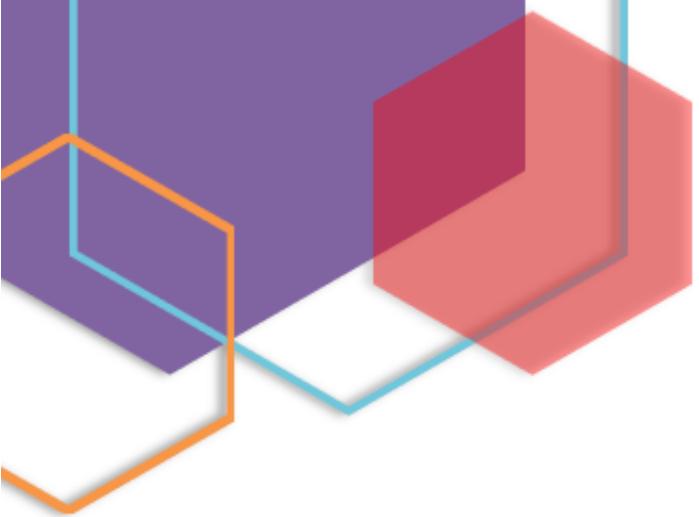


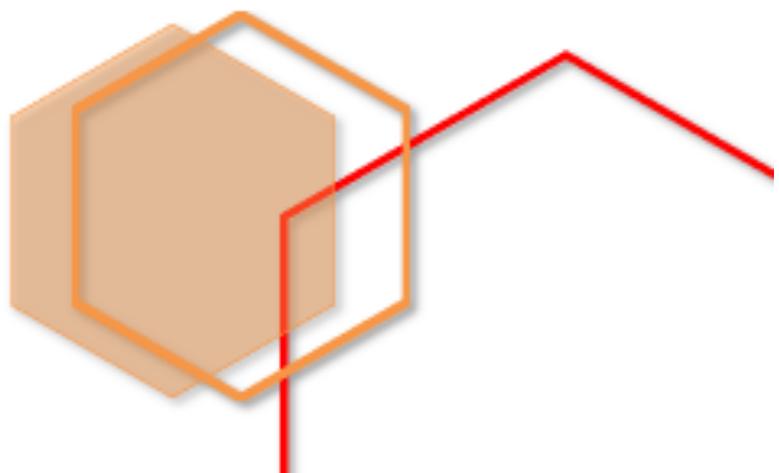
COMO IDENTIFICAR E ENFRENTAR A SOLIDÃO EM SENIORES

HEALTHY LONELINESS



Sumário

Apresentação	2
Aspetos associados à solidão em seniores	4
Fragilidade física.....	5
Fragilidade social	6
Fragilidade psicológica	8
Rastreio da solidão	11
Abordagem de acolhimento de sénior em solidão	12
Intervenções de enfrentamento da solidão	15
Desenvolvimento de habilidades e literacia	18
Construção de conexão social	19
Reestruturação de padrão cognitivo disfuncional	20
Serviços de apoio ao sénior	22
Referências	23



APRESENTAÇÃO

A solidão é um fenómeno complexo que se apresenta como um dos desafios sociais e da saúde pública, em especial para os países europeus. Embora não exista uma definição universal, a solidão tem sido compreendida como a dimensão subjetiva do isolamento social. É uma experiência dolorosa caracterizada pela discrepância entre a qualidade e quantidade da interação social que a pessoa vive e àquela que gostaria de viver.

O oposto de solidão, a conexão social é uma necessidade humana básica que transcende o contato social objetivo. É uma avaliação subjetiva positiva da qualidade e magnitude dos relacionamentos significativos. Traz um sentimento de cuidar e ser cuidado, de pertença a um grupo ou comunidade. Como seres sociais, as pessoas dependem de ambientes seguros para sobreviver em grupo. A experiência da solidão engloba uma percepção de ameaça à essa conexão, que gera respostas fisiológicas que aumentam o risco de morbidade e mortalidade [1].

A literatura é consistente ao mostrar os deletérios impactos da solidão para a saúde física e mental, chegando a equivaler ou sobrepor o risco de mortalidade que tem a obesidade e o fumo, respectivamente [2]. Pessoas solitárias são mais propensas a terem baixa autoestima, prejuízo na qualidade de vida, depressão, ansiedade, demências e doenças cardiovasculares [1, 2].

São múltiplos os fatores associados à solidão, de diferentes ordens, sejam psicológicos, culturais, sociais ou físicos. A identificação de seus determinantes pode auxiliar na elaboração de intervenções e políticas públicas eficazes para seu enfrentamento e para a prevenção das consequências que a solidão traz.

As mudanças no estilo de vida durante o envelhecimento, com a tendência para a maior restrição das atividades ocupacionais, juntamente com as

perdas afetivas e as limitações físicas associadas, tornam os seniores um grupo populacional mais impactado pela solidão.

Estudos demonstram que intervenções baseadas nas necessidades específicas de contato social e melhora no bem-estar psicológico dessa população são efetivas na minimização dos riscos de solidão e suas consequências para a saúde física e mental [3]. Políticas voltadas para a educação em saúde de seniores, cuidadores e familiares, portanto, poderiam apoiar na criação de estratégias cognitivas e comportamentais de prevenção e enfrentamento do isolamento e das experiências de solidão, com a manutenção da qualidade de vida.

