoal e diferenciada. A ideia anterior, ou seja, a falta de relação entre os aspetos objetivos e subjetivos, também surge na investigação. Por exemplo, alguns estudos demonstram que a solidão – que poderia considerar-se uma variável subjetiva associada à diminuição das relações sociais (Rook, 1990) – só está fracamente relacionada com os componentes objetivos da «vida social» dos indivíduos, tais como o estado civil (Luo *et al.*, 2012a), o tamanho da rede (Cornwell e Waite, 2009a; Hughes *et al.*, 2004) ou a frequência da interação com os membros da rede (Cornwell e Waite, 2009a; Coyle e Dugan, 2012; Utz *et al.*, 2014). O mesmo acontece com os níveis de apoio social que uma pessoa recebe, que estão ligeiramente relacionados com as perceções do apoio social (Lakey e Scoboria, 2005; Haber *et al.*, 2007). Estas conclusões sublinham que, apesar de associados, os aspetos objetivos e subjetivos das relações sociais são dimensões distintas através das quais se experimenta, conjunta ou indistintamente, a ligação social e o apoio. São, portanto, constructos que podem ou devem ser analisados conceptualmente em separado (Coyle e Dugan, 2012; Uchino, 2009). É por isso, por exemplo, que chama muito a atenção o facto de que, ao falar de solidão, ambos os aspetos sejam relacionados com as mesmas variáveis objetivas, por vezes com pouca validação empírica.

*SENIORES EM CIRCUNSTÂNCIAS
DIFERENTES IRÃO NECESSITAR
DE DIFERENTES NÍVEIS DE APOIO
E INTERAÇÃO SOCIAL PARA SE
SENTIREM LIGADOS E APOIADOS
PELAS OUTRAS PESSOAS*

EM GERAL, OS DADOS DOS ESTUDOS QUE COMPARAM AS MEDIDAS MAIS OBJETIVAS E SUBJETIVAS DA INTEGRAÇÃO SOCIAL CONDUZEM ÀS SEGUINTESS CONSIDERAÇÕES:

- As percepções dos seniores em relação às ligações sociais e ao apoio social de que dispõem podem estar mais fortemente associadas aos resultados na sua saúde do que o que vivem ou experimentam na realidade (Cacioppo e Hawkley, 2003).
- Estudos com diferentes variáveis que medem a ligação social indicam que as medidas subjetivas, como a solidão (Luo *et al.*, 2012a) e a percepção de ter relações sociais de boa qualidade (Antonucci *et al.*, 1997; Antonucci, 2001; Ryan e Willits, 2007), são mais importantes para a saúde e o bem-estar dos seniores do que variáveis mais objetivas ou «estruturais», como o tamanho e a composição da rede (Antonucci *et al.*, 1997; Antonucci, 2001; Ryan e Willits, 2007), o estado civil (Patterson e Veenstra, 2010), etc.
- Outros estudos concluem que os sentimentos subjetivos de ligação (ou desconexão), como a solidão, são muito importantes para a saúde psicológica, enquanto as medidas objetivas da ligação social ou o isolamento estão mais estreitamente relacionadas com a saúde física (Coyle e Dugan, 2012; Cornwell e Waite, 2009b; Steptoe *et al.*, 2013).
- No caso do apoio social, a sua percepção está habitualmente mais relacionada com resultados benéficos para a saúde do que a receção (real) do mesmo (Uchino, 2006; Uchino, 2009), o que demonstra a importância, pelo menos no âmbito da gerontologia, de ter em conta tanto a experiência como a percepção. Esta questão mereceu relativamente pouca atenção a nível social, ignorando-se os aspetos menos objetivos na análise das relações sociais (Cornwell e Waite, 2009a e 2009b; Uchino, 2009).

5. BENEFÍCIOS DO APOIO SOCIAL NA SAÚDE

Existe um amplo corpus de investigação científica (Nurullah, 2012; Angner *et al.*, 2013; Bartolini *et al.*, 2013; Nieminen *et al.*, 2013; Ellwardt *et al.*, 2017) que demonstra a íntima relação quer entre o apoio social e a saúde, quer, como veremos mais adiante, entre a solidão e os problemas de saúde. Por exemplo, o apoio social:

- Reduz o sofrimento psicológico (depressão, ansiedade, etc.) em momentos de stress (Fleming *et al.*, 1982; Lin *et al.*, 1999; Sarason *et al.*, 1997; Bøen *et al.*, 2012; Wang *et al.*, 2018).

- Promove a adaptação psicológica a situações de stress crónico, como doenças cardíacas (Holahan *et al.*, 1997), diabetes, VIH-SIDA (Turner-Cobb *et al.*, 2002), cancro (Stone *et al.*, 1999), artrite reumatoide (Goodenow *et al.*, 1990), doença renal (Taylor, 2011), hemorragias cerebrais (Taylor, 2011), entre outras.
- Protege de doenças neurodegenerativas durante a velhice (Seeman *et al.*, 2001).
- Melhora a saúde física e a esperança de vida (Rutledge *et al.*, 2004).
- Tem um poderoso impacto positivo na saúde, devidamente analisado e comprovado há vários anos. Alguns autores consideram-no um indicador mais positivo do que o efeito produzido pelo controlo de fatores clássicos de risco, como o tabagismo, a tensão arterial, os lípidos e a obesidade, bem como a atividade física (House *et al.*, 1988a).
- Em geral, o seu impacto na saúde é menos evidente na diminuição da probabilidade de adoecerem e mais evidente nas pessoas que estão a recuperar de uma doença, uma intervenção cirúrgica, etc. (Seeman, 1996). Algumas investigações defendem que um maior apoio social se reflete em: menor probabilidade de ocorrência de complicações na gravidez e no parto (Collins *et al.*, 1993); menos suscetibilidade a infeções por vírus do tipo herpes (VanderPlate *et al.*, 1988); taxas mais reduzidas de enfarte do miocárdio em pessoas com diagnóstico de doença cardíaca e menor probabilidade de mortalidade por enfarte do miocárdio (Kulik e Mahler, 1993; Wiklund *et al.*, 1988); recuperação mais rápida na cirurgia cardíaca relacionada com doenças arteriais (King *et al.*, 1993; Kulik e Mahler, 1993); maior adesão ao tratamento e melhor qualidade de vida e sobrevivência na diabetes (Marteau *et al.*, 1987); menos dor entre os pacientes com artrite (Brown *et al.*, 2003); e menor incidência de défice cognitivo (Kuiper *et al.*, 2015; Pillemer e Holtzer, 2016; Kuiper *et al.*, 2016).
- Está relacionado com uma menor mortalidade e menor probabilidade de morte prematura (Herbst-Damm e Kulik, 2005).

6. EM QUE SITUAÇÕES O APOIO SOCIAL É BENÉFICO E PORQUÊ

Várias das primeiras investigações sobre o apoio social partiram do princípio de que o seu impacto na saúde mental e física resultava dos benefícios diretos do apoio. Ou seja, quando uma pessoa ajuda (cuida de) outra, esta beneficia de forma tangível (recebe algo, como, por exemplo, que lhe levem as compras a casa) ou emocional (expressões de carinho que a fazem sentir-se bem, por exemplo) do seu apoio, e estas «transações» geram benefícios «naturais» – se nos permitem a expressão – e imediatos. Contudo, diferentes investigações levaram os médicos e investigadores a ponderar se os principais benefícios do apoio social resultam da sua utilização real ou do facto de se crer – como antes se descreveu – que se pode contar com esse apoio. Isto, porque, como demonstrou a investigação empírica, por vezes, as crenças acerca da disponibilidade de apoio têm efeitos mais poderosos na saúde mental do que a receção real do apoio (Dunkel-Schetter e Bennet, 1990).

Além disso, tendo em conta o supracitado, surge outra pergunta: o facto de o solicitar e/ou receber não terá um «custo» (emocional) para o destinatário do apoio? Ou seja, a pessoa que recebe o apoio paga também um «preço» emocional por ele? Bolger *et al.* (2000) documentaram que utilizar «conscientemente» a rede de apoio social pode estar associado a um aumento, e não a uma diminuição, do stress. Nos seus trabalhos com casais, as duas partes escreveram individualmente diários onde contavam as situações stressantes que viviam, o mal-estar, do seu ponto de vista, associado a esse stress e se tinham dado ou recebido apoio do outro. Quando o apoio era descrito pelo destinatário (a pessoa que recebia a ajuda), o stress do recetor não melhorava, o que significava que o reconhecimento dos esforços explícitos de apoio, os que são positivos, pode ter um «custo» emocional para o destinatário (necessita da ajuda, mas, por diversos motivos, não quer pedi-la devido às consequências que isso terá para a outra pessoa, sente-se mal pelo facto de necessitar dela, sente-se mal ao pedir ajuda, etc.). Quando, no entanto, o apoio era descrito pela pessoa que o presta, mas não percebido como apoio pela pessoa recetora, os efeitos eram protetores,

A INVESTIGAÇÃO EMPÍRICA
DEMONSTROU QUE AS CRENÇAS
ACERCA DA DISPONIBILIDADE
DE APOIO TÊM EFEITOS MAIS
PODEROSOS NA SAÚDE MENTAL DO
QUE A RECEÇÃO REAL DO APOIO

diminuindo o stress (Bolger e Amarel, 2007). Estes resultados sugerem, por um lado, que o apoio mais eficaz pode ser aquele que é «invisível» para a pessoa recetora, ou seja, aquele que ocorre sem que o destinatário tenha consciência disso; e, por outro lado, que a disponibilidade de apoio pode funcionar (sem que a pessoa se dê conta) como uma espécie de rede invisível que reduz o mal-estar simplesmente pelo facto de perceber a sua existência (Smith *et al.*, 2004).

Acontece, sim, que muitas pessoas experimentam ambas as situações e, também a contrária: receber apoio e ser consciente disso pode trazer bem-estar. Em todo o caso, espera-se que estes exemplos sirvam para desvendar, na medida do possível, a complexidade das situações em que se dá e se recebe apoio, caracterizadas pela sua pluralidade e multiplicidade.

A investigação também abordou a questão dos fatores que fazem com que as relações sociais sejam percebidas como apoio e que são, entre outras variáveis, as seguintes: o tamanho e a densidade das relações sociais; a pertinência do apoio proporcionado para enfrentar o evento que produz mal-estar; o apoio esperado em função do tipo de relação...

NO QUE RESPEITA ÀS CARACTERÍSTICAS DAS REDES DE APOIO, FORAM FEITAS AS SEGUINTESS CONSIDERAÇÕES:

- As pessoas envolvidas em organizações e associações de voluntariado (centros de geriatria, igreja, associações de bairro, etc.) cuja participação presta apoio a terceiros e, por sua vez, ajuda os seus membros, tendem a desfrutar de uma melhor saúde física e mental devido, entre outros fatores, ao facto de frequentemente serem mais hábeis socialmente e procurarem mais contactos com outras pessoas, para além – como antes se destacava – dos benefícios diretos da participação social.
- Além disso, as redes sociais que cada indivíduo tem facilitam o acesso a tipos específicos de apoio em momentos de stress, como, por exemplo, serviços sociais e de saúde, pessoas importantes, etc. (Lin e Westcott, 1991).
- Ter um confidente (alguém emocionalmente próximo em quem se confia, como um amigo, irmão ou companheiro) pode resultar num apoio social mais eficaz (Collins e Feeney, 2000), sobretudo para os homens (Broadwell e Light, 1999), do que outros apoios mais «de grupo».
- É importante frisar que os apoios provenientes de diferentes «prestadores» parecem não se somar; ou seja, os efeitos benéficos do apoio social não são linearmente cumulativos (Taylor, 2011).

Os prestadores de apoio (e isto funciona mais ou menos da mesma forma nas questões relacionadas com a solidão) devem «acertar» ao prestar o apoio, seja ele emocional ou instrumental. Além disso, este deve ser adequadamente percebido pelo seu recetor, pois, caso contrário, a sua eficácia desaparece (Bolger *et al.*, 1996). O anteriormente exposto ocorre em diferentes situações. Se, embora bem intencionado, for percebido como algo indesejado – por exemplo, quando o cônjuge de uma pessoa idosa com uma doença crónica a «força» a fazer exercício e dieta (Franks *et al.*, 2006) –, independentemente dos efeitos positivos que possa ter na saúde, o apoio também pode exacerbar os conflitos interpessoais e o mal-estar emocional (Fisher *et al.*, 1997; Lewis e Rook, 1999).

É necessário dar atenção a outras questões para que o apoio social funcione corretamente:

- O apoio não deve reforçar sintomas ou situações que produzam mal-estar (Itkowitz *et al.*, 2003).
- Deve haver um equilíbrio adequado entre as necessidades da pessoa recetora e o que ela obtém da sua rede social e dos serviços formais de apoio (Cohen e Wills, 1985).
- As ações de quem presta o apoio devem ajudar em questões concretas da pessoa recetora. Por exemplo, se alguém precisar de apoio emocional, mas, em vez disso, receber conselhos, o mau funcionamento do apoio pode, na realidade, aumentar o mal-estar (Horowitz *et al.*, 2001).
- O apoio deve ser corretamente escolhido pelo prestador e valorizado pelo recetor. Por exemplo, o apoio emocional pode ser muito útil se for proporcionado por pessoas próximas da pessoa recetora e negativo se for proporcionado por outras pessoas. Em contrapartida, a informação e o aconselhamento podem ser especialmente valiosos se facilitados por especialistas, mas «inapropriados» se proporcionados por pessoas «próximas» (Benson *et al.*, 1991; Dakof e Taylor, 1990).
- Além disso, existem outras ameaças que os profissionais de atendimento e intervenção conhecem bem. As pessoas que sofrem de um grande mal-estar e expressam continuamente as suas necessidades podem fazer com que os seus prestadores de apoio se afastem (Matt e Dean, 1993;

McLeod *et al.*, 1992). Poderia ser o caso, por exemplo, de pessoas deprimidas, com incapacidade ou doentes que expressem constantemente emoções negativas (Alferi *et al.*, 2001; Fyrand *et al.*, 2002; Gurung *et al.*, 2003). Por vezes, infelizmente, as pessoas que mais necessitam de apoio social são as que menos probabilidades têm de o receber.

Uma última ideia relacionada com as situações e o motivo pelo qual o apoio social pode ser benéfico ou prejudicial. George Burns, um famoso comediante e ator norte-americano, contava num dos seus famosos *sketches* que «a felicidade é ter uma família grande, carinhosa, afetuosa e muito unida, noutra cidade». Para ser eficaz, o apoio social não pode «sobrecarregar» ou «incomodar» a pessoa que o recebe. Apesar de não aparecer nos manuais, manter uma distância respeitosa é também uma forma de prestar um bom apoio. Seja como for, as relações sociais requerem mutualidade e compromisso, o que inclui tanto as grandes potencialidades positivas como as situações de discórdia e desencontro. São, por assim dizer, uma faca de dois gumes que é preciso saber manejar.

7. APOIO SOCIAL E DIFERENÇAS ENTRE HOMENS E MULHERES

Existem diferenças entre homens e mulheres no que toca a dar e receber apoio? Os dados empíricos sugerem que as mulheres proporcionam mais apoio social aos outros, recorrem a redes de apoio social de forma mais consistente em momentos de stress e podem beneficiar mais do apoio social (Taylor *et al.*, 2000).

Embora os homens costumem comunicar redes sociais mais amplas do que as mulheres, em parte devido à participação historicamente maior dos homens no emprego e nas organizações comunitárias, os estudos revelam que as mulheres se comprometem mais nas suas relações, nas quais alcançam um maior grau de proximidade. Estas conclusões «clássicas» da literatura apontam na mesma direção que as conclusões do inquérito telefónico do programa «Sempre Acompanhados», que se descrevem mais à frente.

DADOS EMPÍRICOS SUGEREM
QUE AS MULHERES PROPORCIONAM
MAIS APOIO SOCIAL AOS OUTROS,
RECORREM A REDES DE APOIO SOCIAL
DE FORMA MAIS CONSISTENTE EM
MOMENTOS DE STRESS E PODEM
BENEFICIAR MAIS DO APOIO SOCIAL

Além disso, as mulheres participam mais do que os homens na prestação e na receção de apoio social. Durante o ciclo da vida, as mulheres têm mais probabilidades de mobilizar apoio social, especialmente de outras mulheres, quando dele necessitam. Com efeito, em comparação com os homens, as mulheres adultas mantêm um maior número de relações próximas com pessoas do mesmo sexo, mobilizam mais apoio social, recorrem mais vezes às amigas, retiram mais benefícios dos contactos com as amigas e os familiares (apesar de também serem mais vulneráveis ao stress psicológico resultante de acontecimentos stressantes da rede) e oferecem apoio social mais frequente e eficaz aos outros (McDonald e Korabik, 1991; Ogus *et al.*, 1990).

As mulheres também investem mais nas suas relações sociais e envolvem-se mais (Wethington *et al.*, 1987) na prestação de cuidados aos outros do que os homens. Comparando com os homens, as mulheres são não só as que mais prestam apoio social, mas também as mais suscetíveis de procurar apoio em resposta a situações de stress. Duas meta-análises (Taylor, 2011; Tamres *et al.*, 2002) observaram as diferenças entre homens e mulheres na forma de lidar com o stress e concluíram que as mulheres são significativamente mais suscetíveis de procurar e usar apoio social para enfrentar uma vasta variedade de fatores stressantes.

Diferentes investigações aprofundaram as diferenças na capacidade de homens e mulheres proporcionarem apoio em tempos de crise e os efeitos «protetores» dos referidos esforços. Uma série de dados sugere que as mulheres podem ser melhores prestadoras de apoio social para os homens do que os homens para as mulheres. Por exemplo, quando se pergunta aos homens de onde provém o seu apoio emocional, a maioria menciona a esposa como principal fonte, e muitos dizem que é a única pessoa a quem confiam os seus problemas ou dificuldades pessoais (Glaser e Kiecolt-Glaser, 1994). As mulheres, todavia, tendem mais a recorrer a uma amiga ou familiar do sexo feminino, para além do cônjuge.

As diferenças citadas parecem traduzir-se diretamente em benefícios para a saúde. Apesar de beneficiar ambos os sexos, o matrimónio beneficia mais os homens. Assim, por exemplo, a saúde dos homens casados é melhor do que a dos solteiros, mas a saúde das mulheres é menos influenciada pelo estado civil. As taxas de mortalidade entre os homens viúvos são mais altas do que

entre as mulheres viúvas, e os homens viúvos que voltam a casar falecem mais tarde do que os que não o fazem. Entre as mulheres viúvas, em contrapartida, voltar a casar não tem qualquer efeito na idade do óbito (Taylor, 2011). Em estudos experimentais com casais, os homens tendem a atenuar melhor o stress com a presença de uma companheira feminina do que o contrário (Kiecolt-Glaser e Newton, 2001), pesando mais os conflitos interpessoais às mulheres do que aos homens.

RESUMINDO:

As mulheres não só se envolvem mais, mas também têm fontes de apoio mais diversas e plurais do que os homens, trazem mais benefícios ao casal e sofrem mais intensamente as consequências negativas das más relações.

8. CONCLUSÕES

No presente capítulo analisou-se superficialmente as relações sociais e o apoio social na tentativa de definir cada um dos conceitos e determinar as suas diferenças e complementaridades. Adicionalmente, aprofundou-se a análise dos mecanismos e dos efeitos benéficos para a saúde física e mental de contar com boas relações sociais e um apoio compreensivo, procurando uma perspectiva mais completa que ajude a interpretar as consequências da falta de apoio e de relações (a solidão) nas pessoas.

2

Demografia da solidão

Dra. María Dolores Puga

«Pirilampo a voar.
“Olha!”, ia dizer,
mas estou sozinho.»

TAN TAIGI

1. INTRODUÇÃO

Quando pensamos em demografia, imaginamos uma contagem de pessoas. Assim sendo, para não defraudar as expectativas, neste capítulo começaremos por contar. Mas contar o quê? Poderíamos contar as pessoas que vivem sozinhas – solidão residencial –, as pessoas que estão sozinhas (que têm poucos ou nenhuns vínculos sociais) – solidão social – ou as pessoas que se sentem sós – solidão emocional. Como se expõe mais adiante noutros capítulos desta mesma obra, a solidão é um fenómeno eminentemente negativo que tem mais um carácter qualitativo do que quantitativo. Por isso, nesta evolução entre o viver sozinho até ao sentir-se só, quanto mais nos aproximarmos do último, mais nos aproximaremos da realidade da solidão. Nesse trajeto, porém, devido à escassez de dados, quanto mais aumenta a precisão do enfoque, mais aumenta a dificuldade da aproximação. Assim, na medida em que as fontes de dados nos permitam, neste capítulo tentaremos responder às perguntas sobre quantas e que pessoas vivem sozinhas, quantas e que pessoas estão sozinhas, e quantas e que pessoas se sentem sós.

Na realidade, contudo, o objeto de estudo da demografia é o tempo – o tempo de vida – ou, melhor dizendo, os tempos (cronológico, biográfico, histórico, geracional, etc.). Quase todos estamos sozinhos nalgum momento da nossa trajetória de vida, e todos nos sentimos sós em diferentes momentos das nossas vidas. A solidão relaciona-se não só com a idade e a geração, mas também com o tempo transcorrido desde determinados eventos, com a época do ano ou com a altura do dia. Portanto, numa segunda etapa, abordaremos a relação entre tempo(s) e solidão, e o tempo de solidão no curso da vida.

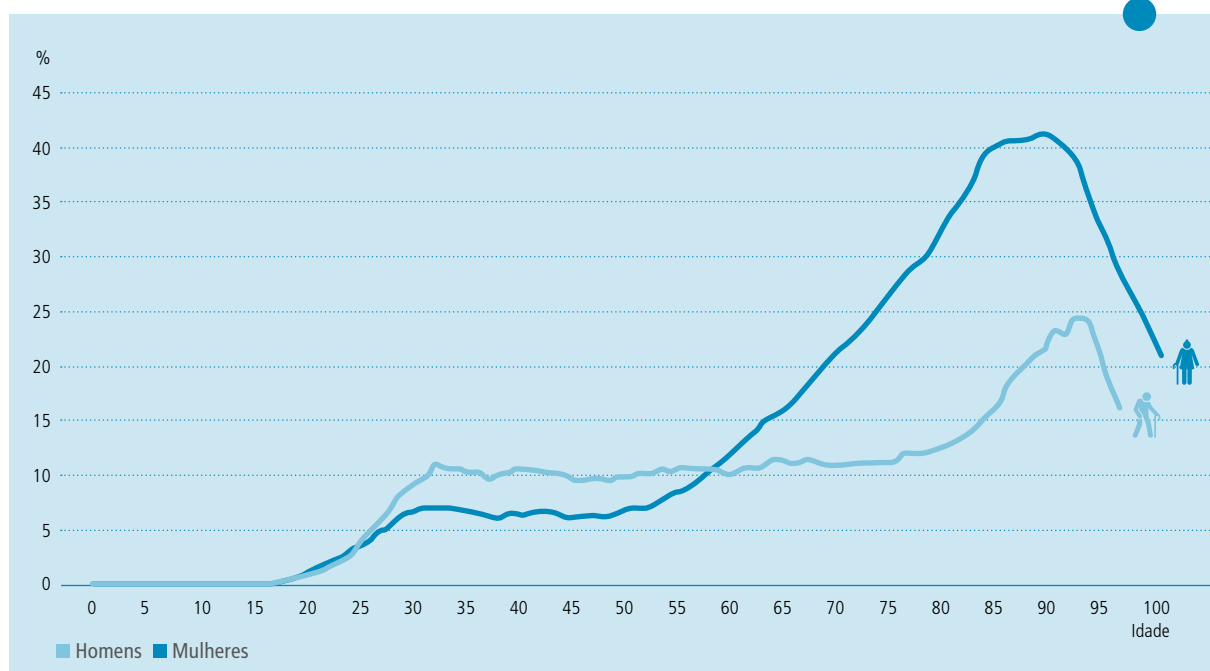
Por último, abordaremos a relação entre a evolução demográfica e a solidão, e se o aumento da longevidade, a diminuição da fecundidade e a redução do tamanho das gerações, ou as mudanças nas trajetórias conjugais, entre outras dinâmicas, afetarão a incidência da solidão ao longo da vida nas gerações sucessivas. A evolução demográfica conduz a um aumento da solidão?

2. AS PESSOAS QUE VIVEM SOZINHAS

Começemos, então, por aquilo que é mais fácil medir. Quantas pessoas vivem sozinhas? Quem são? De acordo com os últimos dados disponíveis para a população espanhola,¹ a 1 de janeiro de 2018, quase 5 milhões de pessoas viviam sozinhas (4 705 400 indivíduos), uma em cada dez. Dessas pessoas, uma em cada duas tinha idade igual ou superior a 65 anos (2 001 200 indivíduos) e uma em cada três era mulher (1 440 300 mulheres). Entre a população mais idosa, a partir dos 80 anos, viviam sozinhas quase uma em cada duas mulheres (652 000, ou 40,4%) e um em cada cinco homens (187 000, ou 19%).

¹ Encuesta continua de hogares 2018, Instituto Nacional de Estadística.

Figura 1.
TAXA DE SOLIDÃO RESIDENCIAL POR IDADE E SEXO (%)



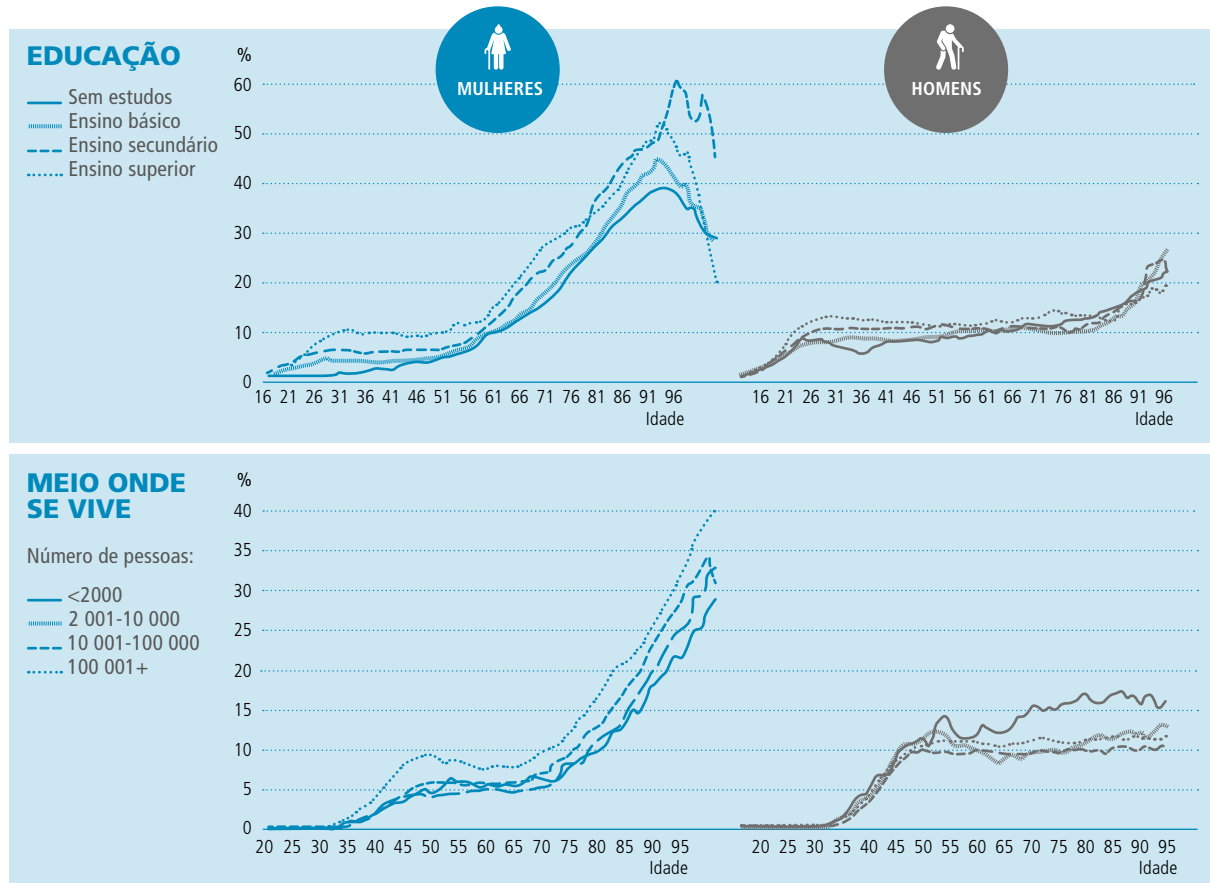
Fonte: Encuesta continua de hogares 2018 (microdados), Instituto Nacional de Estadística.

Ao longo da vida de homens e mulheres, a incidência da solidão residencial – ou a sua capacidade de manter a autonomia residencial – é muito distinta. Ao longo de praticamente toda a vida adulta, pouco mais de 10% dos homens vivem sozinhos (figura 1). A autonomia residencial masculina só se altera, duplicando, na velhice avançada (85-95 anos). Em contrapartida, a solidão residencial é um fenómeno muito pouco presente ao longo da vida da mulher (pouco mais de 5% das mulheres vivem sozinhas na vida adulta). A partir dos 60 anos, um número crescente de mulheres enfrenta – na maioria dos casos, pela primeira vez na vida – uma situação nova, que é a de viver sozinha. Nas atuais gerações de seniores, uma mortalidade masculina mais precoce e a emancipação dos filhos explicam o notório aumento da solidão residencial à medida que as mulheres avançam na idade. Entre os 85 e os 90 anos, quase uma em cada duas mulheres se confronta com uma autonomia residencial desconhecida até esse momento na sua vida.

A trajetória descrita não é idêntica em todas as biografias, e os recursos socioeducativos ou o lugar de residência têm efeitos na probabilidade de viver sozinho. Entre os homens, a autonomia residencial praticamente não difere entre os que têm mais ou menos estudos (figura 2), sendo outras as variáveis determinantes que provocam ou permitem um lar solitário. Em contrapartida, nas trajetórias de vida femininas, os recursos educativos, fortemente associados aos recursos socioeconómicos, revelam-se determinantes na sua situação residencial. A autonomia residencial é uma situação muito mais frequente entre as mulheres com estudos secundários ou superiores, tanto na vida adulta como na velhice. Apesar disso, entre as mulheres, a independência residencial está muito mais fortemente associada à existência de recursos suficientes para a sua manutenção.

*A PARTIR DOS 60 ANOS, UM NÚMERO
CRESCENTE DE MULHERES ENFRENTA
- NA MAIORIA DOS CASOS,
PELA PRIMEIRA VEZ NA VIDA -
UMA SITUAÇÃO NOVA,
QUE É A DE VIVER SOZINHA*

Figura 2.
TAXAS DE SOLIDÃO RESIDENCIAL POR IDADE, SEXO, HABILITAÇÕES ACADÉMICAS E MEIO ONDE SE VIVE



Fonte: Encuesta continua de hogares 2018 (microdados), Instituto Nacional de Estadística.

A área de residência também pode facilitar ou dificultar a existência de lares solitários, e também o faz de forma marcadamente diferente entre homens e mulheres. A homogeneidade geracional das localidades menos povoadas – em consequência da história migratória na segunda metade do século XX – faz com que a solidão residencial masculina seja muito mais frequente nos meios rurais. Em contrapartida, são as metrópoles e as grandes cidades – com uma maior acessibilidade a serviços de apoio e redes sociais mais intergeracionais

e, portanto, menos frágeis – que propiciam uma maior independência residencial feminina em todas as faixas etárias. A mais vulnerável à densidade de recursos, não só próprios, mas também os existentes no círculo imediato é, mais uma vez, a independência residencial feminina.

A autonomia residencial varia em função da idade, do sexo, das habilitações académicas e do local de residência, mas, na maioria dos casos, é desencadeada por uma sequência de acontecimentos biográficos: a emancipação dos filhos e a rutura do casal, seja por divórcio ou por viuvez. A probabilidade de viver sozinho dos viúvos quase duplica em relação aos casados, e a dos divorciados ou nunca casados (ou unidos de facto) ainda é maior (tabela 1). As ruturas precoces dos casais têm consequências a longo prazo na força dos vínculos intergeracionais (De Jong Gierveld e Dykstra, 2008) e, no caso das pessoas que nunca estiveram casadas ou em união de facto, a inexistência de descendentes (na maioria dos casos) explica que a probabilidade destes viverem sozinho é o triplo da dos casados.

Tabela 1.
RISCOS RELATIVOS DE RESIDIR SOZINHO OU SOZINHA

		POPULAÇÃO TOTAL							
		MODELO 1		MODELO 2		MULHERES		HOMENS	
		N	EXP (β)	N	EXP (β)	N	EXP (β)	N	EXP (β)
SEXO	Homem	102 143	1,000	102 143	1,000				
	Mulher	111 664	1,188 **	111 664	0,781 *				
ESTADO CIVIL	Viúvo(a)			16 702	1,000	13 826	1,000	2876	1,000
	Separado(a) ou divorciado(a)			13 786	2,446 **	8138	2,505 **	5648	2,999 **
	Nunca casado(a)			68 172	3,126 **	32 113	2,624 **	36 059	4,305 **
	Casado(a)			115 147	0,065 **	57 587	0,069 **	57 560	0,081 **
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	Sem estudos concluídos	40 145	1,000	40 145	1,000	22 882	1,000	17 263	1,000
	Ensino básico	69 726	1,744 **	69 726	1,762 **	34 592	1,697 **	35 134	1,883 **
	Ensino secundário	59 714	3,163 **	59 714	2,675 **	29 261	2,624 **	30 453	2,840 **
	Ensino superior	44 222	3,614 **	44 222	2,970 **	24 929	3,339 **	19 293	2,834 **
MEIO	100 001+	84 717	1,000	84 717	1,000	45 365	1,000	39 352	1,000
	10 001-100 000	85 927	1,028	85 927	1,138 **	44 615	1,138 **	41 312	1,129 **
	2001-10 000	31 122	1,018	31 122	1,107 **	15 744	1,061 *	15 378	1,146 **
	<2000	12 041	1,006	12 041	0,982	5940	0,927 *	6101	1,014

* P < 0,05
** P < 0,01

Fonte: Encuesta continua de hogares 2018 (microdados), Instituto Nacional de Estadística.

A maior probabilidade de as mulheres viverem sozinhas desaparece com igual estado civil (tabela 1, modelo 2). Isso significa que os viúvos têm maior probabilidade de viverem sozinhos do que as viúvas, os divorciados têm maior probabilidade de viverem sozinhos do que as divorciadas e os solteiros têm maior probabilidade de viverem sozinhos do que as solteiras. É a maior incidência da viuvez entre as mulheres que explica a sua maior solidão residencial. Em situação biográfica idêntica, as mulheres têm mais dificuldade em manter a sua autonomia residencial. É também por isso, que, entre a população feminina, a probabilidade de manter a autonomia residencial se revela mais vulnerável aos recursos do meio circundante (as mulheres que residem em cidades médias têm uma probabilidade 22% superior de viver sozinhas do que as que residem em meios rurais) e aos recursos pessoais (as mulheres com estudos universitários têm o triplo da probabilidade de viverem sozinhas, comparando com as que não concluíram os estudos). Pelo contrário, a autonomia residencial dos homens demonstra ser mais suscetível à sua trajetória conjugal (os divorciados têm o triplo da probabilidade de viverem sozinhos do que os casados, e os solteiros o quádruplo).

Por último, há que ter em conta que a solidão residencial não está necessariamente ligada ao isolamento social (à escassez de vínculos sociais), nem ao sentimento de solidão. Com efeito, a solidão residencial não está correlacionada, de forma significativa, nem com a solidão social nem com a emocional (tabela 2). Em muitas ocasiões, é precisamente a perda da autonomia

Tabela 2.
CORRELAÇÃO
DE PEARSON
ENTRE SOLIDÃO
RESIDENCIAL,
SOLIDÃO SOCIAL
E SOLIDÃO
EMOCIONAL

		SOLIDÃO SOCIAL			
		SOLIDÃO RESIDENCIAL	CONTACTOS DIÁRIOS	CONFIDENTE	SOLIDÃO EMOCIONAL
SOLIDÃO RESIDENCIAL			0,006	-0,021	-0,006
SOLIDÃO SOCIAL	Contactos diários	0,006		0,182 **	-0,165 **
	Confidente	-0,021	0,182 **		-0,127 **
SOLIDÃO EMOCIONAL		0,006	-0,165 **	-0,127 **	

* P < 0,05
** P < 0,01

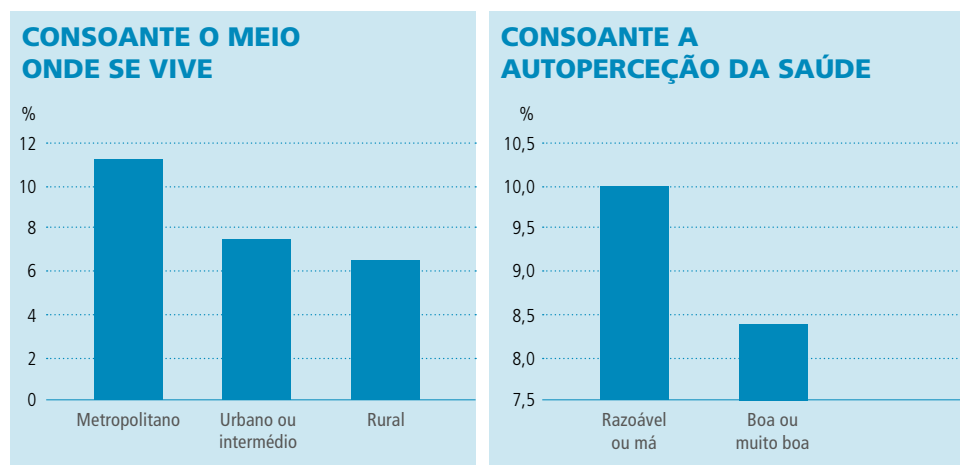
Fonte: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Wave 6* (microdados), 2015 (<http://doi.org.10.6103/SHARE.w6.700>).

residencial o que desencadeia a solidão emocional. Deixar de viver sozinho é, na maioria das vezes, deixar também de viver em minha casa, no meu bairro e perto dos meus vizinhos, e é precisamente isso que me faz sentir só.

3. AS PESSOAS QUE ESTÃO SOZINHAS

Posso viver sozinho e ter uma ampla rede de amigos, e vice-versa. Medir os apoios sociais é uma tarefa muito mais complexa do que contar agregados unipessoais. Num inquérito realizado em vários países europeus a pessoas com idade igual ou superior a 50 anos² questionou-se os entrevistados – na sua fase de 2015 – sobre os seus vínculos sociais, entendendo-os como as pessoas com quem falavam das coisas importantes que lhes aconteciam, independentemente do vínculo de parentesco.³ Segundo os dados deste inquérito, em Espanha, 11% da população com idade igual ou superior a 50 anos (1 154 703 indivíduos) não fala diariamente com ninguém com quem possa partilhar coisas importantes, seja por contacto pessoal, telefónico ou qualquer outro meio.⁴ Sete por cento da dita população (725 776 indivíduos) não tem nenhum contacto de confiança, de quem se sinta próximo emocionalmente e a quem possa fazer confidências.

Figura 3.
TAXAS DE SOLIDÃO SOCIAL
(POPULAÇÃO SEM CONTACTOS DIÁRIOS)



² Fonte: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Wave 6*, 2015 (<http://doi.org.10.6103/SHARE.w6.700>).

³ A formulação da pergunta era: «Agora vou fazer-lhe algumas perguntas sobre as relações que mantém com outras pessoas. A maioria das pessoas fala com outras das coisas boas ou más que lhe aconteceram, ou dos problemas ou preocupações importantes que possam ter. Nos últimos doze meses, com que pessoas falou mais frequentemente sobre estas coisas importantes? Estas pessoas podem ser familiares, amigos, vizinhos ou conhecidos.»

⁴ «Nos últimos 12 meses, com que frequência teve contacto com X em pessoa, ou por telefone, correio postal, correio eletrónico ou qualquer outro meio eletrónico?»

Fonte: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Wave 6* (microdados), 2015 (<http://doi.org.10.6103/SHARE.w6.700>).

Ao contrário da solidão residencial, a solidão social não se concentra num determinado perfil de população, tornando-se, por isso, muito mais difícil de prever. Entre a população observada (50 anos ou mais), afeta uma percentagem semelhante de pessoas de todas as idades, de ambos os sexos, de diferentes estados civis e composição de agregado familiar, entre outros fatores. As dimensões com mais peso na variação do efeito da solidão social são o local de residência do indivíduo e o seu estado de saúde. A falta de contacto diário com pessoas com que se tenha uma relação de confiança é mais frequente nas zonas de maior densidade populacional (figura 3). Além disso, entre o estado de saúde e a solidão social existe uma relação bidirecional. Os problemas de saúde dificultam o contacto social, e o isolamento social também tem consequências negativas no estado global de saúde e na autoperceção que temos dele (Cornwell e Waite, 2009b).

Tabela 3.
RISCOS RELATIVOS DE NÃO TER NINGUÉM MUITO PRÓXIMO EMOCIONALMENTE

		POPULAÇÃO TOTAL		HOMENS		MULHERES	
		N	EXP (β)	N	EXP (β)	N	EXP (β)
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	Ensino superior	1830	0,682 *	867	0,654	963	0,700
	Ensino básico ou secundário	5567		2655		2912	
N.º DE FILHOS	0	997	1,627 **	474	1,838 *	523	1,479
	1-2	4045	0,717 *	1911	0,771	2134	0,673 *
	3+	2355		1137		1218	
RENDIMENTOS	<20 000	1004	0,500 **	487	0,438 *	517	0,554 *
	20 000-40 000	2539	0,594 **	1216	0,515 **	1323	0,660 *
	40 000-60 000	1426	0,605 **	663	0,585	763	0,617
	60 000+	2428		1156		1272	
MEIO	Metropolitano	2903	1,433 **	1355	1,126	1548	1,731 **
	Não metropolitano	4494		2167		2327	
SAÚDE PERCEBIDA	Razoável ou má	2761	1,514 **	1280	1,098	1481	1,933 **
	Boa ou muito boa	4636		2242		2394	

* P < 0,05
** P < 0,01

Modelo controlado por: idade, sexo, estado civil, tamanho do agregado familiar, n.º de netos, n.º de doenças crónicas, limitações na vida diária devido a problemas de saúde (Global Activity Limitation Indicator, GALI).

Fonte: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Wave 6* (microdados), 2015 (<http://doi.org.10.6103/SHARE.w6.700>).

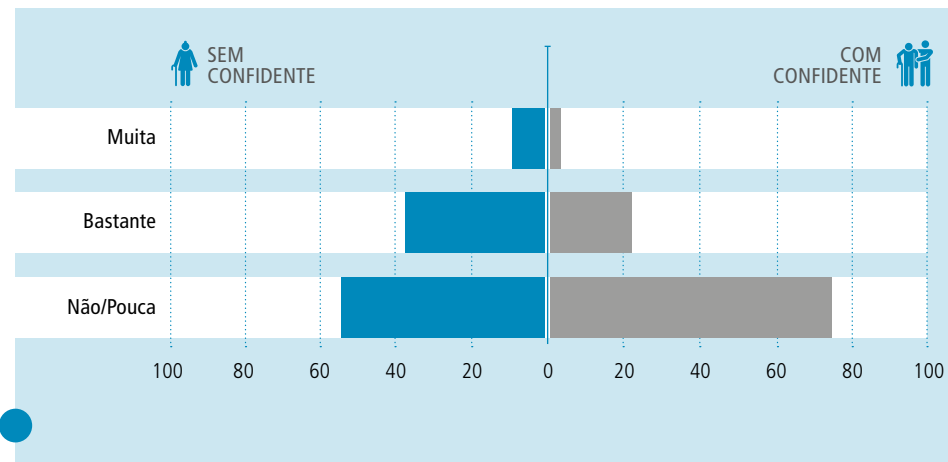
A probabilidade de não contar com alguém de confiança aumenta (60%) no caso da população sem filhos (tabela 3). Este aumento torna-se ainda mais intenso no caso dos homens, que parecem depender em maior grau das relações filiais. Entre a população feminina, é a existência de uma descendência reduzida (um ou dois filhos) o que minimiza a probabilidade de solidão social, parecendo estabelecer-se um contrapeso entre a proximidade emocional e o número de filhos. A interação social e a classe social demonstram uma relação inversa. A solidariedade social parece compensar as dificuldades associadas a menos recursos económicos, sendo mais intensos os vínculos sociais entre as classes menos favorecidas. Porém, a igualdade de rendimentos e os recursos socioculturais associados às habilitações literárias desempenham um papel inverso. A probabilidade de isolamento social da população com mais recursos educativos é reduzida em mais de 30% em relação ao resto da população. As grandes cidades aumentam a probabilidade de solidão social, especialmente para as mulheres, que, em meios mais pequenos, sobretudo rurais, se encontram inseridas em redes sociais mais densas, embora mais intrageracionais. Por último, a saúde e a solidão social revelam também uma associação mais intensa entre as mulheres, sendo que a probabilidade de isolamento social duplica em caso de deterioração da saúde. Nesses casos em que a saúde limita o espaço de vida e este se vai reduzindo ao domicílio, é mais provável que se produza uma interação entre solidão residencial e solidão social.

