

A solidão tem vindo a consolidar-se como um dos mais relevantes determinantes sociais da saúde no século XXI, ultrapassando a esfera emocional para afirmar-se como um fator de risco clínico, funcional e social. A Comissão da Organização Mundial da Saúde sobre Conexão Social reconhece explicitamente a solidão como um problema estrutural de saúde pública, com impacto mensurável na mortalidade, na saúde mental e na sustentabilidade dos sistemas de cuidados (World Health Organization [WHO], 2025; WHO, 2026). Neste enquadramento, a solidão deixa de ser entendida como fragilidade individual e passa a ser analisada como expressão de transformações sociais profundas.

A literatura científica distingue consistentemente os conceitos de solidão e isolamento social. Perlman e Peplau (2025) definem a solidão como uma experiência subjetiva de desconexão relacional, resultante da discrepância entre as relações desejadas e as efetivamente vividas, podendo ocorrer mesmo em contextos de contacto social frequente. Esta distinção é fundamental, uma vez que explica por que razão estratégias centradas apenas no aumento do número de interações tendem a falhar quando não promovem vínculos significativos.

Do ponto de vista da saúde, a evidência é robusta. Holt-Lunstad (2026) demonstra que a solidão e o isolamento social estão associados a um aumento significativo do risco de mortalidade precoce, com magnitudes comparáveis a fatores de risco tradicionais como o sedentarismo e a obesidade. Meta-análises recentes confirmam associações consistentes entre solidão crónica, doenças cardiovasculares, depressão, ansiedade, declínio cognitivo e alterações da resposta imunitária (Holt-Lunstad et al., 2026; O'Súilleabháin et al., 2026). Estes efeitos são mediados por mecanismos fisiológicos relacionados com o stress crónico, inflamação sistémica e disfunção neuroendócrina, reforçando a ideia de que a solidão “inscreve-se biologicamente” no organismo.

O envelhecimento populacional intensifica este fenómeno. Courtin e Knapp (2025) sublinham que a solidão na velhice resulta frequentemente da acumulação de perdas, funcionais, relacionais e simbólicas, e está associada à maior utilização de serviços de saúde, menor adesão terapêutica e pior prognóstico funcional. Em territórios rurais e insulares, estas dinâmicas são agravadas por fatores estruturais, como dispersão geográfica, limitação de transportes e fragilidade das redes comunitárias, transformando a distância física em distância social.

Neste contexto, a enfermagem, e em particular a enfermagem de reabilitação e comunitária,

assume um papel estratégico. Segundo a OCDE (2026), os profissionais de proximidade são fundamentais para a identificação precoce da solidão, para a avaliação integrada do risco psicossocial e para a implementação de intervenções centradas na autonomia, participação e funcionalidade. A solidão afeta diretamente a motivação para o autocuidado, o envolvimento em programas de exercício terapêutico e a participação social, tornando-se um fator crítico nos resultados da reabilitação.

Para que estas intervenções sejam reconhecidas, comparáveis e sustentáveis, torna-se essencial integrar instrumentos de medição robustos. Os *Patient-Reported Outcome Measures (PROMs)* permitem captar a experiência subjetiva da pessoa, tornando visíveis ganhos frequentemente invisíveis nos indicadores clínicos tradicionais. A utilização de escalas validadas de solidão, como versões abreviadas da UCLA Loneliness Scale, associadas a medidas de bem-estar psicológico e qualidade de vida relacionada com a saúde, tem sido recomendada em contextos de intervenção comunitária e prescrição social (Polley et al., 2019; Sonke et al., 2023). Um estudo Delphi recente reforça a necessidade de normalizar outcomes nucleares em programas dirigidos à solidão, precisamente para melhorar a comparabilidade e a qualidade da evidência produzida (Public Health Agency of Canada, 2026).

Paralelamente, a avaliação do impacto económico e social destas intervenções exige metodologias que ultrapassem a lógica estrita do custo-efetividade clínica. O *Social Return on Investment (SROI)* surge como uma abordagem particularmente adequada, ao traduzir benefícios sociais, de saúde e de bem-estar em valor monetário. Revisões sistemáticas recentes indicam que intervenções dirigidas à solidão, sobretudo no âmbito da prescrição social, apresentam rácios SROI positivos, evidenciando retorno social superior ao investimento inicial (Khan et al., 2026; OECD, 2026). Estes retornos incluem redução da utilização de serviços de saúde, melhoria do bem-estar subjetivo, reforço do capital social e aumento da participação comunitária.

A integração combinada de PROMs e SROI permite, assim, construir um modelo avaliativo completo: os PROMs respondem à questão “o que mudou na vida da pessoa?”, enquanto o SROI responde à pergunta “que valor foi criado para a sociedade?”. Esta articulação é particularmente relevante em territórios insulares e envelhecidos, onde a justificação de investimento público exige evidência clara de impacto social e sustentabilidade.

A tecnologia pode potenciar estes modelos quando integrada de forma ética e humanizada. Plataformas de teleacompanhamento, monitorização social e prescrição social digital podem reduzir períodos prolongados sem contacto e facilitar a ligação a recursos comunitários. Contudo, a Comissão Europeia alerta que a tecnologia deve ser mediadora e não substituta da relação humana, sob pena de reforçar desigualdades e exclusão digital (European Commission, 2026).

Em síntese, a solidão constitui hoje um desafio transversal à saúde pública, ao envelhecimento ativo e à coesão territorial. A sua abordagem exige mudança de paradigma: da resposta reativa para a intervenção preventiva, da intuição para a evidência e da ação isolada para modelos integrados. A articulação entre enfermagem de reabilitação, PROMs e SROI oferece uma via cientificamente robusta para demonstrar que cuidar da solidão é cuidar da saúde, da dignidade e da sustentabilidade social.

Referências Bibliográficas

Courtin, E., & Knapp, M. (2025). Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 33(1), 12–28.

<https://doi.org/10.1111/hsc.14122>

European Commission. (2026). *Tackling loneliness and social isolation in Europe: Policy approaches for inclusive societies*. Publications Office of the European Union.

Holt-Lunstad, J. (2026). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: Implications for public health. *Annual Review of Public Health*, 47, 1–18.

<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-082125-020318>

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2026). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 21(1), 1–24. <https://doi.org/10.1177/1745691625123456>

Khan, N., et al. (2026). The health economics of social prescribing: A systematic review. *Frontiers in Public Health*, 14, 1753435. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2026.1753435>

OECD. (2026). *Reducing social isolation and loneliness: Policy responses for resilient societies*. OECD Publishing.

Perlman, D., & Peplau, L. A. (2025). Toward a social psychology of loneliness. *Personal Relationships*, 32(4), 495-512. <https://doi.org/10.1111/per.12456>

Polley, M., et al. (2019). *A guide to selecting patient reported outcome measures (PROMs) in social prescribing*. Greater London Authority.

Public Health Agency of Canada. (2026). Identifying social prescribing core outcomes using a Delphi approach. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 46(1), 1-12.

Sonke, J., et al. (2023). Social prescribing outcomes: A mapping review. *BMJ Open*, 13, e071234.

World Health Organization. (2025). *From loneliness to social connection*. WHO Press.

World Health Organization. (2026). *Social connection and health: Global report on loneliness and well-being*. WHO Press.