É com base nessa premissa que surge o projeto “Healthy Loneliness”, que tem como objetivo principal minimizar os efeitos negativos da solidão, ao aumentar a consciencialização sobre os seus fatores de risco e criar espaços de diálogo e intervenção. Esse projeto irá fornecer, aos idosos e demais atores envolvidos nos seus cuidados, ferramentas para a gestão emocional e para melhor confrontação com experiências de isolamento. Afinal, viver só não precisa ser compreendido como viver em solidão.

Essa brochura faz parte da iniciativa do ‘Healthy Loneliness’ e tem como foco capacitar profissionais de saúde e cuidadores sociais com conhecimento e técnicas para a identificação e enfrentamento da solidão vivida pelos idosos. Para tanto, serão apresentados inicialmente os aspetos associados à solidão, seguidos dos instrumentos para rastreio da solidão. Considerando que a solidão pode ser um tema delicado para se abordar e que envolve uma condição de fragilidade, o tópico em seguida será de estratégias de acolhimento do idoso em solidão e, por fim, intervenções de enfrentamento da solidão de acordo com o tipo de objetivo a ser alcançado.

Aspetos associados à solidão em seniores

Muitos estudos têm-se ocupado em identificar os fatores associados à solidão. Determinar seus preditores, especialmente em seniores, é uma tarefa complexa, pois a solidão é um fenômeno multidimensional, que envolve fatores psicológicos, orgânicos, sociais e culturais que concorrem direta ou indiretamente para sua ocorrência e magnitude [4]. Além disso, é importante considerar que esses fatores interagem entre si, sendo que alguns deles atuam nas duas vias, tanto como determinantes, quanto como reflexos da solidão [5, 6].



Fonte: figura do autor

A relação entre envelhecimento e solidão pode ser compreendida pelo conceito de fragilidade. A fragilidade é uma síndrome clínica que se refere a um estado de vulnerabilidade aumentada a estressores endógenos e exógenos que expõe uma pessoa a um elevado risco de resultados adversos.

A fragilidade e a solidão são fatores associados nas duas vias de causalidade. A primeira aumenta as probabilidades do início da solidão e vice-versa [7]. A fragilidade pode ser compreendida a partir dos seus componentes físicos, sociais e psicológicos, que, por sua vez, apresentam aspectos específicos que ajudam na compreensão do papel da solidão como um problema de saúde. A seguir, serão descritos os conceitos e os fatores específicos da fragilidade física, fragilidade social e do sofrimento psicológico que concorrem para a experiência da solidão.

Fragilidade física

A fragilidade física é uma síndrome clínica determinada pela diminuição da regulação homeostática e da capacidade do organismo de resistir às adversidades, o que leva a declínios cumulativos em múltiplos domínios, como mobilidade, acuidade visual, capacidade cognitiva, força, estabilidade postural, entre outros. O sénior frágil apresenta maior vulnerabilidade aos fatores estressores e maior risco à perda da autonomia e a incapacidade de realizar independentemente atividades básicas da vida diária [8]. A sua progressão leva ao aumento do risco de comorbidades, quedas, restrição da socialização, diminuição da qualidade de vida e até de morte [9].



A fragilidade física é uma síndrome clínica determinada pela diminuição da regulação homeostática e da capacidade do organismo de resistir às adversidades.

Os seniores frágeis apresentam maior probabilidade de vivenciarem a solidão. Isso ocorre pela limitação de mobilidade e de interação social, além da menor autonomia e satisfação com a vida [10]. A relação inversa também é verdadeira: a solidão aumenta as probabilidades de fragilidade física nos seniores. A solidão é vivida como uma experiência que causa stress. Ela aumenta a atividade simpático-adrenérgica, conhecida como eixo do stress, resultante do aumento da atividade do eixo hipotálamo-hipófise-suprarrenal (HHS). A atividade do eixo HHS cria alterações imunitárias e aumenta a atividade inflamatória mediada pelos glicocorticoides e por alguns fatores pró-inflamatórios que acentuam a atividade leucocitária e linfocitária. O agravamento da atividade inflamatória aumenta o estado de vulnerabilidade do organismo, característico da fragilidade física.

A ativação crónica do eixo HHS e do sistema simpático, presentes na experiência de solidão, aceleram o processo de envelhecimento pela atuação inflamatória e pelo aumento da atividade oxidativa. Estudos têm demonstrado que pessoas que vivem solidão apresentam marcadores

elevados de PCR, fibrinogénio, TNF- α e interleucina 6, que também estão relacionados com a fragilidade física e doenças crónicas [11].

A fragilidade está associada com a dor crónica, que consiste é um limitante da qualidade de vida, autonomia e do convívio social. Um estudo de seguimento realizado em lares de idosos nos Estados Unidos demonstrou que a relação entre a dor e o início da solidão foi consistente, mesmo quando a variável de estado civil foi utilizada como controle, variável esta que é uma fonte potencial de conexão social e preditora de solidão [6].

Os estudos sobre fragilidade têm-se aproximado da concepção de integralidade da pessoa. Dessa forma, consideram-se, além dos fatores fisiológicos, as dimensões sociais e psicológicas da fragilidade. Tais dimensões interagem entre si e contribuem para maior ou menor fragilidade da pessoa [7].

A concepção abrangente da fragilidade está alinhada com a visão moderna da saúde, como um processo multidimensional, que abrange aspetos subjetivos e concretos, de diferentes ordens. Somente a partir dessa visão ampliada, é possível compreender fenómenos igualmente complexos, como é a solidão.

