

Solidão e Envelhecimento nos Doentes Reumáticos

**Sara Augusto,
Rui Aragão Oliveira,
Margarida Pocinho**

A experiência de solidão é universal e, portanto, inerente à condição humana. Podemos descrevê-la como um sentimento desconfortável de alienação, perda e isolamento. Contudo, a solidão assume também uma função desenvolvimental ao impelir o ser humano a procurar o estabelecimento e manutenção de relações interpessoais sólidas e vinculativas, essenciais ao seu bem-estar (Baumeister e Leary 1995). A solidão pode, de igual modo, ser psicológica, surgindo camuflada ou escondida numa relação aparentemente estável. Esta forma de experienciar solidão é a mais angustiante e dolorosa (Bastos 2005).

A definição de solidão é tarefa difícil, uma vez que não podemos esquecer o seu carácter vago, subjectivo e idiossincrático capaz de se revestir de muitos significados. A sua expressão cognitiva implica a percepção do próprio indivíduo como sozinho e isolado, privado da proximidade, contacto ou ligação com outros, à qual está subjacente a discrepância entre as relações sociais desejadas pelos indivíduos e os seus relacionamentos actuais, quer quantitativa quer qualitativamente. Na componente afectiva, compreende as experiências emocionais negativas como aquelas que se traduzem na desorientação e na perda (Peplau & Perlman 1982; Rotenberg 1994).

Para além destas duas componentes, a solidão pode ser concebida

como uma experiência subjectiva, não necessariamente sinónima de um isolamento social concreto. É possível o indivíduo estar isolado sem se sentir só ou de sentir solidão quando rodeado por uma multidão (Peplau e Perlman 1982). Por conseguinte, é importante que as experiências objectivas (tempo durante o qual se está só) sejam consideradas à medida que as experiências subjectivas (o carácter agradável ou desagradável desse tempo) são referenciadas no estudo da solidão (McWhirter 1990). Podemos, então afirmar que, deste ponto de vista, apenas os indivíduos que experienciam dor psicológica podem ser considerados pessoas sóas.

A solidão pode, ainda, diminuir a motivação do sujeito ao produzir uma sensação de paralisia bloqueadora da esperança e que fomenta a apatia (Fromm-Reichman, 1959). Este sentimento pode ser entendido, por outro lado, como um elemento impulsionador, na medida em que pode representar uma motivação para o envolvimento em relações sociais, apesar da ansiedade que tais relacionamentos possam provocar (Sullivan 1953; Weiss 1973).

Para uma definição consistente de solidão deve ser incluída, também, uma componente temporal que pode ser transitória ou persistente, isto é, pode estar presente durante um longo ou curto período de vida do indivíduo, em função de uma grande variedade de causas e consequências.

Para Rook (1984a), a solidão é uma condição duradoura de dor emocional que surge quando o indivíduo se sente incompreendido ou rejeitado pelos outros e/ou quando lhe falta uma rede social de apoio para a realização das actividades desejadas, particularmente aquelas que propiciam um sentido de integração social e oportunidades para a intimidade emocional.

Nas sociedades direccionadas para o individualismo, os níveis de solidão são menores por contraposição com as sociedades mais orientadas para a comunidade que apresentam uma maior sensibilidade ao sentimento de exclusão. Assim, podemos concluir que a sensibilidade à solidão varia de cultura para cultura. Segundo estudos europeus, Portugal e a Grécia são os países onde os idosos apresentam maior frequência de sentimentos de solidão. No pólo oposto, encontramos a Dinamarca e a Suíça como os países que apresentam uma menor frequência deste sentimento na referida população.

Constata-se uma relação estreita entre a solidão e as relações sociais. O isolamento social diz respeito ao nível de integração com outros indivíduos e grupos no ambiente social e às características objectivas

de ausência de relacionamentos ou à sua existência em número muito reduzido (Paúl 1997; Revenson 1986). Assim, este pode ser voluntário, não solitário, quando o estado de isolamento é aceite e desejado pelo indivíduo, tendo em vista a privacidade facilitadora para a concretização de objectivos que pode ser oriunda deste isolamento. Ou então, pode ser involuntário, quando remete os indivíduos para uma dimensão solitária e assume-se por imposição e não como uma escolha.

A activação de uma complexa rede de factores inerentes à falta de saúde, às redes sociais e às capacidades funcionais faz despoletar sentimentos de solidão e este fenómeno psicológico instala-se e tem tendência a aumentar com a idade. As ideias pré-concebidas de estagnação e declínio que são associados aos idosos aliam-se à ideia de que a solidão é algo que não se pode evitar, devido à falta de desafios, aprendizagens, oportunidades, estimulação e desinvestimento no contacto social e até no próprio indivíduo.

A partir dos 65 anos de idade, o risco de perda de pessoas com quem se mantêm contactos sociais e confidenciais aumenta. Balandin (2006) refere as seguintes mudanças e perdas como as que apresentam um peso significativo na vivência da solidão nos idosos: perda de companheiro ou amigos; aumento dos sintomas de perda de saúde; mudanças financeiras e no estatuto laboral; problemas de acessibilidades aos transportes; eventual mudança para lares; não ter tido descendência.

Contudo, existem momentos em que o 'estar só' é considerado um momento positivo, associado ao crescimento espiritual e à criatividade. Moustakas (1961; cit. por Perlman e Peplau 1982) considerou que o 'estar só' pode promover crescimento pessoal e criatividade. Para Neto (1992), a solidão pode ser um traço de personalidade (um atributo estável ao longo do tempo, ou seja, pode representar uma Solidão Crónica ou, então, um estado psicológico (experenciado em diferentes momentos temporais da vida do indivíduo, isto é, a solidão pode definir-se como situacional).

Young (1982) identificou três tipos de solidão: transicional (pode durar entre alguns minutos e algumas horas e os sintomas não são graves); situacional (aquela que resulta de um acontecimento importante, como o fim de uma relação, e apresenta sintomas como, por exemplo, a ansiedade, insónias ou dores de cabeça) e crónica (que dura há mais de dois anos e não resulta de um acontecimento traumático recente).

Por sua vez, Mijuskovic (1985) refere que existem dois tipos de solidão quanto à causa: a solidão inerente à condição de experiência e existência única de vida do ser humano (Solidão Metafísica) e a solidão

resultante de um défice social, actual ou percebido pelo sujeito (Solidão Psicológica).

Relativamente ao défice social implicado na solidão, é de referir que a natureza unidimensional ou multidimensional da solidão é a característica que tem suscitado maior discussão e divergência na literatura (Bastos 2005). Assim, as pessoas que sofrem de solidão descrevem-se num sentido muito negativo com auto-depreciações, utilizam expressões como: vazio, inacessível, separado do outro, só, sozinho, vulneráveis, relações inadequadas, vazio espiritual, referem que se sentem passivos, não apreciados e, muitas vezes, dizem-se irritados quando alguém quer alterar este estado (Pocinho 2007). O risco de depressão aumenta quando estes estados de descrição depreciativos começam a aumentar.

O estudo sobre a solidão ganhou, efectivamente, contornos como constructo importante a ser investigado desde que Fromm-Reichman publicou, em 1959, um artigo de psiquiatria intitulado 'Solidão'. Com o aumento da compreensão deste fenómeno verifica-se, actualmente, uma necessidade cada vez mais crescente na incorporação desta condição na prática clínica.