A PROBABILIDADE DE NÃO CONTAR COM ALGUÉM DE CONFIANÇA AUMENTA NO CASO DA POPULAÇÃO SEM FILHOS. ESTE AUMENTO TORNA-SE AINDA MAIS INTENSO NO CASO DOS HOMENS, QUE PARECEM DEPENDER EM MAIOR GRAU DAS RELAÇÕES FILIAIS

4. AS PESSOAS QUE SE SENTEM SÓS

Contudo, como comentaremos nos capítulos posteriores, a solidão está mais associada ao que sentimos do que ao número de amigos que temos. Isso dificilmente é quantificável por ser um fenómeno eminentemente qualitativo, e qualquer tentativa de quantificação deve ter em conta as referidas limitações (Engel, 2017; Tomás *et al.*, 2017). O instrumento de que dispomos para determinar o alcance da solidão emocional na população espanhola com idade

Figura 4.
ESCALA DE SOLIDÃO EMOCIONAL, SEGUNDO A SOLIDÃO SOCIAL



Fonte: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Wave 6* (microdados), 2015 (<http://doi.org/10.6103/SHARE.w6.700>).

igual ou superior a 50 anos é uma escala inserida num amplo questionário – como a do inquérito anteriormente mencionado, SHARE –,⁵ cuja utilização apresenta apenas uma parte da solidão emocional potencialmente detetável na referida população. Mediante o dito instrumento, constatámos que, em Espanha, quase 3 milhões de pessoas idosas dessa faixa etária sofrem de solidão emocional moderada (2 943 636 indivíduos, 23% da população), e quase 500 000 sentem-se muito sós (457 376 indivíduos, 3,6% da população).

O sentimento de solidão está muito mais relacionado com a solidão social do que com a residencial, com ter poucas pessoas de confiança (ou nenhuma) do que com viver sozinho. Tal como a emocional, a solidão social é mais difícil de prever do que a solidão residencial, pois não apresenta um padrão claro. É um fenómeno transversal a diferentes idades, sexos, classes sociais, etc., e o fator que em maior grau distingue a intensidade dos sentimentos de solidão é, com efeito, a solidão social, a escassez de pessoas de confiança (figura 4). As mulheres têm maior probabilidade de se sentirem sós. Isso deve-se ao facto de, em maior grau, se encontrarem em circunstâncias que implicam um maior risco de solidão emocional (ausência de companheiro, problemas de saúde, etc.). Expostos às mesmas circunstâncias, a probabilidade de homens e mulheres se sentirem sós não varia significativamente (tabela 4).

⁵ O questionário do inquérito SHARE utiliza a Three-Item Loneliness Scale (Hughes *et al.*, 2004), uma versão reduzida da R-UCLA Loneliness Scale (Russell *et al.*, 1980). Trata-se de uma versão curta que mede indiretamente a solidão emocional ao perguntar ao entrevistado com que frequência (frequentemente, às vezes, nunca ou quase nunca) sente que lhe falta companhia, ou se sente excluído ou isolado. O valor mínimo da escala é 3 (nunca só), e o máximo é 9 (muito só).

Tabla 4.
RISCOS RELATIVOS DE SOLIDÃO EMOCIONAL

			BIVARIADO		MULTIVARIADO					
			MODERADA	ALTA	MODERADA			ALTA		
					Total pop.	Homens	Mulheres	Total pop.	Homens	Mulheres
N	EXP (β)	EXP (β)	EXP (β)	EXP (β)	EXP (β)	EXP (β)	EXP (β)	EXP (β)	EXP (β)	
SEXO	Mulher	4350	1,120 *	1,093	1,097			1,131		
	Homem	3912			1,000			1,000		
VIVE SOZINHO	Não	6932	1,011	0,664 *	1,029	0,863	1,138	0,545 *	0,380 *	0,637
	Sim	1152	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
CONFIDENTE OU VÍNCULOS DE MUITA CONFIANÇA	Sim	7335	0,383 **	0,275 **	0,407 **	0,363 **	0,446 **	0,299 **	0,293 **	0,312 **
	Não	2466	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
COMPANHEIRO (A)	Sim	5796	0,942	0,806	0,953	1,064	0,867	0,678 *	0,634 *	0,706
	Não	2466	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
N.º DE FILHOS	0	1128	1,019	1,431	1,039	0,757	1,354 *	1,708 *	1,418	2,106 *
	1-2	4492	1,037	0,994	1,023	0,840	1,205 *	0,999	1,021	0,997
	3+	2642	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
HABILITAÇÕES ACADÉMICAS	Ensino básico ou sem estudos	1209	1,125	0,822	1,089	0,862	1,320 *	0,826	0,745	0,925
	Ensino secundário	5052	1,244 **	1,061	1,272 **	1,135	1,394 **	1,112	1,368	0,943
	Ensino superior	2001	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
MEIO	Metropolitano	3077	0,871 *	0,765	0,831 *	0,865	0,788 *	0,889	0,711 *	0,746
	Urbano ou intermédio	3171	0,818 *	0,812	0,828 *	0,749 *	1,097	0,792	0,520	0,962
	Rural	1681	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
SAÚDE	Boa ou muito boa	5204	0,458 **	0,177 **	0,628 **	0,605 **	0,643 **	0,348 **	0,532 *	0,224 **
	Razoável ou má	3050	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
N.º DE DOENÇAS CRÓNICAS	0-1	4411	0,539 **	0,254 **	0,794 **	0,779 **	0,811 *	0,513 **	0,420 **	0,617 *
	2+	3849	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000
GALIZ	Não	5087	0,450 **	0,192 **	0,592 **	0,590 **	0,596 **	0,398 **	0,319 **	0,488 **
	Sim	3174	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000	1,000

* P < 0,05
** P < 0,01

Modelo controlado por: idade,
n.º de netos e rendimentos do agregado.

Fonte: *Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe: Wave 6*
(microdados), 2015 (<http://doi.org.10.6103/SHARE.w6.700>).

As circunstâncias que em maior grau aumentam a probabilidade de uma pessoa se sentir só e, inclusive, de se sentir muito só, são a baixa interação social – a ausência de vínculos sociais de confiança – e os problemas de saúde, tanto no caso dos homens como no das mulheres (tabela 4). O facto de uma pessoa viver sozinha, ou de não ter companheiro, como fator desencadeante do sentimento de solidão, é mais relevante para eles do que para elas. Pelo contrário, a presença, e o tamanho, da descendência tem maiores consequências na solidão emocional feminina. O apoio emocional masculino parece basear-se mais no cônjuge, enquanto o feminino é menos dependente da composição do agregado familiar, mas mais suscetível ao historial reprodutivo.

Para os homens, as áreas pouco densas parecem exercer um efeito positivo, reduzindo os sentimentos de solidão. Nas zonas rurais, as redes sociais são mais amplas, ainda que sejam em maior grau compostas por membros das mesmas gerações através de vínculos horizontais. Estas redes demonstram surtir um efeito mais positivo nos homens, cuja solidão emocional parece estar menos relacionada com os vínculos intergeracionais do que a das mulheres. Talvez a maior sobrevivência feminina, que as torna mais suscetíveis à rápida «fragilização» de redes muito homogêneas a nível geracional, tenha algo que ver com este aspeto.

Pelo contrário, os recursos educativos revelam um maior efeito na solidão emocional das mulheres, bem como os rendimentos do agregado familiar, entre outros fatores. Por exemplo, o facto de ter estudos superiores reduz em quase 40% a probabilidade de sofrer de solidão emocional moderada. Além da sua relação com a classe social, os recursos educativos deixam marcas em termos de trajetória de vida, redes estabelecidas, recursos sociais, culturais e emocionais, e na nossa perspetiva do mundo. Uma maior ênfase em processos educativos que nos acompanhem ao longo da vida poderia ter efeitos relevantes nas trajetórias de vida, sobretudo das mulheres, e na solidão através dos mesmos.

AS CIRCUNSTÂNCIAS QUE EM MAIOR GRAU AUMENTAM A PROBABILIDADE DE UMA PESSOA SE SENTIR SÓ E, INCLUSIVE, DE SE SENTIR MUITO SÓ, SÃO A BAIXA INTERAÇÃO SOCIAL E OS PROBLEMAS DE SAÚDE, TANTO NO CASO DOS HOMENS COMO NO DAS MULHERES

5. DEMOGRAFIA DA SOLIDÃO: UMA QUESTÃO DE TEMPO(S)

Sabemos que a solidão está relacionada com a idade, o sexo e os recursos sociais, económicos ou culturais próprios ou existentes no meio circundante. Mas a solidão não é um estado permanente. Todos nos sentimos sós e quase todos vivemos ou viveremos sós em algum momento da nossa vida. Quais são os tempos da solidão? Como se relaciona a solidão com outros tempos, além da idade? Varia entre gerações, em função do tempo transcorrido após determinados eventos, segundo a época do ano ou a altura do dia?

Diferentes estudos demonstram que a percentagem de população que se sente quase sempre ou sempre só é ligeiramente inferior a 10% (tabela 5). Ao fim de dez anos, a população que nunca se sentiu só diminui numa percentagem semelhante, juntando-se, maioritariamente, às fileiras da solidão ocasional. As pessoas que se sentiram sós em alguma ocasião durante a última década são cerca de uma em cada três (Victor e Bowling, 2012; Heikkinen e Kauppinen, 2011; Jylhä, 2004; Wenger e Burholt, 2004). Contudo, com o tempo, varia também a intensidade da solidão. Uma em cada cinco pessoas sente-se mais só do que há dez anos, e uma em cada dez sente-se menos só do que no passado (tabela 6). No entanto, é preciso ter em conta que, nos estudos de acompanhamento – que são os que nos permitem observar as mudanças ao longo do tempo –, é mais provável perder a observação sobre a população com pior estado de saúde e/ou maior nível de solidão, o que poderia distorcer as amostras e tornar mais provável uma subestimação das trajetórias com maior agravamento.

*SABEMOS QUE A SOLIDÃO ESTÁ
RELACIONADA COM A IDADE,
O SEXO E OS RECURSOS SOCIAIS,
ECONÓMICOS OU CULTURAIS
PRÓPRIOS OU EXISTENTES
NO MEIO CIRCUNDANTE*

Tabela 5.
PREVALÊNCIA DA SOLIDÃO NO INÍCIO DA OBSERVAÇÃO E APÓS DEZ ANOS DE ACOMPANHAMENTO EM DIFERENTES ESTUDOS LONGITUDINAIS (%)

ESTUDO	SENTIMENTO DE SOLIDÃO					
	Sempre		Ocasional		Nunca	
	Início	Após 10 anos	Início	Após 10 anos	Início	Após 10 anos
Victor e Bowling, 2012 (Reino Unido)	9	8	32	42	61	50
Jylhä, 2004 (Finlândia)	8	8	27	23	65	64
Wenger e Burholt, 2004 (Gales)	9	6	23	28	64	57
Heikkinen e Kauppinen, 2011 (Finlândia)	10	11	15	20	75	69

Tabela 6.
MUDANÇAS NO NÍVEL DE SOLIDÃO APÓS DEZ ANOS DE ACOMPANHAMENTO DURANTE A VELHICE, SEGUNDO DIFERENTES ESTUDOS LONGITUDINAIS (%)

ESTUDO	SENTIMENTO DE SOLIDÃO			
	Nunca	Permanente	Piorou	Melhorou
Victor <i>et al.</i> , 2005a e 2005b (Reino Unido)	55	15	20	10
Victor e Bowling, 2012 (Reino Unido)	44	22	25	12
Jylhä, 2004 (Finlândia)	51	17	19	13
Holmén e Furukawa, 2002 (Suécia)	31	13		
Wenger e Burholt, 2004 (Gales)	26	17	18	

Fonte: Elaboração própria.

O início do sentimento de solidão é mais provável quanto menos tempo tenha transcorrido desde determinados eventos que impliquem perdas, como a viuvez, a perda de amigos ou o agravamento do estado de saúde. Os incidentes que implicam perdas podem ocorrer (e ocorrem) a qualquer momento da nossa trajetória de vida. Ao longo da vida, porém, há alturas em que os referidos acontecimentos ocorrem com maior frequência. A velhice é prolífera em perdas, e é isso que torna a solidão mais frequente em idades avançadas. Também a maior longevidade feminina pressupõe mais perdas, o que resulta na feminidade da solidão. A maior incidência por idade e sexo resulta de uma maior incidência de acontecimentos que desencadeiam a solidão.

O que aumenta a probabilidade de solidão não é a ausência (de vínculos, de saúde, etc.), mas a perda recente. Por exemplo, a probabilidade não é maior entre as pessoas que não têm companheiro, porque nunca tiveram ou há muito que não têm, mas sim entre as que perderam recentemente um companheiro. Não é maior entre as pessoas com uma rede social reduzida, mas sim entre as que viram a sua rede social reduzir-se recentemente. Tal como não é maior entre as pessoas que envelheceram com um determinado nível de incapacidade, mas sim entre as que viram a sua autonomia diminuir recentemente (Aartsen e Jylhä, 2011; Schnittger *et al.*, 2012; Dahlberg *et al.*, 2018). Da mesma forma, por vezes é precisamente o fim da solidão residencial, a perda da autonomia residencial ou do lar de toda uma vida, o que desencadeia a solidão emocional.

Nalguns casos, as perdas não resultam de mudanças na trajetória de vida do indivíduo, mas de mudanças no seu meio circundante. Por exemplo, um processo de gentrificação no bairro leva à perda do espaço de vida, dos vizinhos, dos lojistas e de muitos dos amigos. As mudanças no círculo imediato também desencadeiam o início de processos de solidão (Keating *et al.*, 2013). Com efeito, na velhice, o círculo imediato ganha importância face a outros círculos de relação (Nyqvist *et al.*, 2016). Enquanto noutras idades os amigos, ou até as atividades organizadas, são mais importantes na sua relação com a solidão, na velhice as relações de proximidade ganham mais importância, particularmente com os vizinhos (tabela 7).

Contudo, na terceira idade não ocorrem apenas eventos que implicam perdas (do companheiro, dos amigos, da saúde, do lar, etc.); também se dão outros que pressupõem ganhos: novos membros da família (netos, bisnetos, etc.), recuperações e melhorias nas trajetórias de saúde. Estas ocorrências estão associadas a melhorias nos níveis de solidão.

A solidão muda ao longo da vida – começa, piora, melhora, acaba, etc. –, mas também varia durante outros tempos. A solidão muda ao longo do tempo sazonal, piorando na primavera e no verão. Também varia ao longo do tempo semanal, piorando aos fins de semana. E muda igualmente ao longo do tempo diário, sendo mais intensa à noite (Victor *et al.*, 2015).

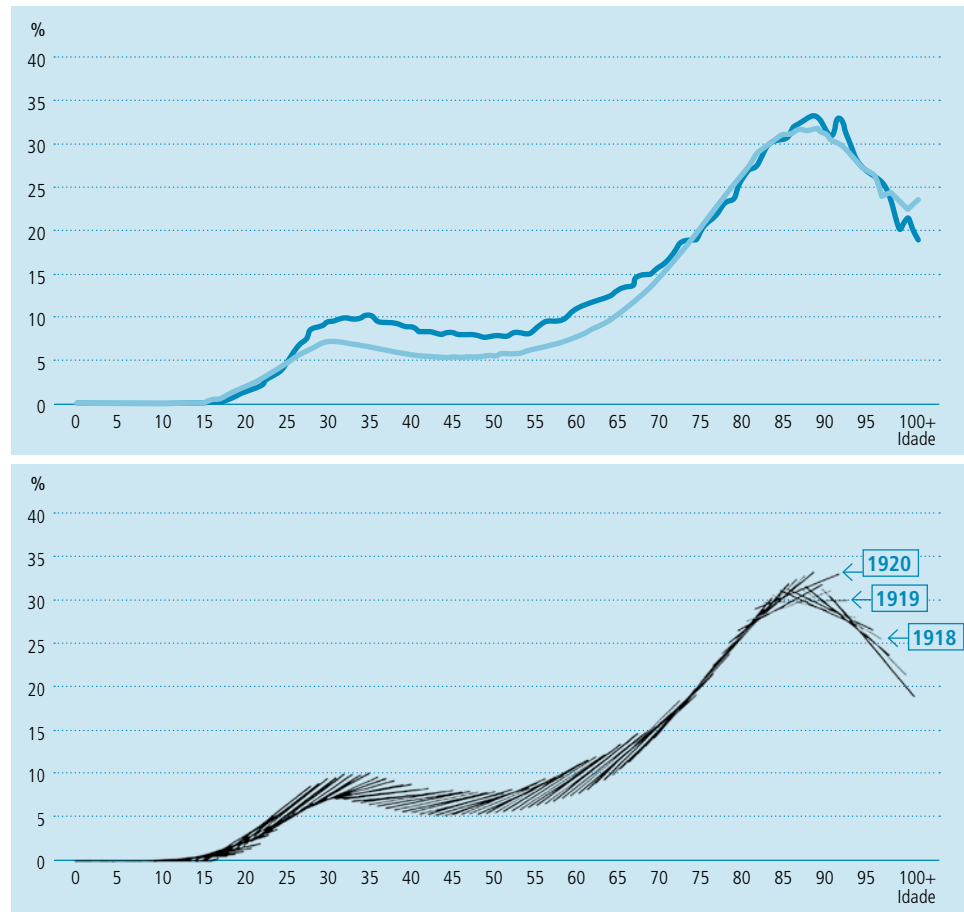
Tabela 7. RISCOS RELATIVOS DE SOLIDÃO EMOCIONAL, FINLÂNDIA OCIDENTAL (2011)

Fonte: Nyqvist et al., 2016.

CONTACTOS SOCIAIS		15-29 (N=771)		30-49 (N=1193)		50-64 (N=1496)		65-80 (N=1045)	
		OR		OR		OR		OR	
AMIGOS	Frequente	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Não frequente	3,82	**	2,28	***	1,99	***	1,31	
VIZINHOS	Frequente	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Não frequente	1,45	*	1,10		1,18		1,65	***
ATIVIDADES ORGANIZADAS	Ativo	1,00		1,00		1,00		1,00	
	Não ativo	1,10		1,42	*	1,31		1,06	

* P < 0,05 ** P < 0,01 *** P < 0,001

Figuras 5.1 e 5.2 TAXAS DE SOLIDÃO RESIDENCIAL POR IDADE, TEMPO HISTÓRICO E GERAÇÃO



Fonte: INE. Recenseamentos da população 2001 e 2011.

Por vezes, o que permite observar transformações, com mudanças entre diferentes gerações, é outro tempo mais prolongado. Nesse aspeto constata-se, por exemplo, mudanças na solidão residencial. Quando observamos as taxas de solidão residencial nos dois últimos recenseamentos da população (2001 e 2011), pode-se comprovar um aumento da solidão em idade adulta, mas nada parece mudar na terceira idade (figura 5-1). Não obstante, quando se observam as trajetórias geracionais entre essas duas observações (figura 5-2), constata-se algo muito diferente. Durante a velhice, mais concretamente, na velhice avançada, produz-se uma mudança muito importante.

Entre os 30 e os 60 anos, dá-se um aumento da solidão residencial geração após geração. Entre os 60 e os 80 anos, a situação residencial é muito idêntica para todas as gerações que atualmente transitam por essas idades. A partir dos 80 anos, todavia, produz-se uma mudança subtil, mas importante. Observando a geração nascida em 1918, constata-se que a sua autonomia residencial era maior aos 85 anos do que aos 90. Se nos centrarmos nas pessoas nascidas em 1919, apenas um ano depois, vemos que a sua autonomia residencial aos 85 e aos 90 anos é idêntica. Se agora falarmos das pessoas nascidas no ano seguinte, 1920, observamos que a sua autonomia residencial já é maior aos 90 anos do que aos 85. Geração após geração, o momento da perda da autonomia residencial ocorre cada vez mais tarde. Cada geração é capaz de manter a sua independência residencial um pouco mais tempo do que a anterior, atrasando, assim, o impacto da perda da habitação na solidão emocional. Por outro lado, também se verifica que temos uma população cada vez mais idosa, e potencialmente mais frágil, a viver sozinha, com consequências nas políticas de prevenção, na monitorização e na adaptação.

6. CEM ANOS DE SOLIDÃO?

A nossa vida difere muito da vida dos nossos avós. Consequentemente, as nossas populações também se distinguem das populações do passado. Agora vivemos mais, pelo que precisamos de menos filhos para reproduzir as nossas populações. Como resultado disso, vivemos em populações com menos crianças e mais pessoas de idade e idades avançadas. Resumidamente, é o que conhecemos como evolução demográfica. A evolução demográfica conduz a

mais solidão? O Inquérito Mundial de Valores inclui a seguinte pergunta: «As coortes mais jovens experimentarão uma maior solidão devido a mudanças nos padrões familiares (famílias mais reduzidas, aumento da taxa de divórcio, etc.)?».⁶ A resposta dominante é positiva. Tentaremos responder a essa questão numa concisa revisão do efeito das mudanças demográficas nas nossas famílias e do tempo durante o qual coexistimos ou coexistiremos com diferentes familiares.

O principal motor transformador das nossas populações, que pôs em marcha a evolução demográfica, foi a grande transformação na longevidade. Entre a era dos neandertais e meados do século XIX, a esperança de vida dos humanos era de 35-40 anos. Entre meados do século XIX e a atualidade (sem que, até agora, tenhamos vislumbrado qualquer mudança na referida tendência), a esperança de vida máxima da espécie humana prolongou-se seis horas por dia, três meses por ano ou três anos por década (Oeppen e Vaupel, 2002). As crianças nascidas no presente têm probabilidades muito maiores de chegarem a centenárias (Vaupel, 2010). Como é que esta transformação está a mudar a nossa vida e os tempos de solidão ao longo da mesma? Em primeiro lugar, produz uma mudança nos calendários de perdas (principal desencadeador da solidão, como já referido). As perdas do cônjuge, de amigos, irmãos, familiares – quando se produzem por mortalidade – atrasam-se, ocorrendo mais tarde nas nossas biografias. Consequentemente, ganhamos tempo de vida partilhado com esses vínculos, vivemos com eles durante mais tempo (tabela 8).

⁶ Base de dados: World Values Survey, 2016. Retirado de: <http://www.worldvaluessurvey.org/WVSNewsShowMore.jsp?evYEAR=2016&evMONTH=-1>.

Tabela 8.
TEMPO DE VIDA
PARTILHADO
COM DIFERENTES
VÍNCULOS
FAMILIARES
(DURAÇÃO
MÉDIA). GERAÇÕES
FEMININAS
ESPANHOLAS 1935-
1939 E 1965-1969

VÍNCULO FAMILIAR	GERAÇÕES	
	1935-1939	1965-1969
AMBOS OS PROGENITORES	43	53
MÃE VIÚVA	15	14
COMPANHEIRO(A)	52	52
FILHOS MENORES	22	21
FILHOS ADULTOS	36	41

Não passaremos mais tempo sem companheiro por viuvez, mas sim sendo mais idosos. Também não passaremos mais tempo da nossa vida sem pais, apesar da nossa maior longevidade, mas muito mais tempo com ambos (tabela 8) e com um deles coexistiremos três quartas partes da nossa vida. Ainda que a sua etapa frágil, a que exige mais cuidados, ocorra numa etapa mais avançada da nossa própria vida. Por outro lado, não passaremos mais tempo sem filhos, apesar de os termos mais tarde; nem sequer sem filhos adultos, apesar do aumento da duração da educação e da escolaridade. Em comparação com as gerações anteriores, passaremos mais tempo sem filhos antes de os termos, o mesmo tempo de educação (apesar do menor número de filhos), mas muito mais tempo com filhos adultos. As gerações mais jovens partilharão mais de metade da sua vida com filhos adultos.

Em consequência da transformação na longevidade, as populações humanas reduzem a sua fecundidade. Agora, temos menos filhos do que no passado. No entanto, para os fluxos de apoio durante a velhice, tanto instrumentais como emocionais, o relevante é a existência de filhos, não o seu número. Graças ao aumento da sobrevivência infantil, a probabilidade de ter filhos em idade avançada não só não diminuiu como até aumentou. A população sem filhos manteve-se historicamente bastante estável geração após geração, entre os 15 e os 20%. É para essa população sem filhos que a redução da fecundidade implica um risco evidente em termos de vínculos e apoios familiares. A sua rede de apoio baseava-se nos vínculos horizontais e nos seus descendentes: irmãos, sobrinhos e primos. Em consequência da evolução demográfica, esta rede de coetâneos e descendentes sofrerá uma redução. A população sem descendentes diretos pode correr mais risco de sofrer de solidão devido à mudança nas dinâmicas demográficas.

Apesar de a probabilidade de ter um filho em idade avançada não diminuir, a distância entre gerações pode alterar o cenário. A diminuição da descendência, combinada com os padrões migratórios, pode influir na disponibilidade de parentes e na solidão. As gerações nascidas recentemente em Espanha são

*NÃO PASSAREMOS MAIS TEMPO
SEM COMPANHEIRO POR VIUVEZ,
MAS SIM SENDO MAIS IDOSOS.
TAMBÉM NÃO PASSAREMOS MAIS
TEMPO DA NOSSA VIDA
SEM PAIS, APESAR DA NOSSA
MAIOR LONGEVIDADE*

menos móveis do que as dos seus avós. Mas mesmo uma menor mobilidade, combinada com um número inferior de filhos, pode aumentar a distância entre gerações e afetar, assim, a disponibilidade de apoio tanto instrumental como emocional.

Uma mudança não relacionada com a primeira transição demográfica (a descrita até agora), mas com a segunda (Van de Kaa, 1987), é o aumento da instabilidade conjugal. Uma das perdas mais estreitamente ligadas ao início da solidão emocional, a perda do companheiro, é a que sofre uma transformação mais complexa. Os casais que permaneçam juntos até ao falecimento de um deles terão uma duração não conhecida nas gerações anteriores, e a viuvez surgirá numa idade muito avançada do cônjuge sobrevivente. No entanto, em grande parte das trajetórias conjugais das gerações que no futuro transitam para a velhice, a perda do cônjuge ter-se-á produzido por uma rutura voluntária em idades precoces. Caso se mantenham, as dinâmicas atuais podem vir a ter efeitos mitigantes na solidão durante a velhice, uma vez que já é conhecida a importância do intervalo de tempo desde a perda neste sentido. Por outro lado, a probabilidade de estabelecer novas relações após uma separação é muito maior do que após uma viuvez.

Assim, a evolução demográfica relacionada com a primeira transição demográfica (transformação na longevidade e na fecundidade) deixa-nos populações mais verticais. Ao longo da sua trajetória de vida, as gerações mais jovens contarão com mais parentes de outras gerações e menos parentes da sua própria geração. A segunda transição demográfica deixa-nos trajetórias menos normalizadas, com mais ruturas, novos inícios e uma diversidade de percursos.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A solidão está relacionada com as perdas e o tempo decorrido após as mesmas. A velhice é prolífera em perdas e mais longa nas mulheres. Assim, a solidão é, frequentemente, mais patente na população feminina e idosa. Ocorrerá numa idade cada vez mais avançada à medida que as perdas se forem atrasando nas nossas trajetórias de vida.

Isso verifica-se especialmente na solidão residencial, que, além disso, para a maioria dos seus protagonistas, é uma situação nova. É a primeira vez na vida que essas pessoas vivem sozinhas. E, geração após geração, fazem-no até idades mais avançadas. Além do mais, para estas pessoas, a capacidade para manter a sua autonomia residencial depende, acima de tudo, da densidade de recursos (próprios e do meio circundante). Assim sendo, a interseção entre idade, sexo e recursos deveria merecer especial atenção na conceção de qualquer intervenção.

Para além da sua relação com os recursos económicos, os recursos educativos estão estreitamente ligados à solidão emocional. A trajetória da educação deixa as suas marcas tanto nas redes estabelecidas como nos recursos culturais e sociais, alterando a nossa perspetiva sobre o mundo. Entender a educação como um processo que nos acompanha durante toda a nossa vida poderia ter efeitos na solidão durante a velhice, especialmente na solidão feminina.

O fator que em maior grau prevê a solidão emocional é a solidão social, a falta ou escassez de pessoas de confiança. O apoio emocional masculino baseia-se mais no cônjuge (com o qual maioritariamente contam); o feminino, na descendência. No entanto, o isolamento social masculino é aquele que está mais vinculado à existência de filhos. As mulheres contam com mais redes de proximidade. As mulheres de gerações que transitam atualmente por idades avançadas, após uma trajetória de vida dedicada a cuidar da família e do lar, contam com redes sociais densas em vínculos próximos, na vizinhança. As dos homens, uma vez sem cônjuge, dependem mais da sua trajetória reprodutiva. As consequências das mudanças demográficas na composição das famílias, com menos vínculos horizontais e descendentes dos mesmos, poderiam agravar o isolamento social da população sem descendência. E isso poderia deixar uma marca mais profunda na solidão emocional masculina, na ausência de outras mudanças nas trajetórias de vida.

A evolução demográfica oferece-nos mais tempo de vida com parentes e amigos de outras gerações, os quais tornam a rede social menos frágil, pois as suas perdas não ocorrem ao mesmo tempo que as nossas. A resposta para o tempo de solidão durante a nossa trajetória de vida pode estar na medida em que transformamos essa coexistência mais prolongada em tempo verdadeiramente partilhado.

3

Aproximação conceptual à solidão

Dr. Javier Yanguas

«Poderia estar mais só
sem a minha solidão»

EMILY DICKINSON

1. INTRODUÇÃO

Estar só, sentir-se só, sentir que não somos amados, ver que não somos importantes para ninguém, que ninguém nos dá valor, saber que ninguém cuidaria de nós em caso de necessidade, descobrir que a nossa vida não tem sentido, que é vazia, etc., são questões essenciais no que denominamos de *solidão*.

A solidão é essa experiência de isolamento, ausência, separação, repúdio, não pertença, desconexão, etc., que podemos sentir na terceira idade ou que pode «acompanhar-nos» desde a infância, ao longo de toda a nossa vida e com a qual é difícil conviver.

A solidão tolera-se mal, retirando um pouco do encanto da vida contra a nossa vontade. Mas é também uma experiência humana fundamental, partilhada por todas as pessoas (universal), apesar de cada qual – devido ao seu caráter essencialmente subjetivo – a viver de diferentes formas e sempre sob a influência das variáveis pessoais, situacionais e contextuais.

O principal objetivo do presente capítulo é aproximar-nos da solidão para tentar compreendê-la sob uma perspectiva aberta e complexa.

2. DA SOLIDÃO

A solidão parece cumprir todos os requisitos daquilo que se conhece como *conceito poliédrico*. Há tantas definições quantas «visões» diferentes e, apesar de tudo, persiste a íntima sensação de que não somos capazes de captar o que palpita no seu interior, porque que todas as definições se afiguram banais quando comparadas com a complexidade do que se tenta apreender. Parece que a solidão se vai «sumindo» ou «evaporando», como se não quisesse ser explicada nem delimitada. Dada a situação, uma forma útil de iniciar este capítulo, cujo principal objetivo é desvendar o que palpita dentro do que conceptualizamos como solidão, é recorrer ao manual publicado em 1982, intitulado *Loneliness*:

APROXIMAÇÕES TEÓRICAS À SOLIDÃO, DE ACORDO COM O MANUAL LONELINESS: A SOURCEBOOK OF CURRENT THEORY, RESEARCH AND THERAPY:

- A **perspetiva cognitiva** (hipótese da discrepância cognitiva), em que a solidão é entendida como uma dissonância – uma avaliação que o sujeito realiza – entre as relações sociais que uma pessoa deseja e as que tem.
- O **interacionismo**, que conceptualiza a solidão não da perspetiva de se estar só, mas sim da problemática da ausência tanto de relações significativas e/ou próximas como de vínculos comunitários.
- A **perspetiva psicodinâmica**, que concebe a solidão como consequência negativa resultante da necessidade de proximidade, de relações interpessoais para viver.
- O **existencialismo**, para o qual a solidão é uma realidade intrínseca à condição humana que, por um lado, pode causar dor e sofrimento e, por outro, supõe a possibilidade de criar coisas novas, de refletir e de se compreender a si próprio.

A *Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, onde se distinguem oito aproximações teóricas diferentes à solidão (p. 130), que podem ser resumidas em quatro perspetivas clássicas (Yanguas *et al.*, 2018a e 2018b):

Entre o manual citado e o de Hojat e Crandall (2009), intitulado **Loneliness: Theory, Research and Applications**, é possível determinar – com o objetivo de definir a solidão – que o interesse de académicos e investigadores se centrou nas distintas teorias que diferenciavam o que é e como compreender a solidão (uma perspetiva mais rica sobre a mesma), bem como em teorias de cariz mais empírico, que enfatizam a importância da sua medição e em que se assume, basicamente, que esta inclui:

- Um **componente afetivo**, ligado às emoções negativas (e sustentado por uma aproximação teórica de carácter psicodinâmico que salienta a importância da necessidade social das relações).
- Um **componente cognitivo** (que é o que, na realidade, adquire importância na visão da solidão), relacionado com a discrepância entre as expectativas e a própria realidade das visões cognitivistas.

Na verdade, a existência destes dois fatores marcou, de certa forma, o devir do conceito, porque já Weiss (1973) – no que poderá ter sido o primeiro manual sobre solidão – distinguia igualmente na sua análise duas dimensões básicas do sentimento de solidão que, como esclarecia há mais de 40 anos, podem ocorrer em paralelo:

- A **solidão emocional**, resultante da ausência de uma figura próxima ou de um confidente na vida das pessoas, como o cônjuge ou uma amizade próxima.

- A **solidão social**, causada pela falta de uma rede ampla e efetiva de familiares, amigos ou vizinhos, que conduz a uma integração social deficiente (Dahlberg e McKee, 2014; Dykstra e De Jong Gierveld, 2005; Van Baarsen, 2002).

Dada a complexidade da sua definição e das variáveis que a induzem, a preveem ou com ela se relacionam, e para não apresentar uma explicação reducionista, optou-se por definir a solidão a partir dos mais variados pontos de vista complementares. De igual modo, levou-se a cabo uma revisão das principais variáveis que a situam num contexto mais amplo, permitindo ao leitor forjar as suas próprias ideias com base nos atuais dados empíricos.

2.1. A solidão como conceito

A solidão pode ser entendida e caracterizada pelo seguinte:

- A solidão caracteriza-se por um **sentimento de isolamento**, que pode ser objetivo ou subjetivo, metafísico ou comunicativo, existencial, social, etc., que está sempre presente e é parte integrante da experiência pessoal e intransmissível do que denominamos de *solidão* (Stein e Tuval-Mashiach, 2015).
- A solidão pode ser definida como a carência ou privação que se refere a **sentimentos de vazio ou abandono** associados à ausência de relações de proximidade (De Jong Gierveld, 1987). Por outras palavras, a solidão tem na sua génese um forte componente relacional.
- Outros autores entendem a solidão como a **discrepância cognitiva** entre as relações que a pessoa esperava ter e as que efetivamente tem. O aparecimento e/ou a manutenção desta discrepância dependem da avaliação subjetiva da própria pessoa sobre a qualidade e a quantidade das suas relações sociais (Peplau e Perlman, 1982; Yanguas *et al.*, 2018b).
- A experiência da solidão (pelo menos, a não desejada) é habitualmente acompanhada por todo um conjunto de **emoções negativas**, como a tristeza, a melancolia, a frustração, a vergonha ou o desespero (De Jong Gierveld, 1987; De Jong Gierveld *et al.*, 2015b; Yanguas *et al.*, 2018a e 2018b; Pinazo-Hernandis e Donio-Bellegarde, 2018).

- A solidão, além de poder resultar da ausência de relação com outras pessoas, também pode ter um componente de **falta de vínculos comunitários**. A comunidade onde vive um indivíduo proporciona-lhe sentimentos de pertença, identificação com os outros, segurança emocional, influência recíproca, percepção de partilha de valores e recursos, ligação emocional e satisfação de necessidades (Dalton *et al.*, 2001). A ausência de todos esses fatores pode provocar sentimentos de solidão. Nesse sentido, autores de relevo, como Cacioppo e Patrick (2008), definem a solidão como uma «dor social» comparável à dor física, dotando-a de uma função específica: se a dor física surge para nos proteger dos perigos físicos, a solidão, como «dor social», manifestar-se-ia para nos proteger do perigo de permanecer isolados (o que está obviamente relacionado com a importância das ligações sociais).
- Para De Jong Gierveld, Keating e Fast (2015), o sentimento de solidão é uma **experiência subjetiva e negativa**, resultante de uma avaliação cognitiva que revela discrepâncias entre as relações sociais que as pessoas desejam e as que realmente têm. Como bem afirmam López Doblas e Díaz (2018), esta definição advém de uma teoria formulada há bastante tempo por Perlman e Peplau (1981:31) no âmbito da psicologia social, mas que continua a ser largamente aceite pela comunidade científica internacional: a solidão é «uma experiência desagradável, que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é deficiente nalgum sentido importante, seja quantitativa ou qualitativamente». Por outro lado, esta definição integra elementos da que propõe De Jong Gierveld (1987) e referida anteriormente, ao conceber a solidão como um sentimento que as pessoas sofrem ao perceberem que as suas relações sociais são insatisfatórias ou inaceitáveis, seja por o seu número ser inferior ao que desejam, seja por não lhe proporcionarem a proximidade esperada.

PARA DE JONG GIERVELD,
KEATING E FAST, O SENTIMENTO
DE SOLIDÃO É UMA EXPERIÊNCIA
SUBJETIVA E NEGATIVA,
RESULTANTE DE UMA
AVALIAÇÃO COGNITIVA QUE
REVELA DISCREPÂNCIAS ENTRE
AS RELAÇÕES SOCIAIS QUE AS
PESSOAS DESEJAM E AS QUE
REALMENTE TÊM

- Seguem-se outras definições complementares das ideias anteriores, que situam a solidão num contexto mais amplo:

Tabela 9.
OUTRAS DEFINIÇÕES DE SOLIDÃO

AUTOR	DEFINIÇÃO	AUTOR	DEFINIÇÃO
SULLIVAN (1953:290)	A solidão é a experiência extremamente desagradável relacionada com a necessidade de proximidade nas relações interpessoais.	ROKACH (1990:41)	A solidão é algo natural e parte integrante do ser humano, como a felicidade, a fome e a realização pessoal. Os seres humanos nascem sozinhos e experimentam o terror da solidão na morte e, muitas vezes, muita solidão ao longo da vida.
WEISS (1973:17)	A solidão não advém de se estar só , mas da ausência de uma relação ou de um conjunto de relações necessárias. A solidão aparece sempre como resposta à ausência de um tipo particular de relação ou, mais exatamente, como resposta à ausência de uma relação em particular.	YOUNGER (1995:59)	A solidão é o sentimento de estar sozinho apesar de se desejar estar com as outras pessoas . Os solitários experimentam uma sensação de solidão total, além de falta de sentido e tédio.
LEIDERMAN (1980:380)	A solidão refere-se a um estado afetivo em que o indivíduo tem consciência do sentimento de estar separado dos outros, juntamente com a experiência da necessidade de outras pessoas.	ANDERSSON (1998:282)	A solidão é a falta generalizada de relações satisfatórias , tanto pessoais e sociais como comunitárias.
PERLMAN E PEPLAU (1981:31)	A solidão é a desagradável experiência que ocorre quando a rede de relações sociais de uma pessoa é deficiente tanto a nível quantitativo como qualitativo.	DE JONG GIERVELD (1998:120)	A solidão é uma experiência individual desagradável ou inadmissível de falta de qualidade em certas relações . Incluem-se aqui situações em que o número de relações existentes é inferior ao considerado desejável ou aceitável, além de situações em que a proximidade que se deseja não é alcançada. Assim, a solidão é entendida como a forma como a pessoa percebe, experimenta e avalia o seu isolamento e a sua falta de comunicação com outras pessoas.
ROOK (1984:1391)	A solidão é uma condição duradoura de sofrimento emocional que surge quando uma pessoa se sente isolada, incompreendida ou rejeitada pelos outros e/ou carece das pessoas adequadas para realizar as atividades que deseja, em particular, as que proporcionam um sentido de integração social e oferecem oportunidades para a confiança (proximidade) emocional .	KILLEEN (1998:764)	A solidão é a condição que descreve os sentimentos de angústia, depressão, desumanização e desapego que uma pessoa sofre quando experimenta uma sensação de vazio devido a uma vida social e/ou emocional insatisfatória .

2.2.A solidão como experiência

Se há algo que define a solidão é a complexidade da sua vivência e os inúmeros fatores que nela intervêm (Cohen-Mansfield *et al.*, 2016). Alguns dos mais relevantes são:

- A solidão pode ser definida como a carência ou privação que alude a **sentimentos de vazio ou abandono** associados à ausência de relações de proximidade (De Jong Gierveld, 1987). Por outras palavras, a solidão tem na sua gênese um forte componente relacional.
- A solidão é uma **vivência experimentada sob a forma de múltiplas realidades** (Victor *et al.*, 2009; Victor e Sullivan, 2015) que são únicas, distintas e mutáveis, que o indivíduo constrói e reconstrói no contexto da sua vida e da sua história de vida. Assim sendo, a solidão é dinâmica e as suas nuances mudam ao longo do tempo.
- Além disso, existem **tantos tipos de solidão como de «porquês» geradores** dos diferentes sentimentos de isolamento, vazio, exclusão, etc., que uma pessoa em situação de solidão experimenta (Yanguas, 2018).
- A solidão depende da **interação mútua de diferentes variáveis** (Victor *et al.*, 2009; Victor e Sullivan, 2015), algumas delas próprias da pessoa e outras externas ao indivíduo (umas sob a sua influência e outras que não dependem, de modo algum, da sua vontade), em interação mútua:

Fatores intrapessoais: personalidade e «estilos» cognitivos (expetativas, avaliação pessoal da situação, etc.):

Fatores extrapessoais: «*engagement* interpessoal» (o funcionamento social da pessoa ao longo de todo o seu ciclo da vida); eventos da vida das pessoas, tanto relativos à sua saúde (doenças, etc.) como sociais (reforma, viuvez, perdas, partida dos filhos para outros países, etc.); fatores socioeconómicos (rendimento, existência ou não de serviços de atendimento; ambiente social em que a pessoa vive (habitação, barreiras arquitetónicas, equipamentos, tipo de comunidade individualista ou coletiva, meio rural *versus* urbano, etc.); estilos de vida (utilização do tempo livre, passatempos, etc.); fatores culturais e estereótipos sociais (discriminação etária)...



Adaptado de Victor *et al.*, 2009; Victor e Sullivan, 2015.

- A solidão é **habitualmente vista em sentidos opostos por quem dela sofre e por quem não a experimenta** (Hauge e Kirkevold, 2010; Donio Bellegarde, 2017): as pessoas «não sós» costumam ser da opinião que a culpa da solidão é da própria pessoa solitária, sendo causada, por exemplo, pela sua personalidade crítica, pela sua atitude passiva e negativa, etc., numa atribuição causal interna; as pessoas «sós» consideram geralmente que resulta mais de fatores externos – por exemplo, a falta de oportunidades para manter o contacto social com pessoas relevantes – do que de algo provocado por elas próprias; ou seja, fazem uma atribuição causal externa.
- Weiss (1973), um dos pioneiros no estudo da solidão, advertia há mais de trinta anos para o **peso dos estereótipos nocivos** sobre a solidão: a solidão é muitas vezes vista, dizia Weiss, como debilidade, fraqueza ou autocomplacência, dada a ideia de que todas as pessoas deveriam ser capazes de a eliminar, por não se tratar de uma doença de tipo físico. Tal como no caso da tristeza ou da depressão, prosseguia Weiss, poderia pensar-se que as pessoas teriam a capacidade de eliminar o sentimento de solidão exclusivamente por força de vontade, e que o indivíduo, em última análise, é responsável pela sua própria solidão, seja por ação ou por omissão.

COMPLEXIDADE DA SOLIDÃO: MOTIVOS DIFERENTES, SENTIMENTOS DIFERENTES, DIVERSIDADE DE RESPOSTAS (DE RUBENSTEIN E SHAVER):

a. Os diferentes sentimentos de solidão

Dentro dos diferentes tipos de sentimentos, argumentavam que existe um tipo de solidão associado a sentimentos de desespero (que incluem medo, desesperança, vulnerabilidade, etc.); outra categoria de solidão provocada por sentimentos de tristeza, vazio, isolamento, etc.; outra relacionada com o tédio, o aborrecimento, etc.; e outra associada à falta de autoestima.

b. Os motivos que hipoteticamente os poderiam ocasionar

Os sentimentos que caracterizam as diferentes formas de solidão são produzidos por causas diversas: há quem se sintam só por se sentir isolado, por não ter um companheiro ou por, tendo companheiro, não receber dele o carinho de que necessita, ou por estar hospitalizado, ou por milhentas causas distintas. As questões que se impõem são: Face aos diferentes motivos, será suficiente fazer companhia? Ou só podemos atenuar, aliviar ou melhorar a solidão com um conjunto de intervenções múltiplas e variadas?

c. As respostas das pessoas face aos referidos sentimentos de solidão

A reação das pessoas varia muito face aos diferentes sentimentos e causas que provocam os diversos tipos de solidão. Assim, na solidão, deparamo-nos com uma enorme diversidade de respostas pessoais a essa situação (há quem elabore uma resposta ativa ou passiva, há quem procure apoio social, etc.). Por outro lado, a importância da capacidade das pessoas para dar resposta à solidão também está em jogo.