Fragilidade social

Fragilidade social pode ser definida como um conjunto de agentes que interagem dentro de um *continuum* de estar em risco de perder, ou ter perdido, recursos, ocupações ou habilidades vitais para satisfazer uma ou mais necessidades sociais básicas [12]. Quando não atendidas, essas necessidades interagem, de forma anómala e bidirecional, com outros fatores psicológicos e biológicos concorrendo para a vulnerabilidade e fragilidade [7].

Um dos principais componentes da fragilidade social é o suporte social. Considerado o aspeto objetivo da redução ou falta de interação e suporte social, o isolamento social, por si só, aumenta as hipóteses do desenvolvimento de doenças cardiovasculares, doenças infecciosas e maior deterioração relacionada com a idade na capacidade cognitiva e no risco de demência.



A fragilidade social é um conjunto de agentes que interagem dentro de um *continuum* de estar em risco de perder, ou ter perdido, recursos, ocupações ou habilidades vitais para satisfazer uma ou mais necessidades sociais básicas.

A percepção de suporte social influencia os processos fisiológicos, modulando a imunidade, o metabolismo e a capacidade inflamatória do corpo. O eixo do stress é sensível à interpretação do cérebro de ameaças e stressores e influencia uma ampla gama de resultados fisiológicos, comportamentais e de saúde [7]. A solidão é o aspeto subjetivo do isolamento e, apesar de ser distinto deste, possui uma relação causal direta. Seniores com maior restrição social são mais vulneráveis à solidão.

O estado civil tem-se mostrado como um fator que influencia a percepção de suporte social e de solidão. Estudos mostram que seniores com união estável possuem menor possibilidade de sentirem solidão comparados com aqueles sem união estável, em especial os viúvos [10]. Mais do que estar num relacionamento, a qualidade da relação é fundamental para a percepção de suporte e pertença [4].

O rendimento, outro componente da fragilidade social, também tem associação com a solidão. Essa associação parece ser indireta. Quanto menor a capacidade financeira, mais prejudicados os cuidados em saúde; o estilo de vida torna-se menos ativo socialmente e a autonomia e independência ficam menores.

A literacia também é um fator associado à solidão e é compreendida como um conjunto de habilidades de determinada linguagem que, quando

aprendidas, possibilitam maior interação e integração nos diversos contextos sociais. Quando a pessoa não possui as capacidades para buscar e usar informações, quer seja para se integrar em sociedade, quer seja para desenvolver a sua autonomia para o autocuidado, ela torna-se mais vulnerável às adversidades.

Considerando as profundas transformações nas relações sociais, através da tecnologia digital nas últimas décadas, a baixa literacia digital ameaça a conexão social. A exclusão digital pode ainda dificultar a pessoa a manter-se atualizada no que respeita a informações pertinentes para o autocuidado, além de limitar oportunidades de se manter cognitivamente ativa, de desenvolver competências em áreas de interesse e de obter momentos de entretenimento, principalmente para seniores em situação de limitação ou incapacidade de mobilidade e socialização presencial.

A maioria dos fatores sociais presentes na concepção de fragilidade social são possíveis de serem modificados, diferente de muitos dos aspetos da fragilidade física. É por isso que é de fundamental importância considerá-los na implementação de políticas públicas de saúde e sociais.

Fragilidade psicológica

A fragilidade psicológica pode ser considerada como a perda da resiliência nos componentes motivacionais, cognitivos e de humor, que leva à maior vulnerabilidade psicológica diante das adversidades. A fragilidade pode ser caracterizada tanto por sintomas e padrões cognitivos e emocionais, como por transtornos mentais já desenvolvidos.

“
A fragilidade psicológica é a perda da resiliência nos componentes motivacionais, cognitivos e de humor, que leva à maior vulnerabilidade psicológica diante das adversidades.

A depressão é uma condição mental que está estreitamente associada à solidão, ambas podendo ser causa ou consequência uma da outra numa

relação de retroalimentação disfuncional. Pessoas solitárias tendem a perceber o mundo como ameaçador e desenvolvem comportamentos disfuncionais, como por exemplo, isolamento social, perda de envolvimento em atividades que geram prazer, o que contribui para o desenvolvimento da depressão e, conseqüentemente, para a cronificação da experiência de solidão [10].

A ansiedade é outra condição mental associada à solidão, também numa sinergia negativa com a fragilidade [10]. Sintomas ansiosos, como preocupação excessiva, mal-estar físico e evitação social são fatores de risco para a experiência da solidão. Da mesma forma, pessoas solitárias tendem a apresentar sintomas ansiosos. A ansiedade é reflexo da atividade neurofisiológica anormal do stress, que, como mencionada anteriormente, está presente na experiência da solidão e está relacionada com o processo inflamatório do organismo e com a fragilidade física.

A escola da psicologia que se ocupa em compreender os fatores determinantes para a resiliência e o bem-estar subjetivo é a psicologia positiva. De acordo com essa escola, quando a pessoa não nutre certos comportamentos, ela distancia-se da vivência de bem-estar e torna-se mais vulnerável para o sofrimento psicológico.

A psicologia positiva descreve os fatores determinantes para o bem-estar a partir do anagrama PERMA que significa: **P**ositive emotions (nutrir emoções positivas); **E**ngagement (envolvimento em atividades que geram prazer), **R**elationships (relações positivas que geram sentido de pertença e suporte social), **M**eaning (propósito de vida, que possibilita vincular o sentido da própria existência a algo mais profundo) e **A**ccomplishment (cumprimento de atividades, que favorece o envolvimento, a percepção de progresso e o desenvolvimento de capacidades e competências). A pessoa em solidão apresenta sofrimento psicológico e vivencia os pilares da psicologia positiva de forma incipiente, frágil, o que as torna mais vulneráveis para as inabilidades psicológicas.

