

Solidão e Isolamento Social na População com 65 e mais anos do Concelho de São Vicente – Região Autónoma da Madeira

Júlio Eduardo Alves Nunes

Orientadora: Professora Doutora Stella Bettencourt da Câmara

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Gerontologia Social

Lisboa
2021

WWW.ISCSP.U LISBOA.PT

Solidão e Isolamento Social na População com 65 e mais anos do Concelho de São Vicente – Região Autónoma da Madeira

Júlio Eduardo Alves Nunes

Orientadora: Professora Doutora Stella Bettencourt da Câmara

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Gerontologia Social

Júri:

Presidente:

- Doutora Fátima Maria de Jesus Assunção, Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Vogais:

- Doutora Stella Margarida de Oliveira António Bettencourt da Câmara, Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de Orientadora;

- Doutora Maria João da Silva Guardado Moreira, Professora Coordenadora da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Lisboa
2021

Agradecimentos

À Professora Doutora Stella Bettencourt da Câmara, por ter aceitado ser minha orientadora, pela sua constante disponibilidade, suporte e transmissão de conhecimentos fundamentais ao longo da elaboração do trabalho.

Aos meus pais, pelo grande suporte, procurando sempre motivar-me e encorajar-me em todas as etapas.

À Associação de Desenvolvimento da Costa Norte da Madeira, em particular ao Dr. Alfredo Medeiros, por ter facilitado o contacto com praticamente todos os indivíduos participantes no estudo, oferecendo todas as condições necessárias para a recolha de informação.

A todos os indivíduos que participaram neste estudo, pela sua paciência, simpatia e tempo despendido.

A todos o meu reconhecido agradecimento.

Resumo

A solidão e o isolamento social da população envelhecida que vive só no concelho de São Vicente – Região Autónoma da Madeira é o tema do presente trabalho, que se desenvolve em quatro momentos principais. No 1º momento teoriza-se o tema, a partir de diversas pesquisas bibliográficas e perspetivas académicas, que serviram de suporte ao estudo sobre a solidão e o isolamento social na velhice. O 2º momento, é dedicado à metodologia, à amostra, aos instrumentos que foram utilizados na recolha de dados e ao modelo de análise. No 3º momento, realiza-se uma caracterização sociodemográfica da Região Autónoma da Madeira e do concelho de São Vicente do ponto de vista do envelhecimento populacional. No 4º momento, faz-se a análise dos resultados, discussão dos resultados e conclusão.

Este estudo foi realizado no concelho de São Vicente, especificamente nas freguesias de São Vicente, Ponta Delgada e Boaventura a partir de uma amostra constituída por 14 indivíduos, de ambos os sexos, com idades de 65 e mais anos, a quem foi aplicada uma entrevista semiestruturada, a escala de solidão da UCLA adaptada à população envelhecida portuguesa e a escala de satisfação com o suporte social.

O objetivo deste estudo foi: Identificar os fatores que contribuem para a solidão e o isolamento social das pessoas com 65 e mais anos de idade que vivem sós no concelho de São Vicente.

Identificámos os seguintes fatores: 1) a falta de relações sociais; (2) problemas de saúde; (3) falta de suporte social; (4) medo e preocupação; (5) falta de rendimentos; (6) acesso deficitário a transportes; (7) viuvez.

Palavras-chave – solidão, isolamento social, suporte social, viver só, meio rural, envelhecimento.

Abstract

The loneliness and social isolation of the aging population that lives alone in the municipality of São Vicente – Autonomous Region of Madeira is the theme of this work, which develops in four main moments. In the first moment, the theme is theorized, based on several bibliographic researches and academic perspectives, which served to support the study on loneliness and social isolation in old age. The 2nd moment, is dedicated to the methodology, the sample, the instruments that were used in the data collection and the analysis model. In the 3rd moment, a sociodemographic characterization of the Autonomous Region of Madeira and the municipality of São Vicente is carried out from the point of view of population aging. In the 4th moment, the results are analyzed, the results are discussed and the conclusion is made.

This study was carried out in the municipality of São Vicente, specifically in the parishes of São Vicente, Ponta Delgada and Boaventura from a sample consisting of 14 individuals, of both sexes, aged 65 and over, to whom an interview semi-structured was conducted, a UCLA loneliness scale adapted to the ageing Portuguese population and a satisfaction scale with the social support.

The objective of this study was: To identify the factors that contribute to the loneliness and social isolation of people aged 65 and over who live alone in the municipality of São Vicente. We identified the following factors: 1) the lack of social relationships; (2) health problems; (3) lack of social support; (4) fear and worry; (5) lack of income; (6) poor access to transport; (7) widowhood.

Keywords – loneliness, social isolation, social support, live alone, rural area, aging.

Lista de Acrónimos

ADENORMA - Associação de Desenvolvimento da Costa Norte da Madeira

DREM - Direção Regional de Estatística da Madeira

ESSS - Escala de Satisfação com o Suporte Social

INE - Instituto Nacional de Estatística

IPSS - Instituição Particular de Solidariedade Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONG - Organização Não Governamental