Por outro lado, o modo como se processa a vivência da solidão está intimamente relacionado com o modo de experienciar o isolamento social. A experiência do tempo passado só pode ser de cariz voluntário ou involuntário tendo em conta aspectos relativos ao próprio indivíduo ou às próprias características do meio social, que podem ser ou não responsivas perante as necessidades dos idosos. Assim, a experiência da solidão pode constituir-se ou não como uma fatalidade tendo em conta o suporte que se pode ou não dar a um indivíduo para que este se sinta integrado e não marginalizado.

Próximo da conceptualização de isolamento, o conceito de suporte social surgiu, na década de 1970, com a Teoria do Suporte Social que, segundo Guterres (2002) confere importância aos sistemas de suporte comunitários e clarifica a natureza do suporte social bem como a sua importância no bem-estar dos indivíduos. Este conceito é multifacetado e é, frequentemente, utilizado em diferentes sentidos, isto é, como rede social, contactos sociais significativos, entre outros. Mas, para Lin, Dean e Ensel (1986 cit. por Guterres 2002), o suporte social diz respeito a todas as acções instrumentais ou emocionais percebidas pela comunidade, redes sociais ou parceiros próximos, verificando-se diversos níveis de ligação com o meio. Neste sentido, Lin e Ensel (1989 cit. por Guterres 2002) referem que o suporte social constitui o processo, com

mecanismos de percepção ou recepção, pelo qual os recursos da estrutura social (comunidade, redes sociais e relações íntimas) permitem satisfazer as necessidades que são de natureza instrumental e expressiva em situações do quotidiano e de crise.

As investigações epidemiológicas que permitiam fundamentar que os vínculos sociais produzem um efeito importante e significativo na saúde física e mental, assim como no bem-estar geral, deram origem à abordagem do suporte social. Assim, muita da literatura existente actualmente corrobora que o suporte social se associa a uma diminuição da sintomatologia psicopatológica, explicando-se este facto, geralmente, através da afirmação de que o suporte social favorece uma adaptação às situações particularmente difíceis e stressantes. Contudo, o suporte social pode contribuir positiva e negativamente na forma como o indivíduo recupera da doença, lida com a perda ou com situações de cronicidade, como desempenha uma variedade de tarefas e naquilo que sente em relação a si mesmo (Oliveira 1998).

O foco no suporte que o indivíduo acredita ter disponível em caso de necessidade é um indicador de como as funções de suporte estão a ser cumpridas, podendo assumir formas diversas como a satisfação, o sentido de pertença e envolvimento (Oliveira 1998). Consistentemente, o suporte social, estabelece e mantém uma relação estreita com a preocupação com a saúde bem como com as questões relacionadas com a etiologia e evolução da doença física e, embora, se encontrem muitos estudos que afirmam o papel benéfico do suporte social na saúde, não existem, ainda, explicações plausíveis para o modo como essa influência se processa.

Quanto ao isolamento, este verifica-se quando há falta de relações satisfatórias nas quais ocorre uma discrepância entre a situação pretendida ou idealizada e a percepção dos recursos sociais, não podendo ser sinónimo de estar só (Samter 1994 cit. por Oliveira 1998).

O ENVELHECIMENTO E A SOLIDÃO NAS DOENÇAS REUMÁTICAS

Os dados revelam que, a cada momento, cerca de 2,7 milhões de portugueses sofrem de algum tipo de queixas reumáticas, o que equivale a 25,7% da população. As doenças reumáticas apresentam actualmente e prevê-se, também no futuro, o progressivo aumento da sua frequência na população mundial, uma vez que esta não pára de envelhecer. As

doenças reumáticas são doenças crônicas e, por conseguinte, surtem importantes consequências psicológicas e sociais que requerem uma adequada adaptação e ajuste do doente em múltiplas dimensões da vida (Stanton et al. 2007).

O declínio nas actividades da vida diária, da vitalidade e das relações sociais toma um rumo heterogêneo entre os indivíduos, ainda que tenham diagnosticado a mesma condição clínica. Esta grande heterogeneidade entre pessoas leva a que a criação de generalizações, acerca de como se processa o ajuste à doença crônica, se constitua um verdadeiro desafio (Stanton et al. 2007). Nesta sequência, torna-se inevitável referir que estar perante limitações originadas pela presença de um estado de saúde, que acarreta o convívio com a doença, é algo que questiona e desequilibra a estrutura psicodinâmica de um indivíduo. A doença surge em contexto tanto de cariz social como individual e ‘alastra-se’ a todo o meio envolvente e interno de um modo que obriga o indivíduo a adaptar-se a uma nova realidade que comporta um conjunto de especificidades que levará, inevitavelmente, ao convívio com a perda. No fundo, não se trata apenas da perda de funcionalidade ou de sofrimento físico mas, também, da violação da integridade da própria pessoa como unidade. A desintegração do Self ocorre desde o início da constatação das incapacidades e desvantagens através da ‘queda’ do mito da invulnerabilidade e da presença perante o desconhecido e a incerteza.

Com as consequentes alterações físicas decorrentes do envelhecimento verificam-se significativas alterações na funcionalidade dos órgãos e dos sistemas físicos através do desuso e inactividade física que acentuam o declínio da função neuromuscular. No caso da osteoporose, a perda da força muscular resulta num risco acrescido de quedas, fragilidade física e incapacidade funcional. Esta doença caracteriza-se pela falta de cálcio nos ossos, com diminuição proteica da substância do osso, o que origina um volume inferior de tecido ósseo, podendo ocorrer, nesta doença, fracturas espontâneas ou causadas por traumatismos mínimos. Problemas renais e a menopausa, com base em alterações hormonais, tornam-se duas das principais causas para o surgimento da doença no género feminino.

As doenças reumáticas com maior frequência são as artroses. Estas são artropatias degenerativas de desgaste e são acompanhadas por dor que aumenta com o esforço e acalma com o repouso. As artroses são uma doença crônica que se produz nas articulações e que se caracteriza pela degenerescência do tecido cartilágneo. Estas afectam, principalmente, as articulações que sustentam o peso do corpo, podendo cau-

sar dor articular e rigidez. O seu aparecimento é quase inevitável como parte integrante do processo natural de envelhecimento do organismo. A sintomatologia varia de acordo com a gravidade do processo degenerativo sendo o principal sintoma a dor, podendo a mesma ter uma localização variável, consoante a articulação afectada. A dor representa, em regra, um início progressivo da doença e, na sua forma mais característica, é causada principal ou até exclusivamente pelo movimento ou pelo uso excessivo da articulação.

Outra doença reumática de extrema importância, pelo impacto que traduz na vida do indivíduo é a artrite reumatóide. Esta doença comporta importantes problemas médicos, económicos, sociais e psicológicos. Do ponto de vista físico, esta doença crónica é deformante e incapacitante, de causa desconhecida, que evolui com a dor. À incapacidade funcional e à deformação articular, acresce-se um curso evolutivo imprevisível que alterna períodos sintomáticos com períodos de remissão da actividade da doença (Gomes 1991). A artrite é, além disso, uma doença incurável na qual após o envolvimento de duas ou três articulações estabelece-se uma progressão imparável da doença em 10, 15 ou 20 anos instalando-se uma incapacidade geral e permanente. Na precipitação e exacerbação da doença, também, se constata factores psicológicos e de personalidade e acontecimentos de vida. Enquanto que o stress psicológico poderá afectar o início e evolução da doença, as repercussões psicológicas podem influenciar o curso evolutivo e exacerbações dolorosas.

