



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO
CURSO DE MEDICINA**

GABRIELA RODRIGUES DA MOTA

**RELAÇÃO DA SOLIDÃO COM COMPORTAMENTOS DE SAÚDE
EM IDOSOS**

PASSO FUNDO - RS

2020

GABRIELA RODRIGUES DA MOTA

**RELAÇÃO DA SOLIDÃO COM COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM
IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado pela discente do curso de Medicina como
requisito parcial para obtenção do título de médica pela
Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo
Fundo- RS.

Orientadora: Prof^a. Me. Bruna Chaves Lopes

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Athany Gutierres

PASSO FUNDO – RS

2020

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Mota, Gabriela Rodrigues da
Relação da solidão com comportamentos de saúde em
idosos / Gabriela Rodrigues da Mota. -- 2021.
71 f.

Orientadora: Mestre Bruna Chaves Lopes
Co-orientadora: Doutora Athany Gutierres
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Bacharelado em Medicina, Passo Fundo, RS, 2021.

1. Solidão. 2. Saúde do idoso. 3. solidão e saúde. 4.
envelhecimento e saúde. I. Lopes, Bruna Chaves, orient.
II. Gutierres, Athany, co-orient. III. Universidade
Federal da Fronteira Sul. IV. Título.

GABRIELA RODRIGUES DA MOTA

**RELAÇÃO DA SOLIDÃO COM COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM
IDOSOS**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado pela discente do curso de Medicina como requisito parcial para obtenção do título de médica pela Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo - RS.

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi defendido e aprovado pela banca
em:

10 de fevereiro de 2020

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Me. Bruna Chaves Lopes - UFFS
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Athany Gutierrez - UFFS
Coorientadora

Prof . Dr . Júlio Cesar Stobbe - UFFS

Prof^a. Dr^a. Thais Caroline Fin - UPF

Dedico esse trabalho a minha segunda mãe Hadlinha, que sempre com muito amor e carinho nunca poupou esforços para que eu chegasse até aqui, obrigada por tanto.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente à minha família, pelo apoio e suporte incondicionais que foram essenciais em minha caminhada até aqui, obrigada mãe, pai, vó Lúcia e Hadlinha sem vocês eu não teria conseguido realizar o meu sonho de cursar medicina.

Aos meus queridos amigos Thaynara Meirelles e David Matheus que foram essenciais na construção desse projeto, sempre me ajudando na correção e oferecendo suporte nos momentos de ansiedade.

À minha orientadora Prof^a. Me. Bruna Chaves e minha coorientadora Prof^a. Dr^a. Athany Gutierrez, muito obrigada por fazerem essa caminhada comigo e por todos os ensinamentos.

Aos monitores de pesquisa Luís Maronezi e Jéssica Pasquali, obrigada por serem tão pacientes e atenciosos.

À equipe de pesquisa, Anna Paula, Heloísa, Larissa, José Lucas e Leticia pela ajuda fundamental na coleta de dados.

“A solidão está para o espírito como a dieta para o corpo, mortal quando é demasiado prolongada, embora necessária.”

Luc de Clapiers Vauvenargues

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) foi elaborado de acordo com o Manual de Trabalhos Acadêmicos da Instituição e Regulamento de TCC do Curso de graduação em Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), campus Passo Fundo/RS. Este volume é composto pelo projeto de pesquisa, relatório de atividades e artigo científico. O trabalho foi desenvolvido pela acadêmica Gabriela Rodrigues da Mota sob orientação da Prof^a. Me. Bruna Chaves Lopes e coorientação da Prof^a. Dr^a. Athany Gutierrez, servindo como método avaliativo dos componentes curriculares de Pesquisa em Saúde e Trabalho de Conclusão de Curso I e II. O objetivo deste trabalho é analisar a relação entre a solidão e comportamentos de saúde em pacientes idosos residentes em Passo Fundo, contribuindo assim para aquisição de conhecimentos sobre o assunto, e possibilitando, posteriormente, propor um melhor manejo desses pacientes na atenção básica de saúde.

Palavras-chave: Solidão. Comportamentos Relacionados com a Saúde. Isolamento Social. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

The present Final Paper (TCC) was prepared according to the Institution's Academic Works Manual and the Final Paper Regulations for the undergraduate course in Medicine at the Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS), Passo Fundo/RS campus. This volume comprises the research project, activity report and scientific article. The final paper was developed by the academic Gabriela Rodrigues da Mota under the supervision of Prof^a. I. Bruna Chaves Lopes and co-supervision by Prof^a. Dr^a. Athany Gutierrez, serving as an evaluation method of the curricular components of *Pesquisa em Saúde* and *Trabalho de Conclusão de Curso* I and II. The objective of this research is to analyze the relationship between loneliness and health behavior in elderly patients residing in Passo Fundo, thus contributing to the acquisition of knowledge on the subject, and later making it possible to propose better management in these patients in primary health care.

Key-words: Loneliness. Health Behaviors. Social Isolation. Health of the Elderly.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	7
2	DESENVOLVIMENTO	9
2.1	PROJETO DE PESQUISA	9
2.1.1	Resumo	9
2.1.2	Tema	10
2.1.3	Problema	10
2.1.4	Hipóteses	10
2.1.5	Objetivos	10
2.1.5.1	<i>Objetivo geral</i>	10
2.1.5.2	<i>Objetivos específicos</i>	10
2.1.6	Justificativa	11
2.1.7	Referencial teórico	12
2.1.7.1	<i>Solidão: um constructo complexo</i>	12
2.1.7.2	<i>Aspectos históricos e culturais da solidão</i>	15
2.1.7.3	<i>Fisiopatologia e mecanismos causais</i>	15
2.1.7.4	<i>Envelhecimento, solidão e saúde</i>	17
2.1.8	Metodologia	19
2.1.8.1	<i>Tipo de estudo</i>	19
2.1.8.2	<i>Local e período de realização</i>	19
2.1.8.3	<i>População e amostragem</i>	19
2.1.8.4	<i>Logística, variáveis e instrumentos de coleta de dados</i>	20
2.1.8.5	<i>Processamento e análise dos dados</i>	22
2.1.8.6	<i>Aspectos éticos</i>	22
2.1.9	Recursos	23
2.1.10	Cronograma	23
2.1.11	Referências	24
2.1.12	Apêndices	26
2.1.13	Anexos	30

3	RELATÓRIO DE PESQUISA	34
3.1	Anexo A – Normas para submissão da revista	35
4	ARTIGO CIENTÍFICO	39
5	ANEXOS	58
5.1	Anexo A - Aceite de orientação e coorientação	58
5.2	Anexo B - Parecer consubstanciado do CEP	59

1 INTRODUÇÃO

Schopenhauer (2005 apud 1851) em sua obra *Parerga und Paralipomena*, propõe que os indivíduos são como uma espécie de porco espinho; necessitam do calor do próximo para proteger-se do inverno (ou da solidão). Todavia, a proximidade de outros porcos-espinhos os machuca, sendo necessário então encontrar uma distância segura. O dilema do porco-espinho, aparentemente contraditório, é uma metáfora que ilustra o problema da convivência humana e sua relação com a solidão.

A solidão é um fenômeno complexo de significado individual, mas que pode ser entendida como a experiência subjetiva do isolamento social. Entre as definições atribuídas à solidão, existem três aspectos que convergem e são compartilhados na literatura: 1) a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento social propriamente dito; 2) esta experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; 3) a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente (PEPLAU; PERMAN, 1982).

As consequências da solidão para a saúde e o bem estar tem sido cada vez mais pesquisadas. Diversos estudos identificaram a solidão como fator de risco para problemas de saúde, como pior qualidade de vida, declínio funcional e cognitivo (WILSON et al., 2007), sintomas depressivos (HEIKKINEN, 2004), doenças cardiovasculares (HAWKLEY et al., 2002), e Alzheimer (WILSON et al., 2007). Também foi constatado que os riscos à saúde associados ao isolamento e à solidão são equivalentes aos efeitos prejudiciais bem estabelecidos do tabagismo e da obesidade (LUNSTAD et al., 2010).

Embora a solidão e o sentimento de isolamento social ocorram entre as diferentes fases da vida, os idosos são os mais vulneráveis, relatando maior prevalência em comparação a outras faixas etárias (NICOLAISEN, 2017). De uma prevalência estimada em 11% a 17% na década de 1970 (PEPLAU, 1979), a solidão aumentou para mais de 40% em adultos de meia idade e idosos (PERISSINOTTO; CENZER; COVINSKY, 2012).

O envelhecimento é uma fase em que a manutenção do estilo de vida e de comportamentos saudáveis podem se tornar excepcionalmente desafiadores devido às mudanças nas condições de vida e aumento dos riscos de prejuízos físicos e cognitivos. Paralelamente, comportamentos saudáveis tornam-se cada vez mais essenciais para a manutenção da qualidade de vida e bem estar.

Com o passar dos anos, a população do Brasil tem mantido um padrão de aumento do envelhecimento, e de acordo com dados do IBGE (2016), a estimativa é de que a população idosa aumente mais que o triplo nos próximos 20 anos. As projeções estatísticas apontam que em 2050 o Brasil terá uma das maiores populações de idosos do mundo (BERLEZI et al., 2016) e que em 2060 cerca de 33,71% da população brasileira terá idade igual ou superior a 65 anos (IBGE, 2013).

Nesse sentido, as associações prospectivas entre solidão e comportamentos relacionados à saúde ainda são pouco compreendidas, e mesmo sendo uma temática cada vez mais reconhecida, existem poucos estudos até o momento que analisaram essa relação, principalmente no contexto do envelhecimento. Diante do exposto, o objetivo deste trabalho é analisar a relação entre a solidão e comportamentos de saúde em pacientes idosos residentes em Passo Fundo, contribuindo assim para aquisição de conhecimentos sobre o assunto, e possibilitando, posteriormente, propor um melhor manejo desses pacientes na atenção básica de saúde.

2 DESENVOLVIMENTO

2.1.1 Resumo

Introdução: A solidão é um fenômeno complexo de significado individual, mas que pode ser entendida como a experiência subjetiva do isolamento social; embora ocorra entre as diferentes fases da vida, os idosos apresentam maior prevalência em comparação a outras faixas etárias. À medida que a prevalência da solidão aumenta, diversos estudos a identificam como fator de risco para problemas de saúde e pior qualidade de vida. **Objetivo:** Analisar a relação existente entre a solidão e comportamentos de saúde, bem como adesão terapêutica e uso do sistema público de saúde. **Metodologia:** A coleta de dados ocorrerá mediante a aplicação da Escala de Solidão UCLA e de questionários a idosos em atendimento nos serviços de saúde das Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Santa Marta, Donária e Vila Luiza em Passo Fundo – RS. **Resultados:** A hipótese é de que os pacientes avaliados como solitários pela escala apresentem piores comportamentos relacionados à saúde, menor autocuidado e maior procura aos serviços da rede pública de saúde.

Palavras-chave: Solidão. Comportamentos Relacionados com a Saúde. Isolamento Social. Saúde do Idoso.

2.1.1 Abstract

Introduction: Loneliness is a complex phenomenon of individual meaning, but it can be understood as an experience of social isolation. Although it occurs in different stages of life, it is the elderly who suffer more often compared to the other ages. As prevalence increases, several studies identify loneliness as a the risk factor for health problems and poorer quality of life. **Objective:** To analyze the relationship between loneliness and health behaviors, as well as therapeutic adherence and the use of the public health system. **Methodology:** Data collection will take place by the application of the UCLA Solitude Scale and questionnaires to elderly people attending health services at the São Luiz Gonzaga, Santa Marta, Donária and Vila Luiza Basic Health Units in Passo Fundo - RS. **Results:** The hypothesis is that patients assessed as solitary by the scale will have worse health-related behaviors, lower self-care and higher demand for public health services.

Key-words: Loneliness. Health Behaviors. Social Isolation. Health of the Elderly.

2.1.2 Tema

Associação entre a solidão e comportamentos de saúde em pacientes idosos residentes em Passo Fundo.

2.1.3 Problema

Qual a influência da solidão nos comportamentos em saúde de idosos?

2.1.4 Hipóteses

Pacientes solitários apresentarão mais comportamentos prejudiciais à saúde, má adesão ao tratamento medicamentoso.

2.1.5 Objetivos

2.1.5.1 Objetivo geral

Avaliar a relação da solidão com a saúde e hábitos de vida em idosos

2.1.5.2 Objetivos específicos

Comparar o quadro geral de saúde e comportamentos em saúde da população idosa que se autopercebe como só em relação com a que não se identifica como solitária.

Verificar a associação do isolamento social com a adesão terapêutica.

Analisar se a situação de solidão interfere no autocuidado em relação à saúde dos pacientes.

2.1.6 Justificativa

A condição de solidão e isolamento social é um fenômeno cada vez mais comum nos moldes contemporâneos da sociedade, atingindo grande parte da população, sobretudo a idosa. Sendo o ser humano um ser essencialmente social, surgiu-se a preocupação de que essa condição pudesse trazer implicações à saúde dos indivíduos.

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), entre 2005 e 2015, os idosos passaram de 9,8% para 14,3% da população brasileira. Desta forma, observa-se que a expectativa de vida aumentou consideravelmente com tendência a continuar aumentando nos próximos anos (BARROS; JUNIOR, 2015). Com o aumento progressivo do envelhecimento populacional (IBGE 2016), torna-se imprescindível o estudo de agravantes da saúde dessa população, bem como de seus comportamentos em saúde.

As projeções indicam que em 2050 o Brasil, que será um dos países mais populosos do mundo, será a nona maior população de centenários (pessoas com 100 anos ou mais de idade), sendo que o número desta população, que em 1999 era de 145 mil pessoas, poderá chegar a cerca de 2,2 milhões em 2050 (aumento de 65%) (AYAMA; FERIANCIC, 2014). Desse modo, é de grande importância entender o processo saúde doença específico dessa população para melhor atender às dificuldades desse grupo, tido que o Sistema Único de Saúde (SUS) ainda não está preparado para amparar adequadamente essa população.

O tema de pesquisa proposto foi escolhido porque, além de ser um tema de grande relevância no cenário atual, é foco de poucas pesquisas brasileiras, e não havendo nenhum estudo sobre esse tema em Passo Fundo – RS, é de extrema importância descrever a realidade local.

Além da divulgação dos resultados desse trabalho em meio acadêmico-científico, a avaliação da relação de solidão/isolamento com os comportamentos associados à saúde pode auxiliar o médico clínico na sua conduta humanizada quanto

a esses pacientes, contribuindo não somente para uma vida mais longa, como também mais saudável e feliz.