Infelizmente, estes estereótipos continuam muito presentes, como constata os dados empíricos disponíveis tanto na população em geral (Sagan e Miller, 2017) como nas pessoas idosas (Pikhartova *et al.*, 2016). Assim, observa-se, por um lado, um comportamento diferente para com as pessoas supostamente solitárias (mais frio e distante) e, por outro, profecias de autorrealização em relação à solidão nos seniores.

• Rubenstein e Shaver (1980 e 1982) contemplavam a **complexidade** da solidão (e referiam qual deveria ser a resposta à mesma) através de taxonomias da solidão em que distinguiram o seguinte:

2.3. Solidão e variáveis relacionadas

A literatura científica sobre a solidão relacionou-a com outras variáveis, de entre as quais convém destacar as seguintes:

• O sentimento de solidão, ainda que por vezes seja confundido com **isolamento social**, deve ser diferenciado do mesmo. Ambos os conceitos estão inter-relacionados, mas não aludem ao mesmo (López Doblas e Díaz, 2018). O sentimento de solidão obedece, como vimos, a um sentimento ou a uma insatisfação resultante da falta de determinadas relações ou da perda de qualidade nos contactos com outras pessoas. Isso significa que tem que ver com

a forma como os indivíduos percebem, experimentam, sentem e avaliam a falta de, digamos assim, comunicação interpessoal (ainda que, como veremos mais adiante, nem todos os tipos de solidão têm que ver com as relações ou a comunicação). O isolamento social diz respeito às características objetivas de uma situação marcada pela escassez de relações sociais (Havens *et al.*, 2004). Uma das consequências do isolamento social pode ser o sentimento de solidão, embora existam pessoas que se sentem muito sós com poucos contactos sociais e outras absolutamente nada (Cloutier-Fisher *et al.*, 2011), já que isso depende dos seus desejos e das suas expectativas relativamente às relações sociais (De Jong Gierveld *et al.*, 2016). O mesmo se passa com o facto de se viver sozinho: não conduz necessariamente ao sentimento de solidão, embora, em muitos casos, possa ser um fator desencadeante (Victor *et al.*, 2000).

- A solidão pode resultar de **causas objetivas** (ausência de relações, por exemplo) ou ser independente das mesmas (uma pessoa pode não estar sozinha, mas sentir-se só), não estando obrigatoriamente relacionada com as competências sociais do indivíduo que dela padece (Vitkus e Horowitz, 1987). No que respeita à crença de que os solitários mantêm más relações sociais, os dados empíricos advertem para o facto de muitas pessoas em situação de solidão demonstrarem possuir boas competências sociais.
- A solidão necessita **de tempo para se cimentar** (uma pessoa não sente solidão, embora possa sentir-se só, de um dia para outro). Requer, portanto, uma perspetiva temporal através da qual o indivíduo constrói e percebe a sua solidão (De Jong Gierveld, 1998).
- A solidão **não afeta exclusivamente as pessoas idosas**, podendo surgir em pessoas de diferentes faixas etárias em qualquer momento do ciclo da vida. Assim, a literatura científica enfatiza que os momentos de maior vulnerabilidade são os que mais propiciam a solidão. Por esse motivo, as pessoas mais suscetíveis de sofrer da mesma são as expostas a acontecimentos críticos que gerem mudanças substanciais nas suas relações sociais (Nicolaisen e Thorsen, 2014; Victor e Yang, 2012), ou que as exponham a situações de extrema vulnerabilidade pessoal (doença, falta de um projeto de vida, proximidade da morte, etc.), apesar de a incidência variar.

- Diversas investigações **relacionaram a solidão atual de um indivíduo com a sua trajetória de vida** (Aartsen e Jylhä, 2011). O *engagement* social nas pessoas idosas é determinado pelo *engagement* que as mesmas tiveram pelo menos vinte anos antes, observando-se uma relação direta entre o *engagement* social e a solidão (Dahlberg *et al.*, 2016). Por outras palavras, a solidão não resulta exclusivamente do momento atual, mas também da própria história relacional.
- **Embora frequentemente se diga que a solidão é coisa de mulheres, os dados empíricos não apoiam de modo algum esta tese.** Alguns estudos concluem que a solidão é superior nos homens, enquanto outros afirmam que não existem diferenças estatisticamente significativas em função do sexo. Assim, após uma meta-análise dessas diferenças, López Doblas e Díaz (2018), e Pinquart e Sörensen (2001) argumentam que a aparente incidência superior da solidão nas mulheres se deve ao facto de os homens terem mais dificuldade em reconhecer nos inquéritos que dela padecem (De Jong Gierveld *et al.*, 2016). A isto é preciso acrescentar o facto de existir uma exposição desigual entre homens e mulheres a alguns fatores de risco que induzem a solidão, como, por exemplo, a viuvez (Aartsen e Jylhä, 2011). Certo é que muitos outros trabalhos defendem que a solidão afeta mais as mulheres (Nicolaisen e Thorsen, 2014; Iecovich *et al.*, 2011; Savikko *et al.*, 2005), mesmo ao analisar pessoas de qualquer idade (Victor e Yang, 2012). Outros estudos, como anteriormente referido, defendem que os homens sofrem mais de solidão do que as mulheres (De Jong Gierveld *et al.*, 2015a; Scharf e De Jong Gierveld, 2008). Outros há que não consideram que o sexo possa servir para estabelecer diferenças significativas a nível estatístico (Liu e Rook, 2013). Nas amostras espanholas sucede o mesmo. Alguns trabalhos assinalam que a solidão afeta mais as mulheres do que os homens (Losada *et al.*, 2012; Del Barrio *et al.*, 2010), enquanto outros defendem o contrário (Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2009). Um estudo do Programa Seniores da Fundação “la Caixa” concluiu que tanto o isolamento como a solidão tinham mais prevalência nos homens do que nas mulheres.
- **Os dados científicos quanto à existência de uma relação positiva entre a idade e a prevalência dos sentimentos de solidão não são conclusivos.**

Alguns estudos (Dykstra *et al.*, 2005) demonstram que são as mulheres idosas que mais padecem de sentimentos de solidão; outros, que esses sentimentos começam a aumentar progressivamente a partir dos 80 anos (Pinquart e Sörensen, 2001); e outros ainda (Dahlberg *et al.*, 2015; Nicolaisen e Thorsen, 2014, e Losada *et al.* 2012) concluem que existe uma relação significativa entre a idade das pessoas idosas e o grau de intensidade do sentimento de solidão. Em contrapartida, também existem alguns trabalhos com amostras populacionais (Victor e Yang, 2012) que constatam que a relação entre idade e solidão não denota um incremento linear, mas sim uma distribuição em forma de U, com níveis de solidão relativamente altos nas pessoas com menos de 25 anos e mais de 55, comparativamente às taxas mais reduzidas nas idades intermédias. Os «pontos de rutura» a partir dos quais a solidão cresce consideravelmente situam-se nos 55 anos para as mulheres e nos 75 anos para os homens. Outros estudos rejeitam essa associação, como Sundström *et al.* (2009) numa amostra europeia, De Jong Gierveld *et al.* (2015a) numa canadiana, e Iecovich *et al.* (2011) para Israel.

- **A crença de que a solidão entre os seniores se acentuou nos últimos tempos não está totalmente provada pela investigação científica** (Dahlberg *et al.*, 2018). Uma revisão dos dados (Dykstra, 2009) revelou uma ligeira diminuição da solidão nesse sentido, apesar de estudos mais recentes não terem observado mudanças no tempo (De Vlaming *et al.*, 2010) nem a diminuição dos níveis de solidão (Eloranta *et al.*, 2015). Infelizmente, não contamos com estudos na nossa área geográfica, mas um trabalho britânico com uma perspetiva temporal alargada, em que se comparavam os níveis de solidão de diferentes pessoas no ano de 1999 com os estudos realizados entre 1945 e 1960, não detetou um aumento da solidão grave (Victor *et al.*, 2002) mas sim, pelo contrário, intensidades mais moderadas de solidão.
- O **baixo nível socioeconómico** é outra variável sociodemográfica associada à solidão. A educação e o nível de rendimentos têm sido habitualmente utilizados como indicadores do nível socioeconómico e ambos foram associados contundentemente à solidão, sobretudo por existirem menos possibilidades de participação social e redes sociais mais pequenas entre pessoas com baixos níveis de rendimento e de educação (Jylhä e Saarenheimo, 2010; Savikko *et al.*, 2005; Dahlberg *et al.*, 2018).

- Outras variáveis amplamente relacionadas com a solidão são os denominados **fatores sociais**, como, por exemplo, o apoio social e a rede social (já referidos no capítulo anterior). Inúmeras investigações demonstram uma forte relação entre o estado civil e a solidão, mais concretamente, entre a perda do cônjuge e a solidão, sendo a viuvez um indicador chave da solidão nas pessoas idosas (Aartsen e Jylhä, 2011; Dahlberg e McKee, 2014; Dahlberg *et al.*, 2015; Dykstra *et al.*, 2005; Jylhä e Saarenheimo, 2010). À medida que as pessoas envelhecem, vão aumentando as probabilidades de sofrerem problemas de saúde e de terem redes sociais centradas em tarefas de apoio. Quanto maior é o apoio (pessoas com redes de apoio mais amplas), menos as pessoas que o recebem demonstram sofrer de solidão (Dahlberg *et al.*, 2016; Dykstra e Fokkema, 2007). Além disso, e como se sabe, os baixos níveis nos contactos sociais também aumentam o risco de solidão (Ayalon *et al.*, 2013; Victor *et al.*, 2009).
- Analisaremos esta questão mais exhaustivamente nos capítulos posteriores, mas salientamos desde já que os **problemas de saúde** – tanto físicos (dificuldades de mobilidade, etc.) como psicológicos (depressão, ansiedade, etc.) – são normalmente associados à solidão (Aartsen e Jylhä, 2011; Cohen-Mansfield *et al.*, 2009; Heikkinen e Kauppinen, 2011; Luanaigh e Lawlor, 2008; Eloranta *et al.*, 2015; Dahlberg *et al.*, 2018). Assim, as pessoas com pior funcionamento físico são mais suscetíveis de experimentar solidão (Aartsen e Jylhä, 2011; De Vlaming *et al.*, 2010; Jylhä, 2004; Routasalo e Pitkala, 2003), uma vez que as dificuldades de mobilidade podem representar um obstáculo para o compromisso social (Cohen-Mansfield e Parpura-Gill, 2007). Neste sentido, demonstrou-se que a solidão se tornou mais comum com o passar do tempo entre pessoas com um funcionamento físico inferior (De Vlaming *et al.*, 2010).

Portanto, o fenómeno da solidão, longe de ser algo simples, compreende desde emoções até processos cognitivos, inclui a pessoa e a comunidade, engloba variáveis «intrapessoais» e culturais, é influenciado pelos comportamentos e mediado por fatores externos (como a habitação), está relacionado com a fragilidade e a vulnerabilidade, não demonstra uma correlação muito nítida entre a sua prevalência e a idade... e mantém em aberto um grande número de questões em que assentam a sua complexidade e o desafio que representa para as nossas sociedades.

3. A SOLIDÃO EM NÚMEROS

Como já referido no capítulo 2, «Demografia da solidão», do presente manual, é habitual apresentarem-se dados sobre a prevalência da solidão em que se confunde esse sentimento (de natureza subjetiva) com o facto de se viver sozinho (questão objetiva). A tese⁷ que sustenta este argumento é simples:

- Se em Espanha, em 2015, 25% da população vive sozinha (cerca de 4 585 200 pessoas, seguindo os dados do INE),
- e, desse conjunto total de habitações onde vivem pessoas sozinhas, 40% são ocupadas por pessoas com mais de 65 anos,
- das quais, sete em cada dez são mulheres,
- e, aproximadamente, 400 000 têm mais de 85 anos (também são mulheres na maioria dos casos) (INE, 2015),
- o resultado é: a solidão em Espanha afeta mais as mulheres idosas que vivem sozinhas e que estão viúvas.

Os dados de 2017 (INE, 2017) confirmam essa tendência. Isso significa que viver sozinho é uma característica dos seniores e que este modo de convivência se está a generalizar: das 4 687 400 pessoas que viviam sozinhas em 2017, 41,8% (quase 2 milhões) tinham 65 anos ou mais e, dessas, 1 410 000 eram mulheres.

Acontece que esta analogia não está totalmente correta, apesar de as mulheres que vivem sozinhas poderem sofrer intensamente de solidão. O isolamento social refere-se à falta de contacto social, que pode ser quantificado objetivamente (por exemplo, ao viver sozinho). A solidão, no entanto, define-se subjetivamente como uma experiência dolorosa experimentada na ausência de relações sociais ou de sentimentos de pertença, ou derivada de uma sensação de isolamento (Mushtaq *et al.*, 2014; Hawkley e Capitanio, 2015). Conforme referido no ponto anterior, a solidão também é fruto de uma discrepância percebida entre as necessidades sociais e a disponibilidade das mesmas. Como destacava Weiss (1987), é um estado emocional que pode refletir (em muitos casos) a experiência subjetiva de quem sofre de isolamento social. Por isso, embora exista uma forte relação entre «viver sozinho» e «sentir-se só», realizar a análise da solidão com base nos «modos de convivência» não é apenas viável, mas sim fundamental, centrando-nos em duas questões: a rede social e os sentimentos de solidão.

⁷ Os dados em questão correspondem a 2015, apesar de se apresentarem dados de 2018 sobre esta mesma questão no capítulo anterior. O leitor poderá, se assim entender, fazer comparações entre ambos os tipos de dados.

Os estudos que abordam a solidão do ponto de vista da sua relação com o isolamento social oferecem uma imagem velada da mesma, pouco nítida nalguns casos, com dados muito díspares e até contraditórios, com amostras habitualmente de outras culturas (a solidão está estreitamente ligada a fatores culturais) e, por vezes, dificilmente comparáveis por questões metodológicas (plano de amostragem, testes de avaliação, diferentes formas de questionar sobre a solidão...).

Tendo em conta o anteriormente defendido, o desafio que a solidão representa para as sociedades ocidentais poderia configurar-se da seguinte forma:

- Segundo dados do Eurostat (2017), 6% da população da União Europeia não tem a quem pedir ajuda em caso de necessidade (amostra de adultos a partir dos 16 anos), com dados que variam entre os 2%, em países como a República Checa, a Finlândia, a Eslováquia e a Suécia, e 13% na Itália e no Luxemburgo. Uma percentagem idêntica da mesma população, 6%, não tem com quem tratar ou falar dos seus assuntos pessoais. Neste sentido, os números mais elevados registaram-se em França e Itália (12%), e os mais baixos no Chipre, Espanha, Eslováquia, República Checa e Hungria (2%). Além disso, estes dados do Eurostat destacam outra questão: as desigualdades socioeconómicas parecem ser fundamentais na análise do isolamento social, uma vez que, entre os europeus com rendimentos mais altos e com rendimentos mais baixos, a diferença da taxa de isolamento social representava mais do dobro.
- No trabalho *Quality of life in Europe* (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2014), a percentagem de pessoas que respondem «nunca» se terem sentido sós varia entre 35-45% em países como a Itália, a Polónia e a Grécia; 48-56% em países como a Espanha, a Bélgica, Portugal e França; e 59-75% em países como a Alemanha, a Finlândia, a Áustria, a Holanda e a Dinamarca. Em geral, parece existir um padrão que mais adiante se comprova noutras investigações: na Europa, a solidão é superior no sul do que no norte, e superior no leste do que no ocidente; e existem sociedades mais «familistas» (maior solidão) *versus* sociedades mais «individualistas» (menor solidão).

A SOLIDÃO DEFINE-SE
SUBJETIVAMENTE COMO
UMA EXPERIÊNCIA DOLOROSA
EXPERIMENTADA NA AUSÊNCIA
DE RELAÇÕES SOCIAIS
OU DE SENTIMENTOS DE PERTENÇA,
OU DERIVADA DE UMA SENSAÇÃO
DE ISOLAMENTO

- Diferentes estudos indicam prevalências entre 20 e 40% da população idosa, consoante a metodologia de estudo utilizada e a definição considerada (Beutel *et al.*, 2017; Ong *et al.*, 2016; Beaumont, 2013).
- A solidão parece ser maior no fim da adolescência e na velhice do que noutros momentos do ciclo da vida (Luhmann e Hawkley, 2016), e foi relacionada com indicadores de integração social, como as relações de casal, o apoio social percebido e a aceitação. Em geral, a investigação assume que as pessoas solteiras se sentem mais sós do que as casadas (Luhmann e Hawkley, 2016), e não ter filhos parece não ter um efeito direto na solidão nos seniores, ainda que viver sozinho se relacione com uma menor rede social, que é um indicador de solidão tanto nos homens como nas mulheres. Quanto a diferenças entre homens e mulheres, os dados empíricos são contraditórios: algumas investigações não assinalam diferenças neste aspeto (Zebhauser *et al.*, 2015), enquanto outras (Tesch-Römer *et al.*, 2013) indicam índices de solidão superiores nos homens em comparação com as mulheres. Noutras investigações ainda (Zebhauser *et al.*, 2015) determinou-se que o nível médio de solidão só diferia nas pessoas a partir dos 85 anos, entre as quais a solidão era maior nas mulheres do que nos homens.
- Numa perspetiva longitudinal, Victor *et al.* (2005a) avaliaram as trajetórias da solidão das pessoas idosas no seu estudo mediante uma pergunta que pedia aos inquiridos para comparar, retrospectivamente, o nível de solidão atual com o de há dez anos. Tendo em conta estes dados, os autores definiram quatro tipos de trajetórias da solidão: as pessoas idosas que nunca se sentiam sós (54%), as que tinham desenvolvido sentimentos de solidão com o passar do tempo (21%), as que tinham sentido menos solidão durante esse período (10%) e as que tinham estado sempre sozinhas (15%). Trajetórias semelhantes foram posteriormente identificadas por Newall (2010), que comparou os níveis de solidão referidos pelos inquiridos seniores no estudo longitudinal do envelhecimento de Manitoba (Canadá) ao longo de cinco anos, estabelecendo também quatro trajetórias

A SOLIDÃO PARECE SER MAIOR
NO FIM DA ADOLESCÊNCIA E
NA VELHICE DO QUE NOUTROS
MOMENTOS DO CICLO DA VIDA E FOI
RELACIONADA COM INDICADORES
DE INTEGRAÇÃO SOCIAL, COMO AS
RELAÇÕES DE CASAL, O APOIO SOCIAL
PERCEBIDO E A ACEITAÇÃO

da solidão na velhice: os solitários persistentes (14,7%), os não solitários persistentes (56,6%), os que superam a solidão (16,2%) e os que começam a sentir solidão (12,5%). As referidas trajetórias identificam dois perfis de solidão, um contínuo e outro descontínuo, o que poderá refletir a influência de fatores relativos à predisposição nas trajetórias contínuas e a influência de acontecimentos da vida nas trajetórias flutuantes. Confirmar-se-ia assim a necessidade de ter em conta a variabilidade que pode existir na experiência da solidão na velhice (Victor *et al.*, 2005a).

- Como anteriormente sugerido, as taxas de solidão tendem a ser mais elevadas nos países do leste e do sul da Europa do que nos do norte (do Barrio *et al.*, 2010; Dykstra, 2009; Fokkema *et al.*, 2012; Rico-Uribe *et al.*, 2016; Sánchez-Rodríguez *et al.*, 2012; Yang e Victor, 2011; De Jong Gierveld e Tesch-Römer, 2012; Hansen e Slagsvold, 2015). Por exemplo, Sundström *et al.* (2009), numa investigação transcultural em doze países europeus, observaram o seguinte: a) a Suíça, a Dinamarca e a Suécia apresentaram as taxas mais baixas de solidão; b) as mais altas correspondiam à França, Israel, Itália e Grécia; c) a prevalência da solidão

EM ESPANHA E NA AMÉRICA LATINA, OS ESTUDOS SÃO ESCASSOS, MAS:

- Andrés Losada e colaboradores da Universidade Rey Juan Carlos de Madrid (Losada *et al.*, 2012) constataram que 23,1% das pessoas idosas espanholas da sua amostra se sentiam sós: 17,1% ocasionalmente e 6,0% frequentemente.
- Velarde-Mayol *et al.* (2015) observaram que a maioria das pessoas que viviam sós – 63,2% – apresentavam níveis de solidão entre moderados e graves. Ao comparar a amostra de pessoas que viviam sós com a das que viviam acompanhadas, quase dois terços das primeiras experimentavam um grau superior de solidão em relação às que não viviam sós.
- Sánchez-Rodríguez (2009) estabeleceu taxas de solidão de 58,7% (apresentavam algum grau de solidão): 42% da amostra registava níveis baixos de solidão, enquanto 16,8% sofria de solidão moderada a grave.
- Um outro estudo publicado pelo Programa Seniores da Fundação "la Caixa" (2019), baseado numa amostra de 1688 pessoas com mais de 20 anos em oito cidades espanholas, apurou percentagens de «risco» de isolamento social próximas de 39% da população, bem como taxas de solidão na ordem dos 24%, que diferiam de acordo com diferentes variáveis sociodemográficas.
- Num estudo de Díez e Morenos (2015) para a Fundação AXA e a Fundação ONCE, estabeleceu-se que: a) mais de metade da população espanhola assegura ter sentido, em algum momento, solidão durante o último ano; b) um em cada dez espanhóis admite sentir-se só «com muita frequência»; c) mais de um terço dos inquiridos reconhecem que se sentiram sós «ocasionalmente»; e, entre a população com incapacidades, a percentagem de pessoas que dizem sentir-se sós com muita frequência atinge os 23%.

quase permanente variou entre 1% na Suíça e 10% na Grécia, sendo de 7% em Espanha. Por outras palavras: as sociedades mais «familistas» têm taxas de solidão superiores em relação às sociedades mais individualistas.

- Além disso, as diferenças a nível socioeconómico, do estado de saúde e das redes sociais das pessoas que vivem em diferentes países poderiam facilitar ou dificultar as suas oportunidades não só de participar em atividades sociais, como também de contar com relações sociais satisfatórias (Hanseb e Slagsvold, 2015). Constatou-se igualmente uma influência dos valores culturais dos diferentes países na personalidade dos seus habitantes, o que afetaria as expetativas que têm sobre as suas relações sociais e, por conseguinte, contribuiria para uma maior ou menor prevalência da solidão (Yang e Victor, 2011).

Pode-se afirmar que a solidão – apesar de ainda ser um conceito pouco explorado e menos compreendido de forma profunda – é um problema prevalente e sério, que irá, muito provavelmente, aumentar nas próximas décadas, com custos pessoais, sociais e sanitários de primeira ordem.

4. SOLIDÃO E DIFERENÇAS ENTRE HOMENS E MULHERES

A relação entre solidão e o facto de se ser homem ou mulher não é clara, e diferentes autores (Rokach, 2018; Dahlberg *et al.*, 2015) reclamam insistentemente a necessidade de aprofundar esta questão. Não só se deveria estudar melhor a intensidade do referido sentimento, mas também tentar perceber melhor se existem ou não diferenças qualitativas entre homens e mulheres na experiência da solidão. Resumindo, de forma talvez excessiva, na literatura científica existem atualmente quatro posições distintas:

- Autores que encontram maiores níveis de solidão nas mulheres do que nos homens (Victor e Yang, 2012; Nolen-Hoeksema e Rusting, 2000), argumentando, além disso, que as mulheres reconhecem e admitem os seus sentimentos de solidão mais abertamente do que os homens.
- Uma autora (Rokach, 2018) que demonstra que, quando outros fatores como o estado civil, a saúde, a idade e os modos de convivência estão controlados,

não existem diferenças entre homens e mulheres na experiência da solidão. E outros (Singh e Misra, 2009; Wilson e Moulton, 2010) que não observam diretamente diferenças neste aspeto.

- Outras investigadoras (Aartsen e Jylhä, 2011; Rokach, 2018) revelam que, ao explorar indiretamente a solidão – tal como Borys e Perlman argumentavam já há mais de três décadas (1985), referindo-se à solidão, que os homens são mais relutantes do que as mulheres em reconhecer o que é socialmente estigmatizado –, os homens sofrem mais de solidão do que as mulheres; Marja Aartsen e Marja Jylhä demonstram um raciocínio semelhante ao de Borys e Perlman (1985) ao argumentarem que os homens experimentam mais solidão social do que as mulheres porque é mais fácil para eles admitir a falta de contactos sociais do que as emoções resultantes dessa falta (Aartsen e Jylhä, 2011:251; Rokach, 2018).
- Investigadores como Dong e Chen (2017) afirmavam que a maioria das investigações sugere que as mulheres idosas têm mais possibilidades do que os homens de sentir solidão.
- Outros investigadores propuseram a hipótese de as diferenças na solidão em função do sexo se deverem a questões estritamente metodológicas, em concreto, ao tipo de avaliação realizada (Helm *et al.*, 2018). Assim, nas medições de um só aspeto sobre a solidão, as mulheres obtêm pontuações mais altas do que os homens, enquanto nas medições mais complexas ocorre o contrário: os homens parecem obter pontuações mais altas na solidão do que as mulheres.

A par da perspetiva quantitativa da relação entre sexo e solidão, existe outra mais qualitativa que suscita interesse: a que aborda as visíveis diferenças nas atuais trajetórias biográficas entre mulheres e homens. Essas diferenças, bem documentadas na literatura científica (Dahlberg *et al.*, 2015), têm uma influência evidente nas relações sociais e, portanto, na experiência da solidão, não devendo ficar de fora das considerações acerca das diferenças entre homens e mulheres. Resumidamente, a gerontologia estabeleceu com precisão que:

A RELAÇÃO ENTRE SOLIDÃO E O FACTO DE SE SER HOMEM OU MULHER NÃO É CLARA, E DIFERENTES AUTORES RECLAMAM INSISTENTEMENTE A NECESSIDADE DE APROFUNDAR ESTA QUESTÃO. NÃO SÓ SE DEVERIA ESTUDAR MELHOR A INTENSIDADE DO REFERIDO SENTIMENTO, MAS TAMBÉM TENTAR PERCEBER MELHOR SE EXISTEM OU NÃO DIFERENÇAS QUALITATIVAS ENTRE HOMENS E MULHERES NA EXPERIÊNCIA DA SOLIDÃO

- As mulheres vivem mais tempo do que os homens e tendem a casar-se com homens mais velhos, o que implica que são mais suscetíveis não só à viuvez em si, mas à viuvez numa idade mais precoce do que os homens (Lennartsson e Lundberg, 2007). Isso significa, hipoteticamente falando, que são mais «sensíveis» (as mulheres como grupo) às perdas do que os homens (como grupo).
- A viuvez pode não ter as mesmas implicações na vida de mulheres e homens. Por exemplo, demonstrou-se que as mulheres apresentam níveis mais altos de contactos sociais com a família, os amigos e os vizinhos (Dykstra e Fokkema, 2007; Victor *et al.*, 2006), que podem aliviar alguns dos efeitos negativos da perda do cônjuge, o que não acontece no caso dos homens, cuja viuvez tem mais efeitos negativos.
- Demonstrou-se igualmente que a viuvez é mais negativa para a saúde dos homens do que para a das mulheres (Lennartsson e Lundberg, 2007; Moon *et al.*, 2011), o que tem uma incidência direta na solidão (ver o capítulo 5, «Solidão e saúde», deste manual).
- Por último, os problemas de saúde e as limitações de mobilidade são mais comuns entre as mulheres idosas do que entre os homens (Lennartsson e Lundberg, 2007; Schön e Parker, 2009), o que pode ter repercussões na própria experiência da solidão, dada a relação estabelecida entre dependência e solidão.

Em qualquer caso, e como destacávamos no início deste ponto, as diferenças entre homens e mulheres na vivência da solidão ainda não estão bem definidas. Uma última nota: dois inquéritos realizados no Programa Seniores da Fundação “la Caixa” revelaram resultados diferentes:

- Num inquérito telefónico cujos resultados se descrevem mais adiante, a solidão – tanto social como emocional – é, em média, 5% superior nos homens do que nas mulheres.
- Num inquérito com uma amostra de 14 886 pessoas idosas e entrevistas presenciais, a solidão emocional das mulheres revelou-se um pouco mais elevada do que a dos homens. No entanto, os homens, por sua vez, sofrem mais de solidão social do que as mulheres, o que vai ao encontro da ideia de Borys e Perlman (1985) e dos dados que oferecem Aartsen e Jylhä (2011):

os homens experimentam mais solidão social do que as mulheres porque para eles é mais fácil admitir a falta de contactos sociais do que as emoções resultantes dessa falta, o que não significa que sofram menos de solidão emocional, mas sim que não a reconhecem.

5. CONCLUSÕES

A solidão é um fenómeno intrinsecamente humano, complexo, paradoxal e não exclusivamente relacional, que cada um vive e sente à sua maneira; que nos faz sofrer, mas que também nos abre possibilidades; que tem que ver com os outros (as solidões relacionais), mas, também, e como se verá no capítulo seguinte, com nós próprios e com a crença que temos de uma vida plena com sentido e significado; que está relacionado com o sentimento de pertença e que nos «avisa», como dizia John Cacioppo, para os perigos da vida «fora» da comunidade.

Voltando aos capítulos anteriores, um último comentário: o inverso da solidão não é a «não solidão», mas sim ter um bom funcionamento social, que é muito diferente.

4

O que sente quem sofre de solidão? A experiência da solidão

Dr. Javier Yanguas

«Agora que tudo volta: o silêncio e a espera,
as palavras que guardámos num lugar seguro todo
este julho de vento e nostalgia.»

MIQUEL MARTÍ I POL

1. A EXPERIÊNCIA DA SOLIDÃO

Enquanto, no capítulo anterior, se conceptualizou a solidão de diferentes pontos de vista, em busca de uma perspectiva ampla sobre a mesma, nos seguintes pontos vai-se proceder à descrição da solidão com base na experiência das próprias pessoas que a experimentam, respeitando o mesmo critério utilizado no capítulo precedente: tentar proporcionar uma perspectiva complexa e matizada deste sentimento.

As pessoas que sentem solidão expressam-na das mais variadas formas:

- Há quem centre a atenção no sentimento de isolamento, que pode apresentar diversas expressões:

Algumas representam-no como se vivessem numa bolha sem mais ninguém, separadas dos outros por uma espécie de «membrana impermeável» que não lhes permite comunicar com eles nem se aproximar deles.

Para outras, esse isolamento é muito mais objetivo: não se relacionam com ninguém, não veem ninguém e não falam com ninguém.

Para outras pessoas, o isolamento está mais relacionado com o facto de se sentirem ameaçadas.

- Há pessoas que referem sentimentos de abandono e falta de reconhecimento e/ou valorização por parte dos outros, enfatizando os aspetos mais relacionados com o desamparo, a falta de atenção e a rejeição.
- Por vezes, a solidão é adensada por sentimentos de vazio, de falta de sentido, de carência de uma vida com significado, de ausência de um projeto de vida ou de «tédio existencial». Há momentos da vida especialmente significativos para a solidão que resulta da ausência de objetivos de vida: a reforma, doenças, o divórcio...
- A vulnerabilidade, essa possibilidade de ser ferido, é a que por vezes desencadeia os sentimentos de solidão, a que se juntam o medo, a fragilidade, a insegurança, a falta de confiança nas próprias capacidades, a suspeita de um futuro pior do que o presente em que a pessoa vive, a sensação de ameaça constante...
- Nalguns casos, a solidão não é a ausência de relações, mas sim a perda de uma relação especialmente significativa. A título de exemplo, é o que

acontece a pessoas muito idosas que perdem o cônjuge com que viveram várias décadas: nada pode atenuar a perda dessa pessoa. Não são as relações em si, mas sim o seu «valor» para a pessoa, o que causa a solidão, e assim o expressam...

- É normal ouvir algumas pessoas falarem de vagos sentimentos de tristeza, frustração, vergonha e desesperança, sem enunciar a palavra «solidão». É como se, confrontadas com uma palavra que envergonha e atemoriza, as pessoas optassem por definir os sentimentos que lhe estão associados, sem lhe dar o nome...
- Por isso, também é relativamente comum ouvir um solitário dizer que tem uma vida relacional plena ou, pelo menos, satisfatória. Caso contrário, se reconhecer que me sinto só, estou a admitir – mais que não seja, implicitamente – que sou estranho, culpado de alguma coisa ou que os meus filhos não me amam. Se aceitar que a minha mãe se sente só, passo certamente por mau filho.
- Para muitos homens – e algumas mulheres – a solidão é sinónimo de debilidade, fraqueza ou covardia. Assumir a minha solidão é admitir a minha impotência.
- Por vezes, é a falta de proximidade que domina os discursos de algumas pessoas sobre a solidão. Não é a falta de relações em geral, mas sim a falta de relações próximas.
- Outros referem que a falta de projetos partilhados ou as mudanças ocorridas nos lugares onde vivem (processos de gentrificação, mudanças populacionais em bairros, êxodo rural, etc.), são as questões que parecem promover os sentimentos de solidão.
- O estado de saúde também marca, como veremos mais adiante, a própria experiência da solidão. É a vivência da perda de energia vital, a leitura das mensagens internas no sentido de que a fragilidade física ou, por vezes, a dependência, dominam a pessoa. Essa introspeção advém da experiência física, e assim o descrevem.

*É NORMAL OUVIR ALGUMAS
PESSOAS FALAREM DE VAGOS
SENTIMENTOS DE TRISTEZA,
FRUSTRAÇÃO, VERGONHA E
DESESPERANÇA, SEM ENUNCIAR A
PALAVRA «SOLIDÃO»*

- A incerteza perante o futuro tem, além de um componente relacionado com a saúde, outro que gera solidão: a percepção de um futuro sem apoio. Quando a pessoa não sabe quem irá cuidar dela, quem a apoiará, como viverá a sua velhice, etc., a solidão vem por arrasto.
- Para algumas pessoas, a solidão funciona como o «elemento motivador» que lhes organiza a vida: programam os seus dias com o objetivo de fugir dela, preenchendo-os de atividades com ou sem sentido.
- Algumas pessoas referem uma incapacidade de «sintonização» com os outros, como se falassem línguas diferentes ou estivessem em «diferentes comprimentos de onda», incapazes de comunicar entre si. Em termos psicanalíticos, como se lhes faltasse partilhar a mesma «intersubjetividade» (entendida como os significados partilhados construídos pelas pessoas nas suas relações sociais que ajudam a interpretar os significados do que acontece na vida quotidiana).
- A solidão pesa tanto para as pessoas que têm uma ideia negativa do que é sentir-se só, que esse sentimento de solidão as leva ao isolamento e, portanto, a sentirem-se mais sós. Ficam, assim, enredadas num paradoxo: a solidão que isola também fomenta a sua própria exclusão.
- A «vida interior», dizem algumas pessoas, torna-se cada vez mais «barulhenta»: abrem-se «conversas interiores» em simultâneo, as pessoas imaginam conversas voluntárias ou involuntárias...
- Por vezes, as pessoas que sentem solidão «mentem» e criam uma versão paralela da sua própria existência. Inventam uma vida plena de atividades, relações, êxitos, etc., e essa vida «fictícia» condiciona-as, porque não é a que desejam, mas a que a solidão (a sua minimização) lhes permite. Além disso, aumenta a distância entre o «eu fictício» e o «eu real»: sou jovial, perspicaz e engenhoso com o objetivo de diminuir a minha solidão, mas sinto-me cada vez mais só.
- A falta de relações leva a pessoa a sentir-se insegura e a tornar-se «hiperconsciente» (hipervigilante) em relação aos possíveis perigos. Por outras palavras, é difícil sentir-se só sem se sentir inquieto. Quanto se está só, o mundo torna-se mais ameaçador.
- Nos modelos de stress associado aos cuidados (ver mais adiante o capítulo 6, «Solidão e cuidados informais»), as relações sociais funcionam como

«atenuantes do stress». Isso significa que outras pessoas «intervêm» entre «si» (prestador de cuidados) e as dificuldades que enfrenta, oferecendo-lhe apoio (emocional, informativo e instrumental) e ajudando-o a reduzir os efeitos do stress. Isso não acontece no caso da solidão. Há pessoas que, embora tenham apoio instrumental, não sentem apoio psicológico porque se sentem sós. Não há quem as apoie positivamente. E essa falta de apoio parece ser fulcral no aparecimento dos problemas de saúde. Muitos prestadores de cuidados de pessoas dependentes vivem esta situação diariamente. Além do mais, quando mais se necessita das pessoas, mais se abre um abismo entre a necessidade dos outros e as possibilidades que a pessoa com solidão acredita ter de poder estar com outras pessoas.

- Uma última questão: a hipervigilância. Por vezes, as pessoas sentem tanto a falta das relações e da partilha que, perante qualquer estímulo «social», exageram nas suas reações e interpretações relativamente ao que lhes acontece, diminuindo, assim, as suas possibilidades de «êxito» relacional e acabando por, inevitavelmente, sofrer mais de solidão e/ou de isolamento.

O anteriormente referido não pretende expor exaustivamente todas as formas possíveis e imagináveis de experimentar e viver a solidão, mas sim apresentá-la ao leitor numa perspetiva mais qualitativa, mais subjetiva e, portanto, mais próxima da pessoa.

2. SOLIDÃO E FRAGILIDADE

No presente ponto analisar-se-á a relação entre fragilidade e solidão exclusivamente do ponto de vista da pessoa.⁸ Para isso, começa-se por se fazer uma breve introdução ao conceito de fragilidade para, posteriormente, analisar a relação entre fragilidade e solidão desde a ótica da pessoa.

2.1. Definição de fragilidade

Desde o ano 2001 (Fried *et al.*, 2001), a fragilidade conheceu um enorme desenvolvimento, no âmbito do qual, entre outras questões, se procurou afinadamente uma definição que abranja um conceito tão vasto. O Livro Branco sobre Fragilidade,⁹ elaborado pela Associação Internacional de Gerontologia

⁸ Para uma definição mais exaustiva e completa da fragilidade, assim como da relação entre fragilidade e solidão com base na análise dos dados empíricos, consulte o capítulo 5, «Solidão e saúde», do presente manual.

⁹ <http://www.semeg.es/uploads/archivos/LIBRO-BLANCO-SO-BRE-FRAGILIDAD.pdf>

e Geriatria (IAGG, do inglês International Association of Gerontology and Geriatrics) e a Sociedad Española de Medicina Geriátrica (SEMEG), define-a como «um estado clínico que aumenta a vulnerabilidade de um indivíduo para desenvolver dependência e/ou aumentar a mortalidade quando exposto a um fator de stress». Assim, entende-se que o aumento da vulnerabilidade reduz a possibilidade de as pessoas continuarem a gozar de boa saúde. Por isso, pelo menos do ponto de vista científico, é um termo exclusivamente «clínico», apesar das suas possíveis ressonâncias «psicossociais» e de poder ser utilizado e interpretado sob um prisma mais amplo do que o meramente clínico.

Partindo desta perspetiva clínica, a fragilidade foi descrita como um estado que se define através de diversos sinais e sintomas (Xue, 2011); dito de outra forma, uma síndrome que pode permitir uma expressão heterogénea. A definição mais citada é, sem dúvida, a de Linda Fried (Fried *et al.*, 2001), que nos diz, em linguagem não técnica, que a fragilidade se caracteriza por um estado em que as pessoas sofrem de perda de peso, diminuição da energia, lentidão na mobilidade, debilidade muscular e nível reduzido de atividade física.

Do ponto de vista funcional, a fragilidade apresenta-se como perdas no funcionamento humano, com a conseqüente redução de atividades. A importância da função (da capacidade funcional; ou seja, subir e descer escadas, ir à casa de banho, etc.) radica no facto de a situação funcional prévia ao desenvolvimento da incapacidade ou da dependência ser um dos melhores indicadores do estado de saúde, e ser um melhor indicador da incapacidade do que a morbilidade. E outra coisa: é modificável; ou seja, podemos intervir para inverter a fragilidade (e daí a sua importância).

Noutras palavras, a situação de fragilidade é sinónimo de «uma capacidade diminuída para realizar funções vitais, tanto de carácter pessoal como social» (Cooper *et al.*, 2012). Apesar de ser certo que, ao falar de fragilidade, se entende sobretudo capacidade funcional e menos funcionamento cognitivo, alguns autores – vista a realidade – abordam-na numa perspetiva mais multidimensional, definindo-a como um estado «heterogéneo», que inclui domínios físicos, cognitivos e psicossociais (Ruan *et al.*, 2017). A ideia de fundo é o reconhecimento implícito de que a fragilidade não pode limitar-se exclusivamente aos seus aspetos físicos, já que os componentes psicológico, cognitivo, emocional, social e espiritual contribuem para a fragilidade e devem ser tidos

em conta na sua definição (Fougère *et al.*, 2015). No entanto, é preciso fazer a distinção entre «aspectos que contribuem» (de índole psicossocial e espiritual) e «aspectos básicos ou fundamentais» (biológicos, *grosso modo*).

Em qualquer caso, a fragilidade é uma noção complexa e extremamente heterogênea: *a*) que se pode definir através da descrição dos seus traços mais elementares (fraqueza, perda de peso, lentidão, problemas ao andar, falta de energia, diminuição do nível de atividade física. etc.); *b*) que pode afetar a cognição, o estado de espírito e o comportamento; *c*) que interage com comorbilidades e facilita o aparecimento de síndromes geriátricas; *d*) que se apresenta em termos de perdas no funcionamento humano, com alterações em vários âmbitos da função e redução de atividades; *e*) em cuja gênese vários sistemas inter-relacionados desempenham um papel relevante (em especial, os sistemas nervoso, endócrino, imunológico e músculo-esquelético); e *f*) que é estimulada por fatores intrínsecos (como a disposição genética e o próprio processo de envelhecimento) e extrínsecos (meio ambiente, estilos de vida, nutrição, etc.). O bom funcionamento fisiológico vai-se alterando, e os recursos funcionais vão diminuindo, o que resulta numa perda de reserva e de capacidade de adaptação, com dificuldades para manter a homeostase (equilíbrio). Face às crescentes exigências do sistema, perde-se o precário equilíbrio. Chega-se a um ponto em que os sistemas fisiológicos inter-relacionados começam a falhar. A fragilidade resulta de se atingir um limiar de declínio em vários sistemas orgânicos (Gielen *et al.*, 2012).

Uma última pergunta: Quantas pessoas idosas afeta a fragilidade? A variabilidade é muito grande em função dos estudos aplicados, mas verificam-se, basicamente, prevalências que podem variar entre 4 e 59,1% (Collard *et al.*, 2012); e entre 4 e 16,3% em estudos populacionais de diferentes áreas e países (Avila-Funes *et al.*, 2008; Fried *et al.*, 2001; Santos-Eggimann *et al.*, 2009). Em Espanha, realizaram-se seis estudos de coortes longitudinais sobre envelhecimento, e todos eles partilham a mesma definição de fragilidade, situando-se as prevalências por volta dos 10% a partir dos 65 anos (Abizanda Soler *et al.*, 2011; Ferrer *et al.*, 2014;). Em todos os estudos consultados constatou-se um aumento da prevalência associado ao avanço da idade e ao sexo feminino (Abizanda Soler *et al.*, 2011; Avila-Funes *et al.*, 2008; Ferrer *et al.*, 2014; Fried *et al.*, 2001; Santos-Eggimann *et al.*, 2009).

2.2. O que expressam as pessoas frágeis relativamente à sua solidão?

Partindo de uma análise fundamentalmente qualitativa de diferentes artigos de investigação (Cohen-Mansfield e Perach, 2015; Sundström *et al.*, 2018; Queen *et al.*, 2014; Ollonqvist *et al.*, 2008a e 2008b; Dahlberg *et al.*, 2018), bem como dos casos analisados do programa «Sempre Acompanhados», a experiência da solidão relacionada com situações de fragilidade abrange os seguintes pensamentos, perceções, crenças, emoções:

SITUAÇÕES DE FRAGILIDADE:

- As pessoas podem sentir-se presas pelas **limitações físicas** que a fragilidade impõe, o que faz com que se «voltem» para dentro de si próprias, aumentando a sua perceção da solidão.
- As pessoas frágeis sentem, muitas vezes, falta de uma **vida quotidiana com sentido** e significado, uma vida que acreditem ter valor.
- Podem sentir-se excluídas da comunidade devido às limitações físicas, à **falta de energia**, etc., que a fragilidade implica, o que coloca obstáculos à sua participação.
- Podem faltar-lhes pessoas com quem **partilhar pensamentos** e interesses, porque a fragilidade conduz ao isolamento.
- Sentem-se, por vezes, «traídas» (expetativas relacionais não cumpridas) por pessoas que para elas são «importantes», ao ir perdendo, paulatinamente, a relação ou ao constatar uma **relação menos constante** no tempo.
- É provável que o **sentimento de abandono** aumente nessas pessoas, e gere também a solidão.
- Podem sentir que **perderam a sua singularidade**, que ninguém as vê como pessoas únicas, mas como «frágeis», «vulneráveis» e «mais uma» que necessita de ajuda.
- Algumas (as que vivem em instituições) **não se sentem em casa**, e essa sensação de não estar no seu ambiente abre o caminho para a solidão.
- Por vezes, a necessidade de ajuda fá-las sentir-se «expostas» aos outros, **sem nenhum tipo de privacidade**.
- Há quem procure **contacto espiritual** por ter necessidade de «explicar ou se explicar» a sua própria situação, de se preparar para a reta final da sua existência e avaliar uma vida que percebe estar a chegar ao fim. Outras pessoas, as não religiosas, manifestam sentimentos de vazio e de perda, e, algumas, dão o seu projeto de vida por terminado.
- Em certos casos, sentem-se **«cansadas de esperar»** que alguém as vá ver.
- Os medos e **temores em relação ao futuro**, e os que este lhes trará, vão surgindo gradualmente.
- Há uma tendência para o aumento dos **sentimentos de inutilidade** e desamparo.
- **Diminui o interesse** por aquilo que, para essas pessoas, era significativo quando gozavam de uma vida independente.
- Os **sentimentos de vergonha e culpabilidade**, por ser a pessoa em que se transformaram e por condicionar a vida das pessoas com quem convivem, tornam-se constantes.