Por sua vez, os factores psicossociais e as características da personalidade parecem predispor o indivíduo à doença. A frequente associação da artrite reumatóide a factores psicológicos levou a American Psychiatric Association (A.P.A.) a considerar esta doença como um distúrbio psicossomático, descrevendo-a como uma reacção psicofisiológica muscular. Do ponto de vista psicológico, importa referir que observações clínicas sucessivas revelaram que o início da doença e a sua evolução parecem estar correlacionadas positivamente com factores de stress psicológico e de personalidade, verificando-se, ainda, nestes doentes, tendências mais depressivas comparativamente à população em geral.

DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA GERAL E OBJECTIVOS SUBJACENTES À INVESTIGAÇÃO

A solidão é o constructo central deste trabalho e é encarada segundo uma perspectiva multidimensional (Marcoen e Goosens 1987), cuja

manifestação difere em função dos défices nos diversos contextos inter-pessoais da vida. A experiência de solidão incorpora em si mesma uma vivência de dor psicológica que, aliada ao processo de envelhecimento, confere um carácter debilitante ao idoso. O envelhecimento relaciona-se, ainda, de modo estreito, com o suporte social percebido.

Esta investigação incide, portanto, na problemática da vivência dos sentimentos de solidão nos doentes reumáticos idosos. Os objectivos específicos são os seguintes:

- Verificar o contributo da percepção do suporte social para a existência de solidão na população em causa;
- Averiguar a existência e o tipo de associação entre as variáveis de caracterização da amostra e verificar a sua influência na existência de solidão na população em estudo.

Trata-se de um estudo transversal, uma vez que os dados são recolhidos num único momento. Em termos analíticos, este é um estudo correlacional, uma vez que se debruça na análise de relações e correlações entre as variáveis em estudo e factorial, visto apresentar uma variável independente (Fortin 2003).

A população deste estudo corresponde a 92 utentes com problemas reumáticos do Centro de Saúde de Fornos de Algodres com mais de sessenta e quatro anos, de ambos os sexos, que foram consultados pelo médico de família nos dias em que estava a decorrer a aplicação dos instrumentos deste estudo. Neste contexto, a população subdivide-se em três grupos de utentes que apresentam as seguintes doenças reumáticas: artrite, osteoporose e artroses, havendo, ainda, um 4º grupo que apresentava como diagnóstico quer seja artroses quer seja osteoporose.

A amostra em estudo é constituída, assim, por quatro grupos, em que o grupo de utentes com artrite é composto por 10 sujeitos, o grupo de utentes com artroses apresenta 61 sujeitos, com diagnóstico de osteoporose foram amostrados 15 sujeitos e, por último, apresentando diagnóstico combinado de osteoporose e artroses foram amostrados 6 sujeitos. A selecção da amostra obedeceu ao processo de amostragem por conveniência (Fortin 2003), uma vez que foram seleccionados, para o estudo, sujeitos com mais de sessenta e quatro anos e que apresentassem doenças reumáticas. Foram excluídos da amostra os utentes que apresentavam doenças reumáticas associadas a outras doenças crónicas ou doentes reumáticos que se encontravam em fase terminal. Obedeciam aos critérios de exclusão, ainda, os utentes que apresentavam deficiências significativas no plano perceptivo ou comunicacional bem como os que apresentavam quadros demenciais e/ou perturbações graves da personalidade.

A variável solidão -variável dependente- foi avaliada através da 'Escala de Avaliação da Solidão – University of Califórnia Loneliness Scale (UCLA-16) (Russell, Cutrona, De La Mora e Wallace 1978; Pocinho, Dias e Farate 2006). No processo de validação deste instrumento para a população portuguesa, efectuado por Pocinho, Dias e Farate (2006), demonstrou-se, ainda, que a versão alcançada UCLA-16, aqui utilizada, é a mais plausível para a população de idosos, segundo uma variação possível de 16 a 64 pontos, avaliando dois factores: o Isolamento Social e as Afinidades, sendo que quanto maior for a pontuação maiores serão os sentimentos de solidão. No estudo efectuado por Pocinho (2007), a consistência teste-reteste revelou que os resultados inter-avaliadores são concordantes através das elevadas correlações dos resultados entre eles, não apresentando diferenças significativas entre as médias. Os autores da versão portuguesa (Pocinho, Dias e Farate 2006) estabeleceram a linha de corte em 32 pontos de score. A validade de conteúdo e de convergência da escala, assim como a sua consistência interna, são satisfatórias.

A Percepção do Suporte Social – variável independente - foi avaliada através da Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social (Paixão e Oliveira 1996). Esta escala foi elaborada originalmente por Ensel e Woelfel (1986), mas a sua construção e operacionalização originou-se no início da década de 80 (Lin, Dean e Ensel 1981). Esta é uma escala de tipo 'Likert' com 28 itens pontuáveis de 1 a 5, sendo que o valor 1 corresponde à resposta 'sempre ou quase sempre', e o valor 5 é relativo à opção 'nunca'. Esta escala tem sido utilizada em diversos estudos sobre o suporte social e, também, num importante estudo epidemiológico desenvolvido por Lin (1986), que incidiu sobre o suporte social e a sua influência na relação entre os factores stressantes e as situações de doença. Neste importante estudo, a escala revelou, novamente, ser um óptimo indicador de suporte social. A escala foi estudada por Paixão (1996), para uma amostra da população portuguesa constituída por 231 sujeitos. Revelou possuir boas qualidades psicométricas, nomeadamente no que diz respeito à consistência interna, fiabilidade, validade, fidelidade e homogeneidade. A Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social ocupa hoje um lugar de destaque pelo facto de permitir medir com clareza o constructo de ordem estrutural e o de ordem afectiva que compõem a percepção individual do suporte social.

Para além destas variáveis, foram recolhidas as seguintes variáveis sócio-demográficas: género, idade, estado civil situação profissional, tempo de duração da doença, medicação, internamento e tratamentos efectuados. Especificamente, estas variáveis foram operacionalizadas, através de um Questionário de Avaliação Sócio-demográfica.

RESULTADOS

O tratamento dos dados foi efectuado através do programa SPSS, versão 15, e os testes estatísticos foram utilizados, segundo a correspondência ou não das variáveis aos pressupostos da normalidade e homogeneidade subjacentes ao tratamento estatístico.

Os doentes reumáticos em estudo apresentam idades compreendidas entre os 65 e os 90 anos, com uma média de idades igual a 72,85 anos e desvio padrão igual a 7,504.

Relativamente ao género, participaram no estudo 64 (69,6%) sujeitos do género feminino e 28 sujeitos (30,4%) do género masculino.

Quanto ao estado civil, é possível constatar que 56 (56,5%) sujeitos são casados ou vivem em união de facto, dos quais 17 são do género masculino e 35 são do género feminino.

Quanto à 'situação profissional', podemos afirmar, com base nos resultados, que 70 sujeitos estão já reformados o que corresponde a 76,1% da amostra. Contudo, 21 sujeitos ainda se encontram activos, o que totaliza 22,8% da amostra total. Apenas encontramos 1 desempregado do género masculino.

No que diz respeito à variável 'Habilitações', 7 indivíduos dizem não ter recebido qualquer instrução (7,6%), 72 indivíduos dizem ter frequentado ou concluído o 1º ciclo (78,3%) enquanto que 7 referem ter um curso (7,6%), por último com escolaridade superior ao 4º ano mas sem conclusão de qualquer curso encontram-se 6 indivíduos (6,5%).