2.1.7 Referencial teórico

2.1.7.1 Solidão: um constructo complexo

Existe uma série de teorias que formam a base para a investigação empírica das relações sociais e sua influência na saúde. As teorias mais antigas vieram de sociólogos como Émile Durkheim, bem como de psicanalistas como John Bowlby. Uma grande contribuição de desenvolvimento conceitual veio de psiquiatras como Frieda Fromm-Reichmann, Gregory Zilboorg Harry, Stack Sullivan e de psicólogos como Letitia Anne (POCINHO; MACEDO, 2017). Contemporaneamente, outra grande contribuição para a compreensão da solidão na sociedade moderna vem de Zygmunt Bauman, através de suas obras sobre a liquidez da sociedade atual e as relações que a permeiam. Esse conjunto eclético de abordagens formam a base de introdução ao tema desta pesquisa sobre laços sociais e saúde.

Neste trabalho, serão abordados principalmente dois autores, Durkheim por ser um dos primeiros a relacionar as relações sociais como influenciadoras na saúde dos indivíduos, e Bauman, um dos intelectuais mais influentes do início desse século, por descrever a sociedade moderna com todas suas particularidades e refletir sobre os problemas do mundo pós-moderno, dentre eles os laços humanos, as redes sociais e a modernidade.

Émile Durkheim escreve sobre fatos sociais, e como a sociedade molda o indivíduo. Seus estudos são uma enorme contribuição para a compreensão da relação entre sociedade e saúde. O trabalho de Durkheim ressurgiu com grande relevância, se apresentando como uma temática bastante representativa da atualidade e podendo ser usado para a melhor compreensão da relação entre solidão e comportamentos relacionados à saúde (BERKMAN et al., 2000).

Associando a integração social e coesão à saúde de um indivíduo, Durkheim explica como a patologia individual pode ser resultante da dinâmica de uma sociedade. Em sua obra "Suicídio", Durkheim teoriza que a razão subjacente para o

suicídio está relacionada, em grande parte, ao nível de integração do grupo, e ilustra que o suicídio é desencadeado pela erosão da capacidade de integração da sociedade (BERKMAN et al., 2000). As teorias de Durkheim se relacionam não somente ao padrão de suicídio, mas também podem ser estendidas facilmente a outros resultados importantes, os quais o relacionamento social implica a saúde dos indivíduos.

A compreensão da importância dos laços sociais é também analisada por John Bowlby, um dos psiquiatras mais importantes do século XX, autor da “Teoria do Apego”, Bowlby propusera que existe uma necessidade humana universal de formar um vínculo opcional. Fundamentando seu trabalho sobre a importância do desenvolvimento de apegos seguros na infância como preditivo de relacionamentos saudáveis no futuro.

Trazendo essa relação para a compreensão da solidão do indivíduo contemporâneo, Bauman, em sua obra “Modernidade Líquida” (1999), usa uma metáfora sobre os estados sólido e líquido para explicar a modernidade. Para ele, a modernidade se especializa em derreter “sólidos”, ou seja, derreter as estruturas recebidas e a solidez da estrutura social tradicional, enquanto que o termo ‘sociedade líquida’ refere-se ao que seria a pós-modernidade ou segunda fase da modernidade, refletindo a fragilidade e a “descartabilidade” dos vínculos humanos. A modernidade líquida caracteriza-se por sua instabilidade, forma efêmera e passageira, em que os indivíduos e suas relações estão em constante transformações. Essa velocidade rápida de remodelação e o caráter efêmero das relações são as principais características do período vivenciado atualmente.

É justamente nesse contexto de liquidez das relações sociais que podemos entender a solidão do sujeito contemporâneo. Zygmunt Bauman relaciona a fragilidade dos laços sociais às mudanças da própria sociedade. Bauman discorre sobre como o conceito de laços humanos se modificou com as redes sociais. Conforme descrito anteriormente na metáfora do porco espinho, existe uma relação de ambiguidade nas relações sociais, e a principal característica das novas relações provenientes das redes seria a facilidade em conectar e desconectar de pessoas, permitindo maior controle do indivíduo sobre suas relações, ao mesmo tempo que as

superficializa. Observamos então o curioso fenômeno do sujeito solitário em meio a uma sociedade tão conectada. Para Bauman (2003) estamos todos numa solidão e numa multidão ao mesmo tempo. De forma contraditória, a sociedade do final do século XXI vive um paradoxo entre a globalização e o individualismo. É justamente neste espaço que a solidão se impõe.

Não obstante, o conhecimento e compreensão da solidão e suas implicações à saúde tem aumentado, ao ponto de começar a incorporar esta condição na prática clínica. A solidão relacionada à saúde passou a ser, então, um tema crucial de discussão e intervenção.

2.1.7.2 Aspectos históricos e culturais da solidão

A solidão está presente em poemas, livros, música, arte e esculturas. É mais que um estado ou sentimento, é constitutivo do ser. Está inscrita na história humana e recebeu diferentes significados a cada época, ora positivos, ora negativos moldando-se à subjetividade de cada geração. Devido à desarticulação das relações espaço-temporais, intrínseca à modernidade, a solidão é vivenciada atualmente de uma forma complexa (TANIS, 2003), e tem influência nos mais diversos aspectos da vida do ser humano, majoritariamente, na saúde.

Para Slater (1970), o fator determinante da solidão do sujeito contemporâneo é o individualismo. Slater acredita que todos desejamos comunidade, engajamento e dependência. Queremos confiar e cooperar com os outros. No entanto, essas necessidades sociais básicas são frustradas na sociedade devido ao nosso compromisso com o individualismo. Acreditamos que todos devem correr atrás do seu próprio destino, e quanto mais conseguimos, mais nos sentimos desconectados, entediados e solitários.

Solidão corresponde a uma discrepância entre as relações sociais preferidas e as reais de um indivíduo (PEPLAU; PERLMAN, 1982). Essa discrepância leva à experiência negativa de se sentir sozinho e/ou à angústia de se sentir socialmente isolado, mesmo entre familiares ou amigos (CACIOPPO, 2009). Essa definição ressalta o fato de que sentir-se só não significa necessariamente estar sozinho, nem estar sozinho significa necessariamente sentir-se solitário (CACIOPPO et al., 2015).

Pode-se sentir sozinho na multidão ou em um casamento, pode-se também, gostar de ser sozinho, um estado agradável definido como solidão.

Embora muitas vezes usadas como sinônimos, a solidão e o isolamento social possuem significados distintos. Solidão é um déficit percebido entre a qualidade ou a quantidade real e desejada de relacionamentos (PERLMAN; PEPLAU, 1981), já o isolamento social é o déficit objetivamente quantificado nas relações sociais de um indivíduo, geralmente medido em diversidade ou frequência de contatos (JONG, 2005). As pessoas podem ser socialmente isoladas sem se sentirem sozinhas, ou se sentirem sozinhas apesar de terem uma quantidade adequada de relacionamentos sociais.

A compreensão da complexidade do estado de solidão enfatiza a necessidade de as espécies sociais requererem não apenas a presença de outras pessoas, mas também a presença de pessoas significativas em quem possam confiar e dar-lhes um objetivo na vida. Além disso, a presença física de outras pessoas significativas no ambiente social de alguém não é uma condição suficiente. É preciso sentir-se conectado a outros para não sentir-se sozinho (CACIOPPO; PATRICK, 2008).

Organicamente, a noção pressuposta a essa abordagem é a de que o cérebro é o órgão-chave das conexões e processos sociais, e o mesmo relacionamento objetivo pode ser experimentado como fator de proteção ou mesmo como fator de risco (CACIOPPO et al., 2000). Nesse sentido, é importante entender que o número e a frequência de contatos com outras pessoas não é um preditor tão importante de se sentir isolado quanto a qualidade das relações sociais (HAWKLEY et al., 2008).

2.1.7.3 *Fisiopatologia e mecanismos causais*

Existem poucos estudos sobre os mecanismos fisiológicos e sobre como um indivíduo é afetado por seus laços sociais através da atividade cerebral relacionada à solidão. Um estudo feito na *The Education University of Hong Kong* em 2018 explorou essa questão através da análise de dados de ressonância magnética funcional em estado de repouso de 92 participantes saudáveis. Foram identificadas regiões cerebrais relacionadas à solidão, correlacionando as pontuações de solidão dos participantes com amplitudes de flutuação de baixa frequência (ALFF) dos dados da

Resting state fMRI (R-fMRI). Os resultados mostraram que a solidão estava positivamente relacionada ao valor médio de ALFF no giro temporal inferior direito (GTI). Além disso, a relação negativa entre suporte emocional e solidão foi explicada por uma diminuição da atividade neural espontânea no GTI direito, mas esse padrão não foi observado no suporte instrumental. Esses resultados sugerem a importância do processamento de informações sociais e destacam a necessidade de diferenciar as funções de diferentes tipos de apoio social à saúde mental de uma perspectiva neural (YI et al., 2018).

No que tange aos mecanismos causais, pensa-se que a solidão influencia o estado de saúde por meio de mecanismos diretos, como evidenciado por suas associações independentes com o aumento de biomarcadores inflamatórios e de estresse, bem como por indiretos por mecanismos comportamentais relacionados à saúde (HAWKLEY e CACIOPPO, 2013).

Uma das explicações da influência da solidão por mecanismos diretos é de Hawkley e Cacioppo (2013), em seu estudo pelo Centro de Neurociência Cognitiva e Social da Universidade de Chicago os pesquisadores propõem que as percepções de isolamento social, ou solidão, aumentam a vigilância de ameaças e os sentimentos de vulnerabilidade. A partir disso, a hiper vigilância implícita à ameaça social altera os processos psicológicos que influenciam o funcionamento fisiológico e aumentam a morbimortalidade. Esse ciclo de solidão é acompanhado por sentimentos de hostilidade, estresse, pessimismo, ansiedade e baixa autoestima (CACIOPPO; HAWKLEY, 2006), e representa uma tendência disposicional que ativa mecanismos neurobiológicos e comportamentais que contribuem para resultados adversos à saúde (HAWKLEY; CACIOPPO, 2013).

Outra linha de pensamento bastante utilizada para explicar o mecanismo de influência da solidão na saúde dos indivíduos, com ênfase nos comportamentos em saúde, é a hipótese de controle social, que postula que as interações com amigos, familiares e congregações tendem a melhorar o comportamento de saúde, o que diminui os riscos de morbimortalidade. Essa hipótese indica que as relações sociais podem servir para inibir comportamentos prejudiciais ou desviantes e promover comportamentos saudáveis por meio de mecanismos de controle social, engajamento

com outras pessoas e fornecimento de apoio social. O apoio social por sua vez, pode assumir a forma de assistência instrumental com atividades da vida diária, como preparação de refeições saudáveis ou, semelhante aos mecanismos de controle social, apoio emocional e de avaliação para a manutenção de comportamentos saudáveis (BERKMAN et al., 2000).

2.1.7.4 *Envelhecimento, solidão e saúde*

O envelhecimento populacional caracteriza-se pelo constante aumento da expectativa de vida e a queda de fecundidade. É um processo irreversível e com tendência a aumentar com o passar dos anos (QUADROS; PATROCÍNIO, 2015), que resulta numa grande quantidade de idosos e uma significativa redução de crianças e jovens, modificando a forma da pirâmide etária – a base, composta por jovens, fica estreita, e o topo, representado por idosos, aumenta.

Este fenômeno de envelhecimento da população ocorreu inicialmente em países desenvolvidos, porém, tem ocorrido cada vez de forma mais acentuada nos países em desenvolvimento. Segundo a Organização Mundial de Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2005), essa já é uma realidade brasileira, pois no Brasil, o número de idosos (≥ 60 anos de idade) passou de 3 milhões em 1960, para 7 milhões em 1975, e 14 milhões em 2002 (um aumento de 500% em quarenta anos), e deverá alcançar 32 milhões em 2020. Nas últimas décadas do século XX e XXI, uma das conquistas mais significativas foi a longevidade (DELBONI, 2013).

Nesse contexto, um dos resultados é a demanda crescente por serviços de saúde. Tendo os idosos necessidades particularidades no que tange à saúde, é preciso adequar o Sistema Público de Saúde a essa população. Dessa forma torna-se imprescindível o estudo de agravantes da saúde dessa faixa etária, a fim de otimizar o cuidado dos idosos.

O idoso tem peculiaridades bem conhecidas – mais doenças crônicas e fragilidades, mais custos, menos recursos sociais e financeiros. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma perda funcional. Com tantas situações adversas, o cuidado do idoso deve ser estruturado de forma diferente da que é realizada para o adulto mais jovem. Os adequados modelos de atenção à saúde para

idosos, portanto, são aqueles que apresentam uma proposta de linha de cuidados, com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação (MENDES, 2011).

Nesse contexto, o modelo assistencial deve ser baseado na identificação precoce dos riscos de fragilização dos usuários. A melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é ter como objetivo principal a monitorização da saúde, não da doença; a intenção é postergar a doença, a fim de que o idoso possa usufruir seu tempo a mais de vida com qualidade.

Embora a solidão ocorra entre as diferentes fases da vida, os idosos são os mais vulneráveis, relatando a maior prevalência em comparação a outras faixas etárias (NICOLAISEN, 2017). De uma prevalência estimada em 11% a 17% na década de 1970 (PEPLAU, 1979), a solidão aumentou para mais de 40% em adultos de meia idade e idosos (PERISSINOTTO; CENZER; COVINSKY, 2012).

Embora a prevalência de solidão possa variar significativamente dependendo da população e das ferramentas do estudo, têm surgido cada vez mais estudos sobre a solidão como fator de risco ou agravante na saúde das pessoas, contribuindo para uma série de disfunções psiquiátricas e/ou fatores de risco psicossociais, incluindo sintomatologia depressiva (CACIOPPO et al., 2010), alcoolismo (AKERLIND; HÖRNQUIST, 1992), pensamentos suicidas (RUDATSIKIRA, 2007), comportamentos agressivos, ansiedade social e impulsividade (CACIOPPO et al., 2014). Além disso, a solidão é um fator de risco para problemas cognitivos, declínio e progressão da doença de Alzheimer (WILSON et al., 2007), acidente vascular encefálico recorrente (CACIOPPO, 2014), obesidade (LAUDER, 2006), aumento da resistência vascular, pressão arterial elevada (HAWKLEY et al., 2002), diminuição da qualidade do sono (CACIOPPO et al., 2002), e diminuição da imunidade (PRESSMAN et al., 2005).

Além dessas implicações na saúde dos indivíduos, outra consequência da solidão é a diminuição da capacidade de autorregulação (HAWKLEY; CACIOPPO, 2013). Sentir-se socialmente isolado compromete a capacidade de se autorregular de forma implícita, de modo que prejudica os processos atencionais de esforço em relação a indivíduos não solitários (CACIOPPO et al., 2000). A capacidade de

autorregulação, por sua vez, está intimamente ligada aos comportamentos de estilo de vida.

