

MARIA LUÍSA PEDROSO DE LIMA

PROFESSORA DE PSICOLOGIA SOCIAL
NO ISCTE – INSTITUTO
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA

ASSOCIEM-SE! PELA VOSSA SAÚDE!

Sumário:

- 1 **INTRODUÇÃO**
 - 2 **RELACIONAMENTO SOCIAL E SAÚDE**
 - 3 **ASSOCIATIVISMO E SAÚDE**
Estudo 1. Sociabilidade e saúde
Estudo 2. Participação associativa e saúde
 - 4 **CONCLUSÕES**
- REFERÊNCIAS**

1 → INTRODUÇÃO

A felicidade e a saúde são duas coisas que todos queremos alcançar. São dois pilares do que consideramos uma vida boa, preenchida e bem vivida. Apesar de serem dois conceitos que remetem para experiências individuais, a investigação tem mostrado que tanto a saúde física e mental, como o bem-estar estão extremamente associados à qualidade das nossas ligações a outras pessoas. Quem tem boas relações de amizade e de camaradagem, quem vive numa família em quem confia e que está lá para apoiar nas alturas difíceis, quem se dá bem com os vizinhos e com os colegas de trabalho vive mais tempo e tem menos doenças. Num livro que escrevi recentemente (Lima, 2018) procurei mostrar de que forma os laços sociais moldam a nossa vida. Neste artigo gostaria de me centrar no que interessa a esta revista – as ligações associativas. Até que ponto as relações que se estabelecem nas associações contribuem também para a nossa saúde e bem-estar? É o que procuraremos analisar nas próximas páginas, recorrendo a dados de inquéritos à população portuguesa.

2 → RELACIONAMENTO SOCIAL E SAÚDE

Em 2015 o AFL Victoria, um clube de futebol regional na Austrália, pediu à universidade da região para avaliar o impacto do clube na vida social da comunidade. Trata-se de um clube pequeno, típico de uma região interior, e que vive do entusiasmo dos residentes locais. Os investigadores, chefiados pelo professor Russell Hove da La Trobe University, fizeram entrevistas e passaram um questionário tanto a membros do clube como a pessoas da população geral que vivia ali mas não estava envolvida nas atividades do Clube (Center for Sport and Social Impact, 2015; Hove, Nicholson & Brown, 2015). Os resultados apontam para diversos impactos positivos dos clubes de futebol como lugares de *networking*, como geradores de estímulo à economia local ou como promotores de hábitos saudáveis. Mas mostram também outra coisa muito importante: as pessoas que estão envolvidas no clube de futebol apresentam maiores níveis de bem-estar e reportam melhor estado de saúde física e mental do que a amostra de comparação. E não estamos só a falar dos atletas e dos treinadores, mas também dos adeptos, dos espectadores, dos voluntários, dos familiares dos atletas, etc. E por isso, os impactos positivos na saúde e no bem-



estar não estão ligados só à prática de exercício físico. Mas está ligado a um aspeto fundamental e muitas vezes desprezado quando falamos de saúde: a ligação aos outros, o sentido de grupo que a pertença a um clube desportivo desenvolve.

Este resultado é congruente com a investigação recente que mostra cada vez com mais clareza que a saúde física está muito ligada à integração social. Uma revisão dos estudos nesta área realizada por Holt-Lunstad e colaboradores (2010; 2017) compara os impactos na mortalidade prematura de uma série de fatores de risco: poluição do ar, obesidade, consumo de álcool e tabaco e isolamento social. Os resultados mostram com muita clareza que a solidão é mais prejudicial à saúde do que qualquer dos outros fatores. Esta conclusão é difícil de aceitar numa sociedade em que as ideias sobre a saúde têm sido dominadas pelo modelo médico em que a doença está associada a uma perturbação do funcionamento biológico ou fisiológico do organismo, normalmente causado por um agente externo. A ideia de que a falta de relacionamento social, de que a ausência de uma coletividade com que se identifique e com quem vibre, de uma ligação forte com outros pode ser causa de doença é, para a perspetiva médica, difícil de conceptualizar. E, no entanto, os dados da investigação acumulam-se.

