



Da emergência de um novo vírus humano à disseminação global de uma nova doença

— Doença por Coronavírus 2019 (COVID-19)

As duas faces do isolamento dos idosos em tempo de pandemia: quem “achata a curva” da solidão?

Ana Henriques¹, Isabel Dias²

¹ EPIUnit - Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto, Rua das Taipas, n.º 135, 4050-600 Porto, Portugal

² Instituto de Sociologia da Universidade do Porto, Faculdade de Letras da Universidade do Porto, Porto, Portugal

Na sequência da declaração, a 30 de janeiro de 2020, do estado de emergência de saúde pública de âmbito internacional, por força da propagação do novo coronavírus SARS-COV-2 (1), em quase todos os países do mundo, se impõem quarentenas, recolheres obrigatórios e até se implora por isolamento social como forma de mitigar a sua disseminação. Também em Portugal, a população foi instruída para que permanecesse em auto-isolamento, sobretudo após a declaração do Estado de Emergência a 18 de março de 2020. Esta medida tem ainda particularidades para a população acima dos 70 anos, pois para eles o isolamento deve ser mais restrito e o mais longo possível (2). Isto porque é o grupo etário com maior vulnerabilidade, uma vez que tem um sistema imunológico mais débil que, associado a um conjunto de comorbilidades comuns na idade avançada, torna mais alta a probabilidade de desenvolver sintomas moderados ou graves, dificulta o tratamento da infeção e, conseqüentemente, faz com que o risco de morte seja mais elevado (3).

Tais medidas de contenção, que nos permitirão gerir o número de infetados e conseqüentemente “achatar” a curva epidemiológica da pandemia, vêm desafiar muitas das crenças instaladas na saúde, mas que são suportadas por evidência robusta e atual: o isolamento social faz mal à saúde e ao bem estar geral. Em Saúde Pública a questão do isolamento é assumida como um sério

problema, sabendo-se da sua associação com uma panóplia de doenças, nomeadamente as doenças cardiovasculares, autoimunes, neurocognitivas e do foro mental, tais como a depressão e a ansiedade (4), quer ainda com o risco de agravamento da exposição dos mais velhos a abusos e negligência em contexto familiar e institucional (5).

Não obstante a existência de uma pandemia, o isolamento assume sempre um papel muito relevante entre os adultos mais velhos. Este é mais exacerbado nesta idade devido à diminuição dos recursos económicos e sociais, à maior probabilidade de limitações funcionais e cognitivas, à vivência da morte dos cônjuges, dos entes queridos e amigos, e à existência de mudanças nas estruturas familiares (6, 7) sendo, nos nossos dias, cada vez maior a probabilidade de uma pessoa idosa viver em agregado isolado. Esta tendência não só conduziu a uma reconfiguração das solidariedades sociofamiliares, como veio aumentar os processos de isolamento social, agravados na fase de propagação da pandemia.

No decurso da COVID-19, o auto-isolamento está a afetar desproporcionalmente os cidadãos mais velhos, nomeadamente aqueles cujo único contacto social se encontra fora das suas casas e se restringe a redes comunitárias, religiosas e amicais (e.g., centros de dia, locais de culto), mas também todos os outros que vivem em lares e instituições de acolhimento, cujas condições de funcionamento atual têm sido amplamente discutidas nos meios de comunicação social. No primeiro caso, tratam-se de idosos que não têm familiares ou amigos próximos e que dependem da prestação de serviços e de cuidados externos. Já no segundo, referimo-nos aos idosos que no início da pandemia se sentiam protegidos da COVID-19 pelo fechamento das portas das instituições de acolhimento aos familiares e ao público, em geral, mas que se encontram, neste momento, entre as vítimas que mais têm sucumbido ao coronavírus SARS-CoV-2 (1). Embora, sob modalidades distintas, uns e outros, apresentam maior vulnerabilidade quer aos efeitos negativos da pandemia na sua saúde, inclusive mental, quer aos efeitos negativos do isolamento profilático no seu bem-estar e qualidade de vida (2), sendo mais acentuado, também, o risco de solidão (6).

Os tempos correntes são assim marcados pelo paradoxo em que ficar sozinho em casa ou isolado das redes sociofamiliares faz, simultaneamente, bem e mal, sobretudo à população mais velha, que sabe o que é sentir, nas sociedades modernas, abandono e solidão. Importa, por isso, refletir sobre o conceito de

isolamento em si, à luz dos desafios que a pandemia traz quer à sua definição, quer às vertentes que doravante devem ser igualmente consideradas na sua análise.