Em termos de diagnóstico, verifica-se uma percentagem significativa (66,3%) de sujeitos (61 indivíduos) que apresenta 'artroses'. Seguidamente, destaca-se a categoria 'osteoporose' com 15 sujeitos (16,3%) seguindo-se dos sujeitos com 'artrite' (10 sujeitos) para uma percentagem de 10,86%. E, por último, apresentam 'osteoporose e artroses' apenas indivíduos do género feminino com 6 sujeitos (6,54%).

Relativamente ao tempo de diagnóstico da doença, podemos constatar que a categoria relativa à variável 'Tempo' que revela um maior número de sujeitos é aquela que enquadra os indivíduos, cujo diagnóstico foi efectuado entre 6 a 10 anos, com um total de 35 sujeitos (38%).

Quanto à variável 'Medicação', constata-se que 66 sujeitos responderam 'Sim', para um total de 71,7% enquanto que 26 sujeitos (28,3%) dizem não tomar medicação indicada para as doenças em estudo.

No que diz respeito ao 'Internamento', a maioria dos sujeitos 77,2% diz não ter estado internado por motivos da doença em estudo.

Por seu lado, a variável 'Tratamento' demonstra que mais de metade

dos sujeitos referiu não ter efectuado nenhum tratamento, num total de 53 e com uma percentagem de 57,6%.

Analisando os valores totais da UCLA, verificamos um valor mínimo de 16 e um valor máximo de 59 nas pontuações das respostas. Apresenta uma média de respostas de 37,39 e desvio padrão de 10,628.

Verifica-se ainda que 61 indivíduos apresentam pontuações totais na UCLA superiores ou iguais a 32 pontos e constata-se a existência de 31 indivíduos com valores relativos à pontuação total inferior a 32.

O valor médio mais elevado para a sub-escala Isolamento Social da UCLA foi obtido pelos indivíduos que apresentam diagnóstico de osteoporose (27,40 pontos) e o mais baixo verificou-se em sujeitos com diagnóstico combinado de artroses e osteoporose (18,17 pontos).

A sub-escala Afinidades, por seu lado, apresentou um valor médio mais elevado para os indivíduos com osteoporose (14,27 pontos) e mais baixo para sujeitos com diagnóstico de artrite reumatóide (11,5 pontos).

A Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social apresenta, com base no valor obtido por cada sujeito nesta escala, um valor mínimo de 55 e um valor máximo de 139 pontos bem como uma média de 94,04 e desvio padrão de 18,431.

Para compreendermos, mais convenientemente, a distribuição dos valores relativos a esta escala estabeleceu-se uma linha de corte com base em procedimentos estatísticos que consistem na subtração do valor da média total ao valor do desvio padrão total, obtendo-se o valor de 75,969 e o valor de 112,831, somando o valor da média total ao valor do desvio padrão total, obtendo-se, deste modo, um limite inferior e outro superior, respectivamente.

Assim, constatou-se que o maior número de indivíduos apresenta um valor total na escala que se situa entre os 76 e os 113 pontos, aproximadamente, com cerca de 62 indivíduos a corresponder a este pressuposto (67,4%).

O valor médio mais elevado relativo ao primeiro e segundo factor é relativo ao grupo com artrite reumatóide com 48,90 pontos e 28,90 pontos, respectivamente. Por fim, o terceiro factor com 28 pontos, apresenta-se com o valor médio mais elevado para o grupo com diagnóstico combinado.

Além disso, efectuou-se o teste da normalidade para as escalas, sub-escalas e/ou factores da UCLA bem como para a Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social (EIESS) e admitimos um intervalo de confiança de 95% para os resultados.

Tendo em conta a verificação da existência ou ausência dos pres-

supostos que sustentam a normalidade na população, que é essencial conhecer para procedermos ao adequado tratamento estatístico, desenvolvemos a análise das diferentes variáveis presentes neste estudo e que fundamentam os dados recolhidos.

Relativamente às sub-escalas da UCLA foi aplicado o teste Kruskal Wallis, tendo em conta que não se verificou o pressuposto da normalidade para estas sub-escalas. Ao aplicar este teste, verificou-se que a sub-escala Isolamento Social apresenta um p-value de 0,027, sendo este inferior a 0,05 e revelando, assim, diferenças significativas relativamente ao diagnóstico. Por outro lado, a sub-escala Afinidades apresenta um p-value de 0,427 sendo este superior a 0,05, revelando ausência de diferenças significativas no que se refere ao diagnóstico.

Os resultados revelam que as diferenças significativas para a sub-escala Isolamento Social surgem entre os grupos de indivíduos que apresentam artrite e osteoporose com um p-value igual a 0,029, bem como entre os indivíduos com diagnóstico combinado de artroses e osteoporose e aqueles que apresentam diagnóstico de osteoporose com um valor de p-value igual a 0,011.

No que diz respeito à análise dos dados relativamente aos factores que compõem a EIESS e a variável diagnóstico, esta foi possível através da aplicação do teste ANOVA, uma vez que os factores seguem os pressupostos da normalidade quer em termos de distribuição quer a nível da homogeneidade.

Relativamente ao primeiro factor, verificou-se um p-value de 0,020 revelador de diferenças entre os grupos e ao procedermos à análise das comparações múltiplas para o teste de Tukey HSD, verificam-se diferenças significativas entre os grupos de indivíduos que apresentam artrite e osteoporose e não entre estes grupos em análise com outros grupos de diagnóstico em estudo.

Quanto à aplicação do teste ANOVA para o segundo factor da EIESS, verificou-se um p-value igual a 0,041 o que revela diferenças significativas entre os grupos para um intervalo de confiança de 95%. Assim, analisando o teste de comparações múltiplas de Tukey HSD, verificam-se, novamente, diferenças significativas entre os grupos que apresentam diagnóstico de artrite e osteoporose e ausência de diferenças significativas entre estes grupos relativamente aos outros grupos de diagnóstico.

Para a análise da variável idade relativamente às sub-escalas da UCLA, e com base na justificação de ausência de verificação dos pressupostos da normalidade, aplicámos o teste de Kruskal Wallis e verificou-se um p-value de 0,869 para a sub-escala Isolamento Social e de 0,302 para a

sub-escala Afinidades que, sendo ambos superiores a 0,05, indicam a ausência de diferenças significativas entre os grupos de idades e as sub-escalas em análise.

No que diz respeito à EIESS, o teste ANOVA revelou para o primeiro factor um p-value de 0,144 que confirma a ausência de diferenças significativas entre os grupos de idades e o mesmo se verifica para o segundo factor com p-value igual a 0,140.

No entanto, verificam-se diferenças significativas em grupos de idades para o terceiro factor, uma vez que o p-value de 0,049 apresentado para o teste ANOVA revela-se inferior a 0,05. Neste sentido, ao analisar-se as comparações múltiplas dadas pelo teste Tukey HSD verificam-se diferenças significativas entre o grupo de idades dos 81 até aos 90 anos, relativamente aos outros dois grupos de idades.

As variáveis Profissão, situação profissional, habilitações e género não revelaram diferenças significativas nos resultados da UCLA.

Ao analisarmos a possibilidade de correlação entre o Suporte Social, medido pela EIESS, e da solidão, medido pela UCLA, verificou-se a existência de correlação pela constatação de um p-value de 0,000 inferior a 0,01.

Nesta sequência, foi, ainda, possível comprovar que a correlação é negativa revelando que os valores das escalas se correlacionam inversamente revelando um valor de correlação moderado, sendo o valor da correlação igual a -0,622.