Há uns anos, em Inglaterra, começaram a aparecer nos lares para pessoas mais velhas: os “clubes da água”. Tratava-se de uma iniciativa para combater a desidratação dos idosos que fazia com que as pessoas se reunissem a uma determinada hora do dia para beberem água. Estes clubes tinham bastante adesão e sucesso, tendo-se mostrado eficazes, por exemplo diminuindo as consultas médicas dos que os frequentavam. Gleibs e colaboradores (2011) procuraram saber se o efeito positivo para a saúde se devia realmente ao consumo da água, ou ao facto de o tal clube da água promover o convívio regular dos residentes. Para isso compararam o efeito do clube da água com um outro clube, que criaram em residências para idosos: o clube dos jornais – em que as pessoas se reuniam para ler as notícias. Os resultados mostram que os efeitos positivos do clube da água também se manifestam no clube dos jornais: comparativamente com as pessoas que bebiam água sozinhas ou que viam os jornais sozinhos, os que participam nestes clubes sentiam maior apoio social, maior qualidade de vida e sentiam menos necessidade de ir ao médico. Por isso, nos clubes da água, não era a parte da água que tinha impacto na saúde – era a parte do clube, da associação com outros, da partilha e da ligação social.

Nesse sentido, a investigação que liga a identificação com o grupo e a saúde tem-se tornado mais sólida, a partir dos trabalhos de Jetten e colaboradores (2012) e de Haslam e colaboradores (2018). A identificação com grupos sociais é vista como um recurso no caso da saúde, atuando de forma positiva tanto na resiliência face à adversidade, como na recuperação de doenças. A partilha de uma identidade social permite criar espaços de proximidade com os outros membros do grupo que facilitam uma maior ligação e apoio mútuo. Em consequência destes laços, as pessoas que estão integradas nos grupos sentem-se mais valorizadas e encontram mais significado na sua vida (Jetten, Haslam, Cruwys, Greenaway, Haslam & Stephens, 2017). As implicações desta perspetiva para o associativismo parecem muito claras.

3 – ASSOCIATIVISMO E SAÚDE

Apesar do desenvolvimento da investigação neste domínio, há poucos dados sobre o impacto da participação em associações recreativas ao nível da saúde e do bem-estar.

A evidência mais sistemática tem sido recolhida ao nível das associações de



doenças. Diversos autores salientam o crescimento de grupos de pessoas que partilham a mesma condição médica, quer como forma de regular emoções quer como de obter informações sobre a gestão da enfermidade (Davidson et al., 2000). Sabe-se que a participação em grupos de doentes (por exemplo de diabetes, Patil et al 2016) tem um impacto positivo na saúde e bem-estar e que o mesmo se passa com a participação em grupos de apoio para cuidadores (por exemplo, cuidadores informais de pessoas com demência, Chien et al., 2011). Alguns estudos também mostram que estes efeitos são particularmente salientes quando os participantes se identificam com os grupos (Wakefield, Bickley & Sani, 2013). Outra linha de pesquisa salienta o impacto positivo na saúde e no bem-estar da pertença a grupos de voluntariado. Estudos longitudinais (e.g., Harris & Thoresen, 2005) e meta-análises mostram menor risco de mortalidade (e.g., Okun et al., 2013) e de depressão (e.g., Jenkinson et al, 2013) entre os voluntários, especialmente os mais idosos.

No entanto, a investigação sobre a participação em associações e a saúde está numa fase inicial, e em Portugal é, tanto quanto sabemos, inexistente. Há evidência de que ter amigos e contactar regularmente com eles está associado à saúde e que essa associação não existe para as relações *online* (Lima, Marques, Camilo & Muiños, 2017). Mas não testámos o impacto da pertença e do envolvimento em grupos associativos. Será que a participação em associações tem o efeito protetor que a abordagem da identidade social prevê? Ou será que esse efeito se deve apenas às ligações mais próximas, de amizade e de intimidade?

Para obtermos informação que nos permitisse responder a estas questões, analisámos os dados referentes a Portugal em dois inquéritos que usam amostras representativas da nossa população: o Inquérito Social Europeu e o Inquérito

Europeu aos Valores. Trata-se de dois inquéritos que são regularmente aplicados em diversos países Europeus, e que incluem sempre questões sobre a felicidade e a saúde.