2.3. O que dizem os seniores com fragilidade sobre a solidão?

Nos discursos das pessoas idosas sobre a solidão (Svanström *et al.*, 2013; Sundström *et al.*, 2018; Queen *et al.*, 2014; Ollonqvist *et al.*, 2008a e 2008b; Dahlberg *et al.*, 2018), surgem reiteradamente refletidas três questões complementares:

- A experiência pessoal da fragilidade, que torna a pessoa vulnerável.
- A importância das relações sociais e o papel das perdas.
- A perda do sentido e do significado da vida.

2.3.1. A experiência pessoal da fragilidade: a vulnerabilidade

As pessoas em situação de fragilidade vivem num processo constante de adaptação à fragilidade e, por vezes, à dependência. Sentem-se muitas vezes, ou pelo menos é o que constata, «presas» no seu próprio corpo. A diminuição da sua capacidade funcional implica uma diminuição da possibilidade de «fazer» (atividades, projetos, o que tem valor para cada uma delas) dentro e fora de casa. Reconhecem que a sensação de «impossibilidade» aumenta: ir de um lado para outro, à casa de banho, comer, visitar alguém, ao cinema, etc., tudo isso se torna impossível sem ajuda.

A percepção da passagem do tempo torna-se cada vez mais lenta, e o tempo não é partilhado, vive-se «a sós», cada um dentro do seu próprio eu.

A fragilidade (e, eventualmente, a dependência) diminui as possibilidades de decidir sobre o próprio corpo (estás nas mãos dos outros), o que se traduz numa

O QUE ACONTECE ÀS PESSOAS QUE EXPERIMENTAM FRAGILIDADE?

Se o funcionamento físico entra em declínio, diminui:

- o controlo sobre o que lhes acontece;
- a sua autoimagem;
- o seu autoconceito;
- e a expressão de emoções e sentimentos.

Se o «corpo entra em declínio», aumenta:

- a frustração;
- os sentimentos de inutilidade;
- o desamparo;
- e a vulnerabilidade.

Se a fragilidade aumenta, diminui:

- a energia;
- a vontade de falar e comunicar;
- a vontade de ouvir;
- e o desejo de estabelecer novas relações.

perda de liberdade individual. Assim, o corpo transforma-se num obstáculo para a participação, as relações e as atividades, o que leva a que a pessoa se volte para si própria, se isole e perca o contacto com as outras pessoas.

Todas essas perdas levam a pessoa, por um lado, a retrair-se, isolar-se, voltar-se para dentro de si própria; e, por outro, a sentir que o seu projeto de vida se «esgotou», porque a fragilidade também é sinónimo, como acontece no plano funcional, de diminuição não só do estado de saúde, mas também das relações, dos projetos pessoais, dos propósitos que cada pessoa tem na vida, do próprio sentido da vida, etc. São, definitivamente, geradoras de solidão.

2.3.2. A importância das relações sociais e o papel das perdas

A vida relacional das pessoas que sofrem de fragilidade também tende a ser regida pelas perdas (morte de entes queridos, renúncias, abandono, etc.). Essas perdas, que desempenham um papel essencial, provocam:

- Vazio (falta de sentido) e alienação (perda de identidade).
- A isso, há que somar a dificuldade cada vez maior em manter as relações sociais existentes.

As pessoas em situação de fragilidade sentem uma crescente dificuldade em partilhar aspetos essenciais da vida, e as perdas não são exclusivamente perdas «externas» (deixar de poder estar com alguém), mas supõem igualmente «perder uma parte de si próprias», porque essas pessoas são pura e simplesmente insubstituíveis.

Além disso, as perdas não se ficam pelas pessoas, mas também se aplicam a objetos de «valor» sentimental, à perda da comunidade e/ou do seu papel na mesma, à perda daquilo que se idealizou (juventude, idade adulta, etc.), aos animais de estimação e, em geral, a tudo aquilo que pode provocar «sofrimento existencial».

Há dois tipos de sentimentos associados às perdas que são parte integrante da experiência da solidão em geral e da solidão em situações de fragilidade em particular: sentimentos de desconexão e de vazio.

Outro elemento gerador de solidão em situações em que a pessoa passa por uma experiência de vulnerabilidade é o tratamento. Nesse sentido, tanto a indiferença como o ignorar, o silêncio ou o tratamento inadequado, provocam sentimentos de abandono e inutilidade, também fulcrais na experiência da solidão.

Na constante adaptação à fragilidade e/ou às situações de dependência, ganham espaço pensamentos, crenças e sentimentos sobre a morte, bem como sobre o facto de morrer ser realidade próxima e plausível. Partilhar esses sentimentos (com a família, os amigos e profissionais) costuma ser, frequentemente, muito complicado; e pensar na possibilidade da morte, seja ela desejada ou não, causa sofrimento existencial e a solidão associada ao fim da existência, que é, como se abordará mais adiante, uma experiência muito concreta da solidão em situações de fragilidade e dependência.

2.3.3. A perda de sentido

Para muitas pessoas idosas em situação de fragilidade, a perda de um propósito na vida, a falta de objetivos (pessoais ou coletivos) ou a falta de valorização pessoal própria ou transmitida por terceiros estão cada vez mais presentes ao longo do processo e relacionam-se com um tipo de solidão muito concreta: a solidão existencial.

As pessoas costumam descrever essa perda de propósito e de sentido como um «vazio», como «estar perdidas», aborrecidas, sós, etc. Quando a vida não tem valor, quando não existe um porquê para a vida, quando nada motiva, o desejo de «terminar a vida» aumenta. Além disso, à medida que o processo de fragilidade ou dependência avança, é cada vez maior a perda de capacidades e competências, o que leva a pessoa a entrar num processo que se retroalimenta, como se de um círculo vicioso se tratasse: a perda de saúde acentua a solidão, que faz com que a saúde se deteriore mais, induzindo, por sua vez, uma maior solidão, que provoca uma quebra maior da saúde, e assim por diante.

O aumento da necessidade de ajuda – embora possa não ser algo de irremediável – leva a que a vida se torne mais aborrecida, sem tantas atividades ou momentos que suscitem entusiasmo. Uma vida monótona é uma vida «cansada», uma mera sucessão de dias e dias sem sentido nem participação,

tornando-se mais difícil projetar-se no futuro, por falta do que realmente produz interesse e desperta a motivação para seguir em frente.

Além disso, as pessoas que passam a vida à espera que apareça alguém ou que aconteça alguma coisa podem sentir a morte como um alívio, e esse sentimento – pensar que vivem uma vida decepcionante, cinzenta e pesada – provoca-lhes sofrimento (existencial) e solidão.

2.4. Uma última observação

Terão todas as pessoas frágeis que experimentam a solidão de ter vivido tudo o que se descreve e analisa neste ponto? Claro que não. Em caso algum se pretendeu definir de forma exaustiva os «sintomas» da solidão na fragilidade. Pelo contrário, como já se antecipou, o objetivo era aproximarmo-nos com prudência e cuidado daquilo que algumas delas dizem sentir quando falam da sua solidão, para poder simplesmente compreender as nuances que dão cor a essa vivência.

3. SOLIDÃO E DEMÊNCIA

3.1. Introdução

As relações entre solidão e demência começam a revelar-se nos últimos anos. Como é sobejamente conhecido, um importante corpus de investigação científica estabeleceu a relação entre diferentes fatores de risco «modificáveis» (por exemplo, diabetes, inatividade física e depressão) e o défice cognitivo ligeiro (DCL) e/ou a demência (Baumgart *et al.*, 2015; Xu *et al.*, 2015); e vários estudos longitudinais determinaram a relação entre uma maior participação na comunidade, um maior apoio social percebido e redes sociais mais amplas e um menor risco de sofrer de demência (Khondoker *et al.*, 2017; Zhou *et al.*, 2018).

O que ainda não se definiu claramente foram os processos ou fundamentos da associação entre a solidão e o risco de DCL e/ou demência.

Propuseram-se (Lara *et al.*, 2019) diversas vias através das quais a solidão pode afetar o desenvolvimento de DCL e/ou demência, destacando as que se expõem a seguir.

- **Em primeiro lugar**, o facto de a solidão poder desencadear processos fisiopatológicos no interior do cérebro capazes de influir diretamente no desenvolvimento de doenças neurodegenerativas (Boss *et al.*, 2015). O isolamento social percebido induz uma maior reatividade ao stress, que se associa a uma ativação prolongada do eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal (HHA), entre outros. A referida alteração conduz a problemas de sono, alterações no sistema imunológico, aumento dos níveis de stress oxidativo e sobre-expressão de genes pró-inflamatórios (Cacioppo *et al.*, 2015; Darweesh *et al.*, 2018; Nersesian *et al.*, 2018). Além disso, publicações recentes apresentaram evidências sobre os mecanismos genéticos que vinculam a solidão e a demência (Donovan *et al.*, 2016; Hsiao *et al.*, 2018; Salinas *et al.*, 2017). Por exemplo, Donovan *et al.* (2016) demonstraram a associação entre a solidão e a «carga amiloide» em seniores sãos, constatando que essa relação era mais forte nos portadores de APOEε4 (Ge *et al.*, 2018). Na mesma linha, existem cada vez mais provas de que tanto a solidão como a demência estão associadas a uma maior aceleração no encurtamento dos telómeros durante a vida (Wilson *et al.*, 2018).
- **Uma segunda via** está relacionada com os comportamentos menos saudáveis que as pessoas em situação de solidão adotam (Hawkley e Cacioppo, 2010), como a ausência de atividade física, uma alimentação deficiente, o abuso de medicamentos sem o controlo de profissionais, etc. Todos podem afetar a cognição, quer diretamente, através de mecanismos biofisiológicos, quer indiretamente, através do aumento do risco de doenças cardíacas e/ou metabólicas (Steptoe *et al.*, 2004).
- **Em terceiro lugar**, sabe-se que a solidão está intimamente relacionada com a depressão (Cacioppo *et al.*, 2010), e a relação entre depressão, défice cognitivo e demência está há muito estabelecida (Duan *et al.*, 2017). A solidão está associada a discrepâncias entre as relações sociais esperadas e as «reais», a ausência de reforço social positivo, etc., o que favorece a sintomatologia depressiva (Cacioppo e Hawkley, 2009). Em qualquer caso, a solidão constitui um fator de risco «independente», inclusive uma vez controlado «estatisticamente» o efeito da depressão relativamente à possibilidade de desenvolver défice cognitivo e/ou demência (O’Lunaigh *et al.*, 2012; Shankar *et al.*, 2013). Isso apesar de os sentimentos de solidão também po-

derem agravar a sintomatologia das pessoas socialmente inadaptadas com problemas de comportamento – problemas que, por si só, produzem solidão –, num ciclo do qual dificilmente se sai incólume.

- Adicionalmente, devido à sua dimensão relacional, a participação (ou não participação) social pode estar associada ao aumento do risco de demência e/ou declínio cognitivo (Berkman, 2000). As pessoas que sofrem de solidão têm menos probabilidades de participar a nível social e, portanto, menos possibilidades de receber o estímulo cognitivo necessário para essa participação, o que pode conduzir a uma menor reserva cognitiva e, consequentemente, a uma função cognitiva mais deficiente (Scarmeas e Stern, 2003).

Em qualquer caso, e em termos gerais, a relação entre solidão e funcionamento cognitivo nos seniores parece estar claramente definida: uma maior solidão está associada a uma cognição global mais deficiente e a declínios em domínios cognitivos específicos, incluindo velocidade de processamento, memória imediata e memória a longo prazo (Boss *et al.*, 2015). Uma meta-análise recentemente publicada (Lara *et al.*, 2019) demonstra um efeito prejudicial da solidão no ulterior défice cognitivo e/ou na demência (Boss *et al.*, 2015; Cacioppo e Hawkley, 2009; Gow e Mortensen, 2016; Kuiper *et al.*, 2016; Zhong *et al.*, 2017). Além disso, a influência da solidão no risco de demência é comparável (como se aborda no capítulo 5, «Solidão e saúde») em tamanho a outros fatores de risco estabelecidos para o défice cognitivo e a demência, incluindo a diabetes (RR=1,5; IC de 95%: 1,33-1,79),¹⁰ a inatividade física (RR=1,4; IC de 95%: 1,16-1,67) e a perda de audição na meia idade (RR=1,9; IC de 95%: 1,38-2,73) (Livingston *et al.*, 2017). Contudo, o nosso entendimento sobre as implicações da solidão na demência mantém-se superficial, comparando com as provas que já existem sobre outros riscos reconhecidos.

10 RR: risco relativo;
IC: intervalo de
confiança

3.2. A solidão na perspectiva da pessoa com demência

Apesar de reduzido – comparado com os estudos quantitativos –, existe um corpus teórico cada vez maior sobre a experiência de viver com demência. Realizados mediante diferentes metodologias, todas elas qualitativas, esses estudos são capazes de esclarecer, entre outras questões, a incidência da solidão nas pessoas que sofrem desta devastadora doença, bem como a influência e a importância das relações e da solidão na sua vida cotidiana.

Resumidamente, três questões da experiência de viver com demência – algumas das quais, como veremos, certamente idênticas à vivência da solidão em situações de fragilidade – são abordadas pela maioria dos indivíduos entrevistados nos diversos artigos e projetos de investigação:

3.2.1. Enfrentar as mudanças que ocorrem na vida cotidiana

Como no caso da fragilidade, se há algo que caracteriza a experiência de viver com demência é a necessidade de estar constantemente em adaptação. O empobrecimento cognitivo faz com que as pessoas deixem de poder realizar atividades que antes efetuavam sem dificuldades, e cada nova adaptação é produzida num contexto em que o déficit cognitivo aumenta, o que aumenta a dificuldade intrínseca de levar a cabo cada nova adaptação. Eis o paradoxo: ter de se adaptar constantemente a desafios cada vez maiores com menos recursos e capacidades, ajustando-se, portanto, a limites progressivamente mais estreitos.

Dois grandes desafios surgem no horizonte das pessoas que sofrem de demência (PSD), além do impacto da doença a nível pessoal ou familiar e afetivo: a necessidade, por um lado, de assumir novos papéis e um estatuto social diferente, e, por outro, de proteger os papéis que se desempenham atualmente (conservar o que se tem) tentando «estabilizar» a vida (em pleno processo de deterioração). Assim:

- Quando o déficit cognitivo afeta a «posição» que a pessoa ocupa no âmbito familiar e nas relações que lhe são importantes (portanto, com incidência nos sentimentos de solidão), a PSD precisa de enfrentar um

QUESTÕES DA EXPERIÊNCIA DE VIVER COM DEMÊNCIA

- 1 As mudanças que ocorrem na vida cotidiana.
- 2 As mudanças nas relações sociais.
- 3 A dificuldade em ter uma vida com sentido.

triplo desafio: a) reconstruir ou readaptar os referidos papéis (invariavelmente, num contexto de perda de recursos e capacidades); b) assumir as mudanças que se produzem, e c) gerir a experiência da deterioração (incluindo, do ambiente social) e as relações habitualmente mais protetoras.

AS PSD REFEREM-SE EXPRESSAMENTE A:

- Mudanças nas relações sociais e familiares, bem como transformações nas funções e nos papéis do casal.
- Diminuição da capacidade para desempenhar funções.
- Perda do valor das contribuições para a família e os amigos, que é o que nos torna «valiosos».
- Transformações nas relações sociais.
- Perda de proximidade na família e aumento da proteção e dos comportamentos que visam protegê-la.
- Diminuição da confiança que a família tem na pessoa.
- Necessidade de reconstruir novos papéis e uma nova identidade pessoal.
- Diminuição da rede social.
- Sentimento de estigmatização e de vergonha por ter demência.
- Perda de papéis, autoridade e papel na família.
- Sensação de desamparo.
- E discursos no tempo passado e presente, mas não no futuro.

AS PSD CENTRAM A SUA ATENÇÃO:

- Na importância de uma comunicação eficaz.
- Na necessidade de enfrentar (ativa ou passivamente) a demência.
- Na importância de manter as competências básicas de comunicação.
- Na possibilidade de optar por não falar com outras pessoas portadoras de demência sobre a doença.
- Na necessidade de usar a tecnologia para serem consideradas pessoas normais («como toda a gente»).
- Na importância de evitar sofrimentos a pessoas queridas ao não comunicar o diagnóstico.
- Nos esforços para resistir às mudanças na vida, já que estas significam a aceitação da progressão da doença.
- Na importância do sentimento de pertença a uma comunidade que contrabalança a distância afetiva.
- Numa maior valorização do facto de estar rodeado de família e amigos.
- No agarrar-se às rotinas diárias, lutando, assim, contra a doença.
- No valor de combater o estigma, de lutar para encontrar um caminho de volta às atividades e à vida social.
- Na aceitação da situação antes de a divulgar aos outros.
- Na prestação de explicações às pessoas que observaram mudanças no seu comportamento ou na sua forma de ser.
- E na ajuda aos outros, apesar da doença.

- O segundo desafio tem que ver com a proteção dos papéis que cada indivíduo desempenha e com o esforço para «estabilizar» uma vida que, devido à deterioração paulatina, se caracteriza pela transição: a) a pessoa tenta constantemente e, em geral, com pouco êxito, compensar a perda de competências (instrumentais, de comunicação, etc.) e de capacidades cognitivas, e b) a par do esforço para compensar a perda de capacidades e competências, as pessoas procuram «normalizar» a sua vida, «esconder» a demência (para evitar que esta as defina ou as afete mais do que é evidente) e proteger os seus entes queridos (porque sabem que também irão sofrer).

Enfrentar as mudanças na vida quotidiana tem, para as PSD, um grande componente relacional ligado à necessidade de ajuda, que se produz numa dinâmica complexa de adaptação e deterioração, marcada por emoções negativas (fracasso, múltiplas perdas, etc.). Assim se cria um grande poder gerador de sentimentos de frustração e abandono, e, portanto, de engendrar solidão, especialmente, mas não exclusivamente, solidão emocional.

3.3. Solidão e mudanças nas relações sociais

Outra das áreas afetadas em que se produzem transformações na vida das PSD é a das relações sociais, com a conseqüente possibilidade de promover solidão. Quatro questões destacam-se como especialmente relevantes:

- A **experiência de viver sem ligação social**: a) Tem que ver com a «distância afetiva» que a doença provoca na PSD, afastando-a das suas relações sociais e das atividades conhecidas. Por outras palavras, é, por um lado, a experiência do isolamento, do abandono e da rejeição e, por outro, a vivência da descontinuidade da vida, da perda de liberdade, da nostalgia do que cada um foi (caso exista memória, embora possa ser vaga). b) Esta «distância afetiva» pode também entender-se numa ótica inversa, apesar de compatível com a anterior: o desejo da PSD de se desligar dos outros ou de que os outros se desliguem dela. c) Noutras ocasiões, a desconexão tem outra causa que gera solidão em todos os envolvidos na relação: os prestadores de cuidados não sabem como estabelecer a ligação com a PSD, como tratá-la, e essa incapacidade gera solidão.

NO QUE RESPEITA À DESCONEXÃO NAS PSD, SALIENTA-SE O SEGUINTE:

- têm dificuldade em realizar qualquer tipo de atividade social fora de casa e são invadidas por sentimentos de isolamento;
- caso vivam em instituições residenciais, ficam isoladas da família;
- rompem as relações e a vida com os outros;
- sentem-se excluídas tanto por outras pessoas como pela sociedade devido às suas dificuldades;
- têm uma liberdade limitada, sentem nostalgia, não se sentem valorizadas nem reconhecidas como pessoas (todas elas questões centrais na solidão emocional) e «vivem como estranhas no próprio lar»;
- sentem falta da capacidade para conversar porque não encontram as palavras (afasia), o que lhes causa frustração e gera mal-entendidos que lhes causam stress. Além disso, a consciência de que são um «desastre a conversar» quando se comparam com outras pessoas gera-lhes mal-estar;
- a família restringe-as, limitando a sua participação social e as suas atividades;
- as dificuldades na fala (afasia) conduzem ao isolamento social, e essa perda de relações sociais está associada à perda de identidade e de autoestima;
- algumas têm vergonha dos seus défices cognitivos, retraindo-se, por exemplo, por não se lembrarem dos nomes dos seus entes queridos;
- o seu dia a dia é caracterizado e dominado por sentimentos de solidão.

AS PSD SOFREM A INFLUÊNCIA DA DEPENDÊNCIA NOS SEGUINTE ASPECTOS FUNDAMENTAIS:

- as necessidades pessoais tornam-se conflituosas;
- a perda de competências leva a que deixem de ser «adultas»;
- a redução da mobilidade e da capacidade cognitiva traduz-se na perda da independência;
- a diminuição da destreza e de competências importantes aumenta a sua dependência das outras pessoas (família e amigos);
- têm cada vez mais necessidade do apoio dos outros;
- quanto mais progride a demência, menos participam nos processos de tomada de decisão (menos participação);
- a necessidade de ajuda para cumprir tarefas simples como vestir-se, pentear-se, etc., agrava os sentimentos de frustração.

- A **influência da dependência nas relações pessoais**: a dependência transforma as relações antes entre iguais em relações entre prestador e recetor de cuidados. A dependência implica a perda do estatuto de adulto. A pessoa dependente passa a ser um «sujeito paciente» da sua vida, como quando uma oração ativa se transforma em passiva, deixando de ocupar o centro e passando para a periferia. As relações poderão ser mais ou menos afetadas, mas é uma ilusão pensar que não mudam. E estas mudanças conduzem à «exclusão» e ao «desterro» (simbolicamente), ou seja, à solidão.

- O **ser um fardo para os outros**: a) as relações de cuidados também produzem a experiência de «ser um fardo», não no sentido de experimentar *burnout*, que é como normalmente se analisa, mas da experiência pessoal de serem um «fardo» para as pessoas de quem gostam, para a família e os amigos, que «lutam» em conjunto com as PSD; b) se lhes for cognitivamente possível, as PSD sentem-se um fardo para as outras pessoas e são sensíveis às consequências que a tarefa de cuidados produz nos prestadores de cuidados, ou seja, apercebem-se das mudanças negativas (tarefas a realizar, limitações vitais, perda de oportunidades, etc.) que a própria doença impõe às pessoas mais chegadas.
- O **tratamento**: tal como no caso da experiência da solidão nas pessoas frágeis, as mudanças no tratamento são outra área relacional importante afetada pela demência. Incluem-se neste âmbito as mudanças relacionais e a solidão induzida por um tratamento inadequado (não poder decidir acerca dos cuidados, falta de autonomia, exclusão, infantilização, etc.)

AS PSD CENTRAM O SEU DISCURSO DE SER UM FARDOS NOS SEGUINTE ASPECTOS:

- preocupam-se mais com o cônjuge por constituírem um «fardo» na sua vida e na vida da família;
- receiam ser um fardo para as pessoas que lhes prestam cuidados;
- preocupam-se mais com a família do que com elas próprias;
- sentem mal-estar ao observar as mudanças que o cuidado produz na família;
- experimentam frustração por «sobrecarregarem» os familiares e receiam ter comportamentos que irrite ou perturbem os outros;
- sentem-se mal por serem um fardo para a sociedade;
- a falta de paciência para lidar, ouvir e compreender as PSD fomenta a solidão das mesmas.

DO PONTO DE VISTA DA PSD, AS REFERIDAS MUDANÇAS NO TRATAMENTO PODEM RESUMIR-SE A:

- infantilização: são tratadas como crianças;
- necessidade de serem tratadas com respeito pelos profissionais de saúde;
- exclusão e traição: a demência alterou a forma como os outros tratam as PSD;
- maus-tratos, porque os «não dementes» sentem-se inseguros ou têm medo;
- sentimento de ter uma «ama»;
- sentimento de conforto na família e desconforto no «meio social» pela falta de aceitação das PSD;
- sofrimento por se verem forçadas a fazer escolhas quando não se sentem capazes disso;
- aumento da tensão na família, por serem repreendidas, como se de crianças se tratassem, pelos erros que cometem;
- sensação de serem ignoradas;
- impressão de deixar de participar para passar a ser um objeto.

AS PSD CENTRAM OS SEUS DISCURSOS:

- na importância do contacto com a família como elemento fundamental para a aceitação da situação;
- na mudança da própria identidade e na diminuição da autoestima associadas à resposta gerada por outras pessoas para com elas;
- na família como eixo central e estabilizador que ajuda a manter a união;
- na extrema importância de manter um compromisso espiritual ou compromissos significativos na comunidade, a qual lhes deve proporcionar apoio emocional e instrumental;
- na importância das relações de apoio, que são vitais para enfrentar uma vida com doença;
- na importância de construir um papel social;
- no valor significativo da comunicação e da sua capacidade de expressar e partilhar sentimentos;
- no papel central do *engagement*;
- no reconhecimento de que é a interação social com os outros que dá sentido à vida.

3.4. Manter uma vida com significado

Um dos desafios que a demência apresenta a quem dela sofre é a preservação de uma vida com significado. As PSD delegam nas relações uma boa parte da concretização desse significado quando o funcionamento cognitivo diminui e procuram especialmente:

- Manter relações sociais que as apoiem, de modo a: a) facilitar a aceitação das novas situações e a adaptação às mesmas; b) oferecer apoio emocional e instrumental numa relação de cuidados «saudável» que respeite os direitos e deveres do prestador de cuidados e da pessoa cuidada, e c) viver numa comunidade cuidadora com uma arquitetura comunitária capaz de oferecer apoio aos seus cidadãos.
- Fomentar relações que lhe permitam «continuar a ser» na relação com os outros, favorecendo, na medida do possível, a manutenção do projeto de vida rodeado das pessoas que escolher. «Ser com outros» reduz a experiência de isolamento, promove a sensação de se ser aceite e facilita o apoio, a identidade pessoal e o sentimento de estar «acompanhado».

*UM DOS DESAFIOS QUE
A DEMÊNCIA APRESENTA
A QUEM DELA SOFRE É A
PRESERVAÇÃO DE UMA VIDA
COM SIGNIFICADO*

Na vida das pessoas com demência, cuja necessidade de ajuda e cuidados vai ganhando terreno paulatina mas inexoravelmente, as relações e as emoções ligadas a essas relações adquirem uma importância cada vez maior. Ao mesmo tempo, maximizam-se as possibilidades de os sentimentos de solidão assumirem novas dimensões.

4. SOLIDÃO EXISTENCIAL

4.1. A solidão existencial e uma vida com significado

Se a solidão associada às relações interpessoais se caracteriza, como vimos anteriormente, por um déficit relacional, ligação precária, isolamento, comunicação escassa ou inexistente, rejeição, percepção de desvalorização por parte de terceiros, carência de pessoas, etc., mas sempre no âmbito limitado à área «interpessoal» da vida, a solidão existencial caracteriza-se, entre outras questões, por perceber que o nosso ser está incompleto, ter sentimentos de alienação e vazio, observar que esses sentimentos não têm uma causa externa (não me relaciono com ninguém, estou isolado, etc.), mas interna (surge da minha própria «insatisfação», etc.), observar uma falta de «plenitude pessoal», etc. A solidão existencial está relacionada com a insatisfação por a vida ser como é, pela inexistência de um projeto de vida e pela incoerência entre a vida que se leva e os valores que se tem.

Do ponto de vista das ciências sociais e do comportamento (Mayers e Svartberg, 2001), a solidão existencial é entendida como um «sentido básico de solidão» que pode ocorrer quando nós, enquanto seres humanos, enfrentamos o facto de que estamos sozinhos no mundo apesar de estarmos rodeados de pessoas.

AS PSD DESCREVEM O «CONTINUAR A SER» NOS SEGUINTEZ ASPETOS:

- poder participar em novas atividades e relações sociais no dia a dia, fazer «parte da vida dos outros»;
- tentar reduzir o isolamento;
- serem aceites como são quando estão com os outros;
- sentirem que são ouvidas e compreendidas quando estão entre amigos;
- e sentirem-se ligadas ao estabelecer novas relações.

Em geral, entende-se que a solidão existencial é composta por **três dimensões fundamentais** (Larsson *et al.*, 2017):

- Solidão existencial como condição humana. Nós, os seres humanos, como seres individuais que somos, estamos separados uns dos outros, e a nossa individualidade gera solidão.
- A solidão existencial é caracterizada por sentimentos de alienação e vazio como experiência interna da solidão, sem qualquer relação com questões «interpessoais».
- Solidão existencial como processo de crescimento interior em que a experiência negativa da solidão intrínseca à condição humana se transforma em algo positivo.

A literatura é fértil na análise da solidão existencial e das suas várias nuances. Resumindo, talvez excessivamente, alguns autores (Ettema *et al.*, 2010; Yalom, 1980) assinalam que a solidão existencial é uma condição da vida relacionada com «as últimas preocupações», como a inevitabilidade da morte, a nossa necessidade de liberdade e pertença e a nossa procura de sentido. Em contrapartida, filósofos como Tillich (2000) põem a tónica no papel da «individualidade» como fonte da solidão existencial, enfatizando que o ser humano, ao existir num corpo que está sozinho e isolado, separado do corpo dos outros, deve «arcar» com essa «individualidade», e a solidão existencial resulta dessa condição (sermos pessoas isoladas, «sozinhas», ainda que mantenhamos diversas relações). E Frankl (1986) ressalta que a dimensão existencial da solidão é algo que nos acompanha ao longo de toda a nossa vida e que não podemos ignorar, pois faz parte do ser humano.

Por que motivo no presente trabalho se apresenta um ponto relacionado com a solidão existencial e uma vida com significado na velhice? À medida que aumenta a esperança de vida e o tempo após a reforma, também se acentua a necessidade de um projeto de vida que proporcione sentido e significado. Quando poucos eram os anos que transcorriam entre a reforma e a morte das pessoas, talvez esta questão fosse menos relevante. Mas, agora, que a velhice se prolonga, ter um projeto de vida novo passa a ser uma necessidade fundamental, e a sua ausência pode gerar vazio, isolamento, alienação e outros sentimentos afins.

O que é uma vida com significado? Com base na psicologia, Steger (2012) define o significado da vida (SV) como uma rede de ligações e interpretações que nos ajuda a compreender a nossa experiência e a dirigir as nossas energias para a realização de um futuro desejado. Na sua opinião, o SV dá coerência às nossas vidas, tornando-as importantes, com sentido e algo mais do que um transcorrer de segundos, dias e anos. Segundo outro ponto de vista complementar, o SV é uma perceção, uma forma de compreender e uma crença (individual, pessoal) acerca da própria vida, das atividades que cada um realiza (vida quotidiana) e do valor e da importância que lhes atribuímos. Relaciona-se habitualmente com a ordem, a justiça, a coerência pessoal, os valores, a fé e o sentimento de pertença, incluindo, além disso, o compromisso para com os objetivos ou para com um dado momento da vida e o subsequente sentido de realização ou satisfação, ou a falta do mesmo.

A falta de uma vida com sentido e significado é uma das causas – mas não a única – da solidão existencial e do sofrimento que lhe está associado.

A SOLIDÃO EXISTENCIAL CARACTERIZA-SE PELOS SEGUINTE ASPECTOS QUE COMPLEMENTAM OS JÁ REFERIDOS:

- falta de um sentimento de plenitude;
- vazio e alienação;
- estado incompleto do eu derivado de uma fonte interna;
- falta permanente de integridade, incluindo no amor;
- e a afetação de todos os aspetos da vida impossível de isolar;
- não se resolve através do amor ou das relações, porque a insatisfação e a sensação de «incompletude» persistem;
- tem que ver com a procura de sentido, a paz interior, a compreensão de si próprio, a felicidade, o ócio não banal, etc.;
- e relaciona-se com a própria vulnerabilidade humana e com o facto de sermos seres subjetivos, vulneráveis, responsáveis e «autointerpretados».

Apesar de este tipo de solidão poder ocorrer em qualquer idade, é nas primeiras etapas do envelhecimento, nos últimos anos, que se torna mais preponderante. A questão é: que componentes básicos de uma vida com sentido e significado funcionam como «antídoto» da solidão existencial? Segue-se um breve resumo.

- **O bem-estar relacionado com o que oferecemos aos outros.** A tradição «eudemónica» (Keyes *et al.*, 2002) na psicologia entende que o bem-estar está relacionado com a ligação aos outros, com o desenvolvimento das competências humanas e o crescimento pessoal (por oposição à visão hedónica, mais ligada aos afetos e à satisfação). Por isso, proporciona realização pessoal (Waterman, 1993), desenvolve as próprias potencialidades (Ryff e Singer, 2013) e é mais e melhor do que a felicidade (Kashdan *et al.*, 2008). Do ponto de vista «eudemónico», a vida significativa parece ser um verdadeiro feito humano, algo pelo qual vale a pena lutar (Seligman, 2002, 2011).
- **As relações sociais.** São uma fonte fundamental de significado na vida (Hicks *et al.*, 2012). Com efeito, os indivíduos que sofrem de solidão obtêm piores pontuações em diferentes variáveis psicológicas, entre as quais, o SV (Williams, 2007). Além disso, a exclusão social torna a existência menos significativa e quando, pelo contrário, existem ligações sociais, a vida torna-se mais significativa.
- **Estado de espírito positivo.** O sentido da vida está estatisticamente correlacionado de forma positiva com o afeto positivo (Hicks *et al.*, 2012). A investigação demonstra que o estado de espírito positivo induzido conduz a um maior significado na vida (Hicks *et al.*, 2012). Mesmos as experiências «leves» que melhoram a qualidade de vida das pessoas por as fazerem sentir mais afeto positivo (por exemplo, ouvir música alegre ou ler piadas) podem promover um maior sentido da vida. A relação entre o sentido da vida e o afeto positivo é bidirecional: o estado de espírito não é o mero resultado do sentido da vida, mas quando estamos de bom humor, sentimos que a vida é mais significativa.

Por outras palavras, um excelente modo de superar essa solidão associada à falta de sentido da vida é pormo-nos ao serviço dos outros, contribuindo, assim, para o bem comum.

4.2.A solidão existencial nas situações de dependência e em fim de vida

Quando as pessoas precisam de ajuda para realizarem as atividades da vida diária e a morte se aproxima, a solidão que podem sentir também adquire contornos especiais: falta de ligação com outras pessoas, carência de relação com o «mundo exterior» (com o resto das pessoas que as rodeiam) e sentimentos de alienação, isolamento, vazio, tristeza e abandono.

A pessoa vê-se a si própria como desligada dos outros e do resto do «universo», experimentando também sentimentos de isolamento e abandono, perda de identidade e falta de sentido na vida.

Por vezes, o isolamento (do mundo ou existencial) combina-se com sentimentos de se ser um estranho para si próprio, de perceber uma rutura com o mundo exterior, de se sentir despersonalizado e de não ter um «eu». As pessoas que sofrem de solidão existencial na reta final da vida costumam ter problemas em comunicar, por vezes experimentam emoções e sentimentos diversos – como pânico – ou não sentem nada face à sua situação. Também tendem a desenvolver uma obsessão por questões concretas, frequentemente irrelevantes, além de recearem desaparecer da terra ou da vida, de serem esquecidas ou abandonadas, o processo da morte, a dor e o sofrimento.

A experiência da solidão existencial na velhice depende igualmente de circunstâncias de especial importância na velhice que a delimitam de forma significativa, como, por exemplo, a aproximação da morte, entrar no processo de fim de vida, o declínio fisiológico e funcional, o medo de «passar pelo mesmo» após a recuperação de uma doença muito grave, a incapacidade de comunicar, o temor de não ser ouvido nem compreendido, etc.

Além disso, costuma acontecer o que nos dizia Octavio Paz (1970): «Todas as pessoas, nalgum momento da sua vida, se sentem sós; e mais: todas as pessoas estão sós. Viver é separarmo-nos do que fomos para nos embrenharmos no que vamos ser, um futuro sempre desconhecido. A solidão é o fundo último da condição humana».

5. CONCLUSÕES

No presente capítulo, pretendemos definir e matizar a experiência da solidão a partir da vivência das pessoas que a sentem com o objetivo de ajudar o leitor a fazer a sua leitura pessoal e a formar a sua própria opinião daquilo que subjaz ao fenómeno da solidão. É preciso não esquecer que este tema da solidão não é, de modo algum, alheio à nossa própria experiência pessoal, porque afinal todos sabemos, em maior ou menor medida, o que ela é e quais são as suas nuances.

5

Solidão e saúde

Dr. Francisco Tarazona

«O homem é uma multidão solitária
de pessoas que procura a presença
física dos outros para imaginar
que estamos todos juntos.»

CARMEN MARTÍN GAITE

A definição tradicional de saúde engloba um completo bem-estar físico, mental e também social.¹¹ Apesar disso, o estudo da inter-relação das condicionantes sociais sobre o estado de saúde, através de mecanismos biológicos e moleculares, nas pessoas mais idosas só começou a ganhar destaque nos últimos tempos. Parte desse novo interesse deve-se ao incremento dos custos de saúde e sociais associados ao envelhecimento demográfico, que constitui um autêntico desafio epidemiológico para as sociedades mais avançadas.

Neste capítulo do livro abordaremos a forma como a solidão e o isolamento social contribuem para o aumento da morbidade e da mortalidade. Também se descreverá o modo como as boas condicionantes sociais melhoram o nosso estado de saúde, ao modificarem os mecanismos moleculares, hormonais e biológicos nocivos que relacionam a solidão, os maus hábitos de vida e as piores condições de saúde. Prosseguiremos com um conceito emergente, o de *fragilidade social*, e a sua relação com a fragilidade física e cognitiva. Por último, concluir-se-á o capítulo com a análise das possíveis linhas de trabalho no futuro, passando de uma medicina habituada a trabalhar em níveis de assistência a uma medicina ligada ao âmbito comunitário, que favoreça a relação dos diferentes níveis clínicos de assistência com os programas e as estruturas concebidas com base na comunidade, que ofereça uma atenção centrada na pessoa e integrada no seu ambiente habitual.

1. INFLUÊNCIA DA SOLIDÃO NA SAÚDE

As condicionantes que determinam o estado de saúde dos indivíduos podem dividir-se em dois grupos:

- **Intrínsecas:** condicionantes clínicas e genéticas, e fragilidade;
- **Extrínsecas:** ambiente físico e ambiente social.

Estas condicionantes não se comportam de forma isolada, mas influenciam-se mutuamente, criando sinergias bidirecionais. Assim, as situações sociais desfavoráveis podem favorecer o aparecimento de doenças.

Dentro das condicionantes extrínsecas que afetam a saúde, destacam-se determinantes com uma crescente importância nos últimos anos, como, por exemplo, o nível socioeconómico – que inclui as habilitações académicas, a

¹¹ Preâmbulo da Constituição da Organização Mundial da Saúde, adotada pela Conferência Sanitária Internacional, realizada em Nova Iorque, de 19 de junho a 22 de julho de 1946, assinada a 22 de julho de 1946 pelos representantes de 61 Estados (*Official Records of the World Health Organization*, n.º 2, p. 100) e que entrou em vigor a 7 de abril de 1948. A definição não sofreu alterações desde 1948.

ocupação anterior à reforma, o nível de rendimentos ou a vulnerabilidade social –, as relações sociais e o apoio de familiares e amigos (Rockwood e Theou, 2015).

Estes fatores sociais repercutem-se no estado de saúde e, em situações desfavoráveis, podem aumentar o risco de adoecer e falecer. Duas meta-análises publicadas pela mesma autora (Holt-Lunstad *et al.*, 2010; Holt-Lunstad *et al.*, 2015) assinalam o facto de a solidão e o isolamento social aumentarem o risco de mortalidade e de as relações sociais terem um impacto na mortalidade comparável à de outros fatores de risco mais conhecidos. Do mesmo modo, um estudo longitudinal realizado em mais de 4800 participantes, ao longo de vinte anos, revelou uma sinergia entre os efeitos da solidão e do isolamento social na mortalidade. Assim, quanto maior era a solidão, maior era o efeito do isolamento social na possibilidade de falecer e, de igual forma, quanto maior era o isolamento social, maior era o efeito da solidão numa menor sobrevivência (Beller e Wagner, 2018).

Este aumento da mortalidade foi associado ao aparecimento de algumas doenças concretas. Assim, um estudo realizado com base na informação obtida do UK Biobank sobre mais de 479 000 indivíduos descreve uma associação entre o isolamento social e um risco acrescido de enfarte agudo do miocárdio (EAM) e de acidente vascular cerebral (AVC). O mesmo se aplica à solidão, que foi associada a um maior risco de EAM e AVC. Contudo, só o isolamento social revelou estar associado a um acréscimo da mortalidade entre os participantes do estudo com antecedentes de EAM ou AVC. Os autores concluíram que as pessoas isoladas e solitárias apresentavam um maior risco de EAM e AVC. Além disso, entre as que tinham antecedentes de EAM ou AVC, o isolamento social aumentou a possibilidade de falecer (Hakulinen *et al.*, 2018). Apesar de os autores indicarem, com razão, que a maioria dos riscos era atribuível aos fatores de risco habituais dessas doenças, em termos estatísticos, o efeito de fatores sociais como a solidão e o isolamento social não era negligenciável.

UM ESTUDO REALIZADO COM
BASE NA INFORMAÇÃO OBTIDA
DO UK BIOBANK DESCREVE UMA
ASSOCIAÇÃO ENTRE O ISOLAMENTO
SOCIAL E UM RISCO ACRESCIDO DE
ENFARTE AGUDO DO MIOCÁRDIO
(EAM) E DE ACIDENTE VASCULAR
CEREBRAL (AVC)

A solidão também influi na relação entre cronicidade e mortalidade. Um estudo realizado em Espanha, com 2113 participantes de idade igual ou superior a 60 anos, analisou o efeito da solidão e do apoio social na relação entre a multimorbilidade e o tempo transcorrido até ao falecimento. Observou-se que os participantes com um apoio social inferior e duas doenças crónicas diagnosticadas apresentavam menos probabilidades de sobrevivência. Pelo contrário, o efeito da multimorbilidade não afetava a mortalidade nos participantes que contavam com um elevado nível de apoio social. Os autores concluíram que ter um apoio social favorável aumentava a taxa de sobrevivência das pessoas com uma ou duas doenças físicas. Já nos participantes diagnosticados com mais de duas doenças, a sobrevivência não sofreu mudanças consideráveis, independentemente do nível de apoio social ou de outros fatores de proteção (Olaya *et al.*, 2017). Outros estudos também observaram uma relação nociva entre a solidão e a mortalidade. Um estudo de coortes estabeleceu que a solidão estava associada a um aumento significativo do risco de mortalidade, sobretudo nas mulheres (Henriksen *et al.*, 2017), e o estudo PAQUID (Tabue Teguio *et al.*, 2016) determinou que viver sozinho e sentir frequentemente solidão aumentavam o risco de mortalidade. A solidão também foi associada tanto a uma mortalidade prematura (Luo *et al.*, 2012a) como a um aumento do risco de mortalidade nos homens com diagnóstico de depressão grave (Holwerda *et al.*, 2016).

A SOLIDÃO TAMBÉM INFLUI NA
RELAÇÃO ENTRE CRONICIDADE
E MORTALIDADE

Contudo, nem todos os estudos estabelecem uma ligação entre a solidão e o aumento da mortalidade. Um trabalho de coortes israelita não encontrou qualquer relação estatística entre a solidão e a deterioração funcional ou afetiva e o aumento da comorbilidade ou da mortalidade (Stessman *et al.*, 2014).

Tanto a solidão como o isolamento social foram negativamente associados às atividades sociais na comunidade, à capacidade de autogestão, à capacidade de controlar as circunstâncias da vida e à relação de cada um com os vizinhos, a comunidade e a sociedade. Todos esses fatores marcam o nosso futuro em termos de saúde, e essas determinantes sociais desempenham um importante papel nos resultados adversos de saúde relacionados com a síndrome de fragilidade (Gutiérrez-Robledo e Ávila-Funes, 2012).