Quando se correlacionam as sub-escalas da UCLA com os factores da EIESS, verificam-se correlações significativas para um p-value de 0,01 entre o primeiro e segundo factor da EIESS, com uma correlação moderada e positiva de valor igual a 0,654; entre o primeiro e terceiro factor da EIESS existe uma correlação moderada e positiva apresentando valor de 0,717; entre o primeiro factor e a sub-escala Isolamento Social da UCLA existe uma correlação moderada e negativa de valor -0,603; entre o primeiro factor da EIESS e a sub-escala Afinidades da UCLA a correlação também se apresenta moderada e negativa com valor -0,608.

Verificaram-se, ainda, correlações significativas entre o terceiro e o segundo factor da EIESS, apresentando uma correlação moderada a fraca e positiva de valor 0,519, e entre o segundo factor da EIESS e as sub-escalas da UCLA, apresentando correlações moderadas a fracas e negativas, com ambas as sub-escalas apresentando um valor de correlação de -0,327, para a sub-escala Isolamento Social, e -0,401 para a sub-escala Afinidades.

O terceiro factor da EIESS também se correlaciona inversamente com

as sub-escalas da UCLA, apresentando um valor de correlação de -0,562 para a sub-escala Isolamento Social e de -0,519 para a sub-escala Afetividades. Estas correlações apresentam-se moderadas a fracas, porém, verifica-se a existência de correlação entre as sub-escalas e os factores mencionados.

Por último, verifica-se uma correlação moderada a forte entre as sub-escalas da UCLA, apresentando uma correlação positiva com valor de 0,786.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo demonstram importantes aspectos que devem ser tidos em consideração pela subjacente conjugação de factores ambientais, psíquicos e físicos na vivência da doença reumática e suas incapacidades e limitações inerentes.

Tratando-se de um estudo com a população idosa, a média de idades obtida foi de 72,85 anos, com idades que variavam entre 65 e os 90 anos de idade.

Quanto ao género, a maior percentagem de indivíduos é do género feminino (69,6%). Tal é justificado por a frequência destas doenças na população geral se verificar, de igual modo e, sobretudo, no género feminino.

Quanto à profissão, o sector primário foi aquele que apresentou uma percentagem maior de sujeitos. Este facto deve-se, essencialmente, a duas constatações. Por um lado, a elevada presença de indivíduos do género feminino que desempenham a profissão de 'doméstica' (37%) e, portanto, são enquadrados neste sector. O outro motivo prende-se com o facto de a segunda maior percentagem de sujeitos exercer ou ter exercido a profissão de 'agricultor', pelo que, também, é neste sector que são integrados estes indivíduos. Estas profissões são muito características do interior do país onde foi recolhida a amostra, daí a sua elevada presença.

Os resultados relativos à situação profissional também são coincidentes com o esperado, sobretudo porque a maior percentagem de indivíduos é constituída por reformados (76,1%), facto que encontra enquadramento, dado tratar-se de indivíduos idosos, mas também por apresentarem doenças que, em alguns casos, podem constituir incapacitação para o exercício de uma actividade profissional a mais longo prazo.

Ao nível do diagnóstico, a maioria dos indivíduos em estudo apresenta diagnóstico de artroses (66,3%), o que se encontra em consonância com os índices desta doença na população geral, uma vez que esta é a doença reumática com maior frequência na população geral, porque o seu apareci-

mento é quase inevitável, pelo que parece acompanhar o próprio processo de envelhecimento. A gravidade física associada a esta doença é variável, tendo em conta a quantidade e qualidade das articulações afectadas, mas comparativamente às outras doenças em estudo, um diagnóstico de artroses representa, regra geral, um grau de gravidade substancialmente menor.

No entanto, os indivíduos com diagnóstico de osteoporose e artrite reumatóide já têm sido alvo de um maior interesse por parte da comunidade científica, dadas as suas repercussões evidentes na vida de quem sofre destas doenças, exigindo uma clara compreensão dos seus fenómenos subjacentes e limitativos (Baptista 2000; Goldstein 1999; Gomes 1991; Harris 1993; Teixeira et al. 1987).

No que diz respeito ao tempo de diagnóstico da doença, a categoria com maior quantidade de sujeitos integrados é aquela que traduz o período de tempo compreendido entre os 6 e os 10 anos com 35 sujeitos e, com menor percentagem de sujeitos, aquela que se refere apenas a meses de diagnóstico. Este facto pode ser compreendido, se tivermos em consideração que se tratam de doenças crónicas e que, de modo geral, se manifestam um pouco antes da entrada na terceira idade, com a perda que se vai verificando na meia idade, no que diz respeito a certas funcionalidades do organismo de carácter hormonal e imunológico. Para além disto, é fundamental considerar que a média de idade da população em estudo é de 72,85 anos e, tendo em conta que a entrada na terceira idade ocorre aos 65 anos, não se justifica uma integração numa categoria mais elevada dos indivíduos, no que diz respeito a um tempo de diagnóstico mais longo.

A maioria dos sujeitos do género masculino bem como feminino refere que toma medicação (71,7%) e que não esteve internado (77,2%) por motivos da doença reumática em causa, verificando-se a mesma situação no caso do tratamento, com a maioria dos sujeitos a referir que não faz ou efectuou, anteriormente, qualquer tratamento complementar direccionado à intervenção na doença reumática.

Estes dados demonstram que apesar de, muitas vezes, serem associados tratamentos complementares à medicação no âmbito das doenças reumáticas, sobretudo, para o alívio da dor, é certo que se verifica, em maior número, um exclusivo recurso à prática medicamentosa para controlo ou tratamento da doença reumática.

Consequentemente, a abordagem terapêutica parece ser limitativa, não se baseando na prevenção da doença, mas sim no seu controlo através de medicação, pelo que tratamentos complementares e a prática de exercício físico não é fomentada pelo sistema de saúde, nem pelo próprio indivíduo

que, previamente à manifestação da doença, assume uma posição negligente, no que diz respeito ao 'cuidado' com o seu próprio corpo, e que, à posteriori, parece também reduzir o controlo da doença através de medicamentos. Neste sentido, alguns autores referem, tendo em conta a sua cronicidade, que as doenças reumáticas constituem um grave problema mundial, sobretudo pela ausência de prevenção primária e de cura para estas doenças (Clark 2003).

No caso da UCLA-16, o valor máximo possível de obter nesta escala é de 64 pontos, enquanto que o valor mínimo é de 16 pontos. Note-se que quanto mais elevada é a pontuação nesta escala maior é o sentimento de solidão.

Em termos da população em estudo, verificou-se um valor mínimo de 16 e um valor máximo de 59, o que demonstra que fazem parte da população em estudo sujeitos que apresentam total ausência de sentimentos de solidão e sujeitos que apresentam quase o valor máximo de presença deste sentimento.

Por outro lado, quando analisamos a média da pontuação obtida pela população em causa (37,39), esta indica a presença de sentimentos de solidão, considerando que uma pontuação igual ou superior a 32 pontos denota a presença deste sentimento, como referenciado por Pocinho (2006). A maioria dos sujeitos apresenta, portanto, este sentimento com 61 sujeitos (66,3%) a apresentarem pontuações superiores ou iguais a 32 pontos.

Comparando estes valores com os obtidos pela população geral (Pocinho 2006), o valor médio para o nosso estudo revela-se superior (37,39 pontos), uma vez que a população geral de idosos apresenta um valor médio de 30,8 pontos.

Estes valores parecem, ainda, agravar-se quando é considerada a percentagem obtida pela média de pontuação da população em estudo com base na linha de corte, verificando-se, desta forma, 66,3% de sujeitos com presença de sentimentos de solidão, o que demonstra uma clara e significativa presença deste sentimento na população de doentes reumáticos, ainda para mais, tendo em consideração que para a população geral a percentagem obtida foi de 39% (Pocinho 2006).