Estudo 1. Sociabilidade e saúde

Procurámos primeiro explorar a relação que as práticas de sociabilidade têm com a felicidade e a saúde dos portugueses e portuguesas. Usámos para tal os dados da ronda 7 de 2014 do Inquérito Social Europeu, em que foram entrevistados em Portugal 1265 pessoas, com idades compreendidas entre os 15 e os 94 anos ($M=52,9$; $DP=19,3$). 65% dos entrevistados/as eram mulheres, 35% tinha uma escolaridade até à quarta classe e 20% tinha mais do que o 12º ano (Média de escolaridade completa era de 8,8 anos; $DP=5,2$).

Nesta amostra 41% considera o seu estado de saúde¹ como razoável e apenas 12% o considera mau ou muito mau. Em termos de bem-estar², numa escala de 0 a 10, os portugueses e portuguesas apresentam uma média de 6,3 ($DP=2,1$), o que, embora abaixo dos valores europeus, indica que a maioria se considera feliz e satisfeita com a sua vida. São os mais novos, os mais instruídos e os homens quem apresenta níveis mais elevados de bem-estar e saúde percebida.

Procurámos perceber a associação entre estas variáveis e as ligações sociais, tanto as mais próximas e pessoais³ como as mais distantes e coletivas. Vemos na tabela 1 os indicadores estatísticos da relação entre saúde e bem-

estar subjetivo e as variáveis relativas à ligação social próxima⁴. Quanto menos as pessoas se sentem sós, quanto mais confiam nos outros e quanto mais socializam com amigos e colegas, mais se sentem felizes e com saúde. Pelo contrário, quem se sente só, quem não confia nos outros e quem não passa tempo com amigos sente-se mais doente e mais infeliz. Isto ilustra bem a importância e a força da relação que a construção de relações próximas com os outros tem para a construção de uma vida positiva e de qualidade.

TABELA 1.

Valores de associação entre as variáveis de sociabilidade e a saúde e bem-estar (Betas). Estudo 1, Dados do ESS, 2014, Portugal

	Ligaçāo à saúde	Ligaçāo ao bem-estar
Com que frequência se sente só	-0,132**	-0,226**
Até que ponto confia nas pessoas	+0,062*	+0,214**
Frequência de sociabilidade	+0,112**	+0,182**
<i>R</i> ² Aj	0,303	0,195

Nota: Valores após controlar a idade, género e nível de instrução dos respondentes.

* $p<0,01$; ** $p<0,001$

Mas pretendíamos saber se os laços menos próximos, aqueles que desenvolvemos em associações e coletivos, contribuem também para a qualidade de vida das pessoas, para além das ligações de amizade. Estatisticamente, esta questão responde-se com a introdução de variáveis associadas à pertença a coletivos na equação de regressão. No inquérito social europeu só há duas questões que podem indicar essa ligação aos coletivos: a identificação com o país e a colaboração, nos últimos 12 meses, com organizações políticas ou não⁵. Os resultados mostram que a

¹ A avaliação da saúde percebida era feita com um item C7: "Como avalia a sua saúde em geral?".

² O Bem-estar subjetivo era medido através da média de duas perguntas: C1: "Considerando todos os aspectos da sua vida, qual o grau de felicidade que sente?" e B20: "Tudo somado, qual é o seu grau de satisfação com a vida em geral?"

³ Incluímos aqui as variáveis ligadas à percepção de solidão (E24: "Com que frequência ao longo da última semana lhe aconteceu sentir-se só"), à confiança nos outros (média das perguntas A3: "De uma forma geral, acha que todo o cuidado é pouco quando se lida com as pessoas ou acha que se pode confiar na maioria das pessoas?" e A4 "Acha que a maior parte das pessoas tenta aproveitar-se de si sempre que podem, ou pensa que a maior parte das pessoas são honestas?") e à frequência dos contactos sociais (média de C2 "Com que frequência convive com amigos, familiares ou colegas de trabalho?" e C4: "Comparando com outras pessoas da sua idade, com que regularidade é que participa em atividades sociais?"). Sempre que necessário as variáveis foram recodificadas de modo a ficarem no sentido da sua denominação.

⁴ Foi realizada uma análise de regressão múltipla, em que entraram como variáveis controladas a idade, o género e o nível de instrução dos participantes. Estas variáveis só por si representam 24% da variância explicada da saúde percebida e 3% do bem-estar subjetivo dos participantes. A introdução destas variáveis associadas à sociabilidade aumentam significativamente a variância explicada (para o caso da saúde: $F(3,1238)=23,7$; $p<0,001$; para o caso do bem estar: $F(3,1240)=83,5$; $p<0,001$).