A evolução do sofrimento psicológico depende da forma como a pessoa se implica na experiência e se sente capaz de mudar comportamentos para o seu enfrentamento. A percepção da própria capacidade em resolver problemas e alcançar objetivos esperados chama-se autoeficácia. Trata-se de um importante recurso psicossocial para lidar com o stress de eventos negativos da vida e condições adversas, como o isolamento social, a restrição de papéis sociais e perda de capacidades físicas, fatores presentes na vida de seniores.

O julgamento que a própria pessoa faz sobre a sua capacidade de gerenciar problemas determina a quantidade e a persistência do esforço que ela despenderá em resposta aos obstáculos. Considerando a experiência da solidão, pessoas com alta autoeficácia envolvem-se mais no enfrentamento ativo e tomam mais medidas para reduzir os seus sentimentos de solidão do que aquelas com baixa autoeficácia. Elas sentem-se mais motivadas a procurar ajuda e/ou a mudar comportamentos que as levavam para a sensação negativa de estarem sós.

Além disso, se uma pessoa tem uma atitude positiva sobre possíveis mudanças que pode fazer para melhorar sua situação, é menos provável que os pensamentos negativos dominem. Por outro lado, pessoas com baixa autoeficácia experimentam menos afeto positivo e tendem a não ser tão bem sucedidas na construção de relacionamentos satisfatórios e duradouros como aquelas com altos níveis, contribuindo para menor satisfação com a vida [13].

Assim como a autoeficácia é um fator de risco para a solidão, o contrário também pode acontecer. Pessoas em solidão tendem a sentir-se menos capazes de gerenciar obstáculos e administrar suas vidas [13], além de terem sentimento de rejeição, insegurança social e baixa autoconfiança.

Intervenções nas áreas social e de saúde devem considerar os pilares da psicologia positiva e técnicas para a melhoria da autoeficácia em prol da

mudança de comportamento a um estilo de vida saudável e prevenção de sofrimento psicológico.

Rastreo da solidão

Há uma variedade de escalas de rastreo da solidão descritas na literatura, sendo a escala de solidão ULCA considerada como a de padrão-ouro [5]. Originalmente desenvolvida por Russell e colaboradores [14], essa escala avalia a frequência que a pessoa se sente desconectada de outrem. Ela tem sido utilizada em vários contextos, como, por exemplo, no âmbito clínico e em levantamentos epidemiológicos. A versão extensa é composta por 20 itens, sendo 10 itens pontuados positivamente e 10, negativamente. A pontuação é baseada numa escala Likert de frequência (nunca, raramente, às vezes, frequentemente). A versão reduzida apresenta apenas três questões. Com a validade comprovada [15], esta versão tem sido utilizada com maior frequência pela brevidade da aplicação.

Seguem as instruções para aplicar ao paciente:

As próximas perguntas são sobre como se sente em relação a diferentes aspectos da sua vida. Para cada uma, diga-me quantas vezes você se sente assim.

1. Para iniciar, com que frequência sente que não tem companheirismo?

quase nunca

algumas vezes

muitas vezes

2. Com que frequência se sente excluído(a)?

quase nunca

algumas vezes

muitas vezes

3. Com que frequência se sente isolado(a) dos outros?

quase nunca

algumas vezes

muitas vezes

A pontuação é a soma de todos os itens, sendo o valor de cada opção de resposta conforme o seguinte: quase nunca (1); algumas vezes (2); muitas vezes (3). A pontuação varia, portanto, de 3 a 9, sendo que o ponto de corte para a identificação da solidão é > 5 .

Dentro do contexto de enfrentamento da solidão, é importante considerar não apenas os fatores de risco e formas de rastreio, mas também estratégias de identificação de pessoas em vulnerabilidade para ações de prevenção. Pessoas em solidão tendem a não interagir com pessoas, a não compartilhar as suas emoções, nem a buscar serviços sociais ou de saúde. Ações de psicoeducação na comunidade e elucidativas de como abordar o assunto com familiares e vizinhos podem ser efetivas. Em paralelo a essas estratégias, é crucial a preparação da equipe profissional de saúde e social para a escuta ativa e acolhedora no atendimento ao sênior que experiencia a solidão.

Abordagem de acolhimento de sênior em solidão

Falar sobre solidão não costuma ser uma tarefa fácil. Muitas pessoas solitárias encobrem os seus sentimentos por medo de julgamento ou por acreditarem que não serão compreendidas. Os homens costumam ter maior dificuldade para abordar o assunto do que as mulheres.

Além da dificuldade em falar sobre a solidão, as pessoas que enfrentam essa vivência tendem a não se responsabilizar na tomada de escolhas e na mudança de comportamento em prol do seu enfrentamento, o que dificulta a efetividade da intervenção por profissionais de saúde e da assistência social.

A utilização de técnicas motivacionais vindas da psicologia tem-se mostrado efetiva para a mudança de comportamento e adesão ao tratamento no âmbito clínico. A entrevista motivacional (EM) [16] é uma dessas técnicas. Ela visa estimular a mudança de comportamento através da identificação e resolução dos pensamentos e emoções sabotadoras e da melhoria de prontidão para a mudança [17].