A regulação da emoção pode aumentar a capacidade de regular outros comportamentos de autocontrole, como foi avaliado em algumas pesquisas. No estudo de McAuley et al (2007), por exemplo, foi feito um acompanhamento a longo prazo do comportamento de atividade física de idosos, e a solidão foi identificada como preditora de menor esforço aplicado à manutenção de práticas de atividade física ao longo do tempo. Outros estudos identificaram a solidão como fator de risco para obesidade (LAUDER et al., 2006), e comportamentos comprometedores da saúde como abuso de álcool (AKERLIND 1992).

Na medida em que a autorregulação está relacionada a comportamentos referentes a saúde e estilo de vida, uma baixa regulação associada à solidão pode favorecer um maior risco à saúde por menor envolvimento em comportamentos promotores de saúde (HAWKLEY e CACIOPPO, 2013).

2.1.8 Metodologia

2.1.8.1 Tipo de estudo

Estudo quantitativo observacional transversal descritivo e analítico.

2.1.8.2 Local e período de realização

Unidades Básicas de Saúde – São Luiz Gonzaga, Santa Marta, Donária, São José e Vila Luiza em Passo Fundo - RS, do período de Agosto de 2020 a Dezembro de 2020.

2.1.8.3 População e amostragem

A população será composta por idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde - São Luiz, Santa Marta, Donária, São José e Vila Luiza com amostragem selecionada de forma não probabilística, por conveniência e consecutivamente, entre as pessoas que procurarem os serviços oferecidos na unidade primária no período

estipulado para a coleta. Estas UBS foram selecionadas pelo fato de serem de fácil acesso aos pesquisadores responsáveis pela coleta de dados.

Os critérios de inclusão são idosos a partir de 60 anos de idade, de ambos os sexos, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde e residentes de Passo Fundo. Os critérios de exclusão contemplam as pessoas impossibilitadas de responderem ao questionário, por déficits cognitivos ou disfunções relacionadas à comunicação, as que são usuárias da APS, mas são atendidas a domicílio, além das que, apesar de utilizarem a UBS, não residem no município.

O tamanho da amostra foi calculado a partir da pesquisa intitulada “Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da atenção primária”, coordenada pela Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann, de onde foi extraída estimativa do tamanho da amostra de 290 idosos. Nesse estudo, foram entrevistados mais de mil idosos, e a partir dos questionários, a estimativa foi feita com base no número de idosos que alegaram viverem sozinhos.

2.1.8.4 *Logística, variáveis e coleta de dados*

Os dados serão coletados por meio da aplicação de questionários padronizados e pré-testados (APÊNDICE A e ANEXO A) por acadêmicos de medicina, treinados para esse fim. Assim, no período definido para a coleta, e no horário que os estudantes estiverem na unidade, os idosos que buscarem qualquer tipo de atendimento no serviço das Unidades Básicas de Saúde supracitadas, serão abordados e convidados a participar do estudo, até que se complete o número determinado da amostra. A aplicação do questionário será feita no próprio serviço, em espaço reservado previamente definido com a equipe de saúde, visando garantir a privacidade dos participantes e não interferir na rotina de trabalho da equipe.

Serão utilizados dois questionários, sendo o primeiro a Escala de Solidão UCLA¹ (Universidade da Califórnia, Los Angeles) (ANEXO A), validada para medir os

¹ Escala de Solidão UCLA; Escala desenvolvida na Universidade da Califórnia, Los Angeles por Russel, Replau e Ferguson em 1978 para medir os sentimentos subjetivos de solidão e de isolamento social. A primeira versão da Escala de Solidão UCLA foi criada em 1978. Posteriormente

sentimentos subjetivos de solidão e de isolamento social. A escala é composta por 20 itens, em que os participantes classificam-nos como O (“eu geralmente me sinto assim”), S (“às vezes me sinto assim”), R (“raramente me sinto assim”), N (“nunca me sinto assim”).

E o segundo, um questionário não validado que contempla as variáveis: sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, ocupação anterior, renda, residência da família, número de filhos, ocupação); de saúde (adesão ao tratamento medicamentoso, presença de doenças crônicas, qualidade do sono, uso do sistema público de saúde); e comportamentos em saúde (alimentação, prática de exercícios, tabagismo, etilismo).

A partir do primeiro questionário Escala de Solidão UCLA (APÊNDICE A), a população avaliada será dividida em dois grupos, sendo o primeiro composto pelos indivíduos classificados como solitários, e o segundo grupo composto pelos indivíduos classificados como não solitários. A partir desses dois grupos será feita comparação das variáveis relacionadas à saúde coletadas através do segundo questionário (ANEXO B), usando-se do teste qui-quadrado.

Para fins de análise estatística, a variável dependente será o estado de solidão, identificado através da Escala de Solidão (ANEXO A), e as variáveis independentes serão as sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, ocupação); as de saúde (adesão ao tratamento medicamentoso, presença de doenças crônicas, qualidade do sono, uso do sistema público de saúde) e as de comportamentos de saúde (alimentação, prática de exercícios, tabagismo, etilismo).

Todos os dados coletados serão armazenados em um banco de dados digital para serem analisados no período entre agosto e dezembro de 2020. Paralelamente a esse processo, acontecerão reuniões quinzenais com a orientadora do projeto, Prof^a. Me. Bruna Chaves Lopes, de forma a organizar e avaliar o andamento da pesquisa e de seus resultados.

ainda foram feitos dois estudos de revisão e refinamento metodológico na medição da solidão por essa escala.

2.1.8.5 *Processamento e análise de dados*

Os dados serão duplamente digitados e validados em um banco de dados digital, visando à maior precisão e qualidade. Posteriormente, serão exportados para o programa PSPP para a execução da análise estatística. Os dados serão avaliados estatisticamente através da análise de distribuição de frequências, fazendo a abordagem da prevalência das variáveis dependentes; estado de solidão, identificado através da Escala de Solidão (ANEXO A), e das proporções das variáveis independentes; de saúde (adesão ao tratamento medicamentoso, presença de doenças crônicas, qualidade do sono, uso do sistema público de saúde) e de comportamentos de saúde (alimentação, prática de exercícios, tabagismo, etilismo). Será empregado o Teste de Qui-quadrado, a fim de avaliar quantitativamente a relação entre o resultado do experimento e a distribuição esperada para o fenômeno, considerando-se o nível de significância estatística de 5%.

2.1.8.6 *Aspectos éticos*

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS, em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Somente serão incluídos os indivíduos que consentirem em participar da pesquisa, assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO B).

Riscos: o estudo apresenta o risco de constrangimento dos participantes devido à aplicação de questionários. De modo a minimizar os riscos, os entrevistadores receberão uma preparação prévia para a aplicação do questionário e buscarão fazer a coleta de modo discreto, visando a garantir a privacidade dos participantes. Caso o risco venha a se concretizar, o participante será lembrado de que sua participação é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo da assistência oferecida pelo serviço. No caso de ocorrerem riscos não previstos acima do nível aceitável, a coleta de dados será interrompida.

Benefícios: A comunidade poderá ser beneficiada na medida em que os resultados do estudo forem utilizados pelo serviço para melhor manejo de paciente

em estado de solidão, melhorando a sobrevivência desses pacientes e reduzindo custos para o sistema de saúde.

2.1.9 Recursos

Todos os custos para a execução do estudo serão de responsabilidade da equipe de pesquisa.

Item	Quantidade	Valor unitário (R\$)	Valor total (R\$)
Canetas	30	0,75	R\$ 22,50
Pranchetas	4	10,00	R\$ 40,00
Impressões	1000	0,10	R\$ 100,00
Total			R\$ 162,50

2.1.10 Cronograma

Atividades	Período									
	AGO 2020	SET 2020	OUT 2020	NOV 2020	DEZ 2020	JAN 2021	FEV 2021	MAR 2021	ABR 2021	MAI 2021
Revisão de Literatura		X	X	X	X	X	X	X		
Coleta de dados		X	X	X	X					
Processamento e análise			X	X	X					
Elaboração do Artigo					X	X	X			
Apresentação								X		
Relatórios ao Comitê de Ética em Pesquisa				X				X		

REFERÊNCIAS

BERLEZI, Evelise Moraes et al. Como está a capacidade funcional de idosos residentes em comunidades com taxa de envelhecimento populacional acelerado?. **Revista brasileira de geriatria e gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 643-652, jul./ago. 2016.

BERKMAN, Lisa F. *et al.* From social integration to health: Durkheim in the new millennium. **Social science & medicine**, Oxford, v. 51, n. 6, p. 843-857, 15 set. 2000.

CACIOPPO, John T.; HAWKLEY, Louise C. Loneliness. **Handbook of individual differences in social behavior**, New York, p. 227-240, 2009.

CACIOPPO, Stephanie et al. Loneliness: Clinical import and interventions. **Perspectives on Psychological Science**, v. 10, n. 2, p. 238-249, 11 mar. 2015.

CACIOPPO, John T.; CACIOPPO, Stephanie. Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. **Social and personality psychology compass**, v. 8, n. 2, p. 58-72, 04 fev. 2014.

CACIOPPO, John T. et al. Loneliness and health: Potential mechanisms. **Psychosomatic medicine**, v. 64, n. 3, p. 407-417, mai./jun. 2002.

CARVALHO, José Alberto Magno de; GARCIA, Ricardo Alexandrino. O envelhecimento da população brasileira: um enfoque demográfico. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 19, p. 725-733, 2003.

D'ANGELO, Martha. A modernidade pelo olhar de Walter Benjamin. **Estudos avançados**, São Paulo, v. 20, n. 56, p. 237-250, jan./abr. 2006.

DE BARROS, Rodrigo Heleno; JUNIOR, Edmundo de Paula Gomes. Por uma história do velho ou do envelhecimento no Brasil. **CES Revista**, Juiz de for a, v. 27, n. 1, p. 75-92, jan./dez. 2015.

HAWKLEY, Louise C.; CACIOPPO, John T. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. **Annals of behavioral medicine**, v. 40, n. 2, p. 218-227, out. 2010.

HAWKLEY, Louise C. et al. Loneliness in everyday life: cardiovascular activity, psychosocial context, and health behaviors. **Journal of personality and social psychology**, v. 85, n. 1, p. 105, jul. 2003.

KERBAUY, Rachel Rodrigues. Comportamento e saúde: doenças e desafios. **Psicologia USP**, São Paulo v. 13, n. 1, p. 11-28, 05 fev. 2002.

LEIGH-HUNT, N. *et al.* An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. **Public Health**, v. 152, p. 157-171, nov. 2017.

LUO, Ye et al. Loneliness, health, and mortality in old age: A national longitudinal study. **Social science & medicine**, v. 74, n. 6, p. 907-914, mar. 2012.

MALCOLM, Martin; FROST, Helen; COWIE, Julie. Loneliness and social isolation causal association with health-related lifestyle risk in older adults: a systematic review and meta-analysis protocol. **Systematic reviews**, v. 8, n. 1, p. 48, 07 fev. 2019.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011**, Brasília, v. 2, p. 12, 2015.

NICOLAISEN, Magnhild; THORSEN, Kirsten. What are friends for? Friendships and loneliness over the lifespan—From 18 to 79 years. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 84, n. 2, p. 126-158, jan. 2017.

PEPLAU, Letitia A; PERLMAN, Daniel. Perspectives on loneliness. **Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy**, p. 1-18, 1982.

POCINHO, M.; MACEDO, E. Solidão: Um Construto Complexo. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, n. 32, 30 jun. 2017.

RUSSELL, Dan; PEPLAU, Letitia Anne; FERGUSON, Mary Lund. Developing a measure of loneliness. **Journal of personality assessment**, v. 42, n. 3, p. 290-294, 1978.

RUSSELL, Dan; PEPLAU, Letitia A.; CUTRONA, Carolyn E. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. **Journal of personality and social psychology**, v. 39, n. 3, p. 472, 1980.

RUSSELL, Daniel W. UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. **Journal of personality assessment**, v. 66, n. 1, p. 20-40, 1996.

SCHOPENHAUER, Arthur. **A arte de escrever**. L&PM, 2005.

SLATER, Philip Elliot. **The pursuit of loneliness: American culture at the breaking point**. Beacon Press, 1990.

YI, Yangyang *et al.* Brain activity mediates the relation between emotional but not instrumental support and trait loneliness. **Social cognitive and affective neuroscience**, v. 13, n. 9, p. 995-1002, 24 ago. 2018.

**APÊNDICE A – Questionário da pesquisa “RELAÇÃO DA SOLIDÃO COM
COMPORTAMENTO DE SAÚDE EM IDOSOS”**

RELAÇÃO DA SOLIDÃO COM COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM IDOSOS	
Nome do entrevistador:	NQUES __
Data: Local:	LOCAL __ __
QUESTÕES DE IDENTIFICAÇÃO E SOCIODEMOGRÁFICAS	
Nome completo:	
Telefone para contato:	
Idade: (1) 60-69 (2) 70-79 (3) >80	IDA__ __
Qual é o seu sexo? (1) Masculino (2) Feminino	SEXO__
Você se considera de que raça/cor? (1) Branca (2) Preta (3) Parda (4) Indígena (5) Amarela	COR__
Você mora em zona urbana ou rural? (1) Urbana (2) Rural	ZON__
Você exerce atividade remunerada? (0) Não/Aposentado/Pensionista (1) Sim/Em benefício. Trabalha em quê? _____	REMU__ TRAB__
Em relação à situação conjugal, você é: (1) Solteiro (2) Casado (3) Viuvo	CONJU__
Você mora: (1) Com conjugue (2) Com parentes (3) Sozinho	MORA__ __
Qual é a renda total das pessoas que moram na sua casa, incluindo você? <i>CONSIDERE QUALQUER RENDA E ANOTE EM REAIS OU EM SALÁRIOS MÍNIMOS</i> _____	RENDA __ __ __
QUESTÕES SOBRE SAÚDE	
Como você considera a sua saúde? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim	SAUDE__
Alguma vez algum médico lhe disse que você tem:	
Muito peso lembra (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não	OBE__
Diabetes lembra (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não	DM__
	HAS__