A nível das pontuações obtidas nas sub-escalas da UCLA – e considerando que a pontuação máxima possível de obter na sub-escala Isolamento Social é de 44 pontos e na sub-escala Afinidades é de 20 pontos e a pontuação mínima é de 11 e 5, respectivamente – o valor médio mais elevado para a sub-escala Isolamento Social foi obtido pelos indivíduos que apresentam diagnóstico de osteoporose (27,40 pontos), enquanto o mais baixo verificou-se em sujeitos com diagnóstico combinado de artroses e osteoporose

(18,17 pontos).

Relativamente a esta sub-escala, estes resultados demonstram que, apesar do valor médio mais baixo ter sido obtido pelos indivíduos com diagnóstico combinado, o mais elevado é característico dos sujeitos com diagnóstico de osteoporose, o que se coaduna com os aspectos clínicos da doença e com a história natural da mesma que impulsiona nestes sujeitos a vivência de um sentimento de solidão desencadeado pelo isolamento social que percebem. Estes resultados estão de acordo com muitos estudos que defendem que a solidão se associa a um estado que compromete, estigmatiza e danifica a identidade e dificulta a recuperação do indivíduo (Gierveld 2005; Victor et al.).

Quanto aos indivíduos com diagnóstico combinado, é de referir que não se podendo constatar o grau de gravidade da presença da doença osteoporótica nestes doentes, em comparação com os sintomas exclusivamente relativos às artroses, é impossível referir a existência de qualquer contradição.

Por seu lado, a sub-escala Afinidades apresenta um valor médio mais elevado para indivíduos com osteoporose (14,27 pontos) e mais baixo para indivíduos com artrite reumatóide (11,5 pontos).

Estes resultados indicam que os indivíduos que apresentam diagnóstico de osteoporose demonstram sentimentos de solidão, através de um ausente estabelecimento de afinidades com os outros e dos outros para com eles próprios, reconhecendo, portanto, uma lacuna no que diz respeito ao 'sentir afinidades', pelo que eleva a presença deste sentimento. Este facto ocorre, de igual modo, com o sentimento de solidão motivado pelo isolamento social, como ficou demonstrado através da pontuação dos sujeitos com osteoporose na anterior sub-escala analisada.

No entanto, parece que os indivíduos com diagnóstico de artrite reumatóide são capazes de sentir afinidades com os outros e têm um reconhecimento, pela positiva, da presença deste aspecto nas relações que estabelecem.

De qualquer modo, não podemos esquecer que os factores sociais e psicológicos têm um papel diferente, de acordo com a fase da doença e que, no caso dos indivíduos com artrite reumatóide, o suporte afectivo e o sentimento de ligação ao outro e de compreensão parecem ser mais influentes, talvez porque a presença de um sujeito com esta doença no seio familiar desperte uma maior preocupação comparativamente às outras doenças em causa, dado o ainda actual desconhecimento de alguns aspectos relativos a esta doença.

Relativamente à variável idade, as sub-escalas da UCLA demonstraram

ausência de diferenças significativas entre os grupos de idades e as sub-escalas em análise. Parece, assim, que os diferentes grupos de idades não se diferenciam estatisticamente, no que diz respeito à atribuição de pontuação nas sub-escalas da UCLA. No fundo, é necessário ter em consideração que todos os indivíduos em estudo são idosos, não existindo, portanto, idades em que as atribuições de pontuação a estas sub-escalas varie significativamente, ao contrário do que sugere o estudo desenvolvido por Pocinho (2007), no qual o sentimento de solidão parecia aumentar para os indivíduos com mais de 74 anos.

Em termos de correlação entre a UCLA e a EIESS, verifica-se uma correlação moderada e negativa, dado que estas se correlacionam inversamente, como seria de esperar, na medida em que, segundo diversos autores, quanto maior é a percepção de suporte social, menor é o sentimento de isolamento social, logo menor é o sentimento de solidão (Baladin 2006; Gierveld 2005; Victor et al. 2005; Paúl 1997; Revenson 1986).

Entre os factores que compõem a EIESS verificam-se correlações moderadas e positivas, na medida em que estes medem, efectivamente, o constructo que pretendem medir. O primeiro factor correlaciona-se de modo moderado e negativo com as sub-escalas da UCLA, pelo que quanto mais um sujeito se sente apreciado e aceite pelos familiares e membros próximos, menor é o sentimento de solidão. Este facto também foi comprovado por Pocinho (2006), ao referir que o sentimento de solidão se agravava significativamente, quando os relacionamentos familiares dos idosos são considerados de maus a razoáveis, pelo que um bom relacionamento familiar faz diminuir os sentimentos de solidão de um modo muito significativo.

Perlman e Peplau (1981) também se referiram à solidão como uma experiência desagradável desencadeada através da existência de uma rede de relações sociais deficitária, quer qualitativa quer quantitativamente, pelo que a presença de uma relação estreita entre o modo como as relações sociais são percebidas e, por outro lado, a vivência de sentimentos de solidão também foi verificada pelos resultados deste estudo.

No que respeita à correlação entre o segundo factor da EIESS e as sub-escalas da UCLA, verificaram-se correlações moderadas a fracas e negativas com ambas as sub-escalas, o que permite concluir que embora exista correlação inversa entre as escalas em causa, os problemas económicos e o suporte financeiro parecem ter uma correlação mais fraca com o surgimento do sentimento de solidão, contrariamente ao verificado com o factor da EIESS relativo aos problemas relacionais e comunicacionais, que parecem ter mais influência no surgimento deste sentimento nos doentes reumáticos. O mesmo ocorre com o terceiro factor que demonstra a existência de

correlações negativas e moderadas a fracas com as sub-escalas da UCLA, o que demonstra que quanto maior é o sentimento de responsabilidade/exigências e falta de tempo, menor é o tempo livre e o envolvimento sócio-emocional e, consequentemente, maior é o sentimento de solidão.

Assim, a condição mais favorável é a permanência no seio familiar e social, sobretudo, através da constante interacção com os mesmos. A maior dificuldade, quando nos referimos à solidão, assenta, portanto, na manutenção do equilíbrio entre os níveis de contacto social desejados e os que são, efectivamente, atingidos (Derlega e Margulis 1982). Nesta sequência, o contributo do suporte social pode ser positivo ou negativo, tendo em conta o seu grau de responsividade às necessidades individuais (Oliveira 1998).

No que se refere às correlações entre as sub-escalas da UCLA, estas correlacionam-se de modo positivo e moderado a forte, pelo que ambas contribuem de modo significativo para a medição do constructo da solidão.

No que diz respeito à correlação entre a variável Tempo com as escalas e factores dos três instrumentos, verificou-se que a correlação desta variável não é estatisticamente significativa, o que denota pouca ou nenhuma influência desta variável nos resultados obtidos nas escalas. Este facto salienta que, para uma população de idosos, o tempo de diagnóstico é praticamente ou totalmente independente da solidão, da percepção do suporte social bem como do estado de saúde.

Podemos, deste modo, verificar que a EIESS e a UCLA se correlacionam de um modo significativo e preditivo, caracterizado através de uma associação de ordem inversa entre os dois constructos. As relações sociais, principalmente no que diz respeito à sua percepção individual, demonstram uma implicação directa e clara na presença de solidão.