Fonte: <https://freerangestock.com/>

As principais estratégias da EM são:

I) expressar a empatia: é crucial que o profissional se mostre aberto e interessado no processo de mudança da pessoa. Isso envolve aceitar, sem julgamento, a postura da pessoa, preferir perguntas abertas para que haja expressão dos sentimentos e rephrasear as falas da pessoa para que ela se sinta compreendida e possa se escutar.

II) identificar e remover obstáculos: uma pessoa em sofrimento pode não aceitar um tratamento ou não mudar os hábitos por se ver desmotivada diante de alguns obstáculos, como, por exemplo, o custo financeiro, o tamanho do esforço e utilização do tempo. É importante que o profissional auxilie na identificação desses obstáculos, reflita sobre a sua validade e procure alternativas de contingência.

III) oferecer opções de escolha: a motivação para a mudança é aumentada quando a pessoa se percebe autónoma para tomar as suas próprias escolhas. Portanto, é essencial que o profissional ajude a pessoa a sentir-se responsável pelas suas decisões, o que pode ser facilitado quando lhe são

oferecidas várias alternativas para que ela opte. Por exemplo: a pessoa pode estar desmotivada para interagir socialmente. Se lhe for ordenado que saia de casa para conviver com pessoas, ela tenderá a resistir. Por outro lado, se ela for ajudada a pensar nas várias opções de interação social, como jogos interativos, redes sociais, videochamadas, grupos de atividades da comunidade, ela sentir-se-á mais favorável para decidir por uma das opções. Este tipo de abordagem profissional ajudará na melhoria da autoeficácia.

IV) diminuir a vontade de um comportamento disfuncional: se um comportamento é mantido apesar de suas consequências deletérias é porque este também traz algo de bom. É preciso que o profissional ajude a pessoa a encontrar os "ganhos" secundários de determinados hábitos não saudáveis e, com isso, refletir sobre as consequências desses comportamentos. A exemplo, a pessoa que apresenta indisposição e problemas de sono pode preferir utilizar o telemóvel até à hora de dormir para se distrair e não se sentir só. Ela pode não perceber que isso interfere na qualidade de sono, que pode gerar vários malefícios para a sua saúde.

V) clarificar objetivos: para facilitar a mudança de comportamento e ajudar a pessoa a se manter confiante, é fundamental que sejam estabelecidas, de mútuo acordo, metas pequenas e contínuas até o estado desejado. As metas devem ser realistas e atingíveis. Palavras de incentivo são bem-vindas para estimular a percepção de capacidade.

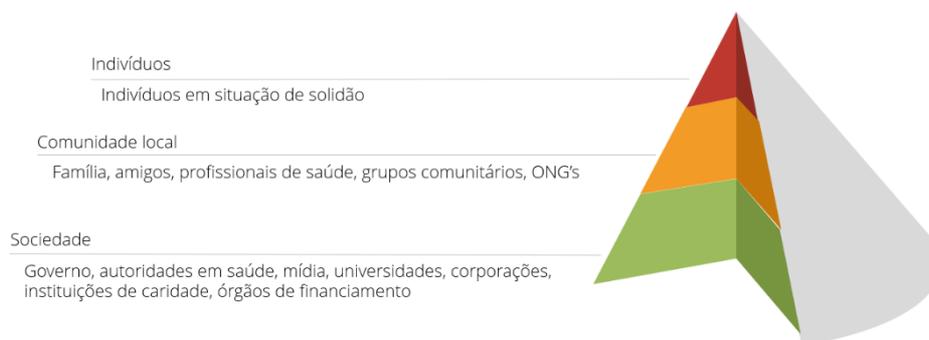
VI) ajudar ativamente: o profissional deve assumir um papel ativo no cuidado. Quando a pessoa se mostra sem condições de tomar decisões assertivas em prol do seu autocuidado, é preciso que o profissional ajude ativamente na tomada de algumas decisões, encaminhando para outros cuidados e contatando a rede de apoio, por exemplo.

Intervenções de enfrentamento da solidão

Pelo seu caráter multifacetado, a solidão impõe o desafio às várias camadas da sociedade na implicação das suas responsabilidades de enfrentamento. Sendo um fenômeno que envolve também níveis macros de atuação, como o Estado e sociedade, é comum profissionais ficarem confusos se e como devem intervir diretamente nas questões da solidão.

É importante a consciência de que é responsabilidade de todos, sendo possível intervir a nível individual, comunitário e a nível de sociedade. É possível considerar ainda que existem intervenções diretas a cada nível e intervenções indiretas, que se podem sobrepor aos níveis e serem comuns a diferentes agentes [18].

Abaixo, uma representação dos níveis de responsabilidade e tipos de agentes de cada camada:



Fonte: adaptação de Mann, 2017

A nível de sociedade, é possível considerar as seguintes ações diretas: envolvimento com a mídia; educação formal; consciencialização sobre relações sociais; financiamento de pesquisas relevantes; promoção da prevenção primária ao longo da vida; estudo de formas efetivas de rastreio de pessoas em vulnerabilidade. As formas indiretas de ação envolvem outras políticas públicas, como, por exemplo habitação, trabalho, educação, com foco na inclusão e coesão social.

A nível de comunidade local, as ações diretas possíveis são: atividades em grupo abordando a solidão, socialização apoiada e mobilização social para ações de prevenção e enfrentamento. As ações indiretas envolvem o transporte local, a acessibilidade e qualquer atividade em grupo que não ofereça diretamente a redução da solidão, mas aproxime as pessoas como, por exemplo, atividade física ou cursos.

As ações de nível individual englobam apoio individual clínico e social, abordagens cognitivas e digitais, psicoeducação, formação de competências sociais, entre outros. As ações indiretas podem ser emprego, moradia e educação.