<p>Pressão alta (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra</p> <p>Colesterol alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra</p> <p>Triglicerídeo alto (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra</p> <p>Problema de coração (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra</p> <p>Problema de tireoide (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra</p> <p>Depressão (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra</p> <p>Câncer (1) Sim (2) Não (3) Não sabe/não lembra</p>	<p>COLES__</p> <p>TRIGLI__</p> <p>CARDI__</p> <p>TIRE__</p> <p>DEPRE__</p> <p>CANCER__</p>
<p>Nas últimas 04 semanas, você teve dificuldade em pegar no sono? (0) Não (1) Sim. Qual o grau de dificuldade para pegar no sono? (1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muito grave</p> <p>Nas últimas 04 semanas, você acordou de madrugada e teve dificuldade de voltar a dormir? (0) Não (1) Sim. Qual o grau de dificuldade de voltar a dormir? (1) Leve (2) Moderado (3) Grave (4) Muito grave</p> <p>Nas últimas 04 semanas, você se sentiu cansado durante o dia, prejudicando suas atividades por não dormir direito? (0) Não (1) Sim.</p>	<p>SONO_____</p> <p>DIFSONO_____</p> <p>MADRUGA_____</p> <p>VDORMIR_____</p> <p>CANSADO_____</p>
<p>Você sabe seu peso? _____ Kg (0) Não sei</p>	<p>PESO __ __</p>
<p>Você sabe sua altura? _____ metros (0) Não sei</p>	<p>ALTURA __, __</p>
QUESTÕES SOBRE HÁBITOS DE VIDA E DE SAÚDE	
<p>Você fuma? <i>SE FOR EX-FUMANTE, CONSIDERE "NÃO"</i> (1) Sim (0) Não</p>	<p>FUMA__</p>
<p>Você tem o costume de consumir bebida alcoólica? <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (1) Sim (0) Não</p>	<p>BEBE__</p>
<p>Você tem o costume de fazer atividade física no seu tempo livre? (1) Sim. <i>ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO, CONSIDERE "SIM"</i> (0) Não <i>SE SIM, quantas vezes por semana?</i> _____ <i>Quanto tempo por dia?</i> _____</p>	<p>AF__</p> <p>VAF__</p> <p>TAFM__</p>
<p>Como você considera a sua alimentação? (1) Excelente (2) Boa (3) Regular (4) Ruim</p>	<p>ALIM__</p>

<p>Quais refeições você faz ao longo do dia? <i>LEIA CADA ITEM E</i></p> <p><i>ASSINALE AS RESPOSTAS UMA A UMA</i> <i>SE "ÀS VEZES/DE VEZ EM QUANDO", ASSINALE "NÃO"</i></p> <p>Café da manhã (1) Sim (0) Não Lanche da manhã (1) Sim (0) Não Almoço (1) Sim (0) Não Lanche da tarde (1) Sim (0) Não Jantar (1) Sim (0) Não Ceia (1) Sim (0) Não</p>	<p>]</p> <p>CAFE__ LANCHEM__ ALMOCO__ LANCHET__ JANTAR__ CEIA__</p>
<p>Alguma vez você já pensou seriamente em pôr fim a sua vida? (0) Não (1) Sim</p>	<p>FVIDA__</p>
QUESTÕES SOBRE ADESÃO TERAPÊUTICA	
<p>Você sempre toma os remédios que o médico te prescreve? (0) Não (1) Sim <i>SE SIM,</i> Você às vezes esquece de tomar os seus remédios? (0) Sim (1) Não</p> <p>Nas duas últimas semanas, houve algum dia em que você não tomou seus remédios? (0) Sim (1) Não</p> <p>Você já parou de tomar seus remédios ou diminuiu a dose sem avisar seu médico porque se sentia pior quando os tomava? (0) Sim (1) Não</p> <p>Com que frequência você tem dificuldades para se lembrar de tomar todos os seus remédios? (1) Nunca (0) Quase nunca (0) Às vezes (0) Frequentemente (0) Sempre</p>	<p>REMPRES__</p> <p>ESQUECE__</p> <p>NTOMOU__</p> <p>PAROU__</p> <p>LEMBRA__</p>
<p>Quando foi a sua última consulta médica (a mais recente) em posto de saúde, CAIS ou ambulatório aqui de Passo Fundo?</p>	<p>CONSULTA__</p>
<p>Quantas consultas você teve nos últimos 6 meses? (0) 1-3 (2) 3-6 (3) mais de 6</p>	<p>CONS6MES__</p>
QUESTÕES SOMENTE PARA MULHERES	
<p>Nos últimos 03 anos você fez pelo menos 01 exame ginecológico preventivo? (0) Não (1) Sim</p> <p>Nos últimos 02 anos você fez pelo menos uma mamografia? (0) Não (1) Sim</p>	<p>PAPA3__</p> <p>MAMO2__</p>

QUESTÕES SOMENTE PARA OS HOMENS	
Alguma vez na vida você fez o exame de toque retal para câncer de próstata? (0) Não (1) Sim.	TOQUE__
Alguma vez na vida você fez o PSA para câncer de próstata? (0) Não (1) Sim.	PSA__
Quando foi a última vez que você fez o exame? _____	QDOPSA__

ANEXO A – Versão final em português do Brasil da *UCLA Loneliness Scale*

ESCALA DE SOLIDÃO DA **UCLA (VERSÃO 3) BR

As frases a seguir descrevem como as pessoas às vezes se sentem. Para cada frase, indique com que frequência você se sente da maneira descrita. Segue um exemplo: Com que frequência você se sente feliz? Se você nunca se sentiu feliz responda “nunca”; se você sempre se sente feliz, responda “sempre”.					
		NUNCA	RARAMENTE	ÀS VEZES	SEMPRE
*1	Com que frequência você sente que está “em sintonia” com as pessoas ao seu redor?	1	2	3	4
2	Com que frequência você sente que te falta companhia?	1	2	3	4
3	Com que frequência você sente que não existe ninguém com quem possa contar?	1	2	3	4
4	Com que frequência você se sente sozinho?	1	2	3	4
*5	Com que frequência você se sente fazendo parte de um grupo de amigos?	1	2	3	4
*6	Com que frequência você sente que tem muito em comum com as pessoas ao seu redor?	1	2	3	4
7	Com que frequência você sente que ninguém está próximo de você?	1	2	3	4
8	Com que frequência você sente que seus interesses e ideias não são compartilhados pelas pessoas ao seu redor?	1	2	3	4

*9	Com que frequência você se sente sociável e amigável?	1	2	3	4
*10	Com que frequência você se sente próximo das pessoas?	1	2	3	4
11	Com que frequência você se sente deixado de lado?	1	2	3	4
12	Com que frequência você sente que suas relações com os outros não têm importância?	1	2	3	4
13	Com que frequência você sente que ninguém te conhece de verdade?	1	2	3	4
14	Com que frequência você se	1	2	3	4

	sente isolado das outras pessoas?				
*15	Com que frequência você sente que pode encontrar companhia quando você quer?	1	2	3	4
*16	Com que frequência você sente que existem pessoas que realmente te compreendem?	1	2	3	4
17	Com que frequência você se sente tímido? (inibido/envergonhado)	1	2	3	4
18	Com que frequência você sente que as pessoas estão ao seu redor, mas não estão com você?	1	2	3	4
*19	Com que frequência você sente que existem pessoas com quem você possa conversar?	1	2	3	4
*20	Com que frequência você sente que há pessoas com quem você possa contar?	1	2	3	4

Pontuação:

Os itens que possuem o asterisco devem ter os valores das pontuações invertidos (ex., 1 = 4, 2 = 3, 3 = 2, 4 = 1) e os pontos de cada item devem ser somados depois. Quanto maior a pontuação, maior o grau de solidão.

****UCLA (Universidade da Califórnia, Los Angeles).**

**ANEXO B : TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

**RELAÇÃO DA SOLIDÃO COM COMPORTAMENTOS DE SAÚDE
EM IDOSOS**

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre Solidão e Comportamentos de Saúde em Idosos e está sendo desenvolvida pela Prof. Me. Bruna Chaves Lopes, Prof. Dra. Athany Gutierrez e pela discente Gabriela Rodrigues da Mota, do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul. O objetivo do estudo é avaliar a relação da solidão com comportamentos em saúde em idosos. A finalidade deste trabalho é contribuir para melhorar o manejo de paciente em estado de solidão, melhorando a sobrevida desses pacientes e reduzindo custos para o sistema público de saúde.

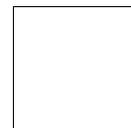
Solicitamos a sua colaboração para participar de uma entrevista com duração de cerca de 30 minutos, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você poderá retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição. Os pesquisadores estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

A sua participação apresenta risco de constrangimento durante a aplicação dos questionários. De modo a minimizar o risco, os pesquisadores buscarão fazer a coleta de modo discreto, visando garantir a privacidade dos participantes. Caso o risco venha a se concretizar, você será lembrado de que a participação é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo da assistência oferecida pelo serviço. No caso de ocorrerem riscos não previstos acima do nível aceitável, a coleta de dados será interrompida. Como benefício por participar do estudo, as informações

levantadas serão repassadas ao seu médico para que o mesmo possa usá-las em favor de sua saúde. Além disso, toda a comunidade poderá ser beneficiada na medida em que os resultados do estudo forem utilizados pela UBS para qualificar a assistência prestada, melhorando a sobrevivência dos pacientes atendidos e reduzindo custos para o sistema de saúde.

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa, como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento.



Passo Fundo , ____ de _____ de _____
dactiloscópica

Impressão

Assinatura do participante

Contato com o Pesquisador (a) Responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o (a) pesquisador (a) Me. Bruna Chaves Lopes (54) 99654257 ou para o Comitê de Ética da Universidade Federal da Fronteira Sul – End: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar, Bairro: Área rural, Chapecó – SC CEP: 80.815- 800. E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br – Fone: (49) 2049-3745.

3. RELATÓRIO DE PESQUISA

Este relatório tem como objetivo descrever todas as etapas e fases do trabalho de campo da pesquisa intitulada “Relação da Solidão com Comportamentos de Saúde em Idosos” tendo como objetivos comparar os comportamentos em saúde da população idosa que se autopercebe como só em relação com a que não se identifica como solitária e analisar se a situação de solidão interfere no autocuidado em relação à saúde dos pacientes. O presente trabalho foi orientado pela Prof. Me. Bruna Chaves Lopes e coorientado pela Prof^a Dr^a Athany Gutierrez.

O trabalho de campo foi realizado com o objetivo de coletar os dados para o projeto por meio de questionários aplicados em Unidades Básicas de Saúde do município de Passo Fundo - RS. O estudo foi aprovado pela Secretária de Saúde de Passo Fundo e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFFS. A coleta de dados iniciou-se dia 01/09/2020 e contou com a participação de sete voluntários, acadêmicos do curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo, previamente treinados para aplicação dos questionários. Os voluntários foram divididos entre as UBS's e semanalmente, iam a unidade para coletar os dados da pesquisa.

A lista de pacientes era obtida junto a recepção das Unidades Básicas de Saúde e a equipe fazia a seleção dos pacientes conforme os critérios de inclusão predefinidos no projeto. É importante salientar que os voluntários foram orientados quanto a medidas de segurança necessárias devido ao quadro atual da pandemia de Covid-19, sendo instruídos a manter uma distância mínima de 1,5 metros, ao uso obrigatório de máscara e álcool em gel durante as entrevistas. Visando assim tanto sua própria proteção quanto dos pacientes entrevistados.

Os dados foram coletados com preservação da privacidade dos pacientes e a posterior dupla digitação em planilha eletrônica amenizou os possíveis erros durante a transcrição de dados. Um dos maiores desafios encontrados durante a coleta de dados foi a baixa frequência de idosos das Unidades Básicas de Saúde, visto que a coleta ocorreu durante a pandemia do Covid-19 e os pacientes idosos por serem população de risco, estavam evitando circular em possíveis locais de contaminação.

A amostra manteve-se um pouco abaixo do esperado tanto devido à baixa circulação de idosos nas Unidades Básicas de Saúde, quanto pelo tempo restrito para a coleta, ao fim da coleta a amostra final foi composta por 140 indivíduos. Após o término da coleta os dados foram duplamente digitados no programa Epidata (distribuição livre) e analisados no programa PSPP.

Após o processamento e análise de dados, foi redigido um artigo intitulado “O impacto da solidão na saúde de idosos”. A mudança do título do artigo em relação ao título do projeto se deu, porque, ao final da análise foram encontradas diversas relações que não eram esperadas, e percebeu-se que poderiam ser escritos vários artigos diferentes, dado a grande variedade de dados. Então, optou-se por selecionar as variáveis mais relevantes para a escrita desse artigo.

Foi determinado que o artigo seria redigido conforme as normas da revista ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva) (ANEXO A), sendo submetido para publicação logo após a aprovação da banca.

3.1 ANEXO A – NORMAS PARA SUBMISSÃO DE ARTIGO NA ABRASCO

Submissão de artigos

C&SC adota as “*Normas para apresentação de artigos propostos para publicação em revistas médicas*”, da Comissão Internacional de Editores de Revistas Médicas, cuja versão para o português encontra-se publicada na *Rev Port Clin Geral* 1997; 14:159-174. O documento está disponível em vários sítios na Internet, como por exemplo, [ICMJE Recommendations](#) ou nas [normas da mesma publicação](#). Recomenda-se aos autores a sua leitura atenta.

IMPORTANTE: C&SC não pratica cobrança de taxas e de encargos para submissão e publicação de artigos

1. Os originais podem ser escritos em português, espanhol, francês e inglês. Os textos em português e espanhol devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em inglês. Os textos em francês e inglês devem ter título, resumo e palavras-chave na língua original e em português. Não serão aceitas notas de pé-de-página ou no final dos artigos.
2. Os textos têm de ser digitados em espaço duplo, na fonte Times New Roman, no corpo 12, margens de 2,5 cm, formato Word e encaminhados apenas pelo endereço eletrônico da plataforma [Scholar One](#) – <http://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> – Segundo as orientações do site.
3. Os artigos publicados serão de propriedade da revista C&SC, ficando proibida a reprodução total ou parcial em qualquer meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem a prévia autorização dos editores-chefes da Revista. A publicação secundária deve indicar a fonte da publicação original.
4. Os artigos submetidos à C&SC não podem ser propostos simultaneamente para outros periódicos.
5. As questões éticas referentes às publicações de pesquisa com seres humanos são de inteira responsabilidade dos autores e devem estar em conformidade com os princípios contidos na Declaração de Helsinque da Associação Médica Mundial (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1989, 1996 e 2000).
6. Os artigos devem ser encaminhados com as autorizações para reproduzir material publicado anteriormente, para usar ilustrações que possam identificar pessoas e para transferir direitos de autor e outros documentos.
7. Os conceitos e opiniões expressos nos artigos, bem como a exatidão e a procedência das citações são de exclusiva responsabilidade dos autores.
8. Os textos são em geral (mas não necessariamente) divididos em seções com os títulos Introdução, Métodos, Resultados e Discussão, às vezes, sendo necessária a inclusão de subtítulos em algumas seções. Os títulos e subtítulos das seções não devem estar organizados com numeração progressiva, mas com recursos gráficos (caixa alta, recuo na margem etc.).
9. O título deve ter 120 caracteres com espaço e o resumo/abstract, com no máximo 1.400 caracteres com espaço (incluindo palavras-chave/key words), deve explicitar o objeto, os objetivos, a metodologia, a abordagem teórica e os resultados do estudo ou investigação. Logo abaixo do resumo os autores devem indicar até no máximo, cinco (5) palavras-chave. Chamamos a atenção para a importância da clareza e objetividade na redação do resumo, que certamente contribuirá no interesse do leitor pelo artigo, e das palavras-chave, que auxiliarão a indexação múltipla do artigo. As palavras-chaves na língua original e em inglês devem constar no DeCS/MeSH (<http://decs.bvs.br/P/decsweb2017.htm> e <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh>)

Autoria

- As pessoas designadas como autores devem ter participado na elaboração dos artigos de modo que possam assumir publicamente a responsabilidade pelo seu conteúdo. A qualificação como autor deve pressupor: a) a concepção e o delineamento ou a análise e interpretação dos dados, b) redação do artigo ou a sua revisão crítica, e c) aprovação da versão a ser publicada.
- O limite de autores no início do artigo deve ser no máximo de oito. Os demais autores serão incluídos no final do artigo.
- Em nenhum arquivo inserido, deverá constar identificação de autores do manuscrito.