Todavia, o estudo desses fatores sociais negativos e da sua relação com o estado de saúde, sobretudo na população adulta de maior idade, apresenta um problema importante: a falta de instrumentos claros que abordem adequadamente esses conceitos. Na análise das situações desfavoráveis relacionadas com o ambiente social, recorre-se tradicionalmente ao conceito de vulnerabilidade social, cujo cálculo se assemelha ao do índice de fragilidade, ou seja, como uma soma de défices que pode ser medida e quantificada (Andrew *et al.*, 2008). A referida vulnerabilidade social foi associada a uma prevalência mais acentuada da fragilidade e a um aumento da mortalidade em ambiente hospitalar (Andrew *et al.*, 2008; Kee e Rippingale, 2009; Lang *et al.*, 2009; Wallace *et al.*, 2015).

Esta relação explica-se pela influência das más condições sociais nos estilos de vida, os quais, por sua vez, aumentam a incidência de certas doenças. Nos resultados do *English Longitudinal Study of Ageing*, que acompanhou mais de 330 participantes durante dez anos, observou-se que o isolamento social favorecia uma redução da prática de atividade física moderada ou intensa, bem como um consumo inferior de frutas e vegetais. Além disso, os participantes que sentiam solidão apresentavam uma taxa de sucesso inferior ao tentar deixar de fumar (Kobayashi e Steptoe, 2018). O isolamento social objetivo e subjetivo também foi relacionado com os problemas de saúde física e mental. Num estudo realizado em mais de 2500 participantes de 60 anos ou mais, observou-se que o isolamento social subjetivo estava fortemente associado a distúrbios do sono, depressão e fadiga, enquanto o isolamento social objetivo estava pouco relacionado com distúrbios do sono e depressão. Os autores do estudo concluíram que os adultos idosos que sofrem de isolamento social objetivo podiam experimentar distúrbios do sono, depressão e fadiga por se sentirem socialmente isolados, sem que esse efeito se devesse apenas à privação do contacto com as redes sociais.

O grau de bem-estar socioeconómico também influi nas condicionantes de saúde. Assim, os adultos de idade mais avançada com rendimentos mais baixos e maior vulnerabilidade socioeconómica apresentam piores resultados nos indicadores de saúde. Um recente estudo de coortes realizado em

O GRAU DE BEM-ESTAR
SOCIOECONÓMICO
TAMBÉM INFLUI NAS
CONDICIONANTES DE SAÚDE

Espanha correlacionou um baixo nível de escolaridade e laboral com um risco superior de desnutrição. Contudo, esta associação perdeu a sua significância estatística quando se ajustou a análise mediante as variáveis de sexo e idade (Hoogendijk *et al.*, 2018). Outro estudo realizado no Brasil revelou sim uma relação entre a vulnerabilidade socioeconómica e a situação de pobreza com a incidência de doenças e síndromes geriátricas. Os autores investigaram uma população vulnerável que vivia num contexto de pobreza com o objetivo de identificar os fatores associados ao síndrome de fragilidade nos adultos idosos e observaram uma maior prevalência de fragilidade do que em populações socioeconómicas não vulneráveis (60,5% pré-frágeis e 27,3% frágeis), além de um risco superior de atividade física reduzida, maior prevalência da síndrome de quedas e de alterações da mobilidade, bem como uma presença mais acentuada de sintomas depressivos (Zazzetta *et al.*, 2017).

Tanto o isolamento social como a solidão estão relacionados com uma maior prevalência do diagnóstico de depressão, que é uma importante síndrome geriátrica. Também se relacionou negativamente o isolamento social e a solidão com a qualidade do sono (Yu *et al.*, 2017), com as alterações das funções cognitivas (Shankar *et al.*, 2013), com a demência (Holwerda *et al.*, 2014) e, como já anteriormente referido, com a mortalidade por todas as causas (Step-toe *et al.*, 2013). Um estudo realizado em Espanha com 419 pessoas idosas com mais de 65 anos relacionou a solidão com o facto de se viver só, o estado civil, os problemas económicos, a qualidade de vida, a satisfação com a vida e com as relações sociais que se mantêm, e com a presença de ansiedade e doenças mentais (Ausín *et al.*, 2017). No mesmo sentido, uma recente revisão sistemática que englobava vários estudos prospetivos revelou que as pessoas com depressão que percebiam um apoio social inferior apresentavam piores resultados em termos de sintomas, recuperação e funcionamento social. De igual modo, e ainda que menos estudado, a solidão poderia prenunciar piores resultados de saúde em doentes com depressão. Por último, esta mesma análise destacava alguns resultados preliminares sobre a associação entre o apoio social percebido e os resultados de saúde em doentes com esquizofrenia, distúrbio bipolar e problemas de ansiedade (Wang, *et al.*, 2018).

Por outro lado, a importância e a precariedade das redes sociais também têm impacto em condutas sociais anómalas, como a dependência do jogo,

repercutindo-se negativamente nas condicionantes de saúde. Num estudo realizado em 595 seniores com uma idade média de 74,4 anos, os problemas com o jogo estavam associados à fragilidade física, à dor, à solidão, à depressão e à ansiedade. Os autores concluíram que os problemas com os jogos de azar nos seniores podem desenvolver-se nas pessoas socialmente vulneráveis que os utilizam como refúgio contra a ansiedade e a depressão provocadas pela deterioração do bem-estar físico e do apoio social (Parke *et al.* 2018).

Ao longo deste ponto, comprovámos a importância da perceção da solidão e do isolamento social numa presença mais acentuada de doenças físicas, psicológicas e cognitivas, dificultando o abandono de maus hábitos de vida e condicionando um risco superior de mortalidade. No próximo ponto descrevem-se as vias biológicas e moleculares que justificam estas situações.

2. MECANISMOS BIOLÓGICOS QUE RELACIONAM A SOLIDÃO COM O ESTADO DE SAÚDE

No ponto anterior, descreveu-se a forma como a solidão gera piores resultados de saúde e aumenta o risco de mortalidade. Nesta secção, tenta-se explicar os mecanismos biológicos que estabelecem essa relação nociva. Os défices ligados à vulnerabilidade social não devem ser considerados como elementos isolados, mas sim como uma acumulação de efeitos que acaba por provocar mudanças a nível celular e tecidual (Rockwood e Theou, 2015).

A solidão pode contribuir para o desenvolvimento de alterações nas funções celulares, que, por sua vez, aumentam a resistência vascular (Cacioppo *et al.*, 2002a e 2002b), que facilitará o aparecimento de doenças concretas (S. Cacioppo *et al.*, 2015) como a depressão (VanderWeele *et al.*, 2011), o défice cognitivo, a progressão da doença de Alzheimer (Wilson *et al.*, 2007), a obesidade (Lauder *et al.*, 2006), os acidentes vasculares cerebrais (Cacioppo *et al.*, 2014) ou a hipertensão arterial, muito frequente nos seniores (Cacioppo *et al.*, 2002b).

No caso específico da doença de Alzheimer, observou-se que o isolamento social e a solidão agravam a incidência de sintomatologia comportamental.

Os autores do estudo argumentam que as alucinações poderiam constituir um mecanismo compensatório para satisfazer as necessidades de comunicação nos seniores, funcionando como uma espécie de fuga ao ciclo nocivo que engloba o tédio, a sensação de vazio e a privação afetiva (El Haj *et al.*, 2016).

As condicionantes sociais, como a solidão, também foram relacionadas com o aumento da atividade simpático-adrenérgica, estimulada por um aumento da atividade do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHS) (Adam *et al.*, 2006), que está ligada à presença de alterações emocionais e ao stress. Esta atividade do eixo HHS cria alterações imunitárias e aumenta a atividade inflamatória mediada pelos glucocorticoides e por alguns fatores pró-inflamatórios que acentuam a atividade leucocitária e linfocitária (S. Cacioppo *et al.* 2015). A persistência dessa atividade inflamatória acrescida no nosso organismo foi associada a uma maior incidência tanto de fragilidade e incapacidade como de doenças metabólicas e oncológicas (Aunan *et al.* 2017).

Já se descreveu neste capítulo que o agravamento da atividade inflamatória, a par da alteração do sistema imunitário e das mudanças no sistema neuromuscular, aumenta o estado de vulnerabilidade do indivíduo, que é um elemento crucial na fragilidade física. Do mesmo modo, este aumento da atividade inflamatória surge nalgumas situações que geram fragilidade social, tais como níveis socioeconómicos e de escolaridade mais baixos, afetação da autonomia associada a pensões mais baixas, ausência de redes sociais ou cônjuge, viver num bairro hostil ou outras situações negativas, como maus-tratos físicos ou exploração financeira.

Apesar de menos estudados do que os fatores biológicos ou clínicos, estas condicionantes sociais, sobretudo a fragilidade social, influem no estado de saúde e chegam até a modificar conceitos puramente físicos. Por esse motivo, a definição inicial da síndrome de fragilidade foi sendo alargada, deixando de se limitar a critérios puramente físicos para passar a abranger um conceito mais integral do indivíduo, que inclui critérios psicossociais. Atualmente, defende-se uma origem multidimensional

CONDICIONANTES SOCIAIS, COMO
A SOLIDÃO, TAMBÉM FORAM
RELACIONADAS COM O AUMENTO DA
ATIVIDADE SIMPÁTICO-ADRENÉRGICA,
ESTIMULADA POR UM AUMENTO
DA ATIVIDADE DO EIXO HIPOTÁLAMO-
HIPÓFISE-SUPRARRENAL

(De Vries *et al.*, 2011) da fragilidade, gerada pela soma de défices físicos, psicológicos e sociais, sendo a fragilidade social o conceito mais inexplorado (Bunt *et al.*, 2017).

Seria possível afirmar que a ligação entre fragilidade social e fragilidade física tem uma origem comum numa maior atividade inflamatória, que pode ser quantificada através dos níveis plasmáticos de interleucina 6 (IL-6), proteína C-reativa (PCR) e fator de necrose tumoral alfa (FNT- α) presentes tanto nos seniores com fragilidade física como nos indivíduos solitários (Jaremka *et al.*, 2013). A deterioração do ambiente social afeta significativamente a imunidade (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1988). Do mesmo modo, uma pior integração social altera de forma negativa a atividade neuroendócrina (Seeman, 1996). Pelo contrário, as emoções positivas (sensação de felicidade) atenuam os efeitos negativos da solidão percebida na atividade física e na mortalidade (Newall *et al.*, 2013). Uma análise bibliográfica recente em doentes com tumores na cabeça e no pescoço revelou que síndromes geriátricas como a deterioração funcional, os distúrbios cognitivos e os distúrbios afetivos, assim como a deterioração do ambiente social, estão associadas a resultados de saúde adversos (van Deudekom *et al.*, 2017).

Nos últimos anos, propôs-se um novo conceito – a fragilidade cognitiva (Facal *et al.*, 2019) – que é determinado pela ausência de subordinação entre as áreas físicas, cognitivas e sociais, uma vez que estas dependem de diferentes trajetórias de desenvolvimento mais ou menos inter-relacionadas. O passo seguinte deveria ser tentar conhecer melhor as possíveis inter-relações entre o funcionamento físico, cognitivo, social e afetivo e a possibilidade de a vulnerabilidade numa dessas esferas influir nas outras entidades, e vice-versa. Podemos assumir que todas são potencialmente reversíveis; ou seja, que a recuperação de qualquer tipo de fragilidade reduziria o risco de aparecimento das demais. Nesta linha, deveria explorar-se a possibilidade de os programas de reabilitação dual, física e cognitiva, associarem elementos de socialização para obter melhores resultados.

O isolamento social, considerado como um reflexo objetivo e quantificável da redução do tamanho da rede social e da escassez de contacto social, apresenta-se associado a um risco superior de desenvolvimento de doenças

cardiovasculares (Barth *et al.*, 2010), doenças infecciosas (Edmunds *et al.*, 1997), déficit cognitivo (Bassuk, *et al.*, 1999) e mortalidade (Heffner *et al.*, 2011). Mais uma vez, a ligação entre o isolamento social e estas doenças deve-se ao aumento da atividade inflamatória (Grant *et al.*, 2009), quantificada mediante a PCR e o fibrinogénio (Loucks *et al.*, 2006; Shankar *et al.*, 2011), dois marcadores plasmáticos relacionados com a génese da fragilidade. Os vínculos sociais influem no estado de saúde por três vias gerais: as características comportamentais, psicossociais e fisiológicas (Umberson, 2010). Mecanismos psicossociais, como o apoio social ou a capacidade de autocontrolo, têm influência nos processos fisiológicos que controlam a imunidade, o metabolismo e a capacidade inflamatória e, conseqüentemente, interferem na função cardiovascular. O eixo HHS é sensível à interpretação que o cérebro faz das ameaças e dos fatores stressantes, tendo influência numa vasta gama de resultados fisiológicos, comportamentais e de saúde (Hostinar *et al.*, 2014). O isolamento social percebido está relacionado com um aumento da atividade do eixo HHS (Hawkley *et al.*, 2008; Hawkley *et al.*, 2012), o aumento dos níveis circulantes de catecolaminas (Edwards *et al.*, 2010; Lutgendorf *et al.*, 2011) e o aumento do cortisol – hormonas produzidas pelas glândulas suprarrenais associadas ao stress e à obesidade – e da resistência vascular mediados pela diminuição da sensibilidade do recetor dos glucocorticoides (Hawkley *et al.*, 2012).

Conforme referido anteriormente, o isolamento social foi reconhecido como um importante fator de risco de morbilidade e mortalidade. A relação entre este problema social e a morbilidade pode ser mediada por mecanismos de stress neuroendócrino, sugerindo que o isolamento social crónico aumenta a ativação do eixo HHS, gerando um aumento da atividade inflamatória. A interrupção de uma ligação social importante (J. T. Cacioppo *et al.*, 2015) gera a perceção de isolamento social, que ativa a resposta fisiológica face a uma maior sensação de ameaça, aumentando os sintomas de ansiedade e hostilidade face ao ambiente. Estes sintomas geram mudanças no comportamento e em diferentes ritmos circadianos, fragmentando o sono e aumentando a sensação de fadiga. Do mesmo modo, este processo gera uma diminuição do controlo dos impulsos e aumenta a negatividade, os sintomas depressivos e, também, o declínio cognitivo e o risco de demência.

Estas mudanças, mais uma vez, resultam da atividade inflamatória sobre o aumento da resistência vascular, favorecido por certas alterações genéticas (J. T. Cacioppo *et al.*, 2015).

A interpretação do papel de muitos destes fatores sociais é moldada pela heterogeneidade nas trajetórias individuais em consequência de fatores genéticos, sociais, ambientais, biológicos e, também, de condições clínicas. Recentemente, foi possível relacionar a presença de fatores sociais stressantes com o comprimento do telómero, que é um forte indicador de envelhecimento celular. Um estudo numa coorte de 83 ex-prisioneiros de guerra israelitas da Guerra de Yom Kippur concluiu que a solidão e a falta de apoio social percebido estão significativamente associadas a um comprimento mais curto do telómero (Wang *et al.*, 2018). Outro artigo também sugere que as pessoas que experimentam a sensação de solidão poderiam apresentar condicionantes de saúde negativas, como a comorbilidade e a mortalidade precoce, as quais podem ser explicadas pelo envelhecimento celular mediado pelo aumento da atividade simpática. Nas pessoas que experimentaram sensação de solidão também se observou uma menor atividade parassimpática, uma maior reativação da atividade do citomegalovírus e do vírus Epstein-Barr, bem como telómeros mais curtos em comparação com os das pessoas que não experimentaram sensação de solidão (Wilson *et al.*, 2018). Do mesmo modo, outro estudo comprovou que o apoio social limitado influía de forma negativa no comprimento do telómero na faixa etária dos 65 aos 84 anos, o que reforçaria a ideia de que o ambiente social influi no envelhecimento celular (Carroll *et al.*, 2013), enfatizando assim a possibilidade de a solidão acelerar os processos de envelhecimento físico e cognitivo. Estes trabalhos ratificam as conclusões de Elizabeth Blackburn, laureada com o prémio Nobel, que comprovou de forma estatisticamente relevante a associação entre o stress psicológico crónico e um maior stress oxidativo, uma menor atividade da telomerase e um menor comprimento dos telómeros – conhecidos fatores determinantes da longevidade ou senescência celular. Como indica um trabalho da mesma autora, esse encurtamento do telómero foi

A RELAÇÃO ENTRE ESTE PROBLEMA SOCIAL E A MORBILIDADE PODE SER MEDIADA POR MECANISMOS DE STRESS NEUROENDÓCRINO, SUGERINDO QUE O ISOLAMENTO SOCIAL CRÓNICO AUMENTA A ATIVAÇÃO DO EIXO HHS, GERANDO UM AUMENTO DA ATIVIDADE INFLAMATÓRIA

observado em indivíduos afroamericanos do sexo masculino, um grupo social que tende a apresentar piores resultados de saúde do que os dos seus homólogos anglo-saxões. Assim, neste grupo étnico, observou-se que o aumento de stress económico e os níveis educativos e laborais mais baixos estão relacionados com uma probabilidade superior de encurtamento do telómero, e esse envelhecimento celular acelerado poderia contribuir para piores resultados de saúde (Schrock *et al.*, 2018). Com efeito, um dos piores resultados de saúde seria a perda de rendimento cognitivo, como demonstra outro trabalho recente que correlaciona o maior encurtamento do telómero com uma maior perda de volume do hipocampo e do cerebelo. Esta associação poderia não só favorecer um maior envelhecimento cerebral por meio de mecanismos como a senescência celular e a inflamação (Staffaroni *et al.*, 2018), mas também explicar o risco acrescido de demência observado em seniores que experimentam estes problemas sociais.

O agravamento do envelhecimento celular provocado pela solidão pode ser gerado pela inflamação e a desregulação metabólica, como revela um recente trabalho (Shiovitz-Ezra e Parag, 2019) no qual se observou uma associação entre a solidão e o aumento dos níveis plasmáticos de hemoglobina glicosilada – um parâmetro analítico para apurar os níveis de glicémia nos meses anteriores –, um índice superior de massa corporal e uma maior carga metabólica, num índice de risco formado pela hemoglobina glicosilada descrita, o índice de massa corporal e a circunferência pélvica. Esta forte influência da solidão nos fatores intermédios que determinam o aparecimento de doenças requer as devidas medidas de prevenção, enfrentamento e redução da solidão.

Para resumir este ponto, podemos dizer que se observam marcadores de inflamação elevados em pessoas que experimentam sensação de solidão, sendo estes a PCR, o fibrinogénio, o FNT- α e, também, a interleucina 6 (Nersesian *et al.*, 2018). Estes marcadores também foram relacionados com a presença de fragilidade física e o aparecimento de doenças crónicas altamente prevalentes nos seniores. A ligação entre inflamação e fatores ambientais stressantes de tipo psicossocial, como a solidão e o isolamento social, pode

O AGRAVAMENTO DO
ENVELHECIMENTO CELULAR
PROVOCADO PELA SOLIDÃO PODE
SER GERADO PELA INFLAMAÇÃO
E A DESREGULAÇÃO METABÓLICA

traduzir-se num agravamento da fragilidade física e da incidência de doenças através da ativação do eixo HHS e do sistema simpático, os quais geram a ativação do processo inflamatório e o aumento da atividade oxidativa (Münzel e Daiber, 2018), acelerando os processos de envelhecimento. Assim, o stress social repetido e crónico poderia conduzir a uma maior resistência à ação dos glucocorticoides e a uma maior presença plasmática dos mesmos, e aumentar a mielopoiese – o processo de geração e maturação dos glóbulos vermelhos, dos monócitos e dos neutrófilos, entre outras células – e a expressão de genes pró-inflamatórios, que, juntamente com o stress oxidativo, poderiam justificar a maior incidência de doença cardiovascular e da mortalidade que lhe está associada (Xia e Li, 2017). Por último, nesta mesma linha, uma análise indica que a inflamação pode conduzir a um aumento da sensibilidade a experiências sociais negativas e ameaçadoras, ou positivas e socialmente gratificantes, em função do contexto social, e favorecer ou dificultar as respostas adaptativas e a recuperação em caso de doença (Moieni e Eisenberger, 2018). Isso poderia implicar a solidão e a inflamação no aparecimento de processos depressivos.

3. RELAÇÃO ENTRE A SOLIDÃO E OS FATORES DE RISCO TRADICIONAIS

A relação entre a solidão e a idade traduz-se numa distribuição superficial em forma de U. Nos seniores, o facto de viverem sozinhos, receberem uma pensão de invalidez, pertencerem a uma minoria étnica, estarem desempregados ou sofrerem de uma doença mental prolongada aumenta essa perceção (Lasgaard *et al.*, 2016). Com efeito, tanto o isolamento social como a solidão foram associados a um maior risco de sedentarismo, tabagismo e outros comportamentos nocivos para a saúde. Entre os seniores que se encontravam em situação de isolamento social, este também foi positivamente relacionado com a subida da tensão arterial e níveis plasmáticos mais elevados de PCR e fibrinógeno (Shankar *et al.*, 2011), proteínas que, como já se referiu, estão relacionadas com o aumento da inflamação crónica e o risco acrescido de doenças cardiovasculares e fragilidade.

Como se foi descrevendo ao longo do capítulo, o aumento da vulnerabilidade social pode prenunciar o risco de mortalidade e de incapacidade, embora

essa relação possa ser modulada por fatores etnográficos e culturais. Um estudo publicado há três anos objetivou essa associação significativa nos países europeus continentais e mediterrânicos, mas não nos nórdicos (Wallace *et al.*, 2015). O isolamento social também pode prenunciar a mortalidade, independentemente do sexo. Este mesmo estudo conclui que, nos homens, a participação menos frequente em atividades religiosas ou a não filiação em clubes ou organizações sociais, e nas mulheres, o contacto social pouco frequente e a fraca participação em atividades religiosas, influíam de forma negativa na sobrevivência (Pantell *et al.*, 2013). A carência de apoio social também foi relacionada com taxas de sobrevivência mais baixas em indivíduos diagnosticados com cancro colorretal (Ikeda *et al.*, 2013).

O facto de viver só também foi associado a uma maior mortalidade – mortes de causa desconhecida e violentas, como assassinatos (Nomura, *et al.*, 2016). Um estudo japonês realizado em indivíduos que viviam em ilhas de difícil acesso determinou que o facto de se viver só estava significativamente associado a uma prevalência superior de fragilidade nos homens, mas não nas mulheres (Yamanashi *et al.*, 2015). Do mesmo modo, os doentes de ambientes sociais pouco favoráveis apresentam uma mortalidade hospitalar mais elevada em consequência de uma emergência médica, além de um maior consumo de recursos sociais e de readmissões, sem que se observem diferenças na duração da hospitalização (Cournane *et al.*, 2015). Já se referiu anteriormente os resultados de uma meta-análise que verificou um risco acrescido de morte precoce em situações de isolamento social real e percebido, com efeitos médios ponderados de 29% para o isolamento social, de 26% para a sensação de solidão e de 32% para o facto de se viver só (Holt-Lunstad *et al.*, 2010). No entanto, outros estudos estabelecem ligações mais fortes e indicam que o facto de viver só aumenta o risco de mortalidade na ordem dos 66%, observando-se uma maior mortalidade nos homens, em relação às mulheres, e nos solteiros, divorciados ou viúvos, em relação aos casados (Ng *et al.*, 2015).

Detetou-se uma ligação entre a mortalidade e as pessoas isoladas e solitárias (Elovainio *et al.*, 2017), além de se ter concluído que o isolamento social aumenta o risco de mortalidade por incidência de doenças crónicas, através dos mecanismos pró-inflamatórios já referidos, como níveis altos de

fibrinogénio e uma maior atividade inflamatória. Além disso, esta associação é mais importante nos homens (Yang *et al.*, 2013). O mesmo acontece com a ligação entre isolamento social e alto índice de pobreza no bairro, uma associação que aumentou o risco de mortalidade por cancro (Fleisch *et al.*, 2017).

Outro tema de estudo é a ligação entre isolamento social e solidão. Ambos são conhecidos fatores preditores de mortalidade (Steptoe *et al.*, 2013), ainda que, após ajustes mediante variáveis que criam confusão, apenas o isolamento social tenha mantido um aumento significativo do risco de mortalidade. Nesta mesma linha, um estudo finlandês (Tanskanen e Anttila, 2016) observou que o isolamento social era um indicador linear da mortalidade, sem revelar qualquer efeito sinérgico entre o isolamento social e a solidão. Um trabalho que publicou dados do *Inquérito alemão sobre o envelhecimento* observou que, nos homens, a solidão aumentava com o início da obesidade (definida como um índice de massa corporal ≥ 30 kg/m²), mas essa associação não foi observada nas mulheres (Hajek e König, 2018b). Tal como a obesidade, a solidão também foi relacionada com o sedentarismo. Um estudo de mais de 1600 seniores israelitas demonstrou que o nível de atividade física era inversamente proporcional à perceção da solidão unicamente nas mulheres (Netz *et al.*, 2013). O facto de não estar casado, o nível inferior de escolaridade, o agravamento da deterioração funcional, o maior número de doenças crónicas, os rendimentos inferiores e a menor possibilidade de viver no lar a que se está habituado foram associados à solidão num estudo realizado em mais de 13 800 seniores nos Estados Unidos, no qual se observou que a prevalência da perceção de solidão era de 16,9%. Além disso, entre os que experimentavam uma perceção crónica da solidão observou-se uma prática de atividade física reduzida, um maior consumo de tabaco, um maior número de doenças crónicas, uma maior prevalência da depressão e uma maior probabilidade de institucionalização em lares (Theeke, 2010).

DETETOU-SE UMA LIGAÇÃO ENTRE
A MORTALIDADE E AS PESSOAS
ISOLADAS E SOLITÁRIAS, ALÉM DE SE
TER CONCLUÍDO QUE O ISOLAMENTO
SOCIAL AUMENTA O RISCO DE
MORTALIDADE POR INCIDÊNCIA DE
DOENÇAS CRÓNICAS

Um dos aspetos clínicos a que se deu menos importância, mas que tem uma ligação importante com a incidência de síndromes geriátricas, é a saúde oral. Um estudo realizado com dados do *English Longitudinal Study of Ageing* relacionava a saúde oral com a percepção de solidão, verificando que a qualidade de vida relacionada com a saúde oral era um fator de risco independente para a solidão entre os seniores. Com efeito, os autores concluíram que manter uma boa saúde oral na idade avançada pode ser um fator de proteção contra a solidão (Rouxel *et al.*, 2017).

Neste ponto, analisámos a relação da solidão com o isolamento social, a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo e a higiene e saúde oral. Além disso, podemos estimar uma prevalência da percepção da solidão na ordem dos 17%, e uma ligação perigosa da mesma com uma menor sobrevivência a todas as causas de doença, incluindo os processos oncológicos.

4. SOLIDÃO, FRAGILIDADE FÍSICA E FRAGILIDADE SOCIAL

A solidão tende a ser considerada a encarnação psicológica do isolamento social, refletindo a insatisfação do indivíduo em relação à frequência e à proximidade dos seus contactos sociais, ou com a discrepância entre as relações que tem e as que gostaria de ter (Peplau e Perlman, 1982). De uma perspetiva clínica, a solidão (J. T. Cacioppo *et al.*, 2015), ao estar associada a um maior acesso à informação social negativa, faz com que as pessoas solitárias sejam mais sensíveis à dor patente nos rostos (Yamada e Decety, 2009) ou a imagens sociais negativas, como descreveu um estudo realizado com ressonância magnética funcional, em que se observou uma maior ativação do córtex visual perante este estímulo em pessoas que sentiam solidão (Cacioppo e Hawkley, 2009).

Conforme observado ao longo do capítulo, as alterações psicológicas e o stress ligado à experiência da sensação de solidão geram mudanças fisiopatológicas mediadas por níveis plasmáticos mais altos de cortisol (Doane e Adam, 2010; Edwards *et al.*, 2010; Hackett, *et al.*, 2012) e a alteração da atividade imunitária (Cole *et al.*, 2011; Powell *et al.*, 2013), ambos elementos importantes na

gênese da fragilidade. Assim, produz-se um aumento da resistência vascular (Mendes *et al.*, 2002), o sono fragmenta-se (Kurina *et al.*, 2011), dando-se, por um lado, um aumento do risco de doença cardiovascular e da mortalidade (Patterson e Veenstra, 2010), e, por outro, um aumento do risco de fragilidade (Tse *et al.*, 2016).

Tanto a sensação de solidão como a fragilidade física prolongam a duração das hospitalizações e as taxas de readmissão hospitalar em doentes que vivem sozinhos (Hawker e Romero-Ortuno, 2016). Além disso, as mudanças genéticas relacionadas com a percepção da solidão poderiam diminuir a sobrevivência em doentes com cancro (You *et al.*, 2014). Também no caso dos seniores institucionalizados em lares observou-se que, independentemente do diagnóstico de cancro, a solidão emocional, a idade, a educação e a comorbilidade influíram na mortalidade, mesmo dos que não apresentavam défice cognitivo (Drageset *et al.*, 2013). No que diz respeito à situação cognitiva, uma subanálise do estudo Amstel revelou que a sensação de solidão – mas não de isolamento social – estava relacionada com um risco acrescido de desenvolver demência (Holwerda *et al.*, 2014), apesar de os autores referirem a possibilidade de a percepção de solidão poder indicar uma etapa prodromica da demência.

Porém, a solidão, o isolamento social ou o viver só não são os únicos fatores associados a problemas de saúde. O nível socioeconómico foi associado a uma maior mortalidade em doentes com doença renal crónica (Solbu *et al.*, 2015) e o facto de viver só e ser solteiro à comorbilidade pré-existente, ao abuso de substâncias, a uma taxa superior de bacteriemia por *Staphylococcus aureus* e de infeções nosocomiais, a um maior número de hospitalizações e a uma maior mortalidade (Koch *et al.*, 2013).

Dada a complexidade da análise isolada dos fatores sociais e da sua ligação às condicionantes de saúde, nos últimos anos, como referido no início do capítulo, surgiu o conceito de fragilidade social. Tal como a fragilidade clínica ou física, a fragilidade social pode definir-se como a ausência dos recursos, das atividades sociais e das competências de autogestão que são importantes para satisfazer as necessidades sociais básicas (Bunt *et al.*, 2017; Ding *et al.*, 2017b).

Segundo um artigo recente (Bunt *et al.*, 2017), a definição de fragilidade social deveria basear-se na Teoria da Função de Produção Social (TFPS) (Ormel *et al.*, 1999), que especifica três necessidades sociais distintas que permitem uma melhor análise dos recursos sociais e das atividades importantes necessárias para as satisfazer. Segundo a TFPS, são elas a necessidade de afeto, a necessidade de confirmação do comportamento e a necessidade de estatuto. Deste modo, quanto menores forem os níveis de cumprimento das três necessidades, mais a pessoa será socialmente vulnerável ou frágil (Bunt *et al.*, 2017).

Os seniores pré-frágeis e frágeis apresentam uma rede social mais reduzida e níveis mais altos de solidão (Hoogendijk *et al.*, 2016). Esta situação favorece a prevalência de fragilidade social, a qual, por sua vez, está correlacionada com a fragilidade física e se caracteriza por um funcionamento social mais deficiente, em forma de rede social mais reduzida e níveis de solidão mais elevados (Hoogendijk *et al.*, 2016), o que gera menos satisfação com a vida (Yang *et al.*, 2016). Esta ligação entre fragilidade e satisfação com a vida é significativa nos seniores mais jovens, enfraquecendo com a idade (Yang *et al.*, 2016). Só em idades inferiores a 80 anos foi possível estabelecer uma relação entre os fatores sociais e comportamentais e a fragilidade física (Chamberlain *et al.*, 2016).

OS SENIORES PRÉ-FRÁGEIS E FRÁGEIS
APRESENTAM UMA REDE SOCIAL
MAIS REDUZIDA E NÍVEIS MAIS
ALTOS DE SOLIDÃO

Também se associou a pobreza a um aumento da prevalência de fragilidade física, o que poderia ser explicado pelos efeitos diretos e indiretos de fatores psicossociais como o controlo percebido e o isolamento social (Stolz *et al.*, 2017). Do mesmo modo, a interação da fragilidade física com os fatores psicossociais determina uma menor independência em atividades da vida diária (Mulasso *et al.*, 2016). O nível de escolaridade inferior também aumenta o risco de fragilidade psicológica e social e de uma redução da duração do sono, o que um estudo associou a um risco acrescido de fragilidade física, psicológica e social (van Oostrom *et al.*, 2017).

A comorbilidade – a presença concomitante de várias doenças –, a carga alostática – o custo em termos de saúde produzido pela adaptação forçada dos

parâmetros fisiológicos face a fatores stressantes –, a redução da atividade física, os sintomas depressivos, o déficit cognitivo e o apoio social deficiente também podem prenunciar o aparecimento da fragilidade física, podendo a integração social moderar o efeito negativo do apoio social deficiente (Ding *et al.*, 2017a). As diferentes trajetórias de fragilidade também estão relacionadas com os grupos sociais e os fatores comportamentais nas faixas etárias entre os 60 e os 69 anos e entre os 70 e os 79 anos. Assim, os fatores sociais e comportamentais são associados à fragilidade física (Chamberlain *et al.*, 2016), e a idade avançada, o sexo feminino e o estatuto de solteiro são associados à prevalência de fragilidade física (Op Het Veld *et al.*, 2015).

Já a fragilidade social acrescida está associada a uma maior prevalência de incapacidade (um aumento de 66% entre os frágeis sociais em relação aos não frágeis) (Makizako *et al.*, 2015), e esta vulnerabilidade social também está ligada a um aumento da mortalidade (Armstrong *et al.*, 2015), apesar de este efeito negativo diminuir com a idade (Gu *et al.*, 2016).

Num contexto de pobreza e vulnerabilidade social, a fragilidade física também foi relacionada com uma maior incidência de síndromes geriátricas (menos atividade física e maior imobilidade, incontinência urinária, síndrome de quedas e distúrbios depressivos e cognitivos) (Zazzetta *et al.*, 2017). Além disso, a solidão foi associada a resultados de saúde adversos, como a depressão, a deterioração funcional e a fragilidade física, que são, por seu turno, síndromes geriátricas, e também à mortalidade (Herrera-Badilla *et al.*, 2015). Nesta mesma linha, outro trabalho recentemente publicado demonstra que o isolamento social, ambientes inadequados, condições de vida inadequadas e recursos exíguos são fatores de risco para a perda de independência. Os autores concluíram que esta situação exigiria a inclusão de critérios sociais nos programas de rastreio da fragilidade física (Escourrou *et al.*, 2017).

No entanto, a forma de medir a fragilidade social e a possibilidade de determinar a sua relação com a fragilidade física continuam a ser temas controversos. Sabemos, sim, que a fragilidade social aumenta a necessidade de assistência por parte das equipas de enfermagem e de outros profissionais de saúde (Gobbens *et al.*, 2012). Além disso, também se demonstrou

que a combinação dos diagnósticos de fragilidade física e fragilidade social resulta numa capacidade preditiva para a presença de incapacidade superior à das duas definições em separado. Contudo, convém precisar que a fragilidade social, de forma isolada, foi relacionada com uma maior deterioração na realização de atividades da vida diária e com um risco acrescido de incapacidade no futuro (Teo *et al.*, 2017). Porém, esta fragilidade social não afeta unicamente a situação funcional e a incapacidade. Numa coorte sueca (Kungsholmen Project) que incluiu mais de 1800 participantes com idade igual ou superior a 75 anos, durante dezoito anos, observou-se que os participantes com o perfil de risco social mais baixo apresentavam uma média de sobrevivência 5,4 anos superior à dos participantes com um perfil de risco social mais alto (Rizzuto *et al.*, 2012). Apesar de atenuada, esta associação manteve-se para os participantes com idade igual ou superior a 85 anos e para os participantes com doenças crónicas. Ao contrário dos indivíduos com um perfil de risco social mais alto, os que apresentavam um risco social mais baixo caracterizavam-se por um índice de massa corporal compreendido entre 20 e 25 kg/m², nunca tinham fumado, contavam com uma rede social mais ampla e participavam em atividades lúdicas e recreativas mensalmente. Os resultados deste estudo estabeleceram uma ligação entre os fatores sociais e a sobrevivência. Nesta linha, uma recente minianálise (Rizzuto e Fratiglioni, 2014) revela a influência das relações sociais na mortalidade, enfatizando esta afirmação com os dados dos trabalhos que observaram que as pessoas com redes ou relações sociais adequadas apresentavam um aumento de 50% na probabilidade de sobreviver relativamente aos seniores com problemas sociais ou relações sociais pobres ou insuficientes (Holt-Lunstad *et al.*, 2010). Além disso, também se evidenciou o possível efeito positivo do cônjuge ou do companheiro na sobrevivência, ao observar-se que os participantes com cônjuge ou companheiro reduziam entre 9 e 15% o risco de mortalidade (Manzoli *et al.*, 2007).

Ao longo deste ponto descreveu-se a forma como a presença da solidão gera alterações fisiopatológicas, como, por exemplo, algumas mudanças hormonais – especialmente relacionadas com o aumento da atividade do eixo HHS –, que podem provocar, por sua vez, alterações genéticas, como o encurtamento

do telómero, que, através do aumento da atividade inflamatória, aumentam a incidência de fragilidade física. Esta fragilidade física está simultaneamente relacionada com uma maior prevalência de síndromes geriátricas, uma maior incapacidade e um maior risco de mortalidade. Pelo contrário, as relações sociais mais estreitas e frequentes melhoram a sobrevivência, possivelmente pelo mecanismo inverso do anteriormente descrito.

5. SOLIDÃO E SAÚDE. RECUPERAMOS O ÂMBITO COMUNITÁRIO DA PRÁTICA MÉDICA?

Nos anteriores pontos do capítulo analisou-se a relação entre problemas sociais como a perceção da solidão e os problemas sociais que integram a definição de fragilidade social a partir da atividade do sistema simpático, da ativação do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal, da resposta inflamatória, imunitária e genética, do aparecimento de fragilidade física, incapacidade e doenças crónicas, além do aumento do risco de mortalidade.

Por este motivo, os autores de muitos dos artigos referidos concordam com a necessidade de valorizar os aspetos sociais na prática clínica habitual nos diferentes níveis de assistência. No entanto, para além de uma atividade clínica que realize o rastreio e o diagnóstico de problemas sociais, como a solidão e o isolamento social, é necessário poder oferecer uma solução que, normalmente, não existe nos cuidados de saúde prestados aos seniores. Tal obriga a recuperar uma dimensão da prática médica à qual não se deu a devida importância: a medicina comunitária. Mas o que é a medicina comunitária? A medicina comunitária pode ser definida como o conjunto de ações intra e extra-hospitalares de medicina integrada realizadas por uma equipa de saúde com a participação ativa da comunidade. Este enfoque implica uma atuação coordenada.

Atualmente, nalguns centros hospitalares, estão a ser criadas unidades específicas que gerem a dor do doente, associando, inclusivamente, um tratamento de reabilitação que permita a sua recuperação funcional. Porém, um dos

critérios de exclusão que impedem a admissão de doentes nestes cuidados é a ausência de um cuidador principal. Neste contexto, os seniores que vivem sós ou numa situação social desfavorável encontram-se em situação de desvantagem em relação aos que contam com um ambiente social mais favorável.

No atual contexto de envelhecimento populacional, é fundamental fazer uma coordenação integrada entre os distintos níveis assistenciais, administrações e instituições – especialmente, as instituições académicas com programas que favoreçam a socialização. Os programas não integrados, como os cursos e diplomas oferecidos pelas universidades para as pessoas idosas, ou os programas educativos das escolas para adultos proporcionadas pelos municípios, são exemplos de êxito. Apesar disso, seria necessária uma oferta mais integrada que facilitasse a seleção dos seniores. Isto permitiria seguir as recomendações do atendimento centrado na pessoa, no sentido de serem os participantes a escolher as intervenções que contribuam para melhorar a rede e o apoio social. Tomando como exemplo as características sociais comuns das Zonas Azuis, as cinco regiões do mundo com maior taxa de longevidade e população centenária (Loma Linda, Califórnia, Estados Unidos; Nicoya, Costa Rica; Sardenha, Itália; Icária, Grécia; e Okinawa, Japão), observamos que, além da genética, da alimentação ou do exercício físico, a interação social, tanto nas relações familiares como na participação nas atividades comunitárias, tem uma clara influência na longevidade (Buettner e Skemp, 2016). Com efeito, a percepção de apoio social também está ligada à sobrevivência, como indica um estudo que associa o benefício dos intercâmbios mútuos e da reciprocidade nas relações, sinais da sua qualidade, à melhoria do bem-estar psicológico e à redução do risco de mortalidade (De Brito *et al.*, 2017). Outro trabalho idêntico realizado em mais de 12 000 participantes, durante um período de acompanhamento de treze anos e meio, observou que receber apoio social de familiares ou do cônjuge/companheiro reduz o risco de mortalidade em

CONHECIDO O EFEITO POSITIVO DAS REDES SOCIAIS, O OBJETIVO SEGUINTE É A INTEGRAÇÃO E A PARTICIPAÇÃO NÃO FORÇADAS DOS SENIORES COM PROBLEMAS DE SOLIDÃO OU DE ISOLAMENTO SOCIAL NESSAS REDES E NESSOS CONTACTOS NA COMUNIDADE ONDE VIVEM

19%, enquanto o contacto social semanal com seis ou sete amigos reduz o risco de mortalidade em 24%, em comparação com quem tem pouco ou nenhum contacto social semanal com amigos (Becofsky *et al.*, 2015). Uma meta-análise estima também que os indivíduos com redes sociais mais sólidas apresentam uma probabilidade de sobrevivência 50% superior à dos indivíduos sem estas redes, o que posiciona a importância da influência das relações sociais na sobrevivência mais ou menos ao mesmo nível dos fatores de risco estabelecidos de mortalidade (Holt-Lunstad *et al.*, 2010).

Conhecido o efeito positivo das redes sociais e dos contactos com familiares e amigos, o objetivo seguinte é a integração e a participação não forçadas dos seniores com problemas de solidão ou de isolamento social nessas redes e nesses contactos na comunidade onde vivem. A pergunta seria: como? Um projeto concebido no Canadá tentou apurar os programas nos quais os seniores da região da Colúmbia Britânica gostariam de participar, e o seu interesse centrou-se na partilha de sabedoria e experiências, na participação em programas sociais e atividades relacionadas com a saúde, selecionando ativamente os programas ou atividades alvo de maior interesse, ajudando nos processos de organização, planeamento e avaliação dos programas e partilhando conhecimento, competências e histórias entre eles e com as gerações mais jovens (Tonkin *et al.*, 2018). Os resultados deste estudo realçam um ponto importante: a exclusão de atitudes tutelares ou eruditas que ofereçam atividades aos seniores sem contar com os próprios utentes.

No entanto, nem todos os seniores podem deslocar-se até aos locais onde se realizam as atividades programadas. Os problemas de mobilidade são altamente prevalentes nos adultos mais idosos e, nesses casos, a utilização de sistemas informáticos de comunicação pode revelar-se útil para favorecer a comunicação. Um estudo demonstrou que, entre os seniores, a satisfação com a utilização destes sistemas dependia das competências digitais. Esta foi a sua principal preocupação na utilização destes sistemas, além do nível de simplicidade, da facilidade de utilização e da qualidade do sinal de áudio e vídeo (Blusi *et al.*, 2018).

A oferta deve ser variada e permanentemente revista, dado que também deveria incluir atividades tanto para quem experimenta uma solidão social (habitualmente homens, viúvos, com baixa autoestima e percepção de bem-estar, rendimentos mais baixos, poucas relações com familiares e amigos, pouca atividade física e percepção de fraca integração na comunidade) como para quem evidencia uma solidão emotiva (habitualmente viúvos, com nível reduzido de bem-estar, baixa autoestima, elevada restrição de atividade, baixo nível de rendimentos e ausência de cuidados informais), o que impõe o desenvolvimento de estratégias diferentes que favoreçam a integração em ambos casos (Dahlberg e Mckee, 2014).

Nos anos 90 do século passado, o grupo liderado pela Dra. Fiatarone publicou dois artigos em revistas médicas de grande prestígio que exaltavam os benefícios do exercício físico de alta intensidade na fraqueza muscular e fragilidade (Nelson *et al.*, 1994), com excelentes resultados até em nonagenários (Fiatarone *et al.*, 1990). Há dois anos, um grupo de investigadores do Departamento de Fisiologia da Faculdade de Medicina de Valência, da Universidade Católica de Valência e do Serviço de Geriatria do Hospital Universitario de la Ribera (Alzira) publicou os resultados de um ensaio clínico aleatorizado sobre os possíveis benefícios de um programa de exercício físico multicomponente realizado num meio rural (as populações valencianas de Carcaixent e Sollana), que incluía exercícios de equilíbrio e proprioceção a par de treino de resistência e força muscular. Observamos que, além das melhorias na função física expectáveis, em comparação com os participantes incluídos no grupo de controlo, os participantes no programa demonstraram melhorias no estado de espírito e na pontuação da escala de Duke de apoio social (Tarazona-Santabalbina *et al.*, 2016). Estes resultados permitem deduzir que a participação num programa de exercício de grupo na comunidade pode favorecer a criação de novos contactos sociais ou o reforço dos já existentes. Nessa mesma linha, o Serviço de Geriatria do Parque Sanitario Pere Virgili de Barcelona criou um programa integrado entre o referido serviço, centros de saúde e centros comunitários do meio circundante, com o objetivo de alargar o tratamento da fragilidade física ao âmbito comunitário (Inzitari, *et al.*, 2018).