⁵ Especificamente, incluímos as perguntas D22: "Em que medida se sente próximo de Portugal?" e a média das perguntas B13: "Durante os últimos 12 meses, trabalhou numa organização ou associação de outro tipo" e B12: "Durante os últimos 12 meses, trabalhou para um partido político ou movimento cívico".

introdução destas variáveis aumenta significativamente o nível de variância explicada, tanto no caso da saúde com do bem-estar subjetivo⁶. Podemos ver na Tabela 2 que sentir-se mais próximo do país está associado a uma melhor percepção de saúde e de bem-estar, e que a introdução destas variáveis aumenta significativamente a explicação, para além das variáveis reativas a relações sociais próximas. No entanto, estas variáveis são muito gerais e dizem-nos pouco sobre o impacto da pertença a associações.

TABELA 2.

Valores de associação entre as variáveis de pertença a coletivos e a saúde e bem-estar (Betas). Estudo 1, Dados do ESS, 2014, Portugal

	Ligaçāo à saúde	Ligaçāo ao bem-estar
Identificação com o país	0,081*	0,138*
Trabalhou voluntariamente para alguma organizāção	0,092*	0,010
R ² Aj	0,303	0,195

Valores após controlar a idade, género e nível de instrução e sociabilidade dos respondentes.

*p<0,001

Estudo 2. Participação associativa e saúde

O Inquérito Europeu aos Valores (European Values Survey) explora de forma muito mais detalhada a pertença a organizações associativas e o trabalho voluntário. Para além de incluir perguntas sobre o bem-estar subjetivo e a saúde percebida, este inquérito identifica quem pertence a uma série de associações e quem trabalha como voluntário nelas. Usámos os dados da ronda de 2008, em que foram entrevistados em Portugal 1553 pessoas, com idades compreendidas entre os 18 e os 98 anos ($M=52,9$; $DP=18,7$). 60% dos entrevistados/as eram mulheres, 50% tinha uma escolaridade até à quarta classe e 9% tinha mais do que o 12º ano.

⁶ A introdução das variáveis associadas à pertença a coletivos aumenta significativamente a variância explicada (para o caso da saúde: $F(2,1236)=11,9$; $p<0,001$; para o caso do bem estar: $F(2,1238)=13,9$; $p<0,001$).



Nesta amostra 33% considera o seu estado de saúde como razoável e apenas 14% o considera mau ou muito mau⁷. Em termos de bem-estar⁸, numa escala de 1 a 4, os portugueses e portuguesas apresentam uma média de 2,8 ($DP=0,61$), o que, indica que a maioria se considera feliz e satisfeita com a sua vida. Como se encontra habitualmente, são os mais novos, os mais instruídos e os homens quem apresenta níveis mais elevados de bem-estar e saúde percebida.

Neste inquérito, apresentavam-se às pessoas uma série de instituições e associações e pedia-se para indicar se pertenciam a alguma delas e se trabalhavam como voluntários para alguma delas⁹. No total da amostra, há 17,6% de pessoas que pertence a pelo menos uma destas organizações e 12,2% de pessoas que dão o seu trabalho sem serem pagos para uma destas organizações. Na Tabela 3 vemos discriminada a percentagem de resposta para cada uma das opções indicadas. As associações religiosas, os serviços sociais para pessoas incapacitadas, as associações desportivas e as instituições educacionais foram as mais referidas.

Mas o objetivo destas análises era perceber se a ligação a estas instituições, quer a pertença quer o trabalho voluntário, está associado à

⁷ Utilizámos a pergunta Q4 “Em termos gerais, como caracterizaria o seu estado de saúde atual?”.

⁸ Utilizámos para a avaliação do bem-estar a média de duas questões: Q3 (“Considerando todos os aspetos da sua vida diria que é muito feliz, feliz, pouco feliz ou nada feliz?”) e e Q11 (“Considerando todos os aspetos da sua vida, qual o grau de satisfação que sente atualmente?”).

⁹ Utilizámos neste caso as respostas às perguntas Q5: “Da seguinte lista de organizações e atividades voluntárias diga: a) Aquela(s) a que pertence? b) Aquela(s) para que trabalha, atualmente, como voluntário(a)/não pago”.