Por outro lado, ficou comprovado que o suporte social e o isolamento involuntário se correlacionam negativamente (Sarason e Sarason 1986) e, além disso, a possibilidade de redução da ansiedade e de sentimentos desagradáveis ou dolorosos é fomentada pela presença de relações significativas (Rook 1984b).

Os resultados obtidos neste estudo revelaram, ainda, diferenças significativas, nomeadamente para os doentes com osteoporose, no seu modo de perceber o isolamento social involuntário, o que pode ser comprovado pelos resultados inerentes à sub-escala Isolamento Social da UCLA.

CONCLUSÕES

Podemos concluir que, na população de doentes reumáticos em estudo, existe uma maior prevalência de solidão comparativamente com a popula-

ção geral de idosos. Os resultados alcançados, integrados na revisão bibliográfica, comprovam que a contribuição de uma percepção de suporte social adequado às necessidades permite que o sentimento de solidão não se agrave. Além disso, ficou demonstrado, de modo claro e inequívoco, neste estudo, o papel imprescindível do suporte social para a ausência de solidão, contribuindo para que o indivíduo se sinta integrado e útil, quer seja no seio familiar, quer no meio social em geral.

A investigação demonstrou, ainda, que os sujeitos que apresentam o valor mais elevado de solidão são aqueles com diagnóstico de osteoporose. Este facto verifica-se independentemente de a solidão ser originada pelo sentimento de isolamento social ou pelo sentimento de ausência de pertença pela impossibilidade de estabelecimento de afinidades.

No entanto, os indivíduos com artrite reumatóide apresentam um menor sentimento de solidão, visto reconhecerem que são capazes de estabelecer afinidades de um modo satisfatório, e na medida em que se sentem aceites pelas figuras de referência, o que baixa drasticamente os índices de solidão. Estes indivíduos parecem ser mais competentes no estabelecimento de uma relação mais directa com os afectos, o que lhes permite experimentar um contacto mais estável e adequado em termos comunicativos e transferenciais.

Portanto, existe uma componente significativa de isolamento social nos indivíduos com osteoporose que os faz experienciar, de modo mais nefasto a presença de solidão, comparativamente com os sujeitos que apresentam artrite reumatóide ou diagnóstico combinado.

Os indivíduos com artroses apresentam um quadro menos limitativo, do ponto de vista clínico, o que se coaduna com as características da própria da doença, bem como percebem a existência de suporte social que lhes permite a integração e o reconhecimento suficiente para que não constituam o grupo de diagnóstico amostrado com os índices mais elevados de solidão.

Os resultados deste estudo são, desta forma, esclarecedores, no que diz respeito à influência da percepção de suporte social, nomeadamente nos seus aspectos expressivos, na manutenção do sentimento em causa.

Assim, o papel determinante para que se verifique solidão, nos idosos com problemas reumáticos em estudo, é atribuído ao suporte social, nomeadamente, na percepção efectiva deste suporte que, na maioria dos casos, se traduz insuficiente ou não adequada às necessidades dos indivíduos.

Este estudo pretende, consequentemente, contribuir para um realce de problemáticas às quais não tem sido dada a devida atenção, apesar das suas implicações subjacentes, como é o caso das doenças reumáticas e da

percepção da adequação do suporte social, mas sobretudo, pela importância da solidão que se revela extremamente limitativa e impeditiva de uma melhor adaptação aos ciclos da vida e que, por conseguinte, se torna fundamental compreender.

REFERÊNCIAS

- Balandin, S.; Berg, N.; Waller, A.
2006 'Assessing the Loneliness of Older People with Cerebral Palsy'. *Disability and Rehabilitation* 28 (8). pp.469-79.
- Baptista, F.
2000 *Exercício Físico e Metabolismo Ósseo: Resultados do Programa de Actividade Física para a Pessoa Idosa no Concelho de Oeiras*. Cruz Quebrada: FMH Edições.
- Bastos, M.
2005 A Solidão e os Processos de Vinculação nos Jovens e a sua Inter-relação com a Utilização da Internet. Dissertação de Doutoramento em Psicologia. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto.
- Baumeister, R.F.; Leary's, M. R.
1995 'The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation'. *Psychological Bulletin* 117. pp. 497-529.
- Clark, N.
2003 'Management of Chronic Disease by Patients'. *Annual Review of Public Health* 24. pp. 289-313.
- Derlega, V.J.; Margulis, S. T.
1982 'Why Loneliness Occurs: The Interrelationship of Social-Psychological and Privacy Concepts'. In *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. Editado por L. A. Peplau e D. Perlman. Nova Iorque: Wiley-Interscience. pp.152-65.
- Ensel, W. M.; Woelfel, M.
1986 'Measuring the Instrumental and Expressive Functions of Social Support'. In *Social Support, Life Events, and Depression*. Editado por N. Lin, A. Dean, W. Ensel. Academic Press, Inc., Harcourt Brace Jovanovich, Publishers. Cap. 8, pp.129-152.

- Fortin, M. F.
2003 *O Processo de Investigação, da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fromm-Reichman, F.
1959 'Loneliness'. *Psychiatry* 22. pp.1-15.
- Gierveld, J.; Tilburg, T.
2006 'A 6-Item Scale of Overall, Emotional and Social Loneliness. Confirmatory Tests on Survey Data'. *Research on Aging* 28 (5). pp.582-98.
- Gierveld, J.; Tilburg, T.; Dykstra, P.
2006 *The Cambridge Handbook of Personal Relationship*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Goldstein, T.
1999 *Geriatric Orthopaedics: Rehabilitative Management of Common Problems*. Maryland: Aspen publication.
- Gomes, J. A.
1991 'Aspectos Clínicos da Artrite Reumatóide'. *Arq. Reumatol.* 13. pp.9-28.
- Guterres, M.
2002 *Suporte Social e Qualidade de Vida em Pessoas com Perturbações Mentais Crônicas Apoiadas pelos Serviços Comunitários*. Lisboa: Secretariado Nacional para a reabilitação e integração das pessoas com deficiência.
- Harris, E. D.
1989 'Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis'. In *Textbook of Rheumatology*. Editado por W. N. Kelley, E. D. Harris, S. Ruddy, e C. B. Sledge. Filadélfia: Saunders Company.
- Harris, E. D.
1993 'Clinical Features of Rheumatoid Arthritis'. In *Textbook of Rheumatology*. Editado por W. N. Kelley, E. D. Harris, S. Ruddy, & C. B. Sledge. Filadélfia: Saunders Company. pp.874-906.
- Lin, N.; Dean A.; Ensel, W.
1986 *Social Support, Life Events, and Depression*. Academic Press, Inc., Harcourt Brace Jovanovich Publishers.
- Marcoen, A.; Goosens, L.; Caes, P.
1987 'Loneliness in Pre-Through Late Adolescence: Exploring the Contributions of a Multidimensional Approach'. *Journal of Youth and Adolescence* 16. pp.561-77.