Na minha opinião, e com base na bibliografia disponível que serve de conclusão para este ponto, chegou o momento de melhorar a coordenação entre os diferentes níveis de assistência e os recursos comunitários ao alcance para oferecer à pessoa idosa um catálogo de ofertas que o ajudem a melhorar tanto a sua socialização como a sua funcionalidade, prevenindo ou tratando a fragilidade física, cognitiva e social. Este catálogo deve ser atrativo, sustentável e eficaz, e os próprios implicados, os seniores, devem participar ativamente na conceção, elaboração, avaliação e melhoria contínua dos seus programas.

6

Solidão e cuidados informais

Dr. Andrés Losada Baltar
Dra. María Márquez González
María D. S. Pedroso Chaparro

«O momento mais solitário na vida de uma pessoa é quando vê o seu mundo a desmoronar-se e a única coisa que pode fazer é ficar a olhar para o vazio.»

F. SCOTT FITZGERALD

1. INTRODUÇÃO. OS CUIDADOS FAMILIARES A PESSOAS DEPENDENTES

O fenômeno do envelhecimento populacional é conhecido. Está sem dúvida associado a vários aspectos positivos, dado que, além de refletir a existência de uma percentagem superior de população idosa, estas pessoas vivem mais anos e, a maioria, em boas condições de saúde, pelo menos, em termos de autonomia.

No entanto, o envelhecimento populacional também está associado a outros fenômenos menos positivos, que colocam importantes desafios à sociedade no seu conjunto, incluindo as famílias, as instituições públicas e a ciência. A idade mais avançada está associada à fragilidade e a uma maior probabilidade de processos que podem favorecer a dependência, entre os quais, o aparecimento de alterações neurodegenerativas, como a demência. Por sua vez, e especialmente nos países desenvolvidos, do mesmo modo que a percentagem da população idosa aumentou, diminuiu a de outras faixas etárias, o que resulta na redução da disponibilidade de prestadores de cuidados principais e secundários (Wolff e Kasper, 2006). Dado que tradicionalmente, e ainda atualmente, o cuidado das pessoas idosas em situação de dependência fica sobretudo a cargo das respetivas famílias, a redução do tamanho das potenciais redes de apoio familiar representa um dos maiores desafios previamente mencionados. Na verdade, sem o trabalho das famílias, os Estados não poderiam assumir os custos (ocultos na maior parte dos casos) associados aos cuidados, até agora suportados maioritariamente pelos familiares. Além disso, dentro das famílias, os cuidados foram e continuam a ser realizados basicamente pelas mulheres, sendo uma filha ou esposa a desempenhar o papel de principal prestador de cuidados (e, muitas vezes, o único) na maioria dos casos.

Após uma breve descrição da situação que os prestadores de cuidados enfrentam, este manual analisará a literatura científica para verificar se o cuidado de pessoas idosas dependentes está ou não associado à experiência de solidão nos prestadores de cuidados, e se essa solidão é ou não prejudicial para o dito coletivo. Por seu turno, serão analisados diferentes conceitos, aspectos e processos envolvidos na situação dos cuidados que contribuem para entender os fatores passíveis de provocar o aparecimento do isolamento e da solidão em prestadores de cuidados. Serão abordados, entre outros, os fatores culturais, cognitivos e comportamentais que podem ser objeto de intervenções ou tratamentos com

vista a prevenir ou reduzir a solidão nos prestadores de cuidados, bem como melhorar a sua saúde psicológica e física, além do seu bem-estar. Será proposto um modelo teórico que permita entender o processo da solidão e, por último, serão oferecidas algumas regras de intervenção que podem contribuir para ajudar o grupo populacional afetado. Ainda que este trabalho inclua uma revisão geral da literatura científica disponível que relaciona cuidados com solidão, a maior parte dos estudos analisados centra-se nos prestadores de cuidados de familiares que padecem de demência, por serem os que sofrem maiores níveis de stress e os que se encontram mais expostos a consequências negativas na saúde física e psicológica (Pinquart e Sörensen, 2003).

2. CUIDAR DE FAMILIARES DEPENDENTES: UMA SITUAÇÃO DIFÍCIL DE ENFRENTAR, STRESSANTE E CRÓNICA

Os prestadores de cuidados dedicam uma importante quantidade de tempo – em média, nove horas diárias (Alzheimer’s Association, 2018) – a atividades relacionadas com os cuidados, e os cuidados prolongam-se por muitos anos, uma vez que a doença pode durar mais de vinte anos (Alzheimer’s Association, 2018). Ao longo desse período, os prestadores de cuidados realizam diversas tarefas que vão desde a ajuda em atividades básicas ou instrumentais da vida quotidiana (tarefas domésticas, alimentação, consultas médicas, etc.) até ao controlo de sintomas comportamentais associados ao processo de cuidados nas demências (agitação, repetição de perguntas, agressividade ou deambulação), passando pela resolução de questões familiares associadas aos cuidados (comunicação com outros familiares sobre os planos de cuidados ou a tomada de decisões, por exemplo) (Alzheimer’s Association, 2018). Isso significa que os prestadores de cuidados se confrontam com várias exigências ao longo de um processo em constante mutação, tanto porque as características ou manifestações da doença variam com o passar do tempo (meses, semanas e até dias ou horas) como porque a situação dos próprios prestadores de cuidados também pode variar em função das mudanças que ocorrem na sua vida e na sua experiência pessoal. A grande variabilidade e instabilidade da situação de cuidados dificulta muitíssimo a capacidade de controlo e adaptação dos prestadores de cuidados, com as consequências inerentes à sua perceção de autoeficácia ou à sua adaptação a outros papéis ou atividades desejadas pela pessoa.

É importante assinalar que, apesar de a maioria dos prestadores de cuidados enfrentar inúmeras situações difíceis e stressantes, nem todos afirmam sofrer repercussões negativas na sua saúde mental ou física. Além disso, alguns comunicam até benefícios ou aspetos positivos associados aos cuidados, como a satisfação de cuidar de alguém (Roth *et al.*, 2015).

Apesar desta última nota, existe um grande consenso na literatura científica quanto à existência de uma relação entre os cuidados familiares a pessoas dependentes, especialmente as que sofrem de demência, e consequências negativas importantes para a saúde psicológica e física dos prestadores de cuidados. Trabalhos publicados recentemente apresentam taxas de prevalência de problemas mentais como a depressão (34%) e a ansiedade (44%) nos prestadores de cuidados (Sallim *et al.*, 2015). Por outro lado, outros estudos indicam que prestar cuidados pressupõe um risco para a saúde física, com efeitos importantes, por exemplo, no sistema imunitário ou cardiovascular (Mausbach *et al.*, 2007).

3. PODEM OS CUIDADOS ESTAR ASSOCIADOS À SOLIDÃO?

Torna-se evidente, com base no que já se referiu, que assumir o papel de prestador de cuidados pode ser considerado um processo de transição vital que introduz inúmeras mudanças significativas na vida de quem se vê nessa situação. Assim, no que respeita à distinção entre solidão crónica e situacional (Shiovitz-Ezra e Ayalon, 2010), os cuidados podem ser considerados uma clara ameaça para o desencadeamento de um processo de solidão situacional, ainda que a duração prolongada de vários problemas de dependência possa sugerir que o processo de solidão nos cuidados se torna quase crónico. Segundo Vasileiou *et al.* (2017), a solidão é um dos mais importantes desafios que os prestadores de cuidados enfrentam. Contudo, embora alguns estudos relacionem solidão e cuidados, não existe muita informação disponível sobre este fenómeno e o seu impacto nos cuidados.

Bergman-Evans (1994:11) frisava que «a perda da companhia de uma pessoa importante, o isolamento social forçado, o aumento da responsabilidade e o aumento da carga devido aos cuidados podem predispor o indivíduo ou o casal a sensações de solidão». Apesar da relativa escassez de estudos sobre o

processo da solidão nos cuidados, os trabalhos disponíveis parecem sugerir que a experiência da solidão está estreitamente relacionada com a experiência dos cuidados. De acordo com um estudo realizado no Reino Unido, oito em cada dez prestadores de cuidados sentiram-se sós ou socialmente isolados devido às suas responsabilidades como prestadores de cuidados (Carers, 2015). Esse dado é consistente com estudos que demonstram elevadas percentagens de prestadores de cuidados com altos níveis de solidão. Por exemplo, Şahin e Tan (2012) verificaram que 63% dos prestadores de cuidados de familiares com cancro sofriram de altos níveis de solidão. Estes sentimentos de solidão nos prestadores de cuidados superam os dos não prestadores de cuidados (grupos de controlo) (Beeson, 2003), tanto nos prestadores de cuidados em geral (Wagner e Brandt, 2015 e 2018) como nos prestadores de cuidados de pessoas com Alzheimer (Beeson, 2003), Parkinson (McRae *et al.*, 2009) ou outras doenças (Rokach *et al.*, 2007). Por sua vez, os sentimentos de solidão parecem ser mais acentuados nos prestadores de cuidados do sexo feminino do que nos do sexo masculino (Ekwall *et al.*, 2005). Assim, as esposas e filhas parecem sofrer mais de solidão do que os esposos (Beeson, 2003). No que respeita às diferenças nos sentimentos de solidão em função do grau de parentesco com a pessoa cuidada (entre esposos ou filhos), os estudos indicam dados contraditórios. Por exemplo, observaram-se mais sentimentos de solidão em prestadores de cuidados esposos do que em prestadores de cuidados filhos (Beeson, 2003; Meuser e Marwit, 2001), apesar de, no estudo de Stefani *et al.* (2003), se terem verificado mais sentimentos de solidão ou, pelo menos, mais graves, em filhas do que em mães. Ainda neste domínio, Musich *et al.* (2017) indicam que quem mais sofre de sentimentos de solidão são os prestadores de cuidados de pessoas com problemas de saúde menos graves, comparando com os prestadores de cuidados de pessoas mais doentes. Estes resultados podem ter que ver, pelo menos parcialmente, com o facto de os prestadores de cuidados de pessoas com problemas de saúde menos graves serem mais jovens do que os que cuidavam de pessoas com problemas de saúde mais graves. Boek e Grundy (2018), num estudo longitudinal, sugerem que, o surgimento de solidão em filhos de pessoas idosas pode não depender muito da prestação de cuidados. Assim, os autores citados indicam que as filhas de pais viúvos que começam a manifestar necessidade de cuidados demonstram sentimentos de solidão, independentemente de proporcionarem ou não cuidados. Os autores colocam a hipótese de as pessoas

PARECEM EXISTIR DIFERENÇAS
NOS SENTIMENTOS DE
SOLIDÃO REFERIDOS POR
PRESTADORES DE CUIDADOS DE
PAÍSES OU REGIÕES DIFERENTES

poderem assistir a um aumento da sua sensação de solidão caso se confrontem com discrepâncias entre o apoio desejado face aos problemas de saúde dos pais e o que recebem por parte da sua rede pessoal ou das suas relações.

Também parecem existir diferenças nos sentimentos de solidão referidos por prestadores de cuidados de países ou regiões diferentes. Assim, por exemplo, o estudo de Wagner e Brandt (2015) demonstra que os prestadores de cuidados dos países do norte da Europa sofrem menos de solidão do que os prestadores de cuidados dos países do sul da Europa, ainda que essas diferenças tendam a desaparecer quando se tem em conta variáveis relacionadas com a disponibilidade de recursos formais. Estes resultados podem estar relacionados com a influência dos valores coletivistas e os fortes padrões de solidariedade familiar nos países do sul da Europa (Dykstra, 2009), que poderiam suscitar nos prestadores de cuidados expectativas de um maior apoio ou proximidade emocional do que o que acabam por receber.

Se, por um lado, a maioria dos estudos analisados observa taxas mais elevadas de solidão em pessoas cuidadoras do que noutros grupos, por outro, o estudo de Ekwall *et al.* (2005), realizado com pessoas idosas com mais de 75 anos, indica que, embora a percentagem de prestadores de cuidados que se sentem sós não seja negligenciável (37,6%), a percentagem de pessoas não cuidadoras que se sentem sós (45,7%) é superior. Estes dados podem ser influenciados por questões relacionadas com a conceção do estudo. Por exemplo, o trabalho não conta com uma definição precisa do que significa ser prestador de cuidados. Por um lado, os resultados também poderiam ser afetados pelo facto de uma idade mais avançada estar associada a uma menor rede social e a uma proporção superior de pessoas a viverem sós na população não cuidadora e, por outro, a percentagem de prestadores de cuidados do sexo masculino observada na amostra é superior à de prestadores de cuidados do sexo feminino, algo pouco habitual neste tipo de estudos.

Um dos trabalhos mais interessantes para responder à pergunta de se a solidão está ou não associada aos cuidados talvez seja o estudo longitudinal de acompanhamento durante três anos realizado por Robinson-Whelen *et al.* (2001). Esse estudo compara pessoas prestadoras de cuidados com pessoas que, por falecimento do familiar, já não o são (ex-prestadoras de cuidados) e com um grupo de controlo de pessoas não prestadoras de cuidados. Os resultados indicam que os grupos de prestadores de cuidados e ex-prestadores de cuidados sofriam de

níveis de solidão e depressão significativamente superiores aos dos não prestadores de cuidados durante os três anos de acompanhamento, o que sugere que os níveis de mal-estar (solidão e depressão) se mantêm nas pessoas que, nesses três anos, já não cuidavam de outras. Os resultados sugerem, portanto, que a vulnerabilidade dos prestadores de cuidados às consequências emocionais negativas associadas aos cuidados se mantêm depois de estes terminarem, provavelmente por a situação de cuidados acabar por provocar um esgotamento dos recursos dos prestadores de cuidados, que os impede de se readaptarem à realidade e recuperarem da experiência vivida (Robinson-Whelen *et al.*, 2001). A interessante discussão dos resultados no trabalho de Robinson-Whelen *et al.* (2001) chama a atenção para a importância de tratar os mecanismos de ação envolvidos na manutenção de níveis elevados de solidão e depressão dos prestadores de cuidados, mesmo anos após o fim do período de stress, como, por exemplo, os pensamentos ruminantes associados aos cuidados ou à morte do ente querido. No interessante estudo qualitativo de Vikström *et al.* (2008) determinou-se que muitos prestadores de cuidados de pessoas com demência explicam os seus sentimentos de solidão aludindo à perda da relação próxima que mantinham com o companheiro, que era um grande apoio emocional e um confidente antes da doença.

É interessante o fenómeno descrito por estes autores sobre a complexa combinação de sentimentos que estes prestadores de cuidados experimentam, de solidão associada aos cuidados e de necessidade de solidão «desejada» para se recuperarem (restaurar a mente). A tristeza e a dor associadas aos cuidados geram nelas a necessidade de recuperação emocional, reservando tempo para estar sozinhas e processar as emoções negativas. Este processo pode ser também relevante para compreender uma das emoções mais incapacitantes sofrida pelos prestadores de cuidados: a culpa (Losada *et al.*, 2010b). Apesar de terem bastante dificuldade em encontrar esse espaço para a solidão desejada, para a «restauração emocional» ou para outras necessidades pessoais (lazer, descanso, etc.), quando o encontram, não é raro que os prestadores de cuidados se deparem com pensamentos ou interpretações que os fazem sentir-se culpados por darem esse passo, pelo que não tardam a voltar para o espaço dos cuidados, que gera neles uma solidão importante, mas que, de certa forma, os pode proteger da culpa.

Portanto, com base em tudo o que já se analisou, parece evidente que a solidão é uma experiência habitual nos prestadores de cuidados.

4. PODE A SOLIDÃO PREJUDICAR OS PRESTADORES DE CUIDADOS E A PESSOA CUIDADA?

Tal como acontece com outras populações, é frequente detetar, em estudos tanto do tipo transversal como longitudinal, o resultado de observar uma relação significativa entre solidão e sintomatologia depressiva ou pior qualidade de vida nos prestadores de cuidados (Ekwall *et al.*, 2005; Şahin e Tan, 2012). Beeson (2003) realizou um estudo no qual se conclui que, de todas as variáveis avaliadas, a solidão era a única que contribuía para a constatação da sintomatologia depressiva, explicando 49% da sua variância (Beeson, 2003). Além disso, alguns estudos indicam que os sentimentos de solidão são mais frequentes nos prestadores de cuidados que sofrem de pensamentos suicidas do que nos outros (Joling *et al.*, 2018), uma conclusão que sublinha não só a grande relevância clínica dos referidos sentimentos nesta população, mas também a necessidade de os ter em conta nos protocolos habituais de avaliação dos prestadores de cuidados.

Os prestadores de cuidados com mais sentimentos de solidão comunicam um pior estado socioeconómico subjetivo, níveis de bem-estar inferiores e uma menor perceção de controlo sobre a saúde, a vida diária e as finanças (Ayalon, 2016). Quanto a possíveis diferenças entre homens e mulheres no papel ou no significado psicológico da solidão, é de grande interesse o estudo de Chukwuorji *et al.* (2017), em que se determina que a relação entre a solidão dos prestadores de cuidados e o seu mal-estar psicológico se produz unicamente nas mulheres. Estes autores explicaram a referida conclusão pela presença mais acentuada de fatores de stress e a proporção inferior de recursos sociais no caso das mulheres. Resultados como este sugerem a necessidade de se considerar o sexo na análise da solidão na população de prestadores de cuidados.

A solidão percebida também está associada, tanto transversal como longitudinalmente, a níveis mais elevados de sentimentos de fardo no prestador de cuidados (Lee *et al.*, 2017; Manskow *et al.*, 2015 e 2017; Prevo *et al.*, 2018). Além disso, a solidão do prestador de cuidados pode não ser a única solidão que contribui de forma significativa para explicar as consequências negativas associadas aos cuidados em quem os presta. Assim, por exemplo, Lee *et al.* (2017) indicaram que os sentimentos de solidão expressados por octogenários e centenários contribuía significativamente para explicar o mal-estar

(o fardo) das pessoas que lhes proporcionavam cuidados. Os autores deste trabalho fazem uma análise interessante destes resultados, no que respeita à forma como os sentimentos de culpa podem ser extremamente importantes para explicar a relação entre a solidão percebida pela pessoa cuidada e os seus sentimentos de fardo. Assim, indicam que a percepção de que o seu familiar idoso está a experimentar emoções negativas pode fazê-los sentirem-se culpados por não serem capazes de dar resposta a essas emoções negativas ou de proteger os seus familiares (Lee *et al.*, 2017). Por outro lado, o fardo do prestador de cuidados parece prenunciar os sentimentos de solidão da pessoa cuidada, enquanto a satisfação com os cuidados, pelo contrário, parece estar associada a níveis mais reduzidos de solidão da pessoa cuidada (Iecovich, 2016). Estes resultados permitem concluir que existe uma relação bastante estreita entre as experiências emocionais (como a solidão) dos dois membros da díade prestador de cuidados/pessoa cuidada. Assim sendo, parecem ser necessárias investigações adicionais que permitam analisar estas experiências emocionais associadas aos cuidados no contexto da interação entre os dois membros do sistema diádico (Wadham *et al.*, 2016).

Por último, também se observou que a solidão do prestador de cuidados indicia longitudinalmente níveis mais elevados de dor, depressão e fadiga, ainda que este efeito possa explicar-se, em parte, pela sua relação com uma pior qualidade do sono, redução da prática de exercício físico ou uma combinação de ambos os fatores (Jaremka *et al.*, 2014).

Se no ponto anterior se concluiu que a solidão é uma manifestação habitual nos prestadores de cuidados, neste ponto complementa-se essa afirmação com a conclusão de que a solidão nos cuidados deve ser tida em consideração e atendida, dado que está associada a importantes consequências negativas para a saúde dos prestadores de cuidados e das pessoas cuidadas.

5. QUE FATORES PROVOCAM SOLIDÃO NOS CUIDADOS? MODELO EXPLICATIVO

Apesar de já se ter relacionado a solidão com a situação do prestador de cuidados de um modo que poderia facilitar o pressuposto de que são os fatores associados à doença da pessoa cuidada que geram a solidão do prestador de

cuidados, diferentes estudos concluíram que são sobretudo as variáveis do prestador de cuidados, e não tanto as da pessoa cuidada ou da sua doença, que mais contribuem para explicar os sentimentos de solidão dos prestadores de cuidados (McRae *et al.*, 2009; Soylyu *et al.*, 2016). O processo de cuidar de uma pessoa dependente é complexo, e nele intervêm diversos fatores, tanto pessoais como familiares, sociais, culturais, económicos, psicológicos e biológicos, entre outros. Assim, na investigação científica foi necessário elaborar modelos teóricos que permitam ajudar a compreender os fatores que contribuem em maior grau para explicar a razão pela qual, na maioria dos casos, a prestação de cuidados está associada ao mal-estar psicológico e físico. O modelo teórico que mereceu mais apoio empírico na área dos cuidados é o de stress e enfrentamento (Losada, 2017). Este modelo inclui diferentes dimensões que intervêm no processo de cuidados:



DIMENSÕES QUE INTERVÊM NO PROCESSO DE CUIDADOS:

Dimensão contextual e cultural. Sabe-se que existem variáveis culturais, como o «familismo», passíveis de beneficiar ou prejudicar os prestadores de cuidados, em função do contexto cultural em que eles se inserem; ou que as consequências dos cuidados não são as mesmas para mulheres e para homens (as mulheres sofrem de mais consequências negativas psicológicas, por exemplo), o que tem que ver com os papéis definidos culturalmente para os dois sexos.

Dimensão dos fatores de stress. Inclui todas as variáveis que se referem às exigências ou situações difíceis que os prestadores de cuidados enfrentam. Uma das problemáticas que mais stress gera nos prestadores de cuidados é a dos sintomas comportamentais e psicológicos associados às demências, como a repetição de perguntas, a agitação, a agressividade ou a depressão da pessoa cuidada.

Dimensão das variáveis moduladoras ou recursos. Estas variáveis permitem explicar o motivo pelo qual a prestação de cuidados gera mais consequências negativas ou positivas nuns prestadores de cuidados do que noutros. As variáveis moduladoras mais estudadas foram o apoio social e as estratégias de enfrentamento. Uma pessoa que cuide de um familiar com demência e disponha de muito apoio social sofrerá, provavelmente, de menos sintomas depressivos ou de ansiedade do que outra que não disponha desse apoio.

Dimensão da avaliação. Todas as dimensões anteriores terão impacto na avaliação que o prestador de cuidados faça da sua situação. A dimensão da avaliação é primordial, uma vez que podem existir grandes diferenças entre os prestadores de cuidados no grau de avaliação da sua situação como negativa ou positiva. A prestação de cuidados será avaliada de um modo mais ou menos negativo (por exemplo, fardo subjetivo) em função dos fatores presentes em cada uma das dimensões anteriores. Poderíamos colocar a hipótese de a experiência da solidão se situar, provavelmente, nesta dimensão, visto que se trata de uma avaliação subjetiva realizada pelo prestador de cuidados sobre a ausência de apoio, de proximidade de outras pessoas ou de qualidade nos seus contactos com outras pessoas (De Jong Gierveld e Havens, 2004), que está associada a uma sensação de vazio, tristeza e falta de controlo e que é percebida como ameaçadora (Cacioppo *et al.*, 2010). Consequentemente, é provável que todos os processos e variáveis incluídos nas dimensões anteriores contribuam para moldar a experiência da solidão.

Dimensão das consequências na saúde física e psicológica da prestação de cuidados, como a depressão, a ansiedade ou a culpa. Aqui também poderíamos incluir as consequências positivas da prestação de cuidados (satisfação, sentido) que se produzem em muitos casos.

Uma vez descrito o modelo global de stress e enfrentamento nos cuidados, parece interessante abordar modelos mais específicos sobre a solidão nos cuidados. Nesse sentido, e com base no que defendem as teorias do stress e do enfrentamento, Kovaleva *et al.* (2018) propuseram um modelo explicativo da solidão nos cuidados. Assim, relacionando a literatura científica sobre os cuidados, o isolamento social, o stress e a solidão percebida, propõem um modelo no qual sugerem que as importantes responsabilidades e fatores de stress que os prestadores de cuidados enfrentam facilitam o aparecimento do isolamento social e da solidão percebida, por exemplo, pela perda da relação com a pessoa cuidada. Ambas as circunstâncias (o aumento de fatores de stress e a solidão) – que são crónicas na maioria dos casos devido à longa duração do processo de cuidado – têm efeitos na resposta fisiológica dos prestadores de cuidados, ao mesmo tempo que diminuem a sua capacidade de resposta ao stress agudo (Kovaleva *et al.*, 2018).

Apesar de, como referido, terem sido os que mais apoio empírico mereceram, torna-se evidente que os modelos de stress e enfrentamento se centram especialmente na figura do prestador de cuidados, sem dar a devida importância a outros «atores» e processos fundamentais que participam na experiência dos cuidados, como a própria pessoa cuidada, outros familiares, as relações familiares e outros processos relacionados com o funcionamento da família (coesão, comunicação, papéis, etc.), ou com o contexto (social, económico, etc.) em que ocorre a prestação de cuidados. Recentemente, Losada *et al.* (2017) elaboraram um modelo que integra diferentes perspetivas teóricas e que destaca a influência recíproca de todos os atores mencionados, o que permite compreender os diferentes processos que moldam a experiência dos cuidados em geral e, por extensão, a possível experiência da solidão nos seus diferentes protagonistas. Em termos gerais, o modelo integrador mencionado sublinha a influência dos fatores que se passa a enumerar nas consequências da prestação de cuidados sobre os próprios cuidados e a pessoa cuidada.

5.1. Circunstâncias que precedem o processo de cuidados

Existem diferentes fatores que antecipam os cuidados e que podem fazer com que os prestadores de cuidados ou pessoas cuidadas sejam mais suscetíveis de sofrer consequências negativas, tais como a solidão ou problemas relacionados. São fundamentais a história do prestador de cuidados, as suas experiências anteriores (de problemas de saúde física ou psicológica, de cuidados a outros familiares, etc.), a sua personalidade ou o seu repertório de estratégias de enfrentamento (competências sociais, de comunicação, empatia, etc.). Uma relação prévia mais estreita com a pessoa cuidada e o facto de ter desempenhado durante muito tempo o papel de cuidador ou «fonte de apoio» na família, seriam fatores passíveis de aumentar a probabilidade de tomar a decisão de assumir o papel de prestador de cuidados principal. Por outro lado, o contexto cultural dos cuidados – mais coletivista ou mais individualista, com valores mais ou menos «familistas» ou com mais ou menos recursos formais de apoio ao prestador de cuidados e com determinados papéis predefinidos – tem um impacto crucial nos cuidados. Na própria tomada da decisão de assumir o papel de prestador de cuidados principal intervêm fatores socioculturais que, em grande medida, pas-

sam despercebidos e mereceriam mais atenção por parte da investigação. Por exemplo, apesar de existir uma percentagem nada negligenciável de homens prestadores de cuidados, os processos de socialização e educação contribuíram para o pressuposto de que cabe às mulheres realizar esse tipo de tarefas. Além disso, a cultura e a estrutura socioeconómica de muitas sociedades promovem diretamente as condições para que, na prática, sejam as mulheres a assumir o papel de prestador de cuidados principal (sobretudo mulheres donas de casa ou sem trabalho fora de casa). Aqui, entram em jogo características que são centrais nalgumas culturas, como a hispânica ou a latina, tais como o «familismo» ou o machismo, sistemas de crenças alimentados pela religião, a política ou outras instâncias (Losada *et al.*, 2003; Márquez-González *et al.*, 2010). Sem ter consciência do processo, muitas sociedades defendem, em maior ou menor grau, que «a família está acima de tudo», e quanto mais rígido for esse «familismo» mais se promove o aparecimento de raciocínios como «devo pôr de lado as minhas necessidades para satisfazer as de outros familiares com necessidades» ou «não devo pedir ajuda, porque só eu, como principal prestador de cuidados, sei cuidar bem». Este sistema de crenças revela-se mal-adaptativo, contribuindo para o desenvolvimento de processos cognitivos e comportamentais patológicos que aumentam a probabilidade de incidência de problemas emocionais associados à solidão nos prestadores de cuidados (Losada *et al.*, 2010a).

*OUTROS FATORES SOCIODEMOGRÁFICOS
OU CONTEXTUAIS QUE TAMBÉM FORAM
ASSOCIADOS À SOLIDÃO DO CUIDADOR
SÃO, POR EXEMPLO, O PARENTESCO OU
O NÍVEL DE ESCOLARIDADE*

Outros fatores sociodemográficos ou contextuais que também foram associados à solidão do cuidador são, por exemplo, o parentesco (ser a esposa; Beeson, 2003) ou o nível de escolaridade (McRae *et al.*, 2009). Do mesmo modo, tal como referem Wagner e Brandt (2015), muitos prestadores de cuidados veem-se obrigados a assumir diferentes papéis (cuidar das pessoas idosas e dos filhos, trabalhar dentro e fora de casa, etc.) que são esgotantes e limitam o tempo para outras atividades pessoais, sociais ou laborais. Assim sendo, não admira que perguntas como «com que frequência lhe parece que as responsabilidades familiares não lhe permitem fazer o que quer fazer?» estejam associadas a mais sentimentos de solidão.

5.2. A causa do problema da dependência

A razão ou o conjunto de fatores que explicam cada caso de dependência na pessoa cuidada também podem introduzir uma importante variabilidade. Por exemplo, as demências têm um percurso mais variável e imprevisível do que outros problemas, e o seu efeito nas capacidades cognitivas da pessoa cuidada e do prestador de cuidados pode diminuir a sua resistência ao stress, contribuindo, assim, para aumentar o seu mal-estar. Da mesma forma, em função das causas implicadas no processo da fragilidade ou doença, as pessoas dependentes podem ter mais ou menos dificuldades de comunicação e mais ou menos necessidades não supridas, sendo a solidão uma das necessidades não supridas que geram mal-estar.

5.3. Atitude do prestador de cuidados e da família face ao processo geral da doença e dos cuidados

As atitudes e os conhecimentos que os prestadores de cuidados e a família tenham em relação à velhice, às causas da dependência ou aos cuidados em geral são também fatores que contribuem para moldar o processo de cuidados. Estes conhecimentos e atitudes podem propiciar nos prestadores de cuidados uma maior sensação de autoeficácia que, por sua vez, foi relacionada com uma percepção inferior da solidão (McRae *et al.*, 2009).

Uma atitude que adotam muitos prestadores de cuidados e que contribui para gerar neles sentimentos de solidão é presumir que, apesar de ser uma situação difícil e indesejada, a prestação de cuidados é algo que só a eles incumbe e que não devem incomodar outros familiares (filhos) com as tarefas de cuidados, porque eles já têm a sua própria vida e não querem que sofram com a situação (Dicé e Zoena, 2017). Estas crenças impedem-nos claramente de pedir ajuda ou repartir tarefas, podendo contribuir para aumentar o fardo dos cuidados e, muito provavelmente, o mal-estar e a solidão. Por outro lado, manter raciocínios do tipo «devo fazer tudo o que estiver ao meu alcance pela minha família» ou «ele/ela vem primeiro, e os meus interesses ou necessidades pessoais podem esperar», tendem a favorecer o isolamento social do prestador de cuidados, a não realização de atividades gratificantes e, portanto, a redução de formas de atenuar o stress.

Da mesma forma, os estereótipos associados à velhice ou às demências podem levar os prestadores de cuidados a pensar que a pessoa com demência é como um bebê, que necessita de cuidados e vigilância constantes, o que foi relacionado com comportamentos de enfrentamento da doença que promovem a dependência (proteção excessiva, forma de falar infantil invalidante das pessoas idosas e fomento de um excesso da dependência nelas). Este estilo de cuidados poderia também favorecer a experiência da solidão nos prestadores de cuidados, dado que implicaria, provavelmente, a concentração de todos os seus recursos de tempo e esforço na tarefa de cuidar de forma quase exclusiva e resultaria em falta de descanso ou de ativação comportamental do prestador de cuidados.

O conjunto de valores dos prestadores de cuidados ou das famílias também pode influir de forma decisiva. Por exemplo, cuidar por motivos intrínsecos («porque quero») não é o mesmo que cuidar por motivos extrínsecos («porque não tenho outro remédio»). Apesar de o tema dos motivos que levam à prestação de cuidados ser de análise complexa, o tipo de motivação que predomina pode influir na vivência da prestação de cuidados e na forma de a enfrentar.

5.4. Comportamento e enfrentamento do prestador de cuidados, da pessoa cuidada, da família e do meio social, sanitário e comunitário

Diferentes características do prestador de cuidados e do funcionamento familiar revelam-se importantes para entender o aparecimento e a persistência da experiência de solidão.

Como já referido, as atitudes e os pensamentos disfuncionais analisados no ponto anterior estão associados a modelos de comportamento mal-adaptativo (não realizar atividades gratificantes, não pedir ajuda, etc.) que poderiam conduzir à experiência da solidão. Outra característica dos prestadores de cuidados passível de promover essa experiência é a evitação experiencial, que parece estar relacionada com uma menor competência para regular as emoções e com a própria experiência de solidão na população em geral (Shi *et al.*, 2016). A evitação experiencial foi identificada como uma tendência presente em muitos prestadores de cuidados (Losada *et al.*, 2014), que aplicam

determinadas regras rígidas à forma como devem ou não sentir-se e pensar («não se deve sentir rejeição ou outras emoções desagradáveis para com a pessoa de quem se cuida» ou «em situações difíceis dos cuidados, nas quais necessitaria de algum tipo de apoio, prefiro não falar com outros familiares se isso puder ser fonte de conflitos»). Esta variável poderia estar na base de diferentes tipos de comportamentos evasivos (não comunicar o mal-estar nem mostrar a própria vulnerabilidade, evitar o conflito com outras pessoas da família ou deixar de realizar atividades que dão prazer para evitar sentir culpa) que poderiam facilitar o isolamento emocional e/ou social e, por último, a experiência da solidão.

Por outro lado, na população geral, descobriram-se características, como, por exemplo, a sensibilidade interpessoal, a desconfiança, um processamento da informação tendencioso para com a própria inadequação social e a rejeição por parte dos outros, provavelmente relacionadas com experiências interpessoais negativas ao longo da vida, que são associadas à experiência da solidão e, ao mesmo tempo, acentuadas por esta (Cacioppo e Hawkley, 2009; Jackson e Cochran, 1991).

AS ATITUDES E OS PENSAMENTOS
DISFUNCIONAIS ANALISADOS NO
PONTO ANTERIOR ESTÃO ASSOCIADOS
A MODELOS DE COMPORTAMENTO
MAL-ADAPTATIVO QUE PODERIAM
CONDUZIR À EXPERIÊNCIA DA SOLIDÃO

No que respeita às variáveis relacionadas com a família, a medida em que esta (e outras pessoas importantes, como as amigas) dá suporte ou apoio emocional ao prestador de cuidados – validando as suas decisões e o seu estado emocional, ajudando nos cuidados, favorecendo uma adequada coesão e comunicação familiar, resolvendo conflitos e tomando decisões em conjunto – revela-se fundamental. A receção de apoio emocional de outras pessoas pode reduzir a solidão dos prestadores de cuidados e, assim, melhorar a sua saúde mental (Secinti *et al.*, 2019). Um estudo qualitativo realizado por Moyle *et al.* (2011) destacou quatro grandes temas identificados nas narrativas de prestadores de cuidados de pessoas com demência como fundamentais para entender a experiência da solidão. O primeiro referia-se à importância de ter a oportunidade de contacto (receber visitas, dar-se com outras pessoas, ter com quem falar) para evitar a solidão. Outra das temáticas identificadas referia-se à perda da capacidade para envolver-se socialmente. Os prestadores de cuidados indicaram

que a sua solidão está associada a uma menor capacidade das pessoas cuidadas para estabelecer e manter conversas, pela dificuldade em expressar eficazmente sentimentos e reconhecer caras ou nomes, possivelmente devido aos efeitos da demência na sua cognição (memória). Também se destaca a temática da solidão por se sentir rejeição e falta de compreensão dos outros, bem como pela lenta e gradual alienação (desaparecimento, nos termos dos autores) da vida da pessoa com demência. Neste sentido, muitos prestadores de cuidados queixam-se de que a família e os amigos não aceitam o diagnóstico ou as mudanças que ocorrem nas pessoas com demência. Por último, Moyle *et al.* (2011) explicam que, nas suas narrativas, os prestadores de cuidados referem as estratégias que utilizam para tentar superar a solidão, sendo uma das principais realizar atividades para manter a cabeça ocupada ou não estar sempre a fazer a mesma coisa.

Vasileiou *et al.* (2017) realizaram um estudo qualitativo cujo objetivo era analisar as construções das experiências de solidão dos prestadores de cuidados a partir do seu discurso. Identificaram as seguintes áreas temáticas que resumiam os seus resultados: a) a solidão enquadra-se no contexto de um espaço pessoal reduzido, fruto das restrições impostas pelos cuidados; b) a solidão também se produz no seguimento de perdas relacionais e privações no âmbito das relações; c) a solidão está associada a sentimentos de impotência, vulnerabilidade e responsabilidade; e d) a solidão acentua-se perante encontros ou contactos sociais que os prestadores de cuidados percebem como distantes ou frios. Para cada uma dessas áreas temáticas, incluem interessantes discursos dos prestadores de cuidados que as justificam e que mostram o impacto dos cuidados nas dimensões fundamentais da vida, como, por exemplo, a liberdade para gerir a própria vida (lazer, relações sociais, relação com os netos, etc.) ou para viver sem preocupações ou, pelo menos, com preocupações que não sejam a constante preocupação e a resposta prioritária às necessidades e ao bem-estar da pessoa cuidada. São especialmente interessantes os comentários de alguns prestadores de cuidados no que se refere – além da redução das suas interações sociais – à falta de compreensão, empatia, ignorância ou reconhecimento do seu papel de prestadores de cuidados por parte das outras pessoas e da sociedade. A referência à perda também está refletida no estudo qualitativo de Dicé e Zoena (2017), em que os prestadores de cuidados mencionam a importante restrição da liberdade pessoal, agravada pela preocupação constante de que algo possa correr mal.

Nesta questão destaca-se a especial importância do dilacerante relato publicado por Levine (1999) sobre a sua solidão como prestadora de cuidados durante anos, em que descreve as situações que sucederam após um acidente de viação do marido. Descreve o processo de cuidados com o qual se deparou no hospital e em casa, durante anos, e como o sistema (de cuidados, incluindo o de saúde) não funcionou, provocando o que ela descreve da seguinte forma: «Deixei de ser uma mulher e passei a ser uma cuidadora» (p. 1587). Levine relata como, em momentos críticos no início do problema do marido (atendimento hospitalar), era atendida e considerada com amabilidade e preocupação pelo pessoal, mas, com o passar do tempo, se tornou invisível, para voltar a ser visível não como mulher, mas como a organizadora e prestadora de cuidados ao marido. Denuncia como se sentiu «abandonada por um sistema de cuidados de saúde que destina recursos e recompensas para socorrer o ferido e o doente, mas depressa os entrega às suas famílias, lançando-as no buraco negro dos cuidados crónicos supervisionados» (p. 1588). No seu relato, Levine descreve a dureza dos cuidados em termos do isolamento a que se veem destinados os prestadores de cuidados, acrescido de uma importante quantidade de necessidades não supridas, incluindo as financeiras.

O efeito da família, das amizades ou do apoio social em geral no processo de cuidados é complexo. Hajek e König (2018a) indicam que o início dos cuidados não parece estar associado à percepção de maior solidão por parte dos prestadores de cuidados. É possível que, em fases iniciais do processo de cuidados, se possa obter uma quantidade de apoio social (emocional, instrumental, etc.) que limite a percepção de solidão por parte dos prestadores de cuidados. Como referem Rokach *et al.* (2013), que estudaram prestadores de cuidados de pessoas vítimas de cancro, o apoio social fortalecido que os prestadores de cuidados recebem face à experiência do cancro pode protegê-los de solidão frequente e intensa. Isso sugere a interessante hipótese de o início dos cuidados poder acrescentar vulnerabilidade a uma eventual solidão futura associada aos cuidados, ao reduzir os recursos internos do prestador de cuidados para estabelecer uma rede estável de apoio a partir da utilização de recursos «adicionais» aos da sua rede pessoal. Rokach *et al.* (2013) expõem uma hipótese alternativa, que tem que ver com o facto de os prestadores de cuidados dedicarem a maior parte da sua atenção a enfrentar a doença e a atender à pessoa cuidada, restando-lhes poucos recursos para enfrentar a solidão.

5.5. Avaliação dos cuidados

Os fatores anteriores determinarão, em grande medida, a forma como o prestador de cuidados avalia a sua situação. Por exemplo, se considera que surgiu algum tipo de carência na relação com a pessoa cuidada ou uma perda do eu, essa circunstância é associada à solidão (Beeson, 2003). Esses fatores podem contribuir para que a sua situação pessoal possa ser interpretada como tolerável ou, pelo contrário, como uma sobrecarga. Como já se referiu, os sentimentos de solidão não são só um «ponto de chegada», ou seja, um resultado ou uma consequência de todas as variáveis e todos os processos considerados nos pontos anteriores, mas também são um «ponto de partida» de novos processos disfuncionais, uma vez que podem contribuir para intensificar ou perpetuar o mal-estar do prestador de cuidados, fomentando a persistência ou o desenvolvimento de padrões comportamentais mal-adaptativos, como o isolamento, a ruminação ou a evitação de experiências sociais gratificantes (Cacioppo e Hawkley, 2009).

A influência dos fatores mencionados nos pontos anteriores também pode moldar a reação ou a percepção dos prestadores de cuidados face às exigências ou aos problemas associados aos cuidados, tais como os sintomas comportamentais e psicológicos das demências, que poderiam ser percebidos como altamente stressantes. Além disso, existe uma complexa interação entre as reações dos prestadores de cuidados e as das pessoas cuidadas em relação à avaliação da sua situação. Assim, por exemplo, o estudo de Ayalon (2016) indica que os prestadores de cuidados que não sofrem muito de solidão cuidam de pessoas que também não sofrem muito de solidão, o que poderia sugerir um efeito de contágio da solidão ou que os membros da unidade de cuidados estão expostos a circunstâncias semelhantes.

5.6. Consequências dos cuidados

Por último, todos os fatores e variáveis analisados até ao momento podem fazer com que as consequências dos cuidados nos prestadores de cuidados ou nas pessoas cuidadas sejam mais ou menos negativas em termos de saúde psicológica (depressão, ansiedade, culpa, ira, crescimento pessoal, satisfação, etc.) ou física (risco cardiovascular, problemas imunitários, etc.), o que tem impacto

na evolução da situação de cuidados (que se acelere o momento de entrada num lar da terceira idade) ou no aparecimento de fatores de stress secundários (que aumentem os conflitos familiares ou laborais). Já foram referidas as associações entre a solidão e o mal-estar psicológico e físico dos prestadores de cuidados, existindo relações entre a solidão e outras consequências, como, por exemplo, as económicas. Assim, os prestadores de cuidados que sofrem mais de solidão expressam, por sua vez, uma maior perceção de não ter dinheiro suficiente para chegar ao fim do mês (Ayalon, 2016).

É importante assinalar que também podem existir influências recíprocas (retroalimentação) entre as diferentes dimensões do modelo descrito até aqui. Assim, por exemplo, uma maior valorização ou perceção da solidão pode produzir mais depressão, tal como uma depressão mais acentuada poderia afetar outras dimensões do modelo (reduzindo a realização de atividades de lazer), agravando a solidão.

6. RECURSOS E SOLIDÃO NOS CUIDADOS

Vasileiou *et al.* (2017) referem como uma importante fonte de solidão os sentimentos de impotência e vulnerabilidade dos prestadores de cuidados em momentos pontuais dos cuidados em que enfrentam situações difíceis e não têm um acesso fácil à ajuda de outros. É possível que essas «crises» pontuais possam minar de forma especial a perceção de controlo e autoeficácia dos prestadores de cuidados. Muitos deles expressam as dificuldades que têm para conseguir a ajuda de que necessitam (Levine, 1999; Musich *et al.*, 2017). A escassa diversidade, acessibilidade e inflexibilidade dos recursos existentes para os prestadores de cuidados não ajuda a responder a estas questões, que podem fazê-los sentir-se especialmente sozinhos e indefesos.

O estudo de McRae *et al.* (2009) destaca que os prestadores de cuidados que frequentam grupos de apoio não sofrem tanto de solidão e obtêm mais apoio percebido do que os que não o fazem. Estes resultados sugerem que a adesão a grupos de apoio pode reduzir os sentimentos de solidão, apesar de não se poder descartar a possibilidade de as pessoas que recorrem aos grupos terem determinadas características que as protegem da solidão ou terem formas mais adaptativas de enfrentar a situação, aproximando-se de outras pessoas ou ajudando outros que se encontrem na mesma situação (McRae *et al.*, 2009).