Nomenclaturas

- Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura de saúde pública/saúde coletiva, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas. Devem ser evitadas abreviaturas no título e no resumo.
- A designação completa à qual se refere uma abreviatura deve preceder a primeira ocorrência desta no texto, a menos que se trate de uma unidade de medida padrão.

Ilustrações e escalas

1. O material ilustrativo da revista *C&SC* compreende tabela (elementos demonstrativos como números, medidas, percentagens, etc.), quadro (elementos demonstrativos com informações textuais), gráficos (demonstração esquemática de um fato e suas variações), figura (demonstração esquemática de informações por meio de mapas, diagramas, fluxogramas, como também por meio de desenhos ou fotografias). Vale lembrar que a revista é impressa em apenas uma cor, o preto, e caso o material ilustrativo seja colorido, será convertido para tons de cinza.
2. O número de material ilustrativo deve ser de, no máximo, cinco por artigo, salvo exceções referentes a artigos de sistematização de áreas específicas do campo temático. Nesse caso os autores devem negociar com os editores-chefes.
3. Todo o material ilustrativo deve ser numerado consecutivamente em algarismos arábicos, com suas respectivas legendas e fontes, e a cada um deve ser atribuído um breve título. Todas as ilustrações devem ser citadas no texto.
4. As tabelas e os quadros devem ser confeccionados no mesmo programa utilizado na confecção do artigo (Word).
5. Os gráficos devem estar no programa Excel, e os dados numéricos devem ser enviados, em separado no programa Word ou em outra planilha como texto, para facilitar o recurso de copiar e colar. Os gráficos gerados em programa de imagem (Corel Draw ou Photoshop) devem ser enviados em arquivo aberto com uma cópia em pdf.
6. Os arquivos das figuras (mapa, por ex.) devem ser salvos no (ou exportados para o) formato Illustrator ou Corel Draw com uma cópia em pdf. Estes formatos conservam a informação vetorial, ou seja, conservam as linhas de desenho dos mapas. Se for impossível salvar nesses formatos; os arquivos podem ser enviados nos formatos TIFF ou BMP, que são formatos de imagem e não conservam sua informação vetorial, o que prejudica a qualidade do resultado. Se usar o formato TIFF ou BMP, salvar na maior resolução (300 ou mais DPI) e maior tamanho (lado maior = 18cm). O mesmo se aplica para o material que estiver em fotografia. Caso não seja possível enviar as ilustrações no meio digital, o material original deve ser mandado em boas condições para reprodução.

- Os autores que utilizam escalas em seus trabalhos devem informar explicitamente na carta de submissão de seus artigos, se elas são de domínio público ou se têm permissão para o uso.

Agradecimentos

- Quando existirem, devem ser colocados antes das referências bibliográficas.
- Os autores são responsáveis pela obtenção de autorização escrita das pessoas nomeadas nos agradecimentos, dado que os leitores podem inferir que tais pessoas subscrevem os dados e as conclusões.
- O agradecimento ao apoio técnico deve estar em parágrafo diferente dos outros tipos de contribuição.

Referências

- As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. No caso de as referências serem de mais de dois autores, no corpo do texto deve ser citado apenas o nome do primeiro autor seguido da expressão *et al.*
- Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos, conforme exemplos abaixo:
1: “Outro indicador analisado foi o de maturidade do PSF” 11...
2: “Como alerta Maria Adélia de Souza 4, a cidade...”
- As referências citadas somente nos quadros e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto.
- As referências citadas devem ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos uniformes para manuscritos apresentados a periódicos biomédicos* ([Disponível em U.S. National Library of Medicine](#)).
- Os nomes das revistas devem ser abreviados de acordo com o estilo usado no Index Medicus ([Disponível em U.S. National Library of Medicine](#)).
- O nome de pessoa, cidades e países devem ser citados na língua original da publicação.

Exemplos de como citar referências

- Artigos em periódicos**

Artigo padrão (incluir todos os autores)

Pelegrini MLM, Castro JD, Drachler ML. Equidade na alocação de recursos para a saúde: a experiência no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):275-286.

Maximiano AA, Fernandes RO, Nunes FP, Assis MP, Matos RV, Barbosa CGS, Oliveira-Filho EC. Utilização de drogas veterinárias, agrotóxicos e afins em ambientes hídricos: demandas, regulamentação e considerações sobre riscos à saúde humana e ambiental. *Cien Saude Colet* 2005; 10(2):483-491.

Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. *Med J Aust* 1996; 164(5):282-284

- Livros e outras monografias**

Indivíduo como autor

Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª Edição. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco; 2004.

Organizador ou compilador como autor

Bosi MLM, Mercado FJ, organizadores. *Pesquisa qualitativa de serviços de saúde*. Petrópolis: Vozes; 2004.

Instituição como autor

Instituto Brasileiro do Meio Ambiente e dos Recursos Naturais Renováveis (IBAMA). *Controle de plantas aquáticas por meio de agrotóxicos e afins*. Brasília: DILIQ/IBAMA; 2001.

Capítulo de livro

Sarcinelli PN. A exposição de crianças e adolescentes a agrotóxicos. In: Peres F, Moreira JC, organizadores. *É veneno ou é remédio*. Agrotóxicos, saúde e ambiente. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 43-58.

Resumo em Anais de congressos

Kimura J, Shibasaki H, organizadores. Recent advances in clinical neurophysiology. *Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology*; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

Trabalhos completos publicados em eventos científicos

Coates V, Correa MM. Características de 462 adolescentes grávidas em São Paulo. In: *Anais do V Congresso Brasileiro de adolescência*; 1993; Belo Horizonte. p. 581-582.

Dissertação e tese

Gomes WA. *Adolescência, desenvolvimento puberal e sexualidade: nível de informação de adolescentes e professores das escolas municipais de Feira de Santana – BA* [dissertação]. Feira de Santana (BA): Universidade Estadual de Feira de Santana; 2001.

- **Outros trabalhos publicados**

Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. *Jornal do Brasil*; 2004 Jan 31; p. 12

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. *The Washington Post* 1996 Jun 21; Sect. A:3 (col. 5).

Material no prelo ou não publicado

Leshner AI. Molecular mechanisms of cocaine addiction. *N Engl J Med*. In press 1996.

Cronenberg S, Santos DVV, Ramos LFF, Oliveira ACM, Maestrini HA, Calixto N. Trabeculectomia com mitomicina C em pacientes com glaucoma congênito refratário. *Arq Bras Oftalmol*. No prelo 2004.

- **Material eletrônico**

Artigo em formato eletrônico

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [serial on the Internet] 1995 Jan-Mar [cited 1996 Jun 5];1(1):[about 24 p.]. Available from: <http://www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm>

Lucena AR, Velasco e Cruz AA, Cavalcante R. Estudo epidemiológico do tracoma em comunidade da Chapada do Araripe – PE – Brasil. *Arq Bras Oftalmol* [periódico na Internet]. 2004 Mar-Abr [acessado 2004 Jul 12];67(2): [cerca de 4 p.]. Disponível em: <http://www.abonet.com.br/abo/672/197-200.pdf>

Monografia em formato eletrônico

CDI, clinical dermatology illustrated [CD-ROM]. Reeves JRT, Maibach H. CMEA Multimedia Group, producers. 2ª ed. Version 2.0. San Diego: CMEA; 1995.

4. ARTIGO CIENTIFICO

Solidão e envelhecimento: efeitos na saúde da população idosa

Gabriela Rodrigues da Mota¹, Athany Gutierrez², Bruna Chaves Lopes³

¹Discente do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo – RS

²Doutora e Docente do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo – RS

³Mestre e Docente do curso de medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, campus Passo Fundo – RS; Psiquiatra da rede municipal de Passo Fundo - RS

Resumo

Introdução: A condição de solidão, que é entendida como um déficit entre a qualidade ou a quantidade real e desejada de relacionamentos¹, é um fenômeno cada vez mais comum nos moldes contemporâneos da sociedade, atingindo grande parte da população, sobretudo a idosa. Sendo o ser humano um ser essencialmente social, presume-se que essa condição possa trazer implicações à saúde dos indivíduos. **Objetivo:** O presente trabalho visou avaliar a presença de solidão e sua relação com a saúde de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde (APS) do Município de Passo Fundo-RS. **Metodologia:** Trata-se de um estudo transversal, cuja amostra compreendeu idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, frequentadores da APS. Foram utilizados como instrumentos de avaliação a *UCLA (University of California, Los Angeles) Loneliness Scale (Version 3)*; e um questionário que contemplava a caracterização sociodemográfica o estado geral de saúde e hábitos de vida dos idosos. **Resultados:** A solidão esteve relacionada com uma pior percepção de saúde (45,4%), pior adesão ao tratamento farmacológico (64,1%) e insônia grave (75%), além de prejudicar a saúde mental, relacionando-se à maior prevalência de depressão (54,1%) e ideação suicida (55,6%).

Palavras-chave: Solidão. Comportamentos relacionados a saúde. Isolamento Social. Saúde do Idoso.

Abstract

Introduction: The condition of loneliness, which is a deficit between the quality and the actual and desired quantity of relationships¹, is an increasingly common phenomenon in the contemporary society, affecting a large part of the population, especially the elderly. As humans are essentially social beings, it is predicted that this condition could have implications for the health of individuals. **Objective:** The present study aimed to evaluate the presence of loneliness and its relationship with the health of elderly people attending Primary Health Care in *Passo Fundo-RS*. **Methodology:** This is a cross-sectional study, whose sample comprised elderly people aged 60 years or over, of both sexes, attending Primary Health Care. The UCLA (University of California, Los Angeles) Loneliness Scale (Version 3) and a questionnaire that included sociodemographic characterization and the general health status and lifestyle habits were used as assessment instruments. **Results:** Loneliness was related to a worse perception of health (45,4%), worse adherence to pharmacological treatment (64,1%) and severe insomnia (75%), in addition to impairing mental health by relating the highest prevalence of depression (54,1%) and suicidal ideation (55,6%).

Key-words: Loneliness. Health Behaviors. Social Isolation. Health of the Elderly.

Introdução

A solidão é um fenômeno complexo de significado individual, mas que pode ser entendida como a experiência subjetiva do isolamento social. Entre as definições atribuídas à solidão, existem três aspectos que convergem e são compartilhados na literatura: 1) a solidão é uma experiência subjetiva que pode não estar relacionada com o isolamento social propriamente dito; 2) esta experiência subjetiva é psicologicamente desagradável para o indivíduo; 3) a solidão resulta de uma forma de relacionamento deficiente². Essa definição ressalta o fato de que sentir-se só não significa necessariamente estar sozinho, nem estar sozinho significa necessariamente sentir-se solitário³.

A complexidade do estado de solidão enfatiza a necessidade de as espécies sociais requererem não apenas a presença de outras pessoas, mas também a presença de pessoas significativas em quem possam confiar e dar-lhes um objetivo na vida. É preciso sentir-se conectado a outros para não se sentir sozinho⁴. Nesse sentido, é importante entender que o número e a frequência de contatos com outras pessoas não é um preditor tão importante de se sentir isolado quanto a qualidade das relações sociais⁵.

As consequências da solidão para a saúde e o bem-estar têm sido cada vez mais pesquisadas. Diversos estudos^{6,7,8,9,10,11} têm demonstrado sua relação com declínio da saúde mental, sintomatologia depressiva, menor qualidade de vida, prejuízo à saúde física e sono de má qualidade.

Embora a solidão acometa indivíduos em diferentes fases da vida, os idosos são os mais vulneráveis, relatando maior prevalência em comparação a outras faixas etárias¹². O ser idoso implica em características como mais doenças crônicas e fragilidades, mais custos, menos recursos sociais e financeiros. Envelhecer, ainda que sem doenças crônicas, envolve alguma

perda funcional. Tendo os idosos particularidades no que tange à saúde, é preciso adequar o Sistema Público de Saúde às necessidades dessa população.

Existe uma relação consistente, forte e positiva entre engajamento social, participação social e "qualidade de vida" na velhice¹³. A ausência de relações sociais, insatisfação com a extensão ou qualidade de tais relacionamentos, ou baixos níveis de engajamento e participação social, são suscetíveis de ter uma influência prejudicial sobre a qualidade de vida de pessoas mais velhas.

A melhor estratégia para um adequado cuidado do idoso é ter como objetivo principal a monitorização e o cuidado da saúde, não da doença. Sendo a saúde definida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como um estado de bem-estar físico, mental e social, torna-se imprescindível ter uma visão holística do paciente, e estudar os agravantes da saúde dessa faixa etária, a fim de otimizar o cuidado dos idosos.

Devido à escassez de estudos no Brasil tanto sobre a prevalência de solidão, como sobre suas repercussões na saúde, sobretudo da população idosa, o presente trabalho pretende contribuir para a aquisição e compartilhamento de conhecimentos sobre o assunto, além de qualificar o atendimento da população idosa em Passo Fundo.

Desse modo, o objetivo deste estudo é avaliar a saúde e hábitos de vida de idosos relacionados à experiência de solidão, em uma amostra coletada de 5 unidades de atendimento de Atenção Primária em Saúde, composta por pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos, residentes em Passo Fundo.

Metodologia

Trata-se de um estudo transversal realizado no município de Passo Fundo - Rio Grande do Sul, com coleta de dados efetuada entre os meses de setembro a dezembro de 2020. A coleta foi efetuada por acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal da Fronteira Sul, Campus Passo Fundo –RS, previamente treinados. A amostra, não probabilística, selecionada por conveniência, compreendeu os idosos com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos que frequentaram as Unidades Básicas de Saúde: São Luiz, Vila Luisa, Donária, Santa Marta e São José do município durante o período da coleta.