É essencial o entendimento de que a prevenção e o enfrentamento da solidão só se tornam efetivos quando há participação de todos os agentes nas várias dimensões desse fenómeno. Dessa forma, é preciso que profissionais, que atuam diretamente com seniores em solidão, sensibilizem gestores e demais agentes para essa causa.

Considerando especificamente a atuação profissional em saúde, a prática clínica habitual possui o grande desafio de recuperar a dimensão da medicina comunitária a fim de intervir nos determinantes sociais da saúde e em problemas multidimensionais, como a solidão. Nesse contexto, é fundamental que haja ações coordenadas intra e extra-hospitalares, envolvendo a gestão de saúde, equipe multidisciplinar e a participação ativa da comunidade. Isso envolve ações conjuntas entre os diferentes níveis de assistência, recursos comunitários e instituições formais, inclusive as académicas e científicas. Cada uma delas deve exercer o seu papel e a sua responsabilidade no bem-estar da população-alvo e no atendimento das suas necessidades sociais em saúde [7].



A prática clínica habitual possui o grande desafio de recuperar a dimensão da medicina comunitária a fim de intervir nos determinantes sociais da saúde e em problemas multidimensionais, como a solidão.

Além disso, ações oferecidas aos idosos devem preceder uma análise dos objetivos específicos a serem alcançados e dos recursos disponíveis que tanto a instituição executora como a comunidade e demais administrações cooperadoras possuem. Devem ainda considerar as aptidões e interesses do grupo-alvo, com o objetivo de aumentar o envolvimento e serem mais efetivas. É fundamental que os seniores se sintam participantes no processo de planejamento e na escolha das atividades, o que aumenta a autonomia e a motivação intrínseca para a realização da atividade. A participação no planejamento das atividades tende também a oferecer aos seniores maior propósito de vida, autoconfiança e a sensação de coletividade [7].

Não há consenso, na literatura, sobre quais intervenções são eficazes para o combate à solidão. Isso se deve às diferenças culturais, necessidades sociais e clínicas dos participantes avaliados e às diferenças nos instrumentos de medição do nível de solidão e da efetividade da intervenção entre os estudos. De qualquer forma, revisões sistemáticas sinalizam que há maior efetividade das intervenções quando: 1) agrupam múltiplas modalidades de atuação, como por exemplo, psicoeducação, socialização apoiada e desenvolvimento de habilidade, numa única atividade [5]; 2) têm claramente definido o objetivo a ser alcançado em relação à solidão, já que se sabe, por exemplo, que promover a socialização apenas, não é suficiente para combater o sentimento negativo de estar só [1], 3) restringem os participantes ao mesmo perfil de necessidades a serem atendidas e 4) priorizam intervenções em grupo [19].

A seguir, serão descritas três categorias de intervenções, com foco no objetivo a ser atingido, que têm sido descritas como mais eficazes para a minimização da experiência de solidão, nomeadamente, desenvolvimento de habilidade e literacia, construção de conexão social e resolução de padrões cognitivos disfuncionais.

Desenvolvimento de habilidades e literacia.

Intervenções com foco no desenvolvimento de habilidades são eficazes no enfrentamento da solidão por meio do desenvolvimento da autoeficácia por proporcionar a percepção de capacidade na resolução de problemas. Exemplos destas intervenções são: cursos de treino cognitivo, informática, culinária, jardinagem, ou qualquer outro que promova o conhecimento e a capacidade da pessoa na execução de determinada atividade. A percepção de capacidade de superar os desafios envolvidos na criação de novas habilidades é levada para outras esferas da vida e isso aumenta a motivação para o autocuidado [19].

Além disso, o desenvolvimento de habilidade passa pela aquisição de conhecimento sobre o assunto de interesse, o que auxilia no desenvolvimento da literacia e, conseqüentemente, na sensação de controlo sobre meios de conseguir a informação necessária e de autonomamente lidar com situações adversas. Um curso de informática, por exemplo, pode favorecer o conhecimento sobre como funciona o universo digital, como usar dispositivos eletrónicos e até sobre como procurar informações necessárias, como, por exemplo, serviços de saúde e assistência social.



A percepção de capacidade de superar os desafios envolvidos na criação de novas habilidades é levada para outras esferas da vida e isso aumenta a motivação para o autocuidado.

Construção de conexão social

Atividades que envolvam a socialização e o desenvolvimento de habilidades sociais possuem efeito positivo sobre a solidão por proporcionarem a sensação de autovalor, amparo e de reciprocidade nos desafios enfrentados e compartilhados num grupo [1].

Painéis de discussão, celebrações em grupo e atividades filantrópicas e religiosas são exemplos desse tipo de atividade. É importante que essas atividades sejam coordenadas com os recursos comunitários e envolvam uma abordagem educativa. O período de duração dessas atividades é determinante para a efetividade sobre a solidão. Estudos mostram que essas atividades devem ter duração de pelo menos cinco meses [1, 7].

Experiências grupais que façam com que os participantes, além de se sentirem amparados, se sintam necessários e capazes de amparar outras pessoas são mais efetivas para a sensação de bem-estar psicológico e diminuição da solidão [1].

O uso da tecnologia pode ser uma ferramenta poderosa para a diminuição do isolamento social, promoção da conexão social e aumento das redes sociais, principalmente quando há limitação de mobilidade ou qualquer outro impedimento para a socialização presencial. Com a população idosa, é preciso considerar que ainda existe uma lacuna digital, especialmente entre aqueles com 65 anos ou mais, o que dificulta a utilização e a maior adesão de intervenções com uso de tecnologia [7]. Intervenções voltadas para o desenvolvimento da literacia digital são fundamentais para a inclusão social dessa população.