- McWhirter, B. T.
1990 'Loneliness: A Review of Current Literature with Implications for Counselling and Research'. *Journal of Counselling and Development* 68. pp.417-22.
- Mijuskovic, B. L.
1985 *Loneliness*. Nova Iorque: Associated Faculty Press.
- Neto, F.
1992 *Solidão, Embaraço e Amor*. Porto: Centro de Psicologia Social.
- Neto, F.
1992 'Loneliness Among Portuguese Adolescents'. *Social Behaviour and Personality* 20. pp.15-22.
- Oliveira, R. A.
1998 Do Vínculo ao Suporte Social: Aspectos Psicodinâmicos em Sujeitos com Deficiências Físicas Adquiridas. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Paixão, R., Oliveira, R. A.
1996 'Escala Instrumental e Expressiva do Suporte Social'. *Psychologica* 16. pp.83-99.
- Paúl, M.
1997 *Lá para o Fim da Vida: Idosos, Família e Meio Ambiente*. Coimbra: Livraria Almedina.
- Peplau, L. A.; Perlman, D.
1982 'Perspectives on Loneliness'. In *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. Editado por L. A. Peplau & D. Perlman Nova Iorque: Wiley-Interscience. pp. 1-18.
- Perlman, D., Peplau, L. A.
1981 'Toward a Social Psychology of Loneliness'. In *Personal Relationships* 3. Editado por R. Gilmour e S. Duck. Londres: Academic Press. pp. 31-44.
- Perlman D., Peplau, L. A.
1982 'Theoretical Approaches to Loneliness'. In *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. Editado por L. A. Peplau e D. Perlman. Nova Iorque: Wiley-Interscience. pp. 123-34.

- Pocinho, M. T. S.
2007 Factores Socioculturais, Depressão e Suicídio no Idoso Alentejano. Dissertação de Doutoramento em Saúde Mental. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto.
- Pocinho, M.; Dias, C., Farate.
2006 *Psychometric Validation of the UCLA for Portuguese Elders*. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Revenson, T.
1986 *Debunking the Myth of Loneliness in Late Life*. Nova Iorque: Plenum Press.
- Rook, K. S.
1984a 'Research on Social Support, Loneliness and Social Isolation: Toward an Integration'. *Review of Personality & Social Psychology* 5. pp.39-264.
- Rook, K. S.
1984b 'Promoting Social Bonding-Strategies for Helping the Lonely and Social Isolated'. *American Psychologist* 39. pp.1389-407.
- Rotenberg, K. J.
1994 'Loneliness and Interpersonal Trust'. *Journal of Social and Clinical Psychology* 13. pp.152-73.
- Russell, D.
1996 'UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, Validity and Factor Structure'. *Journal of Personal Assessment* 66 (1). pp. 20-40.
- Russell, D.; Peplau, L.; Ferguson, M.
1978 'Developing a Measure of Loneliness'. *Journal of Personal Assessment* 42 (3). pp.290-94.
- Russell, D.; Cutrona, C. E.; De La Mora, A.; Wallace, R.B.
1997 'Loneliness and Nursing Home Admission Among the Rural Elderly'. *Psychology and Aging* 12. pp.574-89.
- Russell, D.; Cutrona, C. E.; Rose, J.; Yurko, K.
1984 'Social and Emocional Loneliness: An Exploration of Weiss's Typology of Loneliness'. *Journal of Personality and Social Psychology* 46. pp.313-21.
- Sarason, I. G.; Sarason, B. R.
1986 'Experimentally Provided Social Support'. *Journal of Personality Social Psychology* 52 (2). pp.813-32.

- Stanton, A.; Revenson, T.; Tennen, H.
2007 'Health Psychology: Psychological Adjustment to Chronic Disease'. *Annual Review of Psychology* 58. pp.565-92.
- Sullivan, H. S.
1953 *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Nova Iorque: Norton.
- Teixeira, J. A. C.; Resende, J. A. S.; Silva, I. P.; Branco, J. C.; Queiroz, M. V.
1986 'A Imagem do Corpo e Representação de si em Doentes com Artrite Reumatóide'. *Acta Reuma. Port.* XI 41. pp.205-12.
- Victor, C.; Scambler, S.; Bond, J.; Bowling, A.
2000 'Being Alone in Later Life: Loneliness, Social Isolation and Living Alone'. *Reviews in Clinical Gerontology* 10. pp.407-17.
- Victor, C.; Scambler, S.; Bowling, A.; Bond, J.
2005 'The Prevalence of and Risk Factors for Loneliness in Later Life: a Survey of Older People in Great Britain'. *Aging & Society* 25, 357-375.
- Weiss, R. S.
1973 *Loneliness: The Experience of Emotional and Social Isolation*. Boston, MA: MIT Press.
- Young, J.E.
1982 'Loneliness, Depression and Cognitive Therapy: Theory and Application'. In *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*. Editado por L. A. Peplau e D. Perlman. Nova Iorque: Wiley-Interscience. pp. 379-405.

URL

- Booth, R.
2000 'Loneliness as a Component of Psychiatric Disorders'. Medscape General Medicine. <<http://www.medscape.com/viewarticle/430545>>.
- Organização Mundial de Saúde – Departamento Regional Europeu
2006 'Largely Preventable Chronic Diseases Cause 86% of Deaths in Europe 53. WHO European Member States Map a Strategy to Curb the Epidemic'. Copenhaga: Organização Mundial de Saúde. <<http://www.who.com>>.

Solidão e Envelhecimento nos Doentes Reumáticos**Loneless and Aging Among People with Rheumatic Diseases****Sumário****Summary**

A experiência de solidão é universal, mas é também um desafio conceptual que deriva, em parte, das diferentes perspectivas da pesquisa sobre o problema, correlacionando a solidão com a satisfação, o suporte social e o estado de saúde, em particular as doenças crónicas. Neste contexto, as doenças reumáticas têm importantes consequências psicológicas e sociais que requerem uma adequada adaptação e ajuste do doente em múltiplas dimensões da vida. A investigação desenvolvida para este artigo incidiu na problemática da vivência dos sentimentos de solidão nos doentes reumáticos idosos. A amostra em estudo é constituída por 92 idosos e a investigação demonstra que, na população de doentes reumáticos em estudo, existe uma maior prevalência de solidão, comparativamente com a população geral de idosos, tendo em conta a conjugação de factores ambientais, psíquicos e físicos na vivência da doença reumática e suas incapacidades e limitações inerentes. A investigação demonstra, ainda, que os indivíduos que apresentam o valor mais elevado de solidão são aqueles com diagnóstico de osteoporose, enquanto os indivíduos com artrite reumatóide apresentam um menor sentimento de solidão, visto reconhecerem que são capazes de estabelecer afinidades de um modo satisfatório, e sentirem que são aceites pelas figuras de referência, o que baixa drasticamente os índices de solidão. A conclusão é o papel indispensável do suporte social para a redução da solidão, contribuindo para que o indivíduo se sinta integrado e útil no seio familiar, bem como no meio social em geral.

Palavras-chave: Solidão; envelhecimento; saúde; doenças reumáticas; suporte social.

The experience of loneliness is universal, but it is also a conceptual challenge that derives, in part, from the different perspectives of the research on that issue which correlates loneliness with satisfaction, social support and the health condition, especially the chronic diseases. In this context, rheumatic diseases have important psychological consequences which require a proper adaptation and an adjustment of the patient in multiple dimensions of life. The research developed for this article is directed to the experience of loneliness among elderly people with rheumatic diseases. The sample is constituted by 92 elderly and the research demonstrates that the rheumatic patients present a higher prevalence of loneliness, in comparison with the general elderly population, considering the combination of environment, psychic and physical factors, and the inherent incapacities and limitations of the disease. The research demonstrates, also, that the individuals who present the higher value for loneliness are those with a osteoporosis diagnostic, while the individuals with rheumatoid arthritis present a lesser feeling of loneliness, since they acknowledge being capable of establishing affinities in a satisfying way, and because they feel accepted by the reference figures, what drastically lowers the loneliness values. The conclusion is the indispensable role of social support for the reduction of loneliness, allowing the individual to feel integrated and useful in the family, as well as in the social environment in general.

Key-words: Loneliness; aging; health; rheumatic disease; social support.