Instrumentos

Foi utilizada a *UCLA Loneliness Scale (version 3)*¹⁴, por ser, atualmente, o instrumento mais aplicado para avaliar a solidão de indivíduos em diferentes países. A escala de solidão *UCLA* foi desenvolvida na Universidade da Califórnia, Los Angeles, sendo constituída por 20 questões, que indicam a frequência com que os indivíduos apresentam sentimentos de solidão, em uma escala de medida de 4 pontos, que varia entre nunca (1), raramente (2), frequentemente (3) e sempre (4). Quanto maior a pontuação das 20 questões, maior o nível de solidão do indivíduo.

Também foi utilizado um questionário que contemplava a caracterização sociodemográfica da população investigada (idade, gênero, estado civil, local de residência, entre outros), além de questões de saúde e comportamento (percepção de saúde, presença de doenças e comorbidades, qualidade do sono, alimentação, prática de exercícios, tabagismo, etilismo entre outros). A presença de comorbidades foi dada pelo relato de diagnóstico médico prévio, enquanto todas as outras variáveis foram autorreferidas.

Análise de dados

Os dados duplamente digitados foram analisados pelo programa PSPP versão 19.0 de distribuição livre. Posteriormente, a análise estatística englobou medidas descritivas (frequência das variáveis categóricas; dispersão e tendência central das numéricas) e verificação da distribuição da frequência da solidão de acordo com hábitos de vida e saúde (qui-quadrado de Pearson, admitindo-se erro α de 5%).

Resultados

Foram avaliados 140 idosos caracterizados predominantemente como do sexo feminino (57,9%), idade entre 60-69 anos (57,1%), cor da pele branca (71,4%), com renda mensal de 1 a 2 salários mínimos (65,7%) e residentes em zona urbana (94,3%). Quanto à moradia, 52,9% relataram morar com cônjuge, 28,6% com parentes e 18,6% sozinhos.

Em relação aos hábitos de vida, verificou-se que 12,9% eram tabagistas, 20% consumiam bebida alcoólica, 60% relataram realizar atividade física semanalmente e 55% relataram possuir uma boa alimentação. A caracterização da amostra está apresentada na Tabela 1:

Tabela 1. Caracterização da amostra de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2020 (n=140).

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	59	42,1
Feminino	81	57,9
Idade em anos completos		
60-69	80	57,1
70-79	46	32,9
80>	14	10,0
Cor da pele		
Branca	100	71,4
Preta	9	6,4
Parda	31	22,1
Renda mensal em salários mínimos*		
<1	1	0,7
$\geq 1 \leq 2$	92	65,7

>2	47	33,6
Local de residência		
Zona Rural	132	94,3
Zona Urbana	8	5,7
Estado civil		
Solteiro (a)	26	18,6
Casado (a)	74	52,9
Viúvo (a)	40	28,6
Condições de residência		
Mora com cônjuge	74	52,9
Mora com parentes	40	28,6
Mora sozinho	26	18,6

*Salário mínimo= 1.045

Quanto à avaliação da solidão por meio da *UCLA Loneliness Scale*, considerando-se que “sentir-se sozinho” engloba quem refere sentir-se só sempre ou muitas vezes¹⁵, os resultados indicam que 33,6% (n=47) dos participantes apresentaram valores significativos para solidão, enquanto 66,4% dos entrevistados relataram nunca ou raramente se sentirem solitários.

Os dados revelam diferenças estatisticamente significativa entre cor e solidão ($p < 0,01$), sendo as pessoas que se consideraram pretas as que apresentaram maior sentimento de solidão (66,7%) quando comparadas a brancas (34%) e pardas (22,6%). Não foi encontrada uma associação estatisticamente significativa entre o gênero e a solidão ($p = 0,77$), nem entre solidão e idade ($p = 0,39$). Também houve diferenças estatisticamente relevantes em função de estar ou não exercendo alguma atividade remunerada ($p < 0,01$), enquanto 39% do grupo de entrevistados que não exerciam atividade remunerada relataram frequentemente se sentirem só; no grupo de entrevistados que exerciam atividade remunerada, essa porcentagem caiu para 13,3%.

Ao avaliar a distribuição de frequências das variáveis independentes de saúde em relação aos grupos descritos como solitários (frequentemente ou sempre se sentem só) e não solitários (raramente ou nunca se sentem só), observou-se uma diferença estatisticamente significativa na relação da autopercepção de saúde ($p < 0,01$), hipercolesterolemia ($p = 0,01$), hipertrigliceridemia

($p=0,01$), insônia ($p<0,01$), sono não reparador ($p<0,01$), depressão ($p<0,01$) e ideação suicida ($p=0,03$) com a presença de solidão (tabela 2). Estes dados estão apresentados na Tabela 2:

Tabela 2. Relação da solidão e saúde em uma amostra de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2020 (n=140).

Variáveis	Não solitários		Solitários		p*
	n	%	n	%	
Saúde					<0,01
Excelente/boa	41	91,1	4	8,9	
Regular/ruim	52	54,7	43	45,3	
Colesterol alto					0,010
Sim	24	54,5	20	45,5	
Não	62	76,5	19	23,5	
Não sabe	7	46,7	8	53,3	
Triglicerídeo alto					0,016
Sim	17	60,7	11	39,3	
Não	66	74,2	23	25,8	
Não sabe	10	43,5	13	56,5	
Insônia (n = 60)					<0,01
Leve a moderada	33	75,0	11	25,0	
Grave a muito grave	4	25,0	12	75,0	
Despertar noturno persistente?					<0,01
Sim	42	53,8	36	46,2	
Não	51	82,3	11	17,7	
Sono não reparador					<0,01
Sim	39	54,2	33	45,8	
Não	54	79,4	14	20,6	
Depressão					<0,01
Sim	22	45,9	26	54,1	
Não	70	76,1	22	23,9	
Já teve ideação suicida					0,034
Sim	8	44,4	10	55,6	
Não	85	69,7	37	30,3	

*Teste qui-quadrado

Quanto à avaliação da relação entre solidão e comportamentos em saúde, foram encontradas associações estatisticamente significativas em relação ao tabagismo ($p=0,03$), hábitos alimentares inadequados ($p<0,01$), menor adesão ao tratamento farmacológico ($p=0,02$) e maior dificuldade em lembrar de tomar a medicação ($p<0,01$).

Entre os entrevistados que se referiram como não tabagistas, 69,7% eram do grupo definido como não solitário (nunca ou raramente se sentem só), ao passo que a maioria dos entrevistados que relataram serem tabagistas (55,6%) eram do grupo que se considerava frequentemente ou sempre solitário. Quanto aos hábitos alimentares, a maioria dos entrevistados (73,8%) que relataram considerar seus hábitos alimentares adequados eram do grupo não solitário, enquanto que a maioria dos que relataram considerar seus hábitos alimentares inadequados (54,1%) eram do grupo que se auto percebiam como solitários (Tabela 3).

Tabela 3. Relação da solidão e comportamentos em saúde em uma amostra de idosos atendidos na Atenção Primária à Saúde. Passo Fundo, RS, 2020 (n=140).

Variáveis	Não Solitários		Solitários		p*
	n	%	n	%	
Tabagismo					0,030
Sim	8	44,4	10	55,6	
Não	85	69,7	37	30,3	
Consumo de bebida alcoólica					0,474
Sim	17	60,7	11	39,3	
Não	76	67,9	36	32,1	
Hábitos alimentares					0,002
Adequados	76	73,8	27	26,2	
Inadequados	17	45,9	20	54,1	
As vezes esquece de tomar a medicação (n=131)					<0,01
Sim	14	35,9	25	64,1	
Não	74	80,4	18	19,6	
Já parou de tomar a medicação por conta própria					0,020
Sim	14	48,3	15	51,7	
Não	79	71,2	32	28,8	
Esqueceu de tomar a medicação alguma vez nas 2 últimas semanas					<0,01
Sim	11	40,7	16	59,3	
Não	82	72,6	31	27,4	
Com que frequência tem dificuldade para lembrar de tomar a medicação					<0,01
Nunca	67	77,0	20	23,0	
Frequentemente	26	49,1	27	50,9	

*Teste qui-quadrado

Discussão

Solidão é uma condição estável de mal-estar emocional que surge quando uma pessoa se sente afastada, incompreendida, ou rejeitada pelas outras pessoas e/ou lhe faltam parceiros sociais apropriados para as atividades desejadas, em particular atividades que lhe propiciam uma fonte de integração social e oportunidades para intimidade emocional¹⁶. Portanto, a solidão na velhice se dá quando existe uma ausência, insuficiência ou inadequação entre as relações do indivíduo, ou uma articulação deficiente entre o indivíduo idoso e a sociedade.

De uma prevalência estimada de 11% a 17% na década de 1970¹⁷, o sentimento de solidão aumentou para mais de 40% em adultos de meia idade e idosos em 2010¹⁸. Estima-se que 25% da população mundial experimenta solidão frequentemente e que nas pessoas idosas esse valor varie entre 7 e 49%¹⁸. Nesse estudo, 33,6% apresentaram valores significativos para solidão, o que se encontra em consonância com Chalise et al., (2010) e Prince et al., (1997). Embora a maioria do grupo de idosos investigados (66,4%) sinta-se só em raras ocasiões ou nunca, consideramos expressiva a frequência de solidão apresentada (33,6%).

Quanto à caracterização da amostra em relação à solidão, a idade e o sexo não apresentaram significância estatística ($p=0,77$), muito embora, estudos realizados com outras populações tenham identificado uma maior prevalência de solidão em indivíduos do sexo feminino^{19,20,21}. Independentemente do sexo dos idosos, a cor indica uma tendência de que idosos pretos sentem-se mais solitários do que brancos e pardos – reflexo do preconceito racial e social, fruto e resquício da história do nosso país. É importante a ressalva de que, em nosso estudo, apenas 6,4% ($n=9$) dos idosos autodeclararam-se pretos, e outras medidas estatísticas precisariam ser realizadas para que pudéssemos fazer uma declaração mais robusta sobre o efeito da variável cor sobre o desfecho. Oliveira & Santos (2018) debatem sobre a relação da

solidão com gênero e raça, reforçando que a intersecção de minorias sociais é um agravante para a solidão.

Outros fatores foram considerados para avaliar a solidão, além da prevalência: sua relação com a saúde dos idosos (verificada pela autopercepção de saúde, presença de doenças crônicas e qualidade do sono) (Tabela 2) e com comportamentos relacionados à saúde dessa população (tabagismo, alcoolismo, atividade física e alimentação) (Tabela 3).

No que tange à análise da saúde em relação à solidão, a população idosa, em sua maioria, considerou a própria saúde como boa/excelente. Os resultados obtidos indicam que os idosos entrevistados têm a percepção do seu estado de saúde de forma diferenciada em função da solidão (Tabela 2), isto é, pessoas idosas que perceberam sua saúde como ruim ou muito ruim tiveram maior percentual de solidão quando comparados aos que definiram a saúde como boa ou excelente. Esse dado é corroborado pelo estudo de Paúl e colaboradores (2009) e Cacciopo (2014), que correlacionam positivamente a solidão com a pior autopercepção de saúde.

Paralelamente, também verificou-se uma relação entre a solidão e a presença do colesterol e triglicérides acima dos valores de referência. Somado a esse fato, os entrevistados que responderam não saber sobre a situação de seus exames de sangue eram majoritariamente indivíduos que se identificaram como solitários (Tabela 2). Com base nisso, podemos inferir que, nessa amostra, a solidão interferiu não apenas nesses marcadores, como também na relação de interesse do paciente com a sua própria saúde, tendo em vista que a maioria dos entrevistados eram idosos com múltiplas doenças crônicas. Esse é um resultado de certo modo inusitado, já que não foram encontradas na literatura outras pesquisas que abordassem essa associação.

Estudos constataam que a solidão é um preditor a longo-prazo para depressão e pensamentos suicidas^{9,10,11,19,22,23,24,25}. Nossos achados suportam os resultados de várias investigações (supracitadas) que associam estas dimensões. A relação entre solidão e

sintomatologia depressiva na velhice pode estar relacionada com o surgimento de problemas físicos, psicológicos e sociais, condicionados por marcos do envelhecimento como um menor vínculo com a sociedade, ou a perda de muitos entes e amigos que levam os idosos a afastarem-se de suas redes sociais e, conseqüentemente, sofrer com a solidão. A perda, o isolamento afetivo, desamparo ou abandono poderá influenciar assim na ocorrência de sintomas depressivos²³.

Um dado revelador de nosso estudo está na relação entre solidão e qualidade do sono. Constatamos que a solidão foi associada a um grau grave de insônia, despertar noturno com dificuldade de voltar a dormir e um sono não reparador. Cacciopo et al (2002), em sua pesquisa “Os dias solitários invadem as noites? Potencial modulação social da eficiência do sono”, também relataram uma associação bem estabelecida entre indivíduos solitários e menor eficiência de sono, e maior grau de insônia.

Relacionando a solidão a comportamentos em saúde, na literatura é descrita uma associação entre a solidão e o tabagismo e alcoolismo²⁶. No entanto, nesse estudo foi encontrada relação estatisticamente significativa apenas para o tabagismo ($p=0,03$), sendo a maioria dos tabagistas (55,6%) solitários (Tabela 3). Não há consenso na literatura a respeito da relação entre solidão e piores hábitos de vida. Tal cenário se constrói devido aos escassos estudos realizados até aqui, e os resultados precisam ser relativizados e interpretados à luz das realidades locais.

Apesar disso, percebe-se uma relação entre a solidão e a adesão ao tratamento medicamentoso. Os entrevistados que frequentemente se sentiam sozinhos relataram respectivamente uma pior adesão terapêutica e maior dificuldade em lembrar de tomar a medicação. Essa associação pode contribuir para um declínio da saúde do idoso, sendo nessa

etapa da vida essenciais os cuidados com a saúde para melhor manejo das comorbidades associadas ao envelhecimento.

No presente estudo, a solidão foi associada a déficits de suporte social, contudo, não foi sinônimo de morar sozinho, pois grande parte dos que viviam só tinham número semelhante de amigos e apoiadores bem como níveis equivalentes de envolvimento na comunidade. Um exemplo disso é que o fato de que exercer atividade remunerada teve relação estatisticamente significativa com menor sentimento de solidão¹⁴.