Antes de mais, trata-se de um conceito complexo, muito em parte devido à sua natureza multidimensional. Viver sozinho, estar isolado socialmente ou experienciar sentimentos de solidão podem fazer parte de um mesmo espectro, mas são conceitos distintos e que nem sempre coexistem. Por exemplo, há indivíduos que assumem que nada os faz sentir mais sozinhos do que um casamento problemático, ou seja, pode-se estar em companhia e sentir solidão. Paralelamente, os indivíduos que moram sozinhos são aqueles que passam mais tempo com os amigos, mas também são os mais propensos a viajar, a participar em atividades de voluntariado e outras realizadas fora de casa (8). Convém, por isso, distinguir entre solidão e estar só. A primeira refere-se a um estado (interior) de subjectividade, ao sentimento de quem não pode assumir uma autonomia de vida, nem ajudas que preencham esse desígnio. Estar só refere-se a uma situação (exterior) visível e objectiva, por vezes, a um isolamento desejado, como sucedia com os poetas e devotos em finais da Idade Média. Enquanto conceito, a solidão não possui limites que permitam determinar com clareza o seu conteúdo. No entanto, ela não é apenas uma realidade individual, o que significa que é, igualmente, dependente das dinâmicas sociais (9) e de saúde que a enquadram.

Existem inúmeras formas de solidão e nem sempre ela é vivida negativamente. Quando escolhida, a solidão pode fazer parte do desenvolvimento emocional dos indivíduos. No entanto, o que nos preocupa neste momento, do ponto de vista da saúde pública, é sobretudo a solidão de desamparo e de ruptura com laços afectivos e sociais, por força do isolamento prolifático imposto, isto é, a solidão que desintegra e causa medo social (9). Este medo é acentuado quando está mais do que demonstrado que o isolamento social na velhice também é um fator de risco de maus-tratos e negligência (5, 10).

Vários estudos têm vindo a mostrar que existe uma associação entre a ausência de uma rede sociofamiliar de apoio, o declínio do estado geral de saúde e o abuso de idosos (10-13). Storey (2020) (14), por exemplo, identifica o isolamento social como um fator de risco associado quer aos idosos vítimas de abusos, quer aos seus agressores. Neste sentido, refere que a ausência de redes sociais aumenta o risco continuado de abusos sobre os mais velhos, inclusive em contexto institucional. Refere ainda que o isolamento social, o sentimento

de solidão e a falta de contatos sociais são características muito frequentes entre os agressores. O isolamento aumenta o risco de abusos porque também se torna mais difícil a sua detecção por parte dos serviços médico-sociais (14). A ausência de redes e de envolvimento social está muito associada à mortalidade entre as vítimas de abusos na idade avançada. Por esta razão, o suporte social emerge como um fator protetor dos mais velhos (10, 13, 14), sendo ainda mais exigível em tempos de pandemia.

Como referimos antes, o isolamento físico forçado que agora se vive não tem necessariamente que conduzir a sentimentos de solidão. Todavia, há que adotar estratégias que inibam esse sentimento e os fatores de risco ligados ao confinamento, particularmente da população mais velha.

O combate à solidão e ao isolamento é parte integrante da Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (15) e o SNS também partilha no seu *website* estratégias para minimizarmos a sua existência. Em tempo de pandemia, criar oportunidades para que os idosos participem em atividades sociais, culturais e recreativas deixa de ser exequível, no entanto, fomentar a utilização de novas tecnologias de comunicação que proporcionem o convívio à distância, por exemplo, através das redes sociais, é ainda uma possibilidade.

A investigação que é divulgada a cada dia é escassa no tema e não apresenta ainda nenhuma estratégia organizada de combate ao impacto do isolamento durante a pandemia. Porém, é unânime ao definir como urgente a sua prioridade e ao assumir que a tecnologia pode ser aproveitada para providenciar suporte social e aumentar o sentimento de pertença nos idosos isolados (2, 16), ainda que possa haver desigualdades no seu acesso e nos níveis de literacia digital. As intervenções podem passar simplesmente por envolver contato telefónico mais frequente com pessoas significativas, familiares e amigos próximos ou organizações de voluntariado e comunitárias que forneçam apoio durante todo o tempo de isolamento imposto. Além disso, terapias comportamentais cognitivas também podem ser fornecidas *online* para diminuir a solidão e melhorar o bem-estar e a qualidade de vida dos cidadãos mais velhos (17).