Fonte: <https://unsplash.com/>

Atividades que envolvam exercício físico em grupo trazem efeitos positivos diretos e indiretos contra a solidão. Os efeitos diretos são a percepção de pertença a um grupo e o bem-estar físico gerado pela experiência de *flow* que envolve a liberação de dopamina, endorfina e serotonina após uma atividade física estimulante. Os efeitos indiretos são a percepção da capacidade na execução dos movimentos, no progresso da performance e na melhoria da autoestima com as mudanças corporais envolvidas num estilo de vida saudável.

Práticas que envolvam os cuidados de animais domésticos também se têm mostrado efetivas para o enfrentamento da solidão, uma vez que tendem a aumentar a autopercepção dos seniores da sua importância no cuidado de outro ser e na reciprocidade de afeto [20].



Fonte: <https://unsplash.com/>

Reestruturação de padrão cognitivo disfuncional

O padrão cognitivo da experiência da solidão envolve pensamentos distorcidos e negativos sobre a realidade, o que leva à ruminação de situações do passado e/ou percepção do futuro como algo ameaçador ou sem sentido. Algumas distorções comuns na experiência da solidão são: generalização (“ninguém me ama”, “ninguém sente minha falta”); personalização (“eu não mereço ser feliz”, “estou só porque não tenho valor”), ou noção de catástrofe (“vai dar tudo errado”, “a dor é sinal de uma doença forte e eu irei morrer”).

Os pensamentos são atrelados às emoções e juntos levam a comportamentos correspondentes. É por isso que intervenções para a reestruturação dos pensamentos distorcidos e para a gestão das emoções são necessárias para a mudança de comportamento em prol da mudança de hábitos que conduza a um estilo de vida mais saudável com atitudes

positivas de relacionamento social.

Psicoterapia individual ou em grupo na abordagem da terapia cognitivo-comportamental são as principais formas de promover a reestruturação cognitiva. A psicoterapia é de extrema necessidade quando há sintomas ou diagnóstico de depressão, muito prevalente entre seniores solitários. Estudos mostram que a duração do processo psicoterapêutico é determinante para o sucesso da intervenção. Padrões de pensamento e comportamento envolvem processos conscientes e inconscientes, cuja reestruturação engloba o tempo de conhecimento, compreensão, aceitação e mudança. Recomenda-se, portanto, que o processo terapêutico tenha pelo menos entre 12 e 15 sessões.

Para que a mudança de comportamento ocorra, técnicas de desenvolvimento da autoeficácia são fundamentais para que a pessoa se sinta intrinsecamente motivada e capaz de executar novos hábitos.

O estabelecimento de metas comportamentais (alimentares, de socialização, de atividade física, de administração medicamentosa, etc) também é uma estratégia importante para facilitar a execução de novos comportamentos sem que a pessoa se sinta sobrecarregada ou insegura [7]. A definição de metas deve estar atrelada a estratégias de gestão das emoções (*coping*) e para isso é importante a identificação dos comportamentos disfuncionais que o paciente realiza para lidar com as emoções. O idoso pode, por exemplo, comer muito para se acalmar ou ficar horas na televisão para esquecer os problemas. Com a identificação desses comportamentos, é possível estimulá-lo a ativamente identificar comportamentos funcionais alternativos, como por exemplo, ao invés de comer para se acalmar, ele pode meditar ou praticar yoga.

A prática de meditação tem sido reconhecida como estratégia eficaz para o gerenciamento das emoções. Ela tem sido cada vez mais utilizada no âmbito de saúde, devido a sua praticidade na orientação e na autoaplicação, além de não envolver custos para o seu uso.

Serviços de apoio ao sénior

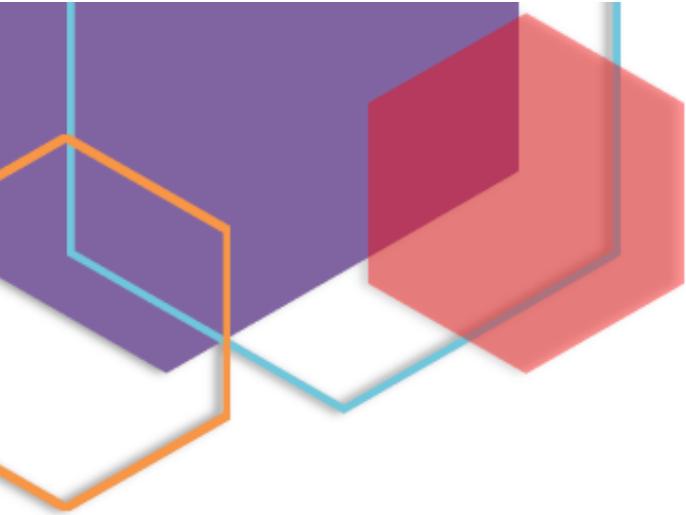
É importante ter em mãos opções de serviços de apoio a seniores para que lhes sejam ofertadas conforme suas necessidades.