TABELA 3.

Percentagem de pessoas que afirma pertencer ou trabalhar como voluntário em cada um tipos de organizações indicadas. Estudo 2, Dados do EVS, 2008, Portugal

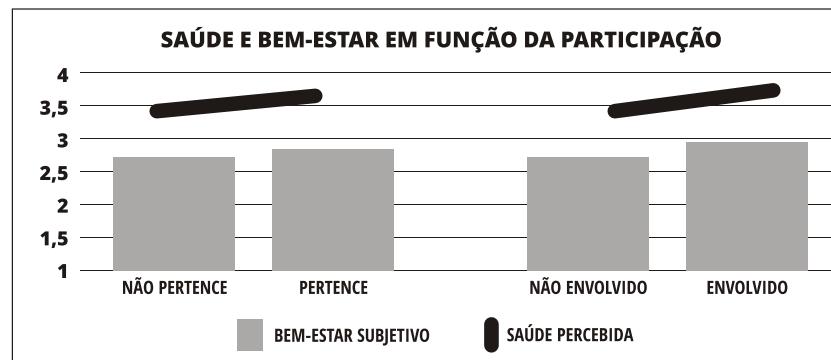
	Pertence	Voluntário
Serviços sociais para idosos, deficientes ou pessoas incapacitadas	6,1	2,8
Organizações religiosas ou ligadas à Igreja	5,5	4,0
Desporto e recreio	4,1	3,0
Educação, artes, música ou atividades culturais	3,7	3,0
Sindicato	3,3	2,4
Partidos ou grupos políticos	3,3	2,0
Ações comunitárias locais de apoio à pobreza, ao emprego, ao alojamento, à igualdade racial	2,8	2,8
Trabalho com/para jovens (escuteiros, clubes de jovens, etc)	2,7	2,6
Associações profissionais	2,3	2,0
Organizações voluntárias para promover a Saúde	2,3	2,2
Património, ambiente, ecologia, direitos dos animais	2,1	2,2
Grupos femininos	1,7	2,2
Desenvolvimento do Terceiro Mundo ou Direitos Humanos	1,6	1,8
Movimentos para a Paz	1,4	1,9

saúde e ao bem-estar dos portugueses. Para isso, controlámos as variáveis sociodemográficas sexo, idade e nível de escolaridade e procurámos as ligações entre as variáveis. E, tal como esperávamos, encontramos essa correlação: as pessoas que pertencem a estas associações e que fazem trabalho voluntário são mais felizes e mais saudáveis. A Figura 1 ilustra esta ligação. Tanto os níveis de saúde percebida (linha vermelha) como os de bem-estar (colunas azuis) são superiores entre as pessoas que estão envolvidas ou que pertencem a estas associações. No entanto, controlando as variáveis sociodemográficas, as análises mostram que estas diferenças são apenas significativas no caso do envolvimento ativo¹⁰. Isto é, o impacto positivo na qualidade de vida da ligação às associações é principalmente devido ao associativismo ativo, com trabalho voluntário e dedicado à causa.

¹⁰ Neste caso, realizámos análises de variância, utilizando como co-variáveis o género, a idade e o nível de instrução dos respondentes. Controlando estas variáveis, o bem estar subjetivo não está significativamente associado à mera pertença às associações ($F(1,1508)=2,44; p=0,118$) mas sim com o envolvimento voluntário ($F(1,1520)=1,66; p<0,199$). O mesmo se passou com a saúde percebida, que não está associado à mera pertença às associações ($F(1,1495)=12,12; p<0,001$), mas sim à participação ativa $F(1,1507)=4,98; p<0,026$;

FIGURA 1.

Média da saúde e bem-estar em função da sua ligação a associações. Estudo 2, Dados do EVS, 2008, Portugal



4 - CONCLUSÕES

Neste artigo procurámos desenvolver a ideia de que a participação associativa não é apenas uma questão de civismo, é uma questão de saúde e de felicidade. O tempo empregue em prol das associações, o esforço que dedicamos a instituições coletivas, o trabalho que fazemos para os outros, por iniciativa própria e sem esperar compensações é, tem mostrado a investigação, extremamente bem empregue. Embora ninguém faça voluntariado ou se empenhe numa organização associativa para conseguir vantagens pessoais, o certo é que este altruísmo compensa. Em termos de maior sentido para a vida – por sentimos que participamos em algo maior do que nós, que vai para além do corriqueiro do dia a dia e que contribui com um bocadinho para um mundo um pouco melhor. Em termos de maior ligação aos outros – tanto enquanto coletivo, como na criação de cumplicidades, laços de ajuda mútua e de solidariedade. Por isso, associem-se! Se não o querem fazer por uma causa, façam-no pela vossa saúde.