Inicialmente, a hipótese dessa pesquisa era que a solidão se relacionaria com piores hábitos de vida e comportamentos prejudiciais em relação à saúde. No entanto, como se pode observar, a solidão esteve mais associada às doenças em si do que as atitudes dos idosos em relação à sua saúde. Constatou-se que a solidão não interferiu na saúde por meio de hábitos menos saudáveis, mas por outros mecanismos ainda não reconhecidos, sendo ainda necessários novos estudos para averiguar como se dá essa relação.

Uma das limitações encontradas neste estudo foi a amostra restrita e não representativa, visto que as unidades de coleta foram escolhidas por conveniência e não de forma aleatória, além de ter tido pouca representatividade da população negra e parda, permitindo considerar os resultados apenas para a população em questão. Outra limitação importante se dá pelo fato deste ser um estudo quantitativo que avaliou a relação da solidão com outras variáveis. Sendo a solidão um sentimento por definição subjetivo, por mais que tenha sido utilizado um instrumento validado para mensurar a solidão, não conseguimos avaliar todas as suas facetas e nuances bem como implicações.

O atual cenário vivenciado, devido à pandemia da Covid-19, foi um fator contextual potencializador da análise realizada a partir do objeto ‘solidão’, que pode ter sido intensificada dentre os idosos durante a quarentena, visto que, por constituírem população de risco, tiveram

que restringir ainda mais sua interação na comunidade, além de se privarem de visitas de amigos e familiares, intensificando tanto o sentimento de solidão como suas próprias repercussões, dado o momento de ansiedade e angústia generalizadas neste período.

Como recomendações para investigações futuras nessa mesma temática, salientamos a importância de alargar a amostra de participantes para todas as Unidades Básicas do município e para além dos usuários da Atenção Primária à Saúde, de forma a torná-la representativa, além de utilizar outros instrumentos e/ou métodos que possibilitem uma avaliação mais pontual em relação à solidão, destacando-se a face subjetiva desta com a saúde dos idosos em sua totalidade.

A solidão pode ser um bom alvo para intervenção. Os estudos de Arnetz (1985) e Anderson (1985) encontraram que a solidão estava entre as mais responsivas das variáveis de qualidade de vida à intervenção social.

O Estudo de Desenvolvimento Adulto de Harvard (2015), atualmente o mais amplo realizado sobre a felicidade humana, acompanhou por 75 anos a vida de 724 pessoas, e chegou a um resultado instigante: as relações sociais foram o fator predominante para um envelhecimento feliz e saudável. Relacionamentos íntimos protegem as pessoas das frustrações, ajudam a retardar doenças degenerativas físicas e mentais e são parâmetros mais eficientes na análise da longevidade – mais do que classe social, QI ou até mesmo a genética³¹.

Diante dos resultados encontrados, podemos afirmar, com base na realidade local da população investigada, de que há uma relação estreita entre saúde e solidão. O presente estudo, apesar de conter uma amostra limitada e referir a uma população particular, corrobora com estudos longitudinais de grande magnitude^{19,20,22,28,31} destacando a interação social como uma das variáveis prevalentes mais importantes para a manutenção da qualidade da saúde e da vida longa saudável.

Conclusão

A solidão está intimamente associada a diversos problemas relacionados à saúde: má qualidade do sono, depressão, ideação suicida, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, além de associação a uma pior adesão ao tratamento medicamentoso, tabagismo e pior cuidado com a alimentação. Os participantes solitários apresentaram piores níveis de autocuidado quanto a comorbidades associadas e fatores preditores de saúde. Constatou-se relação com a raça e exercício de atividade remunerada, variáveis que, por sua vez, ligam-se de forma direta com vínculos e interações sociais, tão fundamentais para a qualidade de vida da população, principalmente a idosa. A transição demográfica vivida no Brasil e no mundo, com o aumento crescente da população idosa³⁶, exige que estudos sejam empreendidos com foco nessa população, que vem crescendo gradativamente e ditando novas demandas sociais.

Pesquisas como esta podem oferecer uma descrição atualizada da saúde da população, fomentando o diálogo entre instituições de ensino e cenários de saúde, para que projetos de intervenção social possam ser propostos e executados nestes espaços.

Referências

1. Perlman D, Peplau LA. Toward a social psychology of loneliness. *Personal relationships* 1981; 3:31-56.
2. Peplau LA, Perlman D. *Perspectives on loneliness*. Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy. 1982. p. 1-18.
3. Cacioppo S, Grippo AJ, London S, Goossens L, Cacioppo JT. Loneliness: Clinical import and interventions. *Perspect on Psychol Sci* 2015; 10(2):238-249.

4. Cacioppo JT, Patrick W. *Loneliness: Human nature and the need for social connection*. WW Norton & Company; 2008.
5. Hawkley LC, Hughes ME, Waite LJ, Masi CM, Thisted RA, Cacioppo JT. From social structural factors to perceptions of relationship quality and loneliness: the Chicago health, aging, and social relations study. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2008; 63(6): S375-S384.
6. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine* 2010; 40(2): 218-227.
7. Wilson RS, Krueger KR, Arnold SE, Schneider JA, Kelly JF, Barnes LL, Bennett DA. Loneliness and risk of Alzheimer disease. *Archives of general psychiatry* 2007; 64(2): 234-240.
8. Cacioppo JT, Hawkley LC, Crawford LE, Ernst JM, Burleson MH, Kowalewski RB, Malarkey WB, Van Cauter E, Berntson GG. Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosom Med* 2002; 64(3):407-417.
9. Paúl C, Ayis S, Ebrahim S. Psychological distress, loneliness, and disability in old age. *Psychology, Health & Medicine* 2006; 11: 221-232.
10. Aylaz R, Aktürk U, Erci B, Öztürk H, Aslan H. Relationship between depression and loneliness in elderly and examination of influential factors. *Archives of gerontology and geriatrics* 2012; 55(3): 548-554.
11. Luo Y, Hawkley LC, Waite LJ, Cacioppo JT. Loneliness, health, and mortality in older age: A national longitudinal study. *Social Science & Medicine* 2012; 74:907-914.

12. Nicolaisen M, Thorsen K. What are friends for? Friendships and loneliness over the lifespan—From 18 to 79 years. *Int J Aging Hum Dev* 2017; 84(2): 126-158.
13. Bury M, Holme A. *Life after ninety*. Routledge, 2002. (livro)
14. Russell D, Peplau LA, Cutrona CE. The revised UCLA Loneliness Scale: concurrent and discriminant validity evidence. *J Pers Soc Psychol* 1980; 39(3):472-80.
15. Paúl C, Ribeiro O. Predicting loneliness in old people living in the community. *Reviews in clinical gerontology* 2009; 19(1): 53-60.
16. Rook KS. The negative side of social interaction: impact on psychological well-being. *Journal of personality and social psychology* 1984; 46(5): 1097.
17. Peplau LA, Rubenstein C, Phillip S. Solidão. *Human Nature* 1979; 2(2): 58-65.
18. Chalise HN, Ichiro K, Tami S. Social support and its correlation with loneliness: A cross-cultural study of Nepalese older adults. *The International Journal of Aging and Human Development* 2010; 71(2): 115-138.
19. Prince MJ, Harwood RH, Blizard RA, Thomas A, Mann AH. Social support deficits, loneliness and life events as risk factors for depression in old age. The Gospel Oak Project VI. *Psychol Med* 1997; 27: 323–32.
20. Aartsen M, Jylhä M. Onset of loneliness in older adults: results of a 28 year prospective study. *European journal of ageing* 2011; 8(1): 31-38.

21. Hawkley LC, Cacioppo JT. Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine* 2010; 40(2): 218-227.
22. Heikkinen RL, Kauppinen M. Depressive symptoms in late life: a 10-year follow-up. *Archives of gerontology and geriatrics* 2004; 38(3): 239-250.
23. Singh A, Misra N. Loneliness, depression and sociability in old age. *Industrial psychiatry journal* 2009; 18(1): 51.
24. Faisca LR, Afonso RM, Pereira H, Pato MAV. Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. *Análise Psicológica* 2019; 37(2): 209-222.
25. Calha A, Arriaga M, Cordeiro R. Prevalência da solidão e depressão na população idosa residente na zona histórica da cidade de Portalegre. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* 2014; SPE(1):9-14.
26. Åkerlind I, Hörnquist JO. Loneliness and alcohol abuse: A review of evidences of an interplay. *Social science & medicine* 1992; 34(4): 405-414.
27. Chen Y, Feeley TH. Social support, social strain, loneliness, and well-being among older adults: An analysis of the Health and Retirement Study. *Journal of Social and Personal Relationships* 2014; 31(2): 141-161.
28. Jylhä M. Old age and loneliness: cross-sectional and longitudinal analyses in the Tampere Longitudinal Study on Aging. *Canadian Journal on Aging/La revue canadienne du vieillissement* 2004; 23(2): 157-168.

29. Paúl C, Ribeiro O. Predicting loneliness in old people living in the community. *Reviews in clinical gerontology* 2009; 19(1): 53-60.
30. Cacioppo JT, Hawkley LC, Berntson GG, Ernst JM, Gibbs AC, Stickgold R, Hobson JA. Do Lonely Days Invade the Nights? Potential Social Modulation of Sleep Efficiency. *Psychol Sci* 2002;13(4):384-387.
31. Waldinger, R. "What makes a good life." Lessons from the longest study on happiness. *TEDxBeacon Street*. 2015. Disponível em:
https://www.ted.com/talks/robert_waldinger_what_makes_a_good_life_lessons_from_the_longest_study_on_happiness. Acesso em: 09 Jan 2020.
32. Cacioppo JT, Cacioppo S. Social relationships and health: The toxic effects of perceived social isolation. *Social and personality psychology compass* 2014; 8(2): 58-72.
33. Arnetz BB. Interaction of biomedical and psychosocial factors in research on ageing: a European perspective. In: Eisdorfer C, Powell Lawton M, Maddox GL eds. *Annual review of gerontology and geriatrics*, 1985; 5: 56-94. New York: Springer Publishing Company.
34. Oliveira IM, Santos NCS. Solidão tem cor? Uma análise sobre a afetividade das mulheres negras. *Interfaces Científicas-Humanas e Sociais* 2018; 7(2): 9-20.
35. Victor CR, Christina R, Scambler S, Bowling ANN, Bond J. The prevalence of and risk factors for, loneliness in later life: a survey of older people in Great Britain. *Ageing and Society* 2005; 25(6): 357-375.
36. Demográfico, IBGE Censo. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2011. Acesso em 22 jan. 2020.

ANEXO A – FORMULÁRIO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO E COORIENTAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL
CAMPUS PASSO FUNDO/RS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM MEDICINA
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO – TCC

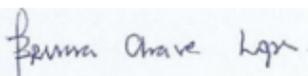
FORMULÁRIO DE ACEITE DE ORIENTAÇÃO E COORIENTAÇÃO

Eu, professora Bruna Chaves Lopes, aceito orientar o TCC da Acadêmica Gabriela Rodrigues da Mota, cujo tema provisório é Relação da Solidão com Comportamentos de Saúde em Idosos.

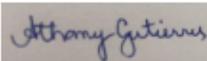
Eu, Athany Gutierrez, aceito co-orientar o TCC da Acadêmica Gabriela Rodrigues da Mota, cujo tema provisório é Relação da Solidão com Comportamentos de Saúde em Idosos.

Por ser verdade, firmo o presente documento.

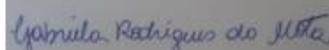
Passo Fundo, 1 de Dezembro de 2020



Assinatura do(a) Orientador(a)



Assinatura do(a) Coorientador(a)



Assinatura do(a) Acadêmico(a)

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: RELAÇÃO DA SOLIDÃO COM COMPORTAMENTOS DE SAÚDE EM IDOSOS

Pesquisador: Bruna Chaves Lopes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 35431520.0.0000.5564

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL - UFFS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.218.060

Apresentação do Projeto:

Resumo:

Introdução: A solidão é um fenômeno complexo de significado individual, mas que pode ser entendida como a experiência subjetiva do isolamento social; embora ocorra entre as diferentes fases da vida, os idosos apresentam maior prevalência em comparação a outras faixas etárias. À medida que a prevalência da solidão aumenta, diversos estudos a identificam como fator de risco para problemas de saúde e pior qualidade de vida.

Objetivo: Analisar a relação existente entre a solidão e comportamentos de saúde, bem como adesão terapêutica e uso do sistema público de saúde. Metodologia: A coleta de dados ocorrerá mediante a aplicação da Escala de Solidão UCLA e de questionários a idosos em atendimento nos serviços de saúde das Unidades Básicas de Saúde São Luiz Gonzaga, Santa Marta, Donária e Vila Luiza em Passo Fundo – RS. Resultados: A hipótese é de que os pacientes avaliados como solitários pela escala apresentem piores comportamentos relacionados à saúde, menor autocuidado e maior procura aos serviços da rede pública de saúde.

Comentário: Adequado

Hipótese:

Pacientes solitários apresentarão mais comportamentos prejudiciais à saúde, má adesão ao tratamento e utilizarão mais a rede pública de saúde.

Endereço: Rodovia SC 484 Km 02, Fronteira Sul - Bloco da Biblioteca - sala 310, 3º andar

Bairro: Área Rural

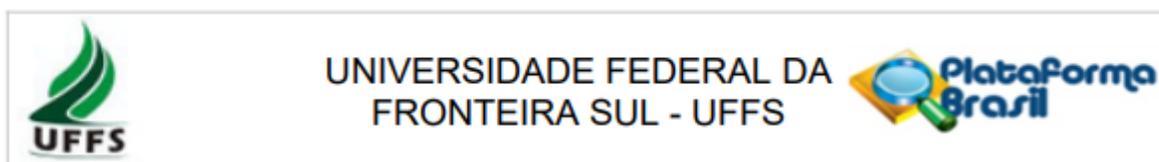
CEP: 89.815-899

UF: SC

Município: CHAPECO

Telefone: (49)2049-3745

E-mail: cep.uffs@uffs.edu.br



Continuação do Parecer: 4.218.060

Comentário: Adequado

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a relação da solidão com os comportamentos relacionados à saúde em idosos.

Objetivo Secundário:

Comparar os comportamentos em saúde da população idosa que se autopercebe como só em relação com a que não se identifica como solitária.

Verificar a associação do isolamento social com a adesão terapêutica.

Analisar se a situação de solidão interfere no autocuidado em relação à saúde dos pacientes.

Averiguar a relação de uso do sistema público de saúde e comportamentos prejudiciais à saúde na população em estado de solidão

Comentário: Adequado

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo apresenta o risco de constrangimento dos participantes devido à aplicação de questionários. De modo a minimizar os riscos, os entrevistadores receberão uma preparação prévia para a aplicação do questionário e buscarão fazer a coleta de modo discreto, visando a garantir a privacidade dos participantes. Caso o risco venha a se concretizar, o participante será lembrado de que sua participação é voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo da assistência oferecida pelo serviço. No caso de ocorrerem riscos não previstos acima do nível aceitável, a coleta de dados será interrompida.