Wagner e Brandt (2015) proporcionam dados que demonstram a existência de diferenças nos recursos dedicados a serviços de ajuda formal consoante os países. Os países com menos recursos destinados a esta questão são a Itália, a Espanha e a Eslovénia. Estes dados ganham relevância na medida em que uma maior disponibilidade de recursos formais está associada a uma menor incidência de solidão nos prestadores de cuidados. Assim, viver em contextos urbanos com mais serviços formais está relacionado com uma menor incidência de solidão. Nessa mesma linha, as diferenças de solidão entre prestadores de cuidados e não prestadores de cuidados são menos visíveis quando existem mais recursos formais disponíveis (Wagner e Brandt, 2015). Segundo Wagner e Brandt (2018:24), «proporcionar apoios formais é essencial não só para os recetores de cuidados, mas também para os prestadores de cuidados: a perceção de alternativas aos planos de cuidados faz-se acompanhar por um aumento do bem-estar dos prestadores de cuidados informais», sendo a inexistência de solidão um dos principais indicadores de bem-estar.

7. CONTRIBUTOS PARA A INTERVENÇÃO NO PROCESSO DE SOLIDÃO NOS CUIDADOS

Quase não existem estudos que visam analisar a influência das intervenções na solidão dos prestadores de cuidados, e os existentes têm uma conceção que dificulta a obtenção e a generalização de conclusões. É preciso mencionar um estudo piloto que avaliava a influência da musicoterapia no aumento das relações sociais em prestadores de cuidados de pessoas com demência e que não obteve resultados significativos na redução dos sentimentos de solidão nos prestadores de cuidados (Clair *et al.*, 1993).

Do exposto até aqui podem retirar-se diferentes ideias sobre quais poderiam ser os objetivos de uma intervenção com vista a reduzir os sentimentos de solidão dos prestadores de cuidados e as consequências associadas. Por questões de coerência com o mencionado anteriormente, estas ideias são organizadas de acordo com o modelo teórico descrito no ponto anterior:

- **Circunstâncias que precedem os cuidados e o contexto.** Seria desejável que as instituições públicas aumentassem os recursos disponíveis para o atendimento aos prestadores de cuidados, dotando-os de mecanismos que lhes ofereçam uma maior flexibilidade e adaptação às necessidades individuais e

em constante mudança de cada família afetada. Entre outros, deveriam existir recursos ou serviços que permitissem identificar os prestadores de cuidados vulneráveis e que correm o risco de se verem especialmente afetados pelos cuidados. Os prestadores de cuidados deveriam ser considerados não só um recurso que resolve o problema, mas também uma parte afetada e com o direito de receber atenção e recursos, para evitar processos como os descritos anteriormente, que os conduzem ao isolamento e à solidão.

- **Causa do problema que gera dependência.** Os prestadores de cuidados devem conhecer e poder antecipar a evolução da doença que enfrentam, bem como a sua variabilidade. Além disso, deveriam ter acesso a recursos que permitissem dar resposta a necessidades urgentes resultantes de situações imprevistas.
- **Atitude do prestador de cuidados e da família.** Como já referido, culturalmente somos levados, em grande medida, a enfrentar os cuidados de forma mal-adaptativa, relegando os interesses pessoais para segundo plano ou evitando emoções ou pensamentos negativos associados aos cuidados por medo ou preocupação com o que os outros vão dizer. Neste sentido, podem contribuir com êxito para melhorar a vivência emocional dos prestadores de cuidados as intervenções que, por um lado, promovam a aceitação de emoções e pensamentos incómodos ou dolorosos, cuja evitação interfere no enfrentamento adaptativo dos cuidados e no compromisso com valores pessoais carregados de significado e, por outro, visem alterar as crenças mal-adaptativas que limitam a ativação comportamental, a expressão assertiva de necessidades, o contacto com os outros, etc. (Márquez-González *et al.*, 2007). Não restam dúvidas de que as ações que procurem envolver a família no processo de enfrentamento dos cuidados e melhorar a comunicação e a coesão familiar podem não só atenuar os efeitos dos cuidados no prestador de cuidados, mas também contribuir para uma maior capacidade de receber apoio emocional do prestador de cuidados, algo que, como já vimos, está muito associado à solidão.
- **Comportamento e enfrentamento do prestador de cuidados, da pessoa cuidada e da família.** Neste ponto, mais uma vez, podem ser de grande interesse intervenções que tenham por objetivo: facilitar a ativação comportamental do prestador de cuidados enquadrada em valores pessoais diferentes dos da pessoa cuidada (lazer, desenvolvimento pessoal, cuidados pessoais, etc.) (Losada *et al.*, 2015; Márquez-González *et al.*, 2010) e o seu descanso; aumentar as fontes de apoio social do prestador de cuidados e ensinar à família

estratégias de comunicação não invalidantes (evitando a linguagem infantil) ou estratégias para a gestão de sintomas comportamentais e psicológicos associados à dependência. Envolver as famílias – e os profissionais nos planos de cuidados – nas intervenções pode, por sua vez, favorecer um aumento das possibilidades de o papel do cuidador ser validado e apoiado, além de fortalecer a coesão familiar. Neste sentido, autores como Vasileiou *et al.* (2017) salientam que aumentar a sensibilidade e a apreciação social em relação às contribuições valiosas dos prestadores de cuidados poderia ajudar a reduzir os seus sentimentos de solidão. Além disso, desta forma os prestadores de cuidados passariam a considerar-se «ligados» e protegidos face à deterioração progressiva da sua situação de vida em virtude da evolução da doença e do «desaparecimento» da pessoa doente. Proporcionar recursos aos prestadores de cuidados para enfrentar de forma adaptativa as várias perdas às quais se veem expostos pode, sem dúvida, limitar o risco de sentimentos de solidão. É evidente que as medidas socioeconómicas e comunitárias destinadas a aumentar a disponibilidade e a flexibilidade de apoios e recursos de ajuda formal aos prestadores de cuidados também são ingredientes essenciais para prevenir e combater a solidão nos prestadores de cuidados.

- **Avaliação e consequências dos cuidados.** As estratégias ou intervenções anteriormente descritas podem reduzir a probabilidade de perceber os cuidados como uma ameaça ou uma sobrecarga que os prestadores de cuidados em posição de solidão enfrentam, o que lhes pode gerar problemas de saúde física e psicológica ou acelerar a tomada da decisão de colocar o familiar num lar da terceira idade.

8. CONCLUSÕES

O processo de cuidados não só favorece o aparecimento da solidão que, por sua vez, está associada longitudinalmente a níveis superiores de mal-estar psicológico e físico nos prestadores de cuidados, com sintomas como a depressão, a dor ou a fadiga (Jaremka *et al.*, 2014), como também fomenta padrões cognitivos e comportamentais mal-adaptativos. Por conseguinte, a solidão introduz um importante grau de vulnerabilidade e risco de problemas de saúde num processo já por si complexo e stressante, como é o dos cuidados familiares a pessoas dependentes.

A solidão do prestador de cuidados implica um processo complexo no qual intervêm fatores culturais (obrigações familiares), sociais (rejeição da doença ou do desconhecido), institucionais (abuso do cuidador familiar), pessoais e familiares. Este processo está associado a importantes fontes de perda para os prestadores de cuidados, incluindo a perda da relação com a pessoa cuidada e a mudança na autoperceção: deixa de ser uma «pessoa» para ser um «recurso» («o prestador de cuidados»).

Embora todos os prestadores de cuidados possam estar em risco devido às exigências da tarefa que desempenham, alguns são especialmente vulneráveis. As mulheres – especialmente, as filhas cuidadoras – podem encontrar-se numa situação de risco acentuado, dado que, culturalmente, «foram instruídas» a assumir essa responsabilidade. Podem, por isso, ver-se mais afetadas por processos que conduzem ao isolamento e que aumentam a probabilidade de experimentar sentimentos muito incapacitantes, como a ambivalência ou a culpa (Losada *et al.*, 2018; Romero-Moreno *et al.*, 2014).

Embora não existam intervenções empiricamente validadas destinadas a reduzir os sentimentos de solidão nos prestadores de cuidados, consideramos que é possível diminuir a vulnerabilidade dos prestadores de cuidados à solidão através de estratégias.

Resumindo, através do presente trabalho pretendemos descrever o estado atual da questão da solidão e dos cuidados familiares a pessoas dependentes. Apesar de a maioria dos estudos disponíveis ser de caráter transversal, com amostras de tamanho limitado, parece evidente que a solidão é um problema habitual no processo de cuidados, que está associada a importantes consequências negativas. Dito isto, é surpreendente o facto de não existirem estudos especificamente concebidos para intervir no processo da solidão nos prestadores de cuidados, uma vez que estes poderiam contribuir muito para reduzir em grande medida as consequências negativas dos cuidados na saúde deste grupo.

ESTRATÉGIAS PARA DIMINUIR A VULNERABILIDADE DOS PRESTADORES DE CUIDADOS À SOLIDÃO:

- Aumentar o número de recursos disponíveis para os prestadores de cuidados, favorecendo a sua acessibilidade e flexibilidade, bem como a sua capacidade para atender as necessidades específicas dos prestadores de cuidados e não generalidades.
- Eliminar barreiras (fundamentalmente cognitivas) que ajudem os prestadores de cuidados a «ganhar independência» em relação aos cuidados e ativar neles comportamentos que aumentem as suas possibilidades de receber apoio social do meio circundante.
- Proporcionar recursos que atenuem os efeitos do stress ou favoreçam processos de autoeficácia nos prestadores de cuidados.
- Ajudar os prestadores de cuidados a serem coerentes com o valor dos cuidados, validando-os sem descurar outras áreas de valor fundamentais nas suas vidas, que lhes permitam manter a ligação com o meio circundante e evitar o isolamento, enfrentando sozinhos uma tarefa altamente stressante.

7

Intervenções na solidão

Dra. Sacramento Pinazo

«Para dominar o medo, temos de o isolar. Para isso, temos de definir com exatidão o objeto do nosso medo.»

KENZABURŌ ŌE

1. O QUE SIGNIFICA INTERVIR?

As situações de vida das pessoas que envelhecem impedem-nas frequentemente de se relacionarem como desejariam com os outros. Por vezes existem relações de interação, mas estas não cumprem as expectativas que as pessoas têm sobre as mesmas. Seja quais forem as circunstâncias, certo é que muitas pessoas vivem situações que geram nelas sentimentos de solidão, que, por sua vez, se repercutem em estados emocionais negativos. Para reduzir estas situações indesejadas e ajudar as pessoas a envelhecer com uma melhor qualidade de vida, implementaram-se diferentes tipos de programas de intervenção social.

A intervenção social é uma ação que se realiza de maneira formal ou organizada com o intuito de responder a necessidades sociais e incidir significativamente na interação das pessoas, aspirando a uma legitimação pública ou social (Fantova, 2007). Isso significa que é necessário um certo grau de análise prévia para propor um plano de ação adequado, de acordo com os objetivos previstos e os recursos disponíveis. Além disso, incidir em aspetos relacionais (nível microssocial) implica um ajuste entre a autonomia pessoal e a integração comunitária, com vista a gerar um ambiente que permita às pessoas evitar o isolamento e manter o contacto com o meio circundante.

A intervenção social tem por objetivo superar as relações problemáticas entre as pessoas e os ambientes em que vivem (bairro, comunidade, cidade), através do apoio (material, instrumental, emocional), da educação (novas ferramentas para a interação social) e do aumento e da melhoria das redes e das relações sociais (família, amigos, vizinhos, organizações, instituições, recursos).

Quando falamos de projetos de intervenção social, referimo-nos a ações que se realizam para responder a um problema manifestado pelas pessoas por ele afetadas, ações que se realizam para responder a um problema detetado pelos profissionais ou técnicos e ações que se realizam para prevenir problemas futuros mais graves, devendo fazer-se a distinção entre prevenção primária, secundária e terciária.

Além disso, a intervenção social ou psicossocial tem diversas funções, entre as quais, a prestação de serviços, a prevenção de problemas, a mudança social,

a avaliação de necessidades e a elaboração de programas, bem como o desenvolvimento de recursos humanos de apoio ou de ajuda aos outros (como o voluntariado) e de capacitação das pessoas (*empowerment*).

2. INTERVIR COM BASE EM QUE FATORES?

A intervenção psicossocial visa compreender, prever e mudar o comportamento social das pessoas, alterando os aspetos nocivos do seu ambiente, tendo por finalidade melhorar a sua qualidade de vida. O seu principal objetivo é aumentar o bem-estar individual e coletivo, através do desenvolvimento psicológico das pessoas e das suas ligações com o ambiente social.

A intervenção social é uma ação que visa mudar uma situação que, de acordo com determinados critérios, se considera intolerável ou fora dos padrões ideais de funcionamento. No caso de que aqui nos ocupamos, intervir na solidão é tentar modificar as situações que provocam o sentimento negativo de solidão ou o isolamento social de um grupo de pessoas em concreto, ou de um grupo que se considera vulnerável, pois assim o justificam os dados científicos.

Diferentes autores observaram fatores que são indicadores e consequência da solidão, como uma saúde mental deteriorada, baixa autoeficácia, défice cognitivo, determinados aspetos sociais (qualidade e quantidade das relações sociais), estado de saúde e estado funcional, além de poucas oportunidades para o contacto social (Cohen-Mansfield e Parpura-Gill, 2007; Leigh-Hunt *et al.*, 2017).

A integração social satisfatória depende de boas competências sociais e de um ambiente adequado (De Jong Gierveld *et al.*, 2018). Intervir na integração social das pessoas que têm dificuldades em satisfazer as suas necessidades sociais é, portanto, indicado para prevenir os resultados adversos da solidão (Heinrich e Gullone, 2006).

Solidão, isolamento social, viver só, sentir-se só ou estar só são expressões muitas vezes empregues de forma intercambiável (Karnick, 2005; Victor *et al.*, 2000). Para Victor Hugo, o inferno inteiro cabe numa palavra: solidão. A solidão é vista por alguns como algo vergonhoso, e muitas pessoas temem ser ou vir

a ser um fardo para os outros, pelo que podem ter relutância em admitir a sua solidão (McInnis e White, 2001). Isso levanta uma dificuldade à investigação: será que podemos realmente detetar todas as pessoas que sofrem de solidão?

Com intervenções adequadas, centradas neste grupo de pessoas com maior isolamento social, muitas pessoas poderiam continuar a viver nas suas casas durante mais tempo (Findlay, 2003; Cattán *et al.*, 2005). Contudo, uma vez que a solidão não é o mesmo que isolamento social, devemos ter em conta essa distinção na programação das intervenções. Intervir na solidão implica intervir na saúde. São muitos os estudos que confirmam esta relação e que enquadraram a solidão como problema de saúde de importância primordial.

Autores como Holwerda *et al.* (2014) observaram, a partir dos resultados da investigação longitudinal *Amsterdam Study of the Elderly* (AMSTEL), que sentir-se só, e não estar sozinho, é a variável que mais se relaciona com o risco de demência, o que situa o sentimento de solidão como uma variável prodromica da demência, independentemente da doença cardiovascular, da depressão e de outros fatores que requerem uma maior atenção clínica.

Por seu lado, McHugh *et al.* (2019), a partir dos dados do estudo longitudinal *English Longitudinal Study of Ageing* (ELSA), relacionaram a solidão com integração social em modelos de equações estruturais, observando uma ligação entre o aumento da solidão e uma pior integração social (mediada por problemas de memória e sintomatologia depressiva).

Algumas variáveis associadas à solidão que se analisaram na literatura científica são as seguintes: necessidade de ajuda nas atividades da vida diária; contacto pouco frequente com filhos e família (Bondevik e Skogstad, 1996, 1998), amigos (Bondevik e Skogstad, 1998) ou vizinhos (Bondevik e Skogstad, 1996, 1998); a qualidade das relações sociais mais do que o tamanho da rede social (Victor *et al.*, 2000; Cohen-Mansfield e Parpura-Gill, 2007); sentimentos

NECESSIDADE DE AJUDA NAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA; CONTACTO POUCO FREQUENTE COM FILHOS E FAMÍLIA, AMIGOS OU VIZINHOS; A QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS MAIS DO QUE O TAMANHO DA REDE SOCIAL; SENTIMENTOS DE DESESPERANÇA; VIUVEZ; DEPRESSÃO; E INSATISFAÇÃO COM A PRÓPRIA VIDA. TUDO ISTO DEVERIA SER TIDO EM CONTA NA CONCEÇÃO DE BOAS INTERVENÇÕES

de desesperança (Walton *et al.*, 1991; Barg *et al.*, 2006); viuvez (Dahlberg *et al.*, 2018); depressão (Alpass e Neville, 2003; Adams *et al.*, 2004; Victor *et al.*, 2005a; Barg *et al.*, 2006; Cohen-Mansfield e Parpura-Gill, 2007; Domènech-Abella *et al.*, 2017); e insatisfação com a própria vida (Schumaker *et al.*, 1993). Tudo isto deveria ser tido em conta na conceção de boas intervenções.

A solidão é um fenómeno multidimensional que pode variar entre pessoas e situações, segundo os diferentes fatores envolvidos, subjetivos e objetivos. A eficácia da implementação de uma intervenção na solidão depende da capacidade para identificar as pessoas que estão sozinhas ou isoladas, ou em risco de vir a estar, por exemplo, por serem viúvas ou prestadores de cuidados não formais, por viverem sós ou por estarem num lar da terceira idade.

3. TIPOS DE INTERVENÇÃO

Convém assinalar que elaborar propostas de intervenção nunca é fácil – e muito menos numa problemática tão complexa como a solidão não desejada. Com efeito, as análises a intervenções eficazes neste tipo de solidão depararam-se com dificuldades, nomeadamente, em distinguir as que se centram na solidão objetiva (mais relacionada com a rede de relações de apoio social que a pessoa tem) das que tratam da solidão subjetiva (o sentimento de solidão). Assim, é mais difícil fazer a comparação posterior dos estudos e, sobretudo, apurar a real eficácia das diferentes propostas de intervenção existentes.

Alguns autores, como Cattan e White (1998), queixam-se de uma certa desconexão entre a investigação e a prática, dado que a análise da solidão foi cientificamente abordada, mas nem todas as intervenções contam com uma metodologia científica que comprove empiricamente a sua eficácia.

A necessidade de avaliar os programas de intervenção desenvolveu-se especialmente nos anos 90, uma década em que se procurava as melhores evidências científicas disponíveis para validar os programas de prevenção, os tratamentos dos doentes, os testes de diagnóstico aplicados, as intervenções educativas e as ações em geral empregues em qualquer contexto. É o que se denomina de *prática baseada em evidências*. O seu objetivo é procurar, localizar, selecionar e adaptar as melhores evidências científicas para cada problema.

A metodologia para avaliar a eficácia dos programas de intervenção na solidão é habitualmente qualitativa, o que representa uma dificuldade na comparação de resultados. No entanto, algumas intervenções na solidão empregaram uma metodologia quantitativa e apresentam resultados com maior ou menor impacto. Para poder retirar conclusões dos resultados dos programas de intervenção, é preciso ter um grupo experimental (que participe no programa de intervenção) e um grupo de controlo (que não participe no programa de intervenção). Só assim é possível perceber se as melhores pontuações obtidas no grupo que participou no programa se deveram ou não à intervenção realizada. Além disso, seria necessário realizar diferentes programas de intervenção em subamostras do grupo que fossem homogéneas para poder retirar conclusões sobre que intervenções são mais eficazes – por exemplo, as individuais ou as de grupo? Seria igualmente interessante não só procurar diferenças entre o pré-teste e o pós-teste, mas também em medições realizadas a três, seis e nove meses, para comprovar se realmente se produziu uma mudança que perdura no tempo. Para poder avaliar a eficácia de uma intervenção, é necessário realizar um processo experimental pré-pós com grupo de controlo. Algumas intervenções utilizaram um processo quase experimental sem grupo de controlo, avaliando antes e depois da intervenção.

Quando um investigador se interessa por um determinado problema de investigação, o habitual é que comece por estudar os trabalhos já publicados, para, assim, ter uma ideia geral do que se conhece e se desconhece a esse respeito. Diferentes revisões da literatura científica permitiram conhecer os resultados de diferentes intervenções. As revisões sistemáticas tentam identificar, selecionar e avaliar, de forma crítica, as investigações relevantes, permitindo examinar a sua eficácia. O problema é que a maioria das revisões sistemáticas realizadas até à data inclui tanto intervenções na solidão como intervenções no isolamento social, acabando, muitas vezes, por confundir ambas.

Outra forma de analisar as intervenções é através da meta-análise. A meta-análise é um método muito utilizado para a revisão sistemática e quantitativa de investigações realizadas, amplamente consolidado e aplicado nas ciências da saúde. Consiste em levar a cabo uma revisão dos artigos empíricos publicados numa temática concreta para quantificar os respetivos resultados mediante técnicas estatísticas.

A meta-análise permite não só comprovar a magnitude do efeito (índice que reflete o grau médio em que diferem os resultados dos participantes do grupo experimental face aos resultados do grupo de controlo), mas também determinar as variáveis que podem explicar a variabilidade de resultados de diferentes intervenções e avaliar a sua eficácia (Marín *et al.*, 2009). Além disso, oferece as técnicas necessárias para acumular de forma rigorosa e eficiente os resultados quantitativos dos estudos empíricos sobre um mesmo problema, permitindo aos profissionais tomar decisões bem informadas nas suas respetivas áreas de trabalho. Os estudos que integram as meta-análises avaliam um mesmo fenómeno, mas os resultados obtidos nas intervenções na solidão não foram os mesmos, dadas as diferentes características dos estudos identificados. Por exemplo, nem todas as investigações utilizaram os mesmos instrumentos. Alguns dos estudos serviram-se da UCLA Loneliness Scale, que é a escala mais utilizada nas suas diferentes versões (UCLA, UCLA-R, UCLA-3) (Banks e Banks, 2002; Shapira *et al.*, 2007; Winningham e Pike, 2007; Routasalo *et al.*, 2009; Tse, 2010). Outro instrumento a que se recorre é a Escala de Solidão de De Jong Gierveld (DJGLS, do inglês, De Jong Gierveld Loneliness Scale), ainda que se aplique mais no contexto europeu do que no geral (Fokkema e Knipscheer, 2007; Coll-Planas *et al.*, 2017).

Fazer uma pergunta curta e direta, do género, «Sente-se só?», pode ser demasiado intimidante para algumas pessoas, que tendem a responder «não», apesar de se sentirem sós, mas é mais fácil e rápida do que passar por uma escala completa. Alguns autores, como Pitkala *et al.* (2009), não utilizaram qualquer escala, optando antes por colocar uma pergunta aberta: «Sofre de solidão?».

O isolamento social pode ser avaliado através de medidas quantitativas, tais como a quantidade de pessoas que compõem a rede social do sujeito ou a frequência de contacto que mantém com elas (Cornwell e Waite, 2009a). Uma escala muito utilizada na investigação científica é a Escala de Rede Social de

O ISOLAMENTO SOCIAL PODE SER
AVALIADO ATRAVÉS DE MEDIDAS
QUANTITATIVAS, TAIS COMO A
QUANTIDADE DE PESSOAS QUE
COMPÕEM A REDE SOCIAL DO SUJEITO
OU A FREQUÊNCIA DE CONTACTO
QUE MANTÉM COM ELAS

Lubben (LSNS, do inglês Lubben Social Network Scale), que mede a frequência de contacto, a proximidade emocional e a confiança com os membros da rede, divididos em família e amigos, mediante as devidas propriedades psicométricas (Gray *et al.*, 2016). Na sua versão extensa, consiste em 18 perguntas e, na abreviada, em seis (mas também existem versões de dez e doze perguntas), podendo ser muito útil no contexto clínico. Mede os três aspetos essenciais da rede social: o emocional, a tangibilidade e o tamanho. A página Web dos autores apresenta dados de validação da escala e tem uma versão validada em espanhol (<https://www.bc.edu/bc-web/schools/ssw/sites/lubben/description/permission-to-use-scales.html>).

O viver só é medido facilmente com uma pergunta sobre a forma de convivência, ou seja, perguntando se a pessoa vive sozinha ou acompanhada (Victor *et al.*, 2002). No entanto, os sentimentos de solidão costumam ser medidos através de autorrelatórios subjetivos, das referidas escalas validadas ou de uma pergunta única e direta sobre a sua incidência e/ou frequência (Pinazo-Hernandis e Donio-Bellegarde, 2018).

Sentir a falta de contacto com as outras pessoas, não ter ninguém com quem falar dos problemas diários, ser invadido por uma sensação de vazio e sentir-se abandonado são alguns dos itens que constam da escala DJGLS. A dificuldade em fazer amigos e a sensação de ser excluído pelos outros são itens da escala UCLA.

Ambas as escalas são adequadas para avaliar a solidão, mas não parecem sê-lo em igual medida. Penning *et al.* (2014) utilizaram a escala DJGLS e a escala UCLA-R para comparar os resultados de solidão obtidos com os dois instrumentos e chegaram à conclusão de que a escala DJGLS é mais apropriada para medir a solidão em pessoas de meia idade e idosas, porque coloca menos problemas do que a UCLA-R. Para os autores, a UCLA-R contém alguns itens (como o 4) menos adequados, itens escritos num sentido que levanta problemas de método, e não se adequa ao modelo unidimensional. Já na escala DJGLS, pelo contrário, estes problemas desapareciam.

Tomás *et al.* (2019) observaram que as duas escalas citadas têm um poder preditivo diferencial. Apesar de ambas estarem relacionadas com a satisfação com a vida, o efeito é ligeiramente maior na escala UCLA-3. O efeito negativo

da escala DJGLS era maior em depressão do que o da UCLA-R. Por essa razão, os autores concluíram que as duas escalas não são intercambiáveis.

É frequente utilizarem-se também outras escalas para medir a depressão ou a satisfação com a vida. Os trabalhos de Tomás *et al.* (2019), Buz e Pérez-Arrechaederra (2014), e Buz *et al.* (2014) confirmam a associação negativa entre solidão e satisfação com a vida em pessoas idosas espanholas, medida neste último caso com a Escala de Satisfação com a Vida de Diener (SWLS, do inglês Satisfaction With Life Scale).

Outro fator a ter em conta é onde se recrutam os participantes num programa de intervenção. Algumas intervenções localizaram os participantes a partir dos serviços sociais ou nos centros de saúde, onde existem profissionais que podem conhecer a realidade dos modos de vida de muitas pessoas, entre as quais, as mais isoladas. Outros estudos fizeram-no através de anúncios publicados na imprensa.

Dadas as consequências negativas da solidão que já se discutiram nos capítulos anteriores deste mesmo livro, importa saber que intervenções destinadas a reduzir a solidão nas pessoas idosas já foram realizadas, bem como o seu procedimento e os seus resultados, especialmente as mais eficazes em termos de custos. Para avaliar a eficácia diferencial das intervenções na solidão, é preciso utilizar uma medida normalizada e utilizar os mesmos instrumentos, ou instrumentos semelhantes, que contemplem os mesmos fatores ou dimensões. Algumas intervenções destinam-se a mitigar não a solidão, mas sim o mal-estar ou a depressão, ou visam aumentar a rede social. Conhecer bem o objetivo da intervenção é determinante para decidir como e o que avaliar.

Assim sendo, e resumindo o exposto até agora, que tipo de intervenção queremos fazer? Sobre a rede social, a ampliação do número de amigos ou a consolidação das redes de amizade? Sobre as condições de vida? Sobre a conceptualização da vida a sós?

A literatura científica distingue os vários tipos de intervenção para reduzir a solidão e o isolamento das pessoas que vivem num contexto comunitário: intervenções individuais (entre as quais se encontram as que se centram

no desenvolvimento das relações de amizade ou *befriending*), intervenções de grupo e intervenções baseadas nas novas tecnologias. Outras intervenções, como as que visam a melhoria do capital social e a participação social, também demonstraram uma redução na solidão dos seus participantes. Um menor número de intervenções foi destinado a pessoas que vivem em lares da terceira idade.

3.1. Intervenções individuais

As intervenções individuais incluem visitas ao domicílio ou *counselling* e chamadas telefônicas. A maioria das intervenções individuais não revelou produzir efeitos significativos na solidão ou no isolamento social, talvez devido ao tipo de intervenção ou à conceção ou seleção de escalas de medição. Por outro lado, não se comparou diretamente na mesma pessoa ou no mesmo grupo o efeito de uma intervenção individual e o efeito de uma intervenção de grupo, pelo que é difícil demonstrar qual dos tipos de intervenção obtém melhores resultados.

As intervenções individuais (*one-to-one*) em que uma pessoa (normalmente, um voluntário) presta apoio social a outra (habitualmente, no seu domicílio), comprovaram produzir um efeito moderado na depressão em diferentes grupos populacionais, mas ainda não demonstraram benefícios nas pessoas idosas.

No âmbito das intervenções individuais, destacam-se as intervenções centradas no fortalecimento das relações de amizade. *Befriending* é a provisão de companhia ou apoio de amizade a uma pessoa que tenha essa necessidade. Trata-se de uma relação unidirecional destinada a aliviar a solidão e a proporcionar apoio através da provisão de companhia regular individual realizada por voluntários. Estas intervenções podem proporcionar a essas pessoas uma nova orientação nas suas vidas, envolvendo-as em novas atividades que melhorem a sua autoestima e promovam a sua saúde.

No seu trabalho de revisão sistemática e meta-análise, Siette *et al.* (2017) debruçaram-se sobre as intervenções que proporcionam companhia – seis intervenções com um total de 765 participantes – e não encontraram evidências

significativas dos seus efeitos benéficos em matéria de depressão, qualidade de vida, solidão, autoestima, apoio social ou bem-estar. Alguns trabalhos não observaram qualquer efeito, como os realizados por Heller *et al.* (1991), Mountain *et al.* (2014) e Walshe *et al.* (2016), no Reino Unido. Apenas a intervenção efetuada por MacIntyr, *et al.* (1999), no Canadá, que observou alterações no apoio social e no bem-estar dos seus 22 participantes, e a de McNeil, LeBlanc e Joyner (1991), também no Canadá, que detetou alterações na depressão dos 30 indivíduos da amostra de participantes, parecem ter sido bem-sucedidas.

Algumas das intervenções centradas na companhia (*befriending*) são realizadas por profissionais, mas, na sua maioria, são voluntários que prestam o apoio. Quase todas as intervenções *befriending* são realizadas no domicílio da pessoa idosa, apesar de, nalguns casos, a intervenção consistir em acompanhar as pessoas para que saiam de casa e realizem atividades fora. Outras limitam-se a contactos telefónicos (normalmente semanais) e, por vezes, combinam as visitas ao domicílio com as chamadas telefónicas.

Alguns dos benefícios do *befriending* para os participantes são novas relações de amizade, ter alguém para ouvir os seus problemas e sentirem-se valorizados e únicos (Thompson *et al.*, 2016). Apesar disso, a relação entre *befriending* e a redução da solidão ou o aumento da participação social ou o apoio social ainda não é evidente. Como vimos, as diferentes revisões realizadas sobre as evidências que os programas de *befriending* oferecem não são muito otimistas.

A diversidade das pessoas idosas leva à necessidade de criar intervenções multidimensionais. Por exemplo, para as pessoas com problemas de mobilidade e de saúde, as intervenções telefónicas podem ser atrativas pela sua acessibilidade (em casa) e a sua flexibilidade (McLeod *et al.*, 2018).

3.2. Intervenções de grupo

Os grupos de apoio e as sessões de debate são adequados para alguns tipos de pessoas, como as que sofrem de doenças de longa duração ou têm mobilidade reduzida, as que vivem uma situação de luto, os seniores em lares da terceira idade e os prestadores de cuidados. No entanto, só são eficazes para as que tenham competências sociais que lhes permitam participar e caso se

prolonguem no tempo (no mínimo, cinco meses). Além disso, podem ser benéficas se ajudarem a promover a autoestima e o autocontrolo das pessoas.

Muitas das atividades de grupo centram-se na inclusão das pessoas em atividades sociais a fim de aumentar a sua participação social. A participação social e cívica está estreitamente relacionada com o bem-estar, como indicam vários estudos anteriores (Serrat *et al.*, 2019).

Alguns programas de grupo intergeracionais demonstraram-se eficazes, como o estudo de Gaggioli *et al.* (2014) realizado a partir de uma intervenção de reminiscência com grupos de seniores que, orientados por um psicólogo, eram incentivados a partilhar as suas memórias com crianças, promovendo, assim, a interação entre ambas as gerações.

3.3. Intervenções com base nas novas tecnologias

Muitos programas de intervenção apoiam-se nas possibilidades que a Internet oferece para aumentar as redes sociais e reduzir a solidão. Algumas intervenções utilizam as tecnologias de informação e comunicação (TIC) para reforçar as redes online das pessoas idosas que vivem em isolamento social, com doenças crónicas ou incapacidade, e que se sentem sós (Fokkema e Knipscheer, 2007; Hagan *et al.*, 2014). Chipps *et al.* (2017), no entanto, realizaram uma revisão sistemática de intervenções eletrónicas em doze bases de dados que continham estudos publicados entre 2000 e 2017. As doze revisões identificadas revelaram ser de qualidade moderada e os estudos demonstraram falta de rigor, levando os autores a concluir que as evidências deste tipo de intervenções são inconsistentes e fracas.

Como exemplo de intervenção recorrendo às TIC ($n = 1$), Blažun *et al.* (2012) expuseram os resultados de um programa de formação em informática levado a cabo com utilizadores iniciantes nestas tecnologias na Finlândia e na Eslovénia.

Khosravi *et al.* (2016), após a análise de 34 estudos sobre o impacto das TIC no isolamento social, também observaram falta de resultados conclusivos, mas pressagiaram um promissor desenvolvimento futuro nos domínios da robótica, das páginas de Internet para contacto social, dos telecuidados, dos ambientes 3D, dos videojogos como os da Wii, etc.

3.4. Intervenções centradas na melhoria do capital social e da participação social

A maioria das intervenções desenvolvidas para combater a solidão centrou-se no reforço dos vínculos sociais e de amizade (Kime *et al.*, 2012), apesar de algumas, em vez de visarem reduzir a solidão, terem tentado melhorar o capital social dos seniores (Coll-Planas *et al.*, 2017), especialmente através da sua inclusão em programas de voluntariado. Os programas de participação social permitem desenvolver a generatividade ericksoniana, que possibilita um duplo ganho: para a pessoa ajudada e para a pessoa que ajuda.

Outras intervenções procuraram motivar a participação em atividades através de encontros semanais em centros sociais ou lares da terceira idade onde se realizam atividades relacionadas com arte (pintura, artesanato popular, teatro, coro, etc.), informática, exercício físico, etc. O objetivo é apresentar uma oferta ampla de atividades que ofereçam a possibilidade de um contacto social ativo e participativo às pessoas idosas socialmente isoladas.

3.5. Intervenções realizadas em lares da terceira idade

O falecimento de entes queridos não é o único fator de risco importante para o aparecimento da solidão nas pessoas idosas (Abellán *et al.*, 2007). A admissão num lar da terceira idade também pode conduzir à solidão nas pessoas idosas (Jürschik *et al.*, 2013), apesar de certos estudos revelarem que algumas pessoas idosas decidem ingressar em lares da terceira idade para reduzir o sentimento de solidão (Rojas *et al.*, 2006).

No programa de intervenção por videoconferência de Tsai e Tsai (2011), os autores observaram uma melhoria no grupo experimental a longo prazo (três, seis e doze meses), mas não identificaram diferenças significativas em relação ao grupo de controlo. Segundo Bermeja e Ausín (2018), o programa desenvolvido por Tsai e Tsai (2011) tem uma qualidade moderada-alta, pois utiliza uma amostra de tamanho adequado e proporcionada em termos de sexo, que abrange 16 lares da terceira idade, faz uma seleção aleatória dos indivíduos nos grupos, toma medidas pré-pós e de acompanhamento e ainda proporciona informações pormenorizadas acerca dos resultados. Apesar

disso, os autores não descreveram detalhadamente o procedimento, o que dificultaria a sua posterior reprodução.

Outros programas de intervenção com evidências de baixa qualidade são os de Chem e Ji (2015), que realizaram um workshop de horticultura, e de Vrbanac *et al.* (2013), com terapia assistida com animais. A qualidade é baixa porque ambas as intervenções se apoiaram em amostras reduzidas, com participantes de um único lar da terceira idade, não contaram com grupos de controlo e não tomaram medidas de acompanhamento a curto nem a longo prazo.

A maior parte das intervenções realizadas para reduzir a solidão foi levada a cabo num contexto comunitário, e há poucas ações deste tipo em lares da terceira idade. Muitas destas intervenções realizadas em lares não tinham como objetivo principal reduzir a solidão, mas a intervenção realizada melhorou os sentimentos de solidão e isolamento social.

Alguns exemplos de programas levados a cabo em lares são os que se centram na perceção subjetiva da solidão, como, por exemplo, as intervenções cognitivo-comportamentais (Winningham e Pike, 2007); os que se baseiam na análise da vida ou na terapia de reminiscência (Chiang *et al.*, 2010); os que utilizam a videoconferência e visam manter a relação com as famílias ou iniciar novas relações com outras pessoas (Tsai *et al.*, 2010); os que recorrem à terapia do humor a fim de melhorar a felicidade e reduzir a sintomatologia depressiva (Tse *et al.*, 2010); os que empregam programas de exercício físico (Tse *et al.*, 2014); os que promovem workshops de jardinagem e horticultura (Brown *et al.*, 2004; Tse, 2010); e os que se centram na terapia assistida com animais (Banks e Banks, 2002; Vrbanac *et al.*, 2013).

No geral, constatou-se que estes programas melhoram não só os sentimentos de solidão percebida, como também outros fatores relacionados, como a qualidade de vida, o bem-estar psicológico, a socialização e os sintomas depressivos. Os programas que incluem terapias de grupo avaliam fatores como

NO GERAL, CONSTATOU-SE QUE ESTES PROGRAMAS MELHORAM NÃO SÓ OS SENTIMENTOS DE SOLIDÃO PERCEBIDA, COMO TAMBÉM OUTROS FATORES RELACIONADOS, COMO A QUALIDADE DE VIDA, O BEM-ESTAR PSICOLÓGICO, A SOCIALIZAÇÃO E OS SINTOMAS DEPRESSIVOS

a socialização, entre outros, já que estas terapias permitem aos participantes partilhar as suas experiências com outros membros do grupo. Diferentes autores preferem a terapia de grupo à terapia individual nos lares da terceira idade, pois favorecem os contactos sociais entre eles, melhoraram as competências de comunicação e permitem estabelecer novas relações. Por este motivo, parece interessante promover intervenções de grupo nos lares da terceira idade, pois são espaços onde as pessoas podem interagir com mais facilidade. No que se refere aos programas de intervenção com animais, observam-se diversas limitações, como a existência de problemas de saúde (alergias) ou psicológicos (fobias) nos participantes.

As intervenções de grupo parecem ser mais eficazes para ativar a socialização, e o número ideal de pessoas por grupo é de sete a oito (Cattan *et al.*, 2005).

4. AS INTERVENÇÕES MAIS EFICAZES

Muitos autores realizaram revisões sistemáticas das intervenções na solidão e no isolamento social publicadas na literatura científica desde 1970 (Findlay, 2003; Cattan *et al.*, 2005; Masi *et al.*, 2011; Dickens *et al.*, 2011; Choi *et al.*, 2012; Hagan *et al.*, 2014; Morris *et al.*, 2014; Cohen-Mansfield e Perach, 2015; Stojanovic *et al.*, 2016; Poscia *et al.*, 2018; Bermeja e Ausín, 2018).

Vários quiseram saber que tipo de intervenções na solidão e isolamento social foram realizadas, como foram concebidas e que resultados obtiveram. Em seguida expõem-se os resultados mais interessantes encontrados nas revisões e meta-análises de intervenções que visam reduzir a solidão e o isolamento social de pessoas idosas que vivem num contexto comunitário; nas revisões e meta-análises de intervenções que visam reduzir a solidão e o isolamento social de pessoas idosas que vivem em lares da terceira idade; e nas revisões de intervenções que visam reduzir a solidão e o isolamento social das pessoas idosas através das TIC.

4.1. Revisões e meta-análises de intervenções que visam reduzir a solidão e o isolamento social de pessoas idosas que vivem num contexto comunitário

A primeira revisão deste tipo de intervenções foi realizada por Cattan e White (1998), que analisaram ações efetuadas entre 1970 e 1997. Foram incluídos 21 estudos – dez dos quais ensaios aleatorizados – tendo em conta tanto a qualidade do artigo e da metodologia como a eficácia da intervenção. Os autores identificaram quatro tipos de intervenções de promoção da saúde que visam reduzir a solidão ou o isolamento social: intervenções com atividades de grupo (10 estudos com grupo de apoio, com programas de capacitação e de aumento do número de amizades), intervenções individuais (6 estudos), prestação de serviços (4 estudos) e intervenções com enfoque comunitário (1 estudo com intervenção de serviços sociais e comunitários).

Findlay (2003) repetiu a revisão no período de 1998-2002, procurando intervenções destinadas a pessoas socialmente isoladas, e encontrou 17 estudos, entre os quais só identificou seis ensaios totalmente aleatorizados, concluindo que teria poucas provas da eficácia das intervenções. A discussão do seu artigo começa por referir a crença existente de que as intervenções ajudam a reduzir o isolamento social e os seus efeitos adversos, mas não há evidências científicas que o demonstrem. O autor identificou quatro tipos de intervenções: intervenções com atividades de grupo (6 estudos), intervenções individuais (5 estudos), prestação de serviços (2 estudos, com intervenção dos serviços sociais e comunitários e como voluntariado que identifica as pessoas em risco de vulnerabilidade social por não recorrerem a qualquer tipo de serviço de apoio) e intervenções com tecnologias de informação e comunicação (Internet) (4 estudos que incluem o correio eletrónico para manter a comunicação com o meio social envolvente ou a utilização de páginas Web especificamente desenvolvidas para pessoas idosas e a teleconferência, centrada nas conversações telefónicas ou para oferecer serviços de apoio telefónico com uma pessoa formada em comportamentos de risco, como por exemplo, o suicídio).

Cattan *et al.* (2005) realizaram uma nova revisão sistemática em que selecionaram 30 estudos quantitativos publicados entre 1970 e 2002, com uma grande variabilidade nas suas conceções e métodos, e utilizaram guias normalizados

para a elaboração de revisões sistemáticas. Assim, identificaram e categorizaram 31 estudos: 17 intervenções de grupo, 10 intervenções individuais, 3 prestações de serviços e 1 desenvolvimento comunitário. Entre as intervenções eficazes, nove em cada dez foram intervenções de grupo com grupo de apoio ou educativo. Entre as intervenções ineficazes, seis em cada oito proporcionaram apoio individual, aconselhamento, informação ou consultoria em necessidades de saúde. Os autores retiveram duas ideias do estudo: os benefícios das intervenções de grupo, ou seja, que as intervenções de grupo educativas e sociais destinadas a grupos específicos podem atenuar o isolamento social e a solidão nas pessoas idosas; e que a eficácia das intervenções centradas nas visitas ao domicílio e na amizade (*befriending*) não foi demonstrada.

Dos estudos analisados, 16 foram ensaios totalmente aleatorizados. De acordo com a classificação anterior, os autores identificaram quatro tipos de intervenções: atividades em grupo (17 estudos), individuais (10 estudos), prestação de serviços (3 estudos) e com enfoque comunitário (1 estudo). Nalgumas intervenções puderam constatar que o apoio necessário era prestado pelos profissionais, e em muitas outras, por voluntários, educadores ou pares. Puderam ainda observar que existiam grandes diferenças entre as intervenções em função da intensidade das sessões e a duração das ações. De todas as intervenções analisadas, apenas uma quarta parte (seis estudos) se revelaram eficazes na redução da solidão ou do isolamento social.

Os autores dividiram as intervenções de grupo encontradas (grupos de discussão, de autoajuda, de atividade física ou de formação em competências) em atividades com uma contribuição educativa e intervenções de grupo para dar apoio social. Por outro lado, dividiram as intervenções individuais (visitas domiciliárias, contacto telefónico) em visitas ao domicílio para informar de serviços ou prestar serviços, visitas ou chamadas telefónicas para dar apoio direto ou resolver problemas concretos, e apoio social com intervenções individuais.

Dickens *et al.* (2011) realizaram uma revisão sistemática utilizando as recomendações (declaração PRISMA, do inglês Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) e os guias normalizados para a elaboração de revisões sistemáticas (Cochrane Risk of Bias Tool para estudos

aleatorizados, e Newcastle-Ottawa Scale para estudos não aleatorizados), incluindo 32 estudos. Metade dos trabalhos eram ensaios totalmente aleatorizados e a outra metade estudos quase experimentais com grupo de controlo. Os autores identificaram quatro tipos de intervenções: atividades em grupo (19 estudos), individuais (11 estudos), combinação grupo-individual (1 estudo) e prestação de serviços (1 estudo). Além disso, observaram um viés em todos os estudos: um viés alto em 11 estudos e um viés moderado em 21 estudos.

Os autores dividiram as intervenções da seguinte forma: as que oferecem atividades sociais e físicas; as que oferecem apoio através de diferentes estratégias ou métodos; as que se baseiam na formação sobre a utilização da Internet; as visitas ao domicílio; e as prestações de serviços. Alguns dos estudos que estes autores incluíram não eram intervenções destinadas a pessoas idosas (cinco incluíam pessoas com menos de 55 anos). Assim sendo, dos 32 estudos que cumpriam os critérios de inclusão, só 27 eram destinados à população idosa.