REFERÊNCIAS

- Center for Sport and Social Impact (2015). *Value of a community football club*. AFL Victoria and Center for Sport and Social Impact (LaTrobe). Retrieved from <https://www.aflvic.com.au/wp-content/uploads/2015/02/Latrobe-Value-of-a-Community-Football-Club-Final-PDF.pdf>
- Chien, L.Y., Chu, H., Guio, J.L., Chen, C.H., & Chou, K.R. (2011). Caregiver support groups in patients with dementia: a meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(10), 1089-1098. doi: 10.1002/gps.2660.
- Davison, K.P., Pennebaker, J.W., & Dickerson, S.S. (2000). Who talks? The social psychology of illness support groups. *American Psychologist*, 55(2), 205-217.
- Gleibs, Ilka H., Catherine Haslam, S A. Haslam, and Janelle M.Jones (2011). Water Clubs in Residential Care: Is it the Water or the Club that Enhances Health and Well-being? *Psychology & health* 26 (10), 1361-1377.
- Harris, A.H., & Thoresen, C.E. (2005). Volunteering is Associated with Delayed Mortality in Older People: Analysis of the Longitudinal Study of Aging. *Journal of Health Psychology*, 10(6), 739-752.
- Haslam, C., Jetten, C., Cruwys, T., Dingle, G., & Haslam, A. (2018). *The New Psychology of Health*. London: Routledge.
- Holt-Lunstad, J. (2018). Why social relationships are important for physical health: A systems approach to understanding and modifying risk and protection. *Annual Review of Psychology*, 69, 437-458.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., & Layton, J. B. (2010). Social relationships and mortality risk: A meta-analytic review. *PLoS Medicine*, 7(7), e1000316; doi: 10.1371/journal.pmed.1000316
- Hoye, R., Nicholson, M., & Brown, K. (2015). Involvement in sport and social connectedness. *International Review for the Sociology of Sport*, 50(1), 3-21.
- Jenkinson, C.A., Dickens, A.P., Jones, K., Thompson-Coon, J., Taylor, R.S., Rogers, M., Bambra, C.L., Lang , & Richards, S.H. (2013). Is volunteering a public health intervention? A systematic review and meta-analysis of the health and survival of volunteers. *BMC Public Health*, 13, 773. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/13/773>
- Jetten, J., Haslam, C., & Haslam, S.A. (Eds.) (2012). *The social cure: Identity, health, and well-being*. Hove, East Sussex: Psychology Press.
- Jetten, J., Haslam, S.A., Cruwys, T., Greenaway, K.H., Haslam, C., & Stephens, N.K. (2017). Advancing the social identity approach to health and well-being: processing the social cure research agenda. *European Journal of Social Psychology*, 47(7), 789-919.
- Lima, M.L., Marques, S., Muñoz, G., & Camilo, C. (2017). All you need is Facebook friends? Associations between online and face to face friendships and health. *Frontiers in Psychology*, 8:68. doi: 10.3389/fpsyg.2017.00068
- Lima, Maria Luísa Pedroso de (2018). *Nós e os outros: O poder dos laços sociais*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Okun, M.A., Yeung, E.W., & Brown, S. (2013). Volunteering by Older Adults and Risk of Mortality: A Meta-Analysis. *Psychology and Aging*, 28(2), 564–577
- Patil, S.J., Ruppar, T., Koopman, R.J., Lindblom, R.J., Elliott, S. G., Mehr, D.R., Conn, V.S. (2016). Peer Support Interventions for Adults With Diabetes: A Meta-Analysis of Hemoglobin A_{1c} Outcomes. *Annals of Family Medicine*, 14(6), 540-551. doi: 10.1370/afm.1982
- Wakefield, J.R.H., Bickley, S., & Sani, F. (2013). The effects of identification with a support group on the mental health of people with multiple sclerosis. *Journal of Psychosomatic Research*, 74(5), 420-426.