Abaixo, segue uma lista de serviços de Organizações Sociais e do Poder Público conforme o tipo de atividade oferecido:

- ✍ Santa Casa de Misericórdia de Lisboa - serviços de saúde, educacionais e recreativos - Acesso em <http://www.scml.pt/educacao-e-formacao/>
- ✍ Associação Nacional de Gerontologia Social - projetos de inserção social, solidariedade, subsidiariedade e bem-estar - Acesso em <https://anges.pt/projetos/>
- ✍ Guarda Nacional Republicana - programa de apoio social e de segurança a seniores que vivem em áreas isoladas - Acesso em https://www.gnr.pt/ProgEsp_idososSeguranca.aspx
- ✍ Fundação “la Caixa” - programas sociais, culturais e de saúde - Acesso em <https://fundacaolacaixa.pt/>
- ✍ Somos Tod@s Digitais - serviço de esclarecimento e suporte para utilização das principais plataformas digitais de comunicação - Acesso em <https://www.somostodasdigitais.pt/>. Telefone: 800 100 555
- ✍ Comissão para cidadania e a igualdade de género - serviço de informação a vítimas de violência doméstica - Acesso em www.cig.gov.pt. Telefone: **800 202 148**
- ✍ Segurança Social - linha nacional de apoio às pessoas em emergência social - Acesso em www.seg-social.pt. Telefone: 144
- ✍ SOS Voz Amiga - Linha de prevenção do suicídio e apoio a quem se encontra em sofrimento psicológico - Acesso em www.sosvozamiga.org. Telefone: 213 544 545 - 912 802 669 - 963 524 660
- ✍ Provedoria de Justiça - linha de apoio a seniores sobre direitos a saúde, segurança social, habitação, equipamentos e serviços. - Acesso em <https://www.provedor-jus.pt/?idc=55>. Telefone: 800 20 35 31

Referências

1. O'Rourke, H.M., L. Collins, and S. Sidani, *Interventions to address social connectedness and loneliness for older adults: a scoping review*. BMC geriatrics, 2018. **18**(1): p. 1-13.
2. Malcolm, M., H. Frost, and J. Cowie, *Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol*. Systematic Reviews, 2019. **8**(1): p. 1-8.
3. Patel, S.S. and A. Clark-Ginsberg, *Incorporating issues of elderly loneliness into the Coronavirus Disease-2019 public health response*. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 2020. **14**(3): p. e13-e14.
4. Cheung, G., et al., *Financial difficulty and biopsychosocial predictors of loneliness: A cross-sectional study of community dwelling older adults*. Archives of Gerontology and Geriatrics, 2019. **85**: p. 103935.
5. Perissinotto, C., et al., *A practical approach to assessing and mitigating loneliness and isolation in older adults*. Journal of the American Geriatrics Society, 2019. **67**(4): p. 657-662.
6. Emerson, K., et al., *Pain as a risk factor for loneliness among older adults*. Journal of Aging and Health, 2018. **30**(9): p. 1450-1461.
7. Yanguas, J., S. Pinazo-Henandis, and F.J. Tarazona-Santabalbina, *The complexity of loneliness*. Acta Bio Medica: Atenei Parmensis, 2018. **89**(2): p. 302.
8. Lana, L.D. and R.H. Schneider, *Síndrome de fragilidade no idoso: uma revisão narrativa*. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 2014. **17**: p. 673-680.
9. Chen, C.Y., P. Gan, and C.H. How, *Approach to frailty in the elderly in primary care and the community*. Singapore medical journal, 2018. **59**(5): p. 240.
10. Dahlberg, L., N. Agahi, and C. Lennartsson, *Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades*. Archives of gerontology and geriatrics, 2018. **75**: p. 96-103.
11. Nersesian, P.V., et al., *Loneliness in middle age and biomarkers of systemic inflammation: Findings from Midlife in the United States*. Social Science & Medicine, 2018. **209**: p. 174-181.
12. Bunt, S., et al., *Social frailty in older adults: a scoping review*. European journal of ageing, 2017. **14**(3): p. 323-334.
13. Suanet, B. and T.G. van Tilburg, *Loneliness declines across birth cohorts: The impact of mastery and self-efficacy*. Psychology and Aging, 2019. **34**(8): p. 1134.
14. Russell, D.W., *UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure*. Journal of personality assessment, 1996. **66**(1): p. 20-40.
15. Hughes, M.E., et al., *A short scale for measuring loneliness in large surveys: Results from two population-based studies*. Research on aging, 2004. **26**(6): p. 655-672.
16. Cattan, M., et al., *Preventing social isolation and loneliness among older people: a systematic review of health promotion interventions*. Ageing & society, 2005. **25**(1): p. 41-67.
17. Dias, R.B., *Diretrizes de intervenção quanto à mudança de comportamento-A Entrevista Motivacional*. _ PEREIRA, AA Diretrizes clínicas para atuação em saúde mental na Atenção Básica à Saúde. Série Nescon de Informes Técnicos, 2009(3).
18. Mann, F., et al., *A life less lonely: the state of the art in interventions to reduce loneliness in people with mental health problems*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2017. **52**(6): p. 627-638.
19. Dickens, A.P., et al., *Interventions targeting social isolation in older people: a systematic review*. BMC public health, 2011. **11**(1): p. 1-22.
20. Krause-Parello, C.A., E.E. Gulick, and B. Basin, *Loneliness, depression, and physical activity in older adults: The therapeutic role of human-animal interactions*. Anthrozoös, 2019. **32**(2): p. 239-254.



UNIVERSITAT
POLITÈCNICA
DE VALÈNCIA



MEDICAL
UNIVERSITY
OF LODZ



• U • C •

UNIVERSIDADE DE COIMBRA



AJUNTAMENT
DE VALÈNCIA

Missions
València 2030

LAS NAVES