Em altura de epidemias, o foco das entidades de Saúde Pública e dos *media* gira normalmente em torno das suas repercussões físicas e biológicas e a atenção dada à saúde mental é bastante reduzida. A Comissão Nacional de Saúde da China emitiu as primeiras diretrizes abrangentes para intervenções

emergenciais de crise psicológica para pessoas afetadas pelo COVID-19 (18), mas nada referem sobre os idosos.

Em Portugal, cerca de um terço dos adultos mais velhos não vivem com um cônjuge e passam oito ou mais horas por dia sozinhos (19) e a tendência é para que estes números aumentem. É certo que isolar fisicamente os idosos irá reduzir a transmissão do vírus e “achatar” a curva epidemiológica da pandemia, mas não nos podemos esquecer de uma outra curva que poderemos estar a iniciar, a da morbidade psicológica associada à COVID-19.

Referências

1. Caldas J, Tavares M. Epidemiologia da COVID-19 2020 [Available from: <http://asset.youoncdn.com/ab296ab30c207ac641882479782c6c34/6ceb7865e66f18f2b1e85d8045a126fc.pdf>].
2. Armitage R, Nellums LB. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public health*. 2020.
3. Wang W, Tang J, Wei F. Updated understanding of the outbreak of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) in Wuhan, China. *Journal of medical virology*. 2020;92(4):441-7.
4. Gerst-Emerson K, Jayawardhana J. Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American journal of public health*. 2015;105(5):1013-9.
5. Pillemer K, Burnes D, Riffin C, Lachs MS. Elder Abuse: Global Situation, Risk Factors, and Prevention Strategies. *The Gerontologist*. 2016;56 Suppl 2:S194-205.
6. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: a scoping review. *Health & social care in the community*. 2017;25(3):799-812.
7. The Lancet. Dispelling loneliness, together. *Lancet (London, England)*. 2020;395(10226):756.
8. Klinenberg E. *Going Solo: The Extraordinary Rise and Surprising Appeal of Living Alone*. New York, NY: The Penguin Press; 2012.
9. Pais J. *Nos Rastos da Solidão*. Deambulações Sociológicas. Porto: Âmbar; 2006.
10. Soares J, Sundin O, Viitasara E, Melchiorre M, Stankunas M, Lindert J, et al. Quality of Life among Persons Aged 60-84 Years in Europe: The Role of Psychological Abuse and Socio-Demographic, Social and Health Factors. *Biosafety Health Educ*. 2013.
11. Soares J, Barros H, Torres-Gonzales F, Ionnidi-Kapolou E, Lamura G, Lindert J, Stankunas M. (2010). *Abuse and health among elderly in Europe*. Kaunas: Lithuanian University of Health Sciences Press.
12. Fraga S, Lindert J, Barros H, Torres-Gonzalez F, Ioannidi-Kapolou E, Melchiorre MG, et al. Elder abuse and socioeconomic inequalities: a multilevel study in 7 European countries. *Preventive medicine*. 2014;61:42-7.
13. Melchiorre MG, Chiatti C, Lamura G, Torres-Gonzales F, Stankunas M, Lindert J, et al. Social support, socio-economic status, health and abuse among older people in seven European countries. *PloS one*. 2013;8(1):e54856.
14. Storey, JE. (2020). Risk factors for elder abuse and neglect: A review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 50:101339.
15. Direção Geral de Saúde, «Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável, 2017-2025 (Despacho n.º12427/2016)
16. Newman MG, Zainal NH. The value of maintaining social connections for mental health in older people. *The Lancet Public health*. 2020;5(1):e12-e3.
17. Kall A, Jagholm S, Hesser H, Andersson F, Mathaldi A, Norkvist BT, et al. Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Loneliness: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Behavior therapy*. 2020;51(1):54-68.
18. National Health Commission of the People's republic of China. The guidelines of psychological crisis intervention for COVID-19 pneumonia. Available at: <http://www.nhc.gov.cn/jkj/s3577/202001/6adc08b966594253b2b791be5c3b9467>. [consultado a 26 Março 2020].
19. Mota-Pinto A, Rodrigues V, Botelho A, Verissimo MT, Morais A, Alves C, et al. A socio-demographic study of aging in the Portuguese population: the EPEPP study. *Archives of gerontology and geriatrics*. 2011;52(3):304-8.