Comentário: Adequado

Benefícios:

Considerando a natureza do estudo não estão previstos benefícios diretos aos participantes. Entretanto, a comunidade poderá ser beneficiada na medida em que os resultados do estudo forem utilizados pelo serviço para melhor manejo de paciente em estado de solidão, melhorando a sobrevida desses pacientes e reduzindo custos para o sistema de saúde.



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.205.352

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

TRANSCRIÇÃO: Desenho:

Estudo quantitativo observacional transversal descritivo e analítico.

LOCAL E PERÍODO DE REALIZAÇÃO

Unidades Básicas de Saúde – São Luiz Gonzaga, Santa Marta, São José, Donária e Vila Luiza em Passo Fundo - RS, do período de Agosto de 2020 a Dezembro de 2020.

POPULAÇÃO E AMOSTRAGEM

A população será composta por idosos atendidos nas Unidades Básicas de Saúde - São Luiz, Santa Marta, Donária, São José e Vila Luiza com amostragem

selecionada de forma não probabilística, por conveniência e consecutivamente, entre as pessoas que procurarem os serviços oferecidos na unidade

primária no período estipulado para a coleta. Estas UBS foram selecionadas pelo fato de serem de fácil acesso aos pesquisadores responsáveis pela coleta de dados.

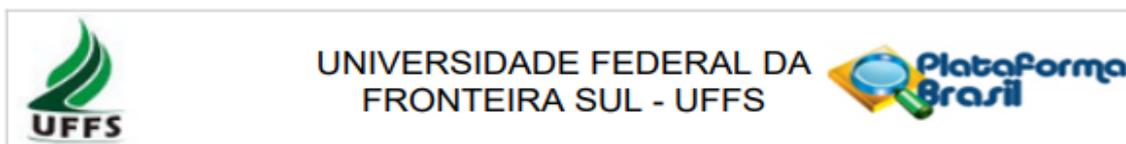
Os critérios de inclusão são idosos a partir de 60 anos de idade, de ambos os sexos, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde e residentes de Passo Fundo. Os critérios de exclusão contemplam as pessoas impossibilitadas de responderem ao questionário, por déficits cognitivos ou disfunções relacionadas à comunicação, as que são usuárias da APS, mas são atendidas a domicílio, além das que, apesar de utilizarem a UBS, não residem no município.

O tamanho da amostra foi calculado a partir da pesquisa intitulada "Adultos e idosos usuários do Sistema Único de Saúde: uma caracterização epidemiológica a partir da atenção primária", coordenada pela Prof^a. Dr^a. Ivana Loraine Lindemann, de onde foi extraída estimativa do tamanho da amostra de 290 idosos. Nesse estudo, foram entrevistados mais de mil idosos, e a partir dos questionários, a estimativa foi feita com base no número de idosos que alegaram viverem sozinhos.

Comentário: Adequado

TRANSCRIÇÃO: Metodologia Proposta:

Os dados serão coletados por meio da aplicação de questionários padronizados e pré-testados (APÊNDICE A e ANEXO A) por acadêmicos de medicina, treinados para esse fim. Assim, no período definido para a coleta, e no horário que os estudantes estiverem na unidade, os idosos que



Continuação do Parecer: 4.218.060

serão abordados e convidados a participar do estudo, até que se complete o número determinado da amostra. A aplicação do questionário será feita no próprio serviço, em espaço reservado previamente definido com a equipe de saúde, visando garantir a privacidade dos participantes e não interferir na rotina de trabalho da equipe.

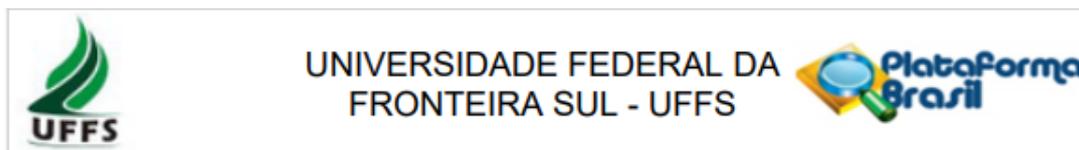
Serão utilizados dois questionários, sendo o primeiro a Escala de Solidão UCLA (Universidade da Califórnia, Los Angeles) (ANEXO A), validada para medir os sentimentos subjetivos de solidão e de isolamento social. A escala é composta por 20 itens, em que os participantes classificam-nos como O ("eu geralmente me sinto assim"), S ("às vezes me sinto assim"), R ("raramente me sinto assim"), N ("nunca me sinto assim"). E o segundo, um questionário não validado que contempla as variáveis: sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, ocupação anterior, renda, residência da família, número de filhos, ocupação); de saúde (adesão ao tratamento medicamentoso, presença de doenças crônicas, qualidade do sono, uso do sistema público de saúde); e comportamentos em saúde (alimentação, prática de exercícios, tabagismo, etilismo). A partir do primeiro questionário Escala de Solidão UCLA (APÊNDICE A), a população avaliada será dividida em dois grupos, sendo o primeiro composto pelos indivíduos classificados como solitários, e o segundo grupo composto pelos indivíduos classificados como não solitários. A partir desses dois grupos será feita comparação das variáveis relacionadas à saúde coletadas através do segundo questionário (ANEXO B), usando-se do teste qui-quadrado. Para fins de análise estatística, a variável dependente será o estado de solidão, identificado através da Escala de Solidão (ANEXO A), e as variáveis independentes serão as sociodemográficas (sexo, idade, cor da pele, escolaridade, ocupação); as de saúde (adesão ao tratamento medicamentoso, presença de doenças crônicas, qualidade do sono, uso do sistema público de saúde) e as de comportamentos de saúde (alimentação, prática de exercícios, tabagismo, etilismo). Todos os dados coletados serão armazenados em um banco de dados digital para serem analisados no período entre agosto e dezembro de 2020. Paralelamente a esse processo, acontecerão reuniões quinzenais com a orientadora do projeto, Prof^a. Me. Bruna Chaves Lopes, de forma a organizar e avaliar o andamento da pesquisa e de seus resultados.

Comentário: Adequado

TRANSCRIÇÃO: Critério de Inclusão:

Os critérios de inclusão são idosos a partir de 60 anos de idade, de ambos os sexos, atendidos nas Unidades Básicas de Saúde e residentes de Passo Fundo.

TRANSCRIÇÃO: Critério de Exclusão:



Continuação do Parecer: 4.218.060

Os critérios de exclusão contemplam as pessoas impossibilitadas de responderem ao questionário, por déficits cognitivos ou disfunções relacionadas à comunicação, as que são usuárias da APS, mas são atendidas a domicílio, além das que, apesar de utilizarem a UBS, não residem no município.

Comentário: Adequado

TRANSCRIÇÃO: Metodologia de Análise de Dados:

PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS: Os dados serão duplamente digitados e validados em um banco de dados digital, visando à maior precisão e qualidade. Posteriormente, serão exportados para o programa PSPP para a execução da análise estatística. Os dados serão avaliados estatisticamente através da análise de distribuição de frequências, fazendo a abordagem da prevalência da variáveis dependentes; estado de solidão, identificado através da Escala de Solidão (ANEXO A), e das proporções das variáveis independentes; de saúde (adesão ao tratamento medicamentoso, presença de doenças crônicas, qualidade do sono, uso do sistema público de saúde) e de comportamentos de saúde (alimentação, prática de exercícios, tabagismo, etilismo). Será empregado o Teste de Qui-quadrado, a fim de avaliar quantitativamente a relação entre o resultado do experimento e a distribuição esperada para o fenômeno, considerando-se o nível de significância estatística de 5%.

Comentário: Adequado

TRANSCRIÇÃO – DESFECHO PRIMÁRIO

Relação da solidão com os comportamentos relacionados à saúde em idosos.

TRANSCRIÇÃO: CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

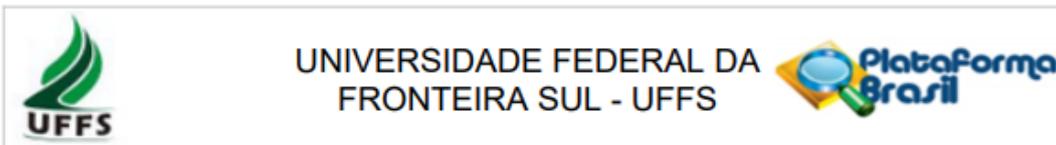
Data prevista para início da coleta de dados: 01/09/2020 a 23/12/2020

Comentário: Adequado

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

FOLHA DE ROSTO: presente e adequada.

TCLE: presente e adequada



Continuação do Parecer: 4.218.060

TERMOS DE CIÊNCIA E CONCORDÂNCIA: presente e adequada

TERMO DE COMPROMISSO PARA USO DE DADOS EM ARQUIVO - Não se aplica

JUSTIFICATIVA PARA A NÃO-OBTENÇÃO (OU DISPENSA) DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO: Não se aplica

Recomendações:

- Sugere-se incluir dentro das etapas cronológicas o envio dos Relatórios Parciais (a cada 6 meses a partir da aprovação pelo CEP mediante emissão do parecer consubstanciado e Relatório final .

Considerando a atual pandemia do novo coronavírus, e os impactos imensuráveis da COVID-19

(Coronavirus Disease) na vida e rotina dos/as Brasileiros/as, o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal da Fronteira Sul (CEP/UFFS) recomenda cautela ao/à pesquisador/a responsável e à sua equipe de pesquisa, de modo que atentem rigorosamente ao cumprimento das orientações amplamente divulgadas pelos órgãos oficiais de saúde (Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde). Durante todo o desenvolvimento de sua pesquisa, sobretudo em etapas como a coleta de dados/entrada em campo e devolutiva dos resultados aos/às participantes, deve-se evitar contato físico próximo aos/às participantes e/ou aglomerações de qualquer ordem, para minimizar a elevada transmissibilidade desse vírus, bem como todos os demais impactos nos serviços de saúde e na morbimortalidade da população. Sendo assim, sugerimos que as etapas da pesquisa que envolvam estratégias interativas presenciais, que possam gerar aglomerações, e/ou que não estejam cuidadosamente alinhadas às orientações mais atuais de enfrentamento da pandemia, sejam adiadas para um momento oportuno. Por conseguinte, lembramos que para além da situação pandêmica atual, continua sendo responsabilidade ética do/a pesquisador/a e equipe de pesquisa zelar em todas as etapas pela integridade física dos/as participantes/as, não os/as expondo a riscos evitáveis e/ou não previstos em protocolo devidamente aprovado pelo sistema CEP/CONEP.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado



UNIVERSIDADE FEDERAL DA
FRONTEIRA SUL - UFFS



Continuação do Parecer: 4.218.060

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado (a) Pesquisador(a)

A partir desse momento o CEP passa a ser corresponsável, em termos éticos, do seu projeto de pesquisa – vide artigo X.3.9. da Resolução 466 de 12/12/2012.

Fique atento(a) para as suas obrigações junto a este CEP ao longo da realização da sua pesquisa. Tenha em mente a Resolução CNS 466 de 12/12/2012, a Norma Operacional CNS 001/2013 e o Capítulo III da Resolução CNS 251/1997. A página do CEP/UFFS apresenta alguns pontos no documento "Deveres do Pesquisador".

Lembre-se que:

1. No prazo máximo de 6 meses, a contar da emissão deste parecer consubstanciado, deverá ser enviado um relatório parcial a este CEP (via NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil) referindo em que fase do projeto a pesquisa se encontra. Veja modelo na página do CEP/UFFS. Um novo relatório parcial deverá ser enviado a cada 6 meses, até que seja enviado o relatório final.
2. Qualquer alteração que ocorra no decorrer da execução do seu projeto e que não tenha sido prevista deve ser imediatamente comunicada ao CEP por meio de EMENDA, na Plataforma Brasil. O não cumprimento desta determinação acarretará na suspensão ética do seu projeto.
3. Ao final da pesquisa deverá ser encaminhado o relatório final por meio de NOTIFICAÇÃO, na Plataforma Brasil. Deverá ser anexado comprovação de publicização dos resultados. Veja modelo na página do CEP/UFFS.

Em caso de dúvida:

Contate o CEP/UFFS: (49) 2049-3745 (8:00 às 12:00 e 14:00 às 17:00) ou cep.uffs@uffs.edu.br;

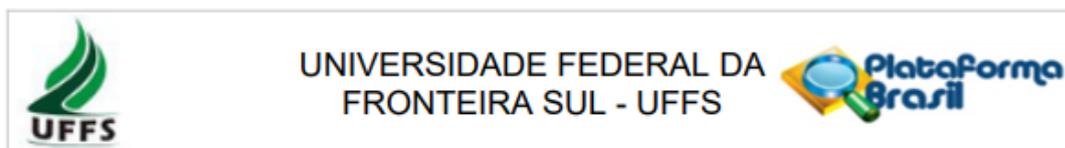
Contate a Plataforma Brasil pelo telefone 136, opção 8 e opção 9, solicitando ao atendente suporte Plataforma Brasil das 08h às 20h, de segunda a sexta;

Contate a "central de suporte" da Plataforma Brasil, clicando no ícone no canto superior direito da página eletrônica da Plataforma Brasil. O atendimento é online.

Boa pesquisa!

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
----------------	---------	----------	-------	----------



Continuação do Parecer: 4.218.060

Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1585509.pdf	13/08/2020 22:45:11		Aceito
Outros	cartapendenciacep.pdf	13/08/2020 22:40:21	GABRIELA RODRIGUES DA MOTA	Aceito
Outros	tcc2versaogabriela.pdf	13/08/2020 22:39:25	GABRIELA RODRIGUES DA MOTA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/07/2020 16:42:10	GABRIELA RODRIGUES DA MOTA	Aceito
Brochura Pesquisa	projeto semanexo.pdf	15/07/2020 16:32:51	GABRIELA RODRIGUES DA MOTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	tccgabrielamotadocx.pdf	15/07/2020 16:32:04	GABRIELA RODRIGUES DA MOTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/07/2020 15:17:54	GABRIELA RODRIGUES DA MOTA	Aceito
Outros	anexoa.pdf	10/07/2020 15:16:39	GABRIELA RODRIGUES DA MOTA	Aceito
Outros	apendicea.pdf	10/07/2020 15:14:25	GABRIELA RODRIGUES DA MOTA	Aceito
Declaração de concordância	concordanciaassinada.pdf	10/07/2020 15:08:44	GABRIELA RODRIGUES DA MOTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CHAPECO, 17 de Agosto de 2020

Assinado por:
Fabiane de Andrade Leite
 (Coordenador(a))