A revisão de intervenções para reduzir o isolamento social de Dickens *et al.* (2011) concluiu que as intervenções de grupo de apoio demonstraram ser eficazes para melhorar os níveis de saúde, reduzir a solidão e aumentar a atividade social dos participantes. Os autores observaram que, após a participação no grupo, as pessoas idosas adquiriam uma maior sensação de controlo sobre as atividades que realizavam. Constatou-se também que as intervenções que tinham revelado alguma eficácia incluíam algum componente educativo e atividades sociais ou de grupo, especialmente quando destinadas a um grupo populacional concreto. Isso parece querer indicar que não é suficiente ir ao domicílio das pessoas ou incluí-las nalgum grupo. É preciso especificar e ajustar as atividades de intervenção às necessidades de cada uma, com um bom conhecimento das suas circunstâncias.

Para isso, é necessário contar com os recursos comunitários para que, ao finalizar a intervenção, a pessoa conheça os serviços disponíveis na sua zona de residência e seja capaz de, por si só, recorrer aos que lhe interessam em cada momento. Além disso, é preciso contar com voluntários e profissionais formados; ou seja, fazer uma seleção, proporcionar formação e prestar um apoio específico aos facilitadores e coordenadores das intervenções (Pinazo-Hernandis e Donio-Bellegarde, 2018).

Uma das revisões mais sugestivas é a de Masi *et al.* (2011), que propõe quatro formas de ação sobre a solidão nas pessoas idosas (Pinazo-Hernandis e Donio-Bellegarde, 2018).

Masi *et al.* (2011) desenvolveram a primeira meta-análise que visa quantificar a eficácia das intervenções concebidas para reduzir a solidão. Para isso, selecionaram 28 intervenções realizadas entre 1970 e 2009, destinadas a pessoas idosas com mais de 60 anos. Todos os estudos ou tinham uma análise pré-pós intervenção sem grupo de controlo ou eram estudos não aleatorizados com grupo de controlo ou estudos aleatorizados com grupo de controlo.

Cohen-Mansfield e Perach (2015) também realizaram uma revisão de intervenções efetuadas entre 1996 e 2001, incluindo, nessa ocasião, e pela primeira vez, intervenções levadas a cabo em lares da terceira idade. Selecionaram 34 estudos – dos quais apenas um qualitativo – que cumpriam os critérios de inclusão. Os autores classificaram as intervenções em cinco tipos: educativas (24 estudos), com atividades partilhadas (6 estudos), com atividades individuais (1 estudo), com terapias ou técnicas específicas de intervenção (2 estudos) e com ajudas sensoriais tecnológicas (1 estudo).

Recentemente, Cohen-Mansfield *et al.* (2018) realizaram uma intervenção denominada I-SOCIAL (Increasing SOcial Competence and social Integration of older Adults experiencing Loneliness) baseada, em parte, no modelo teórico cognitivo-comportamental, que conceptualiza os comportamentos como resultantes da interação entre fatores pessoais e do meio envolvente, e, por outra parte, no modelo de depressão e solidão (MOdel of DEpression and Loneliness, MODEL), que identifica barreiras específicas para a integração social em pessoas sós e que integra sessões individuais e de grupo, permitindo aos participantes

QUATRO FORMAS DE AÇÃO SOBRE A SOLIDÃO NAS PESSOAS IDOSAS (DE ACORDO COM MASI ET AL.)

1. Programas que aumentam as competências sociais das pessoas idosas (assertividade, competências de comunicação, etc.).
2. Programas que proporcionam apoio social através da companhia, normalmente de um voluntário, mais conhecidos como *befriending*.
3. Programas que aumentam as oportunidades de interação social.
4. Programas que modificam padrões cognitivos sociais pouco adaptativos, ou seja, que alteram as cognições sociais desadaptadas.

escolher umas ou outras, conforme preferiam, em cada momento do programa (Cohen-Mansfield e Parpura-Gill, 2007). Os resultados foram bons, uma vez que se conseguiu reduzir a solidão, mas poderiam talvez ter sido melhores se a intervenção tivesse durado mais tempo e não apenas 5-7 sessões individuais e 4-6 sessões de grupo, como foi o caso.

Na seguinte tabela (tabela 1), oferece-se um resumo do exposto até agora:

Tabela 1.

TIPOS DE INTERVENÇÃO NA SOLIDÃO SEGUNDO AS ANÁLISES SISTEMÁTICAS E AS META-ANÁLISES REALIZADAS

	CATTAN E WHITE (1998)	FINDLAY (2003)	CATTAN ET AL. (2005)	DICKENS ET AL. (2011)	MASI ET AL. (2011)	COHEN MANSFIELD E PERACH (2015)
	1970-1997	1982-2002	1970-2002	>2009	1970-2009	1996-2011
Atividades em grupo	X	X	X	X	X	
Intervenções individuais	X		X	X	X	
Prestação de serviços	X	X		X		
Intervenções comunitárias	X					
Intervenções educativas						X
De atividade física						X
Ocupacionais						X
Psicossociais (treino cognitivo, atividades sociais e apoio social)					X	X
Para ensinar a utilizar o computador						X
Uso da Internet		X				
Ajudas sensoriais tecnológicas						X
Apoio telefónico		X	X			
Teleconferência		X	X			
Deteção de pessoas vulneráveis		X				
Intervenções com atividades						X
Atividades partilhadas						X
Atividades psicossociais						X
Coro						X
Atividade física						X
Arte						X
Terapias ou técnicas específicas de intervenção						X
Terapia com animais						X
Terapia do riso						X
Atividades (ouvir a rádio)						X
Treino em competências sociais					X	

Fonte: Elaboração própria.

As diferentes análises sistemáticas pretendem perceber quais são as intervenções mais eficazes, procurando os fatores que melhor prenunciam uma redução da solidão ou do isolamento social. Para Cattán e White (1998), as intervenções eficazes para reduzir a solidão e o isolamento em pessoas idosas são as que organizam atividades em grupo, realizam atividades a longo prazo, utilizam diferentes métodos de intervenção, permitem aos participantes exercer um certo grau de controlo e contam com uma avaliação bem concebida. Numa revisão realizada anos depois por Cattán *et al.* (2005), observou-se que as intervenções mais eficazes para reduzir a solidão e o isolamento em pessoas idosas são as que realizam atividades em grupo, têm um componente educativo e de apoio social, estão orientadas para grupos vulneráveis específicos seleccionados por profissionais em centros socio-sanitários, cuidados de saúde e serviços sociais (médicos, assistentes sociais) e permitem aos participantes exercer um certo grau de controlo.

Por sua vez, Dickens *et al.* (2011) concluíram que as melhores intervenções são as de grupo, as que contam com atividades de apoio e sociais, as que têm uma metodologia participativa e as que têm apoio teórico.

Os resultados obtidos por Masi *et al.* (2011), centrados na procura do maior tamanho do efeito, permitiram-lhes afirmar que as intervenções cognitivas foram as mais adequadas para reduzir a solidão. No que respeita à diferenciação entre intervenções individuais e de grupo, os resultados destes autores concluem que não existem provas que sustentem a ideia de que o formato de grupo é melhor do que o individual com o objetivo de reduzir a solidão. Porém, segundo afirmam os autores, talvez essa falta de conclusões se deva ao facto de nem sempre se conceptualizar a solidão do mesmo modo.

Shvedko *et al.* (2018) reviram intervenções na solidão e isolamento ou com pouco apoio social onde foram utilizados programas de atividade física, apurando um total de 23, com resultados não muito consistentes. Não há dúvida de que o exercício melhora o afeto positivo, mas as intervenções realizadas não conseguiram demonstrar a sua eficácia.

A revisão mais recente (até ao momento) é a de O'Rourke *et al.* (2018) sobre 44 intervenções maioritariamente realizadas nos Estados Unidos e no Norte da Europa, num contexto comunitário e em lares da terceira idade,

especialmente com mulheres (muito poucas só com homens) e com pessoas cognitivamente intactas (apesar de algumas incluírem também pessoas com défice moderado). O trabalho concluiu que ainda existem poucas evidências que sustentem a eficácia dos diferentes tipos de intervenções realizadas.

Resumindo, as revisões sistemáticas e a meta-análises descritas permitem concluir alguns aspetos que caracterizam as intervenções mais eficazes (tabela 2).

Tabela 2.
CARACTERÍSTICAS DAS INTERVENÇÕES EFICAZES

	CATTAN E WHITE (1998)	FINDLAY (2003)	CATTAN ET AL. (2005)	DICKENS ET AL. (2011)	MASI ET AL. (2011)	COHEN MANSFIELD E PERACH (2015)
Atividades em grupo (não válidas para quem sofre de isolamento social grave) e a longo prazo (no mínimo, 5 meses)	X	X	X	X	X	
Intervenções individuais	X				X	
Utilizam diferentes métodos de intervenção	X					
Permite-se que os participantes exerçam um certo grau de controlo	X		X			
Contam com uma avaliação bem concebida	X					
Utilizam o contacto telefónico (sobretudo no caso de pessoas que vivem em zonas geograficamente isoladas)		X				
Quando utilizam serviços comunitários, produz-se um benefício na saúde e no bem-estar						
Têm um componente educativo						X
Têm um componente de apoio social			X	X	X	
As atividades propostas visam manter e melhorar as relações sociais					X	X
Recorrem a terapias específicas (no caso da população em lares da terceira idade)						X
São orientadas para grupos vulneráveis específicos			X			
São participativas				X		
Apoiam-se nalguma teoria				X		

Fonte: Elaboração própria.

4.2. Revisões e meta-análises de intervenções que visam reduzir a solidão e o isolamento social de pessoas idosas que vivem em lares da terceira idade

Num trabalho realizado por Bermeja e Ausín (2018), levou-se a cabo uma revisão sistemática da literatura científica sobre programas de intervenção para combater a solidão realizados entre 2000 e 2016 com pessoas idosas em lares da terceira idade, mediante estudos experimentais e quase experimentais que incluem um grupo experimental e um grupo de controlo, bem como estudos só com um grupo experimental. Foram seleccionados onze artigos com diferentes tipos de intervenção: workshop de jardinagem e horticultura (Brown *et al.*, 2004; Tse, 2010), terapia assistida com animais (Banks e Banks, 2002; Vrbanac *et al.*, 2013), videoconferência para a comunicação com os familiares, intervenção cognitiva (Winningham e Pike, 2007), terapia do humor (Tse *et al.*, 2010), terapia de reminiscência (Chiang *et al.*, 2010) e programa de exercício físico (Tse *et al.*, 2014).

As autoras do trabalho encontraram evidências (moderadas) da eficácia em todos os tipos de intervenções, tanto nas que utilizam animais (terapia assistida com animais) ou o cuidado de plantas e do jardim (hortoterapia) como nas que se centram na manutenção física e nas que pretendem melhorar o estado de espírito (mediante o humor ou a terapia de reminiscência) e manter as relações sociais (videoconferência).

Visitas e companhia de animais (cães), cuidado de plantas (hortoterapia), manutenção física, melhoria do estado de espírito (reminiscência)... Uma vez analisadas todas as intervenções, as autoras concluíram que a maioria dos estudos em questão (onze, no total) alcançou um nível de evidência moderado, por exemplo: o de Banks e Banks (2002), com terapia assistida com animais; os de Brown *et al.* (2004) e Tse (2010), com um programa de hortoterapia; o de Chiang *et al.* (2010), com terapia de reminiscência; os de Tse *et al.* (2010) e Tse *et al.* (2014), centrados no humor e no exercício físico; e os de Tsai e Tsai (2011) e Tsai *et al.* (2010), que utilizaram a videoconferência.

Bermeja e Ausín (2018) fazem recomendações sobre o que os programas deveriam cumprir para combater a solidão das pessoas idosas em lares da terceira idade: realizar uma amostragem aleatorizada de pessoas idosas que se sintam sós; utilizar amostras amplas e representativas; protocolizar as intervenções; tomar medidas de acompanhamento a médio e longo prazo; levar a cabo mais intervenções de grupo do que individuais para favorecer o contacto entre residentes e, assim, melhorar as suas competências para comunicar e estabelecer novas relações; realizar programas para reduzir a solidão de pessoas que sofram de défice cognitivo; e utilizar as novas tecnologias nas intervenções em lares da terceira idade. Além disso, propõem atuar de forma preventiva sobre a solidão, evitando o isolamento e fomentando as relações sociais ao longo de todo o ciclo da vida.

4.3. Revisões e meta-análises de intervenções que visam reduzir a solidão e o isolamento social das pessoas idosas através das TIC

Além das intervenções na solidão e no isolamento social realizadas de forma individual ou em grupo, nos domicílios ou lares da terceira idade, presenciais ou mediante contacto telefónico, com o avanço das tecnologias de informação e comunicação (TIC) e o desenvolvimento da informática, da robótica e da domótica, encontramos cada vez mais intervenções realizadas por computador.

Choi *et al.* (2012) realizaram uma meta-análise para avaliar a eficácia das intervenções que recorrem à utilização do computador e da Internet para reduzir a solidão e a depressão. Os autores concluíram que esse tipo de intervenções é útil para reduzir a solidão, mas não a depressão. No entanto, é preciso lembrar que ainda existe uma lacuna digital, especialmente nas pessoas idosas com mais de 65 anos, e que o número de estudos analisados foi muito reduzido, o que limita claramente a generalização dos resultados.

Algumas revisões, como a de Morris *et al.* (2014), estudam a eficácia das intervenções com as TIC cujo objetivo é ligar virtualmente as pessoas idosas a outras pessoas (normalmente jovens) e, assim, não só melhorar ou manter o contacto social, mas também evitar a solidão e o isolamento social. Os autores desta última revisão salientam que poucas das intervenções analisadas comprovaram a sua eficácia.

5. CONCLUSÕES

Para intervir na solidão, implementaram-se diversos programas cujos resultados, dada a sua diversidade, os seus diferentes objetivos e as suas distintas formas de avaliação, são difíceis de comparar. Existem até programas que foram implementados, mas cuja eficácia não foi avaliada ou foi avaliada apenas através de uma metodologia qualitativa, sendo difícil compará-los com outros que utilizam uma metodologia quantitativa. Tendo unicamente em conta os programas de intervenção que visam reduzir a solidão e/ou o isolamento social nas pessoas idosas e que disponham de dados de avaliação e medição do efeito do programa nos participantes, observamos que a literatura científica oferece poucas publicações, a maioria das quais com amostras muito pequenas e sem grupo de controlo.

Existe uma crescente preocupação em promover programas que melhorem o bem-estar das pessoas idosas, e já há algum tempo se tenta, um pouco timidamente, mitigar a solidão e o isolamento através das mais variadas propostas de intervenção. Alguns estudos identificaram melhorias na qualidade de vida dos utilizadores das TIC, mas ainda não existem evidências concretas sobre os seus benefícios na diminuição da solidão e do isolamento. Identificamos a necessidade de realizar investigações com conceções mais robustas e a utilização de instrumentos de medição validados para examinar a eficácia das intervenções na redução da solidão e do isolamento nas pessoas idosas.

Nem a heterogeneidade das intervenções nem as ferramentas empregues para avaliar a solidão permitem uma comparação fácil entre estudos. Existem poucos programas com uma eficácia baseada nas evidências e poucas comparações entre diferentes intervenções, o que torna mais difícil decidir qual é a melhor.

Diferentes revisões sistemáticas sobre as intervenções na solidão das pessoas idosas concluíram que as mais eficazes são as intervenções de grupo com atividades de apoio e educativas destinadas a grupos específicos, apoiadas nos recursos comunitários existentes e que prestam formação e apoio aos facilitadores (Findlay, 2003; Cattan *et al.*, 2005). As intervenções com vista a reduzir a solidão são realizadas com diversos formatos, como intervenções de grupo, intervenções individuais, ajuda psicossocial (formação em competências sociais), atividades de lazer (exercício físico, arte, etc.) ou ajuda prática concreta (utilização de aparelhos auditivos, por exemplo). Apesar de muitas delas parecerem promissoras, a grande diversidade das conceções de investigação utilizadas põe em causa a sua eficácia (Cohen-Mansfield e Perach, 2015; Cohen-Mansfield *et al.* (2018) e impede-as de proporcionar evidências científicas que permitam concluir quais são as mais adequadas ou se serão realmente eficazes no que se refere ao objetivo definido (Cattan *et al.*, 2005).

Ao planear as intervenções para reduzir a solidão e o isolamento nos seniores, é essencial oferecer-lhes atividades preferencialmente de grupo que, além de ocuparem o seu tempo, os façam sentir-se úteis e valorizados pela família e pela sociedade. É importante que essas atividades possam gerar sentido e propósito nas suas vidas através de tarefas simples, como algumas atividades da vida diária. Além disso, ao permitir a sua participação no planeamento das atividades, ativa-se o seu *empowerment*, ou a sensação de controlo percebido sobre as suas vidas, o que contribui para a prevenção de sentimentos de solidão. Outro ponto importante é que se estimule um trabalho de equipa em que todos os membros do grupo persigam o mesmo objetivo comum.

De forma sintetizada, o quadro seguinte (Quadro 1) apresenta alguns dos aspetos que as intervenções mais eficazes contemplam.

Quadro 1.

ALGUMAS IDEIAS A TER EM CONTA SOBRE AS INTERVENÇÕES EFICAZES:

Sobre os participantes

- Homogeneidade
- Participação ativa e controlo da atividade

Sobre os dinamizadores

- Melhor se forem profissionais
- Que valorizem as pessoas idosas
- Que trabalhem como facilitadores
- Que trabalhem como mentores
- Que trabalhem em pares
- Que façam uma reflexão e avaliação da prática

Sobre as atividades de grupo

- Que motivem e apoiem a adesão ao programa
- Que realizem sessões orientadas para objetivos
- Que se partilhem os sentimentos de solidão
- Que os participantes façam coisas juntos e partilhem experiências
- Que se obtenha apoio dos pares
- Que se desenvolva o sentimento de pertença a um grupo
- Que se fomente a confiança no grupo

Fonte: Elaboração própria.

Neste capítulo vimos a necessidade de realizar investigações com conceções mais robustas e utilizando instrumentos de medição validados para poder examinar a eficácia das intervenções na redução da solidão e do isolamento nas pessoas idosas.

A solidão é um fenómeno subjetivo resultante da discrepância entre as relações sociais desejadas e as efetivamente mantidas. O isolamento social constitui uma medida objetiva caracterizada pela falta de interações sociais. Um grande volume de dados empíricos sugere que as pessoas idosas são particularmente vulneráveis a sentir-se sós e a isolar-se socialmente devido a fatores comuns nesta etapa: perda de papéis sociais, maior prevalência de doenças crónicas ou incapacitantes e morte de amigos e familiares. A fim de preservar o bem-estar psicológico deste grupo, evitando situações de isolamento e solidão, nos últimos anos, propôs-se levar a cabo diferentes programas de intervenção, alguns com efeitos comprovados e outros não.

Os fatores de risco associados à solidão são muitos e variados: problemas funcionais, déficit de relações sociais, depressão, etc. Todos deveriam ser tidos em conta na concepção de boas intervenções.

A solidão é multifacetada. Assim, as intervenções que se realizem deverão contemplar estas diferentes dimensões. Por exemplo, muitas vezes, a solidão vem associada à depressão, ou a depressão à solidão. Qual é a causa e qual é o efeito? Por vezes as pessoas sentem solidão sem estarem sozinhas, ou ao estarem rodeadas de muitas outras pessoas, como acontece frequentemente com as pessoas que cuidam de outras com que convivem, ou com pessoas em lares da terceira idade.

A solidão é um sentimento muito doloroso que, para alguns, está associado a um fracasso na vida e que, portanto, se repercute na sua identidade pessoal (Madrigal, 2000).

Viver só não é o mesmo que sentir-se só, como já se viu neste mesmo manual, pelo que centrar a intervenção nas pessoas que vivem sós seria como observar o horizonte através de uma lente desfocada.

A solidão pode ser social e emocional. Se desde Weiss (1973) se faz a distinção entre solidão emocional e solidão social, os programas de intervenção devem ser concebidos tendo em conta esta distinção. Alguns estudos diferenciam estes dois tipos de solidão (Van Baarsen, 2002), mas também é certo que alguns dos fatores que os determinam são os mesmos. Ambos estão relacionados com mudanças e perdas (funcionais, de pessoas da rede social, etc.) que as pessoas enfrentam ao longo da sua vida.

As diferentes estratégias de intervenção podem dividir-se em quatro tipos, em função do seu objetivo: as que aumentam as competências sociais, as que visam fortalecer o apoio social, as que aumentam as oportunidades de interação social e as que prestam treino sociocognitivo. Algumas das intervenções centram-se na promoção da saúde, mais concretamente, na melhoria da saúde percebida ou do bem-estar psicológico.

Outro recurso interessante que pode ser utilizado neste tipo de intervenções é o intercâmbio de experiências entre gerações. Além de contribuir para acabar com os estigmas do envelhecimento, oferece às pessoas idosas a oportunidade de se sentirem úteis pela partilha dos seus conhecimentos.

Alguns programas de intervenção centraram-se na ambivalência da vivência da solidão, com uma parte cognitiva e outra que tem que ver com as capacidades pessoais.

Outros programas utilizam as tecnologias eletrónicas, apesar de a sua eficácia ainda não ter sido comprovada.

As intervenções na solidão e o isolamento social podem reduzir a solidão subjetiva ou emocional e contribuir para o aumento da rede social, a integração comunitária e a participação social. Se quisermos reduzir a solidão social ou o isolamento, devemos centrar os nossos esforços no aumento do número de pessoas da rede social ou na integração na referida rede. Muitas vezes, os fatores que determinam a solidão social ou emocional são parecidos mas, ao mesmo tempo, diferentes. Diferentes revisões sistemáticas sobre as intervenções em solidão nas pessoas idosas observaram que as mais eficazes são as intervenções de grupo com atividades de apoio e educativas destinadas a grupos específicos, apoiadas nos recursos comunitários existentes e que prestam formação e apoio aos facilitadores.

Em contextos de lares da terceira idade, levaram-se a cabo poucas intervenções para mitigar a solidão. Destacam-se os programas de terapia assistida com animais, de hortoterapia, de exercício físico, de terapia do humor e de reminiscência e os que recorrem a videoconferências.

De notar que, de todas as intervenções publicadas em revistas científicas e analisadas até ao momento, nenhuma foi realizada em Espanha.

*OUTRO RECURSO INTERESSANTE
QUE PODE SER UTILIZADO NESTE
TIPO DE INTERVENÇÕES É O
INTERCÂMBIO DE EXPERIÊNCIAS
ENTRE GERAÇÕES*

Para concluir, um recente trabalho de Victor *et al.* (2018) oferece uma série de recomendações para os gestores de políticas públicas relacionadas com a solidão.



RECOMENDAÇÕES PARA OS GESTORES DE POLÍTICAS PÚBLICAS RELACIONADAS COM A SOLIDÃO

- Utilizar um enfoque centrado na pessoa e conceber as intervenções personalizadas, segundo as necessidades específicas de grupos concretos (aspetos sociodemográficos, vulnerabilidade, tipos de solidão, entre outros).
- Lutar, nos programas para reduzir a solidão, contra o estigma associado a este sentimento.
- Desenvolver programas para reduzir a solidão centrados na criação de relações significativas e no aumento das ligações sociais para as pessoas que estão sós ou em risco de solidão.
- Exigir uma maior clarificação conceptual no trabalho sobre a solidão.
- Requerer mais apoio para realizar boas avaliações e trabalhos de campo que incluam medidas de custo-eficácia.

Glossário terminológico¹²

Dr. Javier Yanguas

«Estou só e não há
ninguém no espelho.»

JORGE LUIS BORGES

12 Nota: não se trata de um glossário científico, mas de definir conceitos de um modo mais informativo, de forma a facilitar, na medida do possível, a leitura do presente manual.

Aceitação: refere-se aos comportamentos de carinho, cuidado, valorização, comodidade, preocupação, apoio, etc., para com outras pessoas.

Alienação: perda de identidade.

Alucinação: percepção sensorial parecida com uma percepção real, mas que ocorre sem estimulação externa do órgão sensorial envolvido (visão, audição, olfato, paladar ou tato). Assim, as pessoas com alucinações podem ver, ouvir, cheirar ou ter sensações táteis que não existem realmente. Exemplos: experimentar sensações no corpo, como a de algo a arrastar-se sobre a pele ou o movimento de órgãos internos; ouvir sons, como música, passos ou porta ou janelas a bater com força; ouvir vozes quando ninguém falou; ver padrões, luzes, seres ou outros objetos que não existem; sentir cheiros inexistentes; entre outros.

Ansiedade: em geral, está relacionada com a antecipação de um mal ou uma desgraça no futuro, acompanhada de um sentimento de disforia (desagradável) e/ou sintomas somáticos de tensão. O objetivo do mal antecipado pode ser interno ou externo. É um sinal de alerta para um perigo iminente, que permite à pessoa adotar as medidas necessárias para enfrentar uma ameaça. A ansiedade é uma sensação ou um estado emocional normal perante determinadas situações, constituindo uma resposta habitual a diferentes situações quotidianas stressantes. Assim, na gestão normal das exigências do dia a dia, é inclusivamente desejável sentir um certo grau de ansiedade. A ansiedade só se torna patológica quando se intensifica demasiado ou supera a capacidade de adaptação da pessoa, altura em que provoca um mal-estar significativo com sintomas que têm impacto tanto a nível físico (taquicardia, palpitações, pressão no peito, falta de ar, tremores, transpiração, problemas digestivos, etc.) como psicológico (inquietação, angústia, sensação de ameaça ou perigo, vontade de fugir ou atacar, insegurança, etc.) e comportamental (hipervigilância, bloqueios, entorpecimento ou dificuldade em agir, impulsividade, inquietação motora, etc.).

Apoio social: processo transacional (dar e receber apoio) através do qual as nossas relações nos proporcionam um «espaço» para o intercâmbio, tanto de experiências emocionais (apoio emocional) como de apoio em questões instrumentais (apoio instrumental), ou informação relevante para a vida quotidiana (apoio informativo).

Atitude: segundo Allport (1935), é «um estado de disposição mental e nervosa, organizado mediante a experiência, que exerce um influxo diretivo dinâmico na resposta do indivíduo a todo o tipo de objetos e situações».

Atividade simpático-adrenérgica: relativa ao **sistema nervoso simpático** e ao **sistema adrenérgico**.

Bem-estar: neste manual, referem-se principalmente dois conceitos distintos: *a) bem-estar subjetivo*, de cariz mais hedónico, relacionado com a acumulação de momentos agradáveis e a satisfação dos desejos e centrado nos afetos e na satisfação com a vida; *b) bem-estar psicológico*, de carácter mais «eudemónico» (desenvolvimento harmonioso do potencial humano), centrado na forma de promover o desenvolvimento das capacidades humanas e nas relações com as outras pessoas e o crescimento pessoal, tendo em conta as principais vias do funcionamento psicológico positivo que conduz à autêntica felicidade.

Citomegalovírus: vírus que se encontra em todo o mundo, relacionado com os vírus que causam a varicela e a mononucleose infecciosa.

Córtex visual: área visual mais estudada do cérebro. Localiza-se no polo posterior do córtex occipital (o córtex occipital é o responsável pelo processamento dos estímulos visuais), é altamente especializado no processamento de informação acerca dos objetos estáticos e em movimento e excelente na gestão do reconhecimento de padrões.

Cortisol: hormona esteroide ou glucocorticoide, produzida pela glândula suprarrenal, que se liberta em resposta ao stress, sendo nociva para o organismo.

Cronicidade: relativo às doenças crónicas (ver **doença crónica**).

Dano tecidual: lesão nos tecidos (ver **tecidual**).

Demência: termo geral para definir a deterioração fundamentalmente cognitiva que interfere na vida quotidiana.

Depressão: segundo MedlinePlus (página Web atualizada em novembro de 2019), a depressão pode ser descrita como um sentimento de

tristeza, melancolia, infelicidade, abatimento ou desânimo. Apesar de muitas pessoas se sentirem assim de vez em quando, por períodos curtos, a depressão clínica é um transtorno do estado anímico no qual os sentimentos de tristeza, perda, ira ou frustração interferem com a vida diária durante um período de algumas semanas ou mais. Os sintomas de depressão incluem:

- humor irritável ou triste na maior parte das vezes;
- dificuldade em conciliar o sono ou sono excessivo;
- grande alteração no apetite, frequentemente com aumento ou perda de peso;
- cansaço e falta de energia;
- sentimento de inutilidade, ódio de si próprio e culpa;
- dificuldade em concentrar-se;
- movimentos lentos ou rápidos;
- inatividade e retraimento das atividades habituais;
- sentimento de desesperança e abandono;
- pensamentos repetitivos de morte ou suicídio;
- e perda de prazer em atividades que costumam fazer a pessoa feliz, incluindo a atividade sexual.

Desamparo: a pessoa sente-se indefesa e impotente (incapaz de modificar uma determinada situação ou circunstância), o que a leva à resignação e ao abandono de qualquer tentativa de superação.

Discriminação: componente comportamental do preconceito e, portanto, a sua manifestação externa. Tradicionalmente, os cientistas sociais conceptualizam a discriminação como o tratamento desigual desfavorecedor para com um indivíduo ou grupo, em consequência do preconceito.

Doença crónica: patologia (doença) de longa duração e, em geral, de progressão lenta.

Eixo hipotalâmico-hipofisário-adrenal (eixo HHA): conjunto complexo de influências diretas e interações retroalimentadas entre o hipotálamo, a glândula pituitária e a glândula adrenal ou suprarrenal. As interações homeostáticas finas (homeostase) entre estes três órgãos constituem o eixo HHA, uma parte essencial do sistema neuroendócrino

que controla as reações ao stress e regula vários processos do organismo, como a digestão ou o sistema imunitário, as emoções, a conduta sexual e o metabolismo energético. Essencial para a adaptação a situações de stress.

Emoção: reação psicofisiológica que representa formas de adaptação a determinados estímulos do indivíduo quando percebe, por exemplo, um objeto, um lugar, um acontecimento ou alguma recordação importante. As emoções organizam rapidamente as respostas corporais (expressões faciais, músculos, voz, atividade do sistema nervoso e do sistema endócrino, etc.), com o objetivo de otimizar a reação à vivência desse momento. Exemplos de emoções: alegria, ira, tristeza, medo, repugnância, etc.

Enfrentamento: segundo Lazarus e Folkman (1984), são «aqueles esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança que se desenvolvem para gerir as exigências externas e/ou internas específicas que se considera excederem ou superarem os recursos do indivíduo». Por outras palavras: recursos psicológicos de qualquer indivíduo para se adaptar a uma determinada situação negativa.

Engagement: para os fins deste manual, relaciona-se com a frequência e a qualidade das atividades formais (atividades religiosas, assistência a reuniões, voluntariado, etc.) e informais (contactos telefónicos, encontros com amigos, etc.) que uma pessoa realiza com os membros da sua rede social e com as quais se sente envolvida.

Epstein-Barr, vírus: vírus da família Herpesviridae, que também inclui o vírus do herpes simples e o citomegalovírus.

Estereótipo: frequentemente conceptualizado como o componente cognitivo do preconceito. É um cliché ou modelo fixo, partilhado por uma determinada coletividade, utilizado para conceptualizar um determinado tema de conhecimento abstrato, como a velhice ou a juventude, a imigração ou o poder. Funciona como teoria implícita acerca desse tema de conhecimento. Estes clichés, geralmente negativos, são aprendidos no processo de socialização do indivíduo, que ocorre num determinado ambiente sociocultural. O importante é que essas imagens ou clichés, uma vez assimiladas, têm um poder causal, no sentido de

que são a causa do comportamento tanto individual como social em relação àquele tema de conhecimento e até podem transformar-se em profecias autorrealizáveis.

Estudo de coorte: tipo de investigação observacional e analítica (prospetiva ou retrospectiva) em que se compara a frequência do aparecimento de um evento entre dois grupos (pessoas que correspondem a coortes de diferentes idades), um dos quais está exposto a um fator que não está presente no outro grupo. Em gerontologia, são especialmente relevantes os «estudos de coorte prospetivos» em que os indivíduos selecionados no início da investigação não têm qualquer doença de interesse, são acompanhados durante um certo período para observar a frequência de mudança ou doença em cada grupo (coortes de idade) e costumam ter como objetivo medir a associação entre os fatores de risco e a doença ou situação em estudo.

Estudo longitudinal: tipo de estudo observacional que investiga o mesmo grupo de pessoas de forma repetida ao longo do tempo em investigações científicas que requerem uma gestão de dados estatísticos sobre várias gerações consecutivas.

Expetativa: possibilidade razoável de que algo aconteça; suposição mais ou menos realista.

Fator de necrose tumoral alfa (FNT- α): citocina produzida por várias células do sistema imunitário que atua quando se produz um dano tecidual ou uma infeção. O FNT- α desenvolve uma ação pró-inflamatória tanto por si próprio como através da regulação de outros mediadores inflamatórios, como as interleucinas 1 e 6, produzindo a remodelação e recuperação dos tecidos a nível tecidual.

Fator de risco: qualquer traço, característica ou exposição de um indivíduo que aumente a sua probabilidade de sofrer uma doença ou lesão. Exemplos: insuficiência ponderal, práticas sexuais de risco, hipertensão, tabaco, álcool, etc.

Fatores pró-inflamatórios: fatores que favorecem a inflamação, num processo que propicia diferentes doenças (cancro, diabetes, etc.) e o próprio envelhecimento.

Fibrinogénio: proteína solúvel do plasma sanguíneo precursora da fibrina, responsável pela formação dos coágulos de sangue.

Fragilidade: define-se como frágil uma pessoa idosa com uma diminuição das reservas fisiológicas e um maior risco de declínio, o que a coloca numa situação de maior vulnerabilidade face a perturbações externas, resultando numa maior probabilidade de sofrer episódios adversos de saúde (hospitalização, admissão num lar da terceira idade, morte, quedas, etc.) e perda de funções, incapacidade ou dependência.

Hipervigilância: esquadrinamento contínuo do ambiente em busca de determinados sinais ou indícios. No caso das relações sociais, tem que ver com estar alerta e sobreinterpretar quaisquer gestos, palavras, comportamentos, etc., que lhes estejam associados.

Inflamação: foi recentemente reconhecida como um importante fator de risco para diferentes patologias humanas. A inflamação aguda a curto prazo é finalmente autorregulada, sendo necessária para defender o organismo contra agentes patogénicos e preservar a homeostase nos tecidos. No entanto, uma inflamação crónica predispõe a uma progressão patológica de doenças crónicas caracterizadas pela infiltração de células inflamatórias, a produção excessiva de citocinas e a desregulação das vias de sinalização celular. Se, por um lado, se conhecem bem os eventos celulares e moleculares que intervêm na resposta inflamatória aguda a uma infeção ou dano num tecido, por outro, pouco se sabe sobre as causas e os mecanismos da inflamação crónica sistémica, que ocorre numa ampla variedade de patologias, incluindo as doenças cardiovasculares, neurodegenerativas, autoimunes e metabólicas. Estes estados inflamatórios crónicos não parecem ser causados pelos instigadores clássicos da inflamação, como uma infeção ou um agente nocivo. Pelo contrário, parecem estar associados ao mau funcionamento dos tecidos e a uma perda progressiva da homeostase do tecido.

Interleucina 6 (IL-6): glucoproteína segregada pelos macrófagos, as células T, as células endoteliais e os fibroblastos. Localizada no cromossoma 7, a sua libertação é induzida pela IL-1 e aumenta em resposta ao FNT- α . É uma citocina com atividade anti-inflamatória e pró-inflamatória.

Intersubjetividade: possibilidade de partilhar tanto definições de uma situação, o próprio «sentido comum», cognições, etc., como de alcançar consensos comuns com outras pessoas na formação das nossas ideias e relações.

Isolamento social: situação objetiva de manter contactos mínimos com outras pessoas.

Ligações sociais: no presente manual, entende-se por «ligações sociais» ter relações sociais e comprometer-se com elas; por outras palavras, ter uma rede social. É diferente do apoio social: ter ligações não significa ter apoio social.

Meta-análise: metodologia de investigação concebida para rever, ordenar e sintetizar os resultados de uma pergunta de investigação. Surge da necessidade de levar a cabo revisões mais rigorosas e sistemáticas da literatura científica, capazes de estabelecer conclusões mais precisas.

Morbilidade: quantidade de indivíduos considerados doentes ou que são vítimas de uma doença num espaço e num tempo determinados.

Motivação: necessidade ou desejo que ativa e orienta o nosso comportamento. A motivação é o que ativa e orienta a conduta, a força que se esconde por detrás de algo que nos importa ou que queremos conseguir (um projeto, uma mudança, a comida, etc.) e o nosso desejo de o alcançar.

Multimorbilidade: presença de duas ou mais doenças crónicas numa mesma pessoa.

Pensamentos disfuncionais: pensamentos que alteram a realidade e não favorecem o enfrentamento nem a adaptação. Por exemplo: *a)* o pensamento dicotómico (ou tudo ou nada); se algo não for exatamente como queremos, então, é um fracasso; *b)* a generalização exagerada; estipular regras para o comportamento futuro com base em determinados acontecimentos negativos que se viveu.

Perceção: conjunto de atividades e processos relacionados com a estimulação que alcança os sentidos, através dos quais obtemos informação relativa ao nosso meio, às nossas ações e ao nosso próprio estado interior.

Preconceito: atitude negativa para com um grupo social ou uma pessoa percebida como membro desse grupo. Consiste em três componentes: cognitivo (crenças), afetivo (emoções) e comportamental (conduta).

Profecia autorrealizável: segundo Merton (2002), é «uma definição falsa da situação que suscita um novo comportamento, o qual torna verdadeiro o conceito originalmente falso». Por outras palavras: pensamentos preditivos que as pessoas têm e que, uma vez formulados, se transformam na causa do acontecimento. Deste modo, cria-se uma expectativa que acaba por se realizar.

Proteína C-reativa: proteína produzida pelo fígado que é enviada para a corrente sanguínea em resposta a uma inflamação.

Rede social: conceptualiza-se como o elemento estrutural das relações sociais, do qual se destaca a análise do seu tamanho e a frequência dos contactos. Assim, avaliam-se aspetos como o componente emocional (proximidade afetiva), a tangibilidade (confiança em receber apoio) e o tamanho.

Rejeição: refere-se à circunstância em que um indivíduo é excluído de forma deliberada de uma relação social ou interação social e cuja experiência pode produzir nele consequências psicológicas negativas, como solidão, baixa autoestima, insegurança emocional, entre outras.

Resistência vascular: dificuldade que opõe um vaso sanguíneo à passagem do sangue através dele. Quando a resistência vascular aumenta, o fluxo de sangue diminui; pelo contrário, quando a resistência vascular diminui, o fluxo sanguíneo aumenta.

Ruminação: padrão de pensamentos e comportamentos repetitivos que centram a atenção na própria pessoa e nos seus problemas pessoais (preocupações), nas causas, significados e consequências, em vez de se centrarem ativamente numa solução para resolver as circunstâncias que envolvem a pessoa.

Sentimento: refere-se a um estado de espírito que pode ter expressão verbal e que surge a partir da «interpretação» pessoal e própria de uma emoção. Por outras palavras, os sentimentos são emoções conceptualizadas e conscientes que determinam o estado de espírito, sendo classificados como positivos ou negativos. Exemplos: amor, dor, ódio, compaixão, etc.

Síndrome geriátrica: terminologia que começou a ser utilizada perto de finais dos anos 60 para referir as características que as pessoas idosas admitidas em serviços de geriatria apresentavam com maior frequência relativamente às pessoas noutros serviços. Atualmente, esta denominação é utilizada para descrever um conjunto de quadros originados pela conjunção de uma série de doenças com uma enorme prevalência nos seniores e que estão frequentemente na origem da incapacidade funcional ou social. As grandes síndromes geriátricas, também conhecidas como as quatro gigantes da geriatria são: imobilidade, instabilidade ou quedas, incontinência urinária e défice cognitivo.

Sistema adrenérgico: sistema integrado por um conjunto de fibras nervosas simpáticas (ver **sistema nervoso simpático**) pertencentes ao sistema nervoso autónomo, que utilizam a adrenalina como neurotransmissor. É um sistema que controla as ações involuntárias do corpo, respondendo basicamente aos impulsos nervosos (sobretudo da medula espinal, do hipotálamo e do tronco cerebral).

Sistema endócrino: conjunto de órgãos e tecidos do organismo que segregam um tipo de substâncias denominadas de *hormonas*, que são libertadas na corrente sanguínea e regulam algumas das funções do corpo. Na realidade, trata-se de um sistema de sinais que se assemelha ao sistema nervoso, mas que, em vez de utilizar impulsos elétricos à distância, funciona exclusivamente por meio de substâncias (sinais químicos) que são libertados no sangue, regulando inúmeras funções do organismo, como a velocidade de crescimento, a função dos tecidos, o metabolismo, o desenvolvimento e funcionamento dos órgãos sexuais e alguns aspetos comportamentais.

Sistema nervoso simpático: prepara o corpo para situações que requerem estado de alerta ou força, como as que despertam temor, ira, emoção ou vergonha (situações de «luta» ou «fuga»). Neste tipo de situações, o sistema nervoso simpático estimula os músculos cardíacos para aumentar a frequência cardíaca, dilata os brônquios dos pulmões (aumenta a retenção de oxigênio) e causa a dilatação dos vasos sanguíneos que irrigam o coração e os músculos esqueléticos, aumentando o fornecimento de sangue.

Solidão: apesar de, no presente manual, se oferecerem várias definições do conceito e se pedir ao leitor para criar a sua própria ideia do mesmo, para este glossário, a solidão pode ser definida, em termos gerais, como a experiência subjetiva negativa (desagradável) que resulta de uma avaliação cognitiva em que existem discrepâncias entre as relações sociais que as pessoas desejam e as que realmente têm.

Solidão crônica: a que dura dois ou mais anos e que a literatura especializada associa habitualmente ao sentimento de insatisfação com as relações sociais ou com a incapacidade de desenvolver relações sociais satisfatórias. Recomenda-se ao leitor que tenha especialmente em conta o fator tempo.

Solidão situacional: surge após um evento da vida stressante, como a morte do cônjuge ou a dissolução de um casamento. Nestes casos, o sentimento de solidão é temporário, e o indivíduo supera-o assim que aceita a sua perda.

Stress: ameaça real ou presumível para a integridade fisiológica ou psicológica de um indivíduo que conduz a uma resposta fisiológica e/ou comportamental. Na medicina, o stress é referido como uma situação em que os níveis de glucocorticoides e catecolaminas em circulação aumentam. Também pode ser entendido como um estado de falta de harmonia ou uma ameaça para a homeostase (equilíbrio).

Stress oxidativo: cada vez que respiramos, 20% do que inalamos é oxigênio. O oxigênio é uma molécula essencial que passa do ar nos pulmões para os glóbulos vermelhos no sangue, que o transportam para todas as células do nosso corpo, criando a energia necessária para que

as células funcionem. A oxidação é um processo sem o qual não poderíamos viver. Trata-se do mesmo processo através do qual uma maçã cortada e exposta ao ar fica acastanhada e que faz com que o cobre fique verde com o tempo. O processo de oxidação cria radicais livres nas nossas células que, em grandes proporções, podem danificar as células. Consumir alimentos ricos em antioxidantes pode inativar os radicais livres do oxigênio e reduzir os seus efeitos nocivos. O stress oxidativo ocorre quando existe um desequilíbrio nas nossas células devido a um aumento nos radicais livres e/ou a uma diminuição nos antioxidantes. Com o tempo, este desajuste no equilíbrio entre os radicais livres e os antioxidantes pode danificar os nossos tecidos.

Tecidual (de *tissu*, «tecido»): relativo aos tecidos, ou seja, aos materiais constituídos por um conjunto organizado de células com organelas iguais (geralmente, dois), comportamento fisiológico coordenado e origem embrionária comum.

Telómero: sequência de ADN situada nas extremidades dos cromossomas que protegem a integridade do ADN celular e que fica mais curta (com o tempo) cada vez que a célula se divide. O comprimento dos telómeros é um dos biomarcadores mais precisos da passagem do tempo no organismo e também na saúde. Existe uma relação direta não só entre a idade e o comprimento dos telómeros (que ficam mais curtos à medida que envelhecemos), mas também entre telómeros curtos e a doença coronária, o cancro e a mortalidade em geral.

Vazio, sentimento de: incapacidade de experimentar emoções, sensação de entorpecimento, angústia, como se algo faltasse na vida. Por vezes, o sentimento de vazio traduz-se numa desconexão (em relação aos acontecimentos, às relações, ao quotidiano, etc.). No presente manual, entendemos o sentimento de vazio especialmente como sinónimo de ausência de sentido na vida (falta de um projeto de vida).

Vulnerabilidade: suscetibilidade de as pessoas sofrerem problemas e danos, de serem feridas. Tem que ver com o sentimento de que algo de mau pode acontecer e com a sensação de que se é emocionalmente frágil, por exemplo.