RAM - Região Autónoma da Madeira

UCLA - Universidade da Califórnia em Los Angeles

UNESCO - Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

Índice Geral

Resumo	i
Abstract	ii
Lista de Acrónimos	iii
Índice Geral	iv
Índice de Quadros	vii
Índice de Gráficos	viii
Índice de Tabelas	ix
Índice de Figuras	x
Índice de Imagens	xi
Índice de Apêndices	xii
Índice de Anexos	xiii
Introdução	1
CAPÍTULO I- Enquadramento teórico/concetual	5
1. O Envelhecimento	5
1.1. O envelhecimento demográfico e o desenvolvimento da Gerontologia	5
1.2. Envelhecimento em Portugal	7
1.3. Envelhecimento em meio rural	9
2. A Gerontologia e Teorias de Suporte	10
2.1. Teoria do ciclo de vida	10
2.2. Teoria da atividade	11
2.3. Teoria ecológica do desenvolvimento humano	11
3. Bem-estar psicológico na velhice	12
3.1. Suporte Social	13
3.1.1. Relações sociais e a rede de suporte social à população envelhecida	13
3.1.2. Redes de suporte social informal	15
3.1.3. Redes de suporte social formal	15
3.2. Viver só na velhice	16
4. Solidão e Isolamento Social	17
4.1. Solidão	17
4.2. Isolamento social	19
4.3. Fatores preditores de solidão e isolamento social na velhice	21
CAPÍTULO II - Metodologia	26
1. Estratégias metodológicas	26

2. Recolha e análise de dados.....	26
3. Amostra	28
4. Modelo de Análise.....	29
CAPÍTULO III- Envelhecimento e especificidades demográficas da R.A.M e do concelho de São Vicente	30
1. Envelhecimento e caracterização demográfica da R.A.M e do concelho de São Vicente.....	30
1.1. Estrutura etária da população residente.....	31
1.2. Natalidade	35
1.3. Fecundidade.....	36
1.4. Mortalidade.....	38
2. Concelho de São Vicente	39
2.1. Caracterização do local de estudo	39
2.2. Equipamentos e Respostas Sociais dirigidas à População Idosa no concelho de São Vicente.....	40
CAPÍTULO IV – Apresentação e análise dos resultados	42
1. Caracterização sociodemográfica	42
1.1. Idade	42
1.2. Freguesias de Residência	43
1.3. Tempo de residência no concelho	44
1.4. Distribuição dos participantes quanto ao sexo	44
1.5. Estado civil.....	45
1.6. Situação face à profissão.....	45
1.7. Habilitações literárias	46
1.8. Tempo que vive só	46
1.9. Tem ou não filhos	47
1.10. A quem recorre quando precisa de ajuda urgente	48
2. Níveis de solidão e satisfação com o suporte social.....	49
3. Fatores preditores de solidão e isolamento social	51
3.1. Problemas de Saúde	52
3.2. Medo e preocupação.....	54
3.3. Falta de Suporte Social	55
3.4. Falta de rendimentos.....	56
3.5. Viuvez	57
3.6. Falta de relações sociais	58
3.7. Acesso deficitário a transportes	60

4. Discussão dos resultados	64
4.1. Níveis de solidão, isolamento social e suporte social	64
4.2. Falta de relações sociais	65
4.3. Problemas de Saúde	66
4.4. Falta de Suporte Social	66
4.5. Medo e preocupação.....	68
4.6. Falta de rendimentos.....	69
4.7. Viuvez	69
4.8. Acesso deficitário a transportes	70
Conclusão.....	71
Bibliografia	73
Apêndices	81
Anexos	88

Índice de Quadros

Quadro 1 - Problemas de saúde	52
Quadro 2 - Medo e preocupação.....	54
Quadro 3 - Falta de Suporte Social.....	55
Quadro 4 - Falta de rendimentos	56
Quadro 5 - Viuvez	57
Quadro 6 - Falta de relações sociais	58
Quadro 7 - Acesso deficitário a transportes.....	60

Índice de Gráficos

Gráfico 1- Pirâmide etária da população portuguesa no ano de 2019	8
Gráfico 2 - Pirâmides etárias da R. A. Madeira, 2013, 2017 e 2080 (projeções da população residente 2015-2080, cenário central)	35
Gráfico 3- Distribuição dos participantes do estudo por freguesias	43
Gráfico 4 – Distribuição dos participantes do estudo por tempo de residência no concelho de São Vicente.....	44
Gráfico 5 - Distribuição dos participantes do estudo quanto ao sexo	44
Gráfico 6 - Distribuição dos participantes por estado civil	45
Gráfico 7 – Tempo que os participantes do estudo vivem sós (anos)	46
Gráfico 8 – Distribuição dos participantes do estudo relativamente a terem filhos ou não	47
Gráfico 9 – A quem recorre quando precisa de ajuda urgente	48

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Índice de Dependência de Idosos	30
Tabela 2 - População residente por grandes grupos etários (%), R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)	32
Tabela 3 - Índices de dependência total, de jovens e de idosos, R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)	33
Tabela 4 - Índice de envelhecimento, R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)	34
Tabela 5 - Índice de renovação da população em idade ativa, R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)	34
Tabela 6 - Nados-vivos e taxas brutas de natalidade, R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)	36
Tabela 7 - Taxa de fecundidade geral (‰), R. A. Madeira e Municípios, 2013-2017	37
Tabela 8 - Taxa de fecundidade geral e taxas de fecundidade específicas por grupo etário (‰), R. A. Madeira (2013-2017)	37
Tabela 9 - Índice sintético de fecundidade, R. A. Madeira (2013-2017)	38
Tabela 10 - Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo (2001-2017)	39
Tabela 11 - Distribuição dos participantes do estudo relativamente às idades	42
Tabela 12 - Distribuição dos entrevistados pelos níveis de solidão e satisfação com o suporte social	49
Tabela 13 - Distribuição dos entrevistados pelo nível de solidão, por sexo	49
Tabela 14 - Distribuição dos entrevistados pelo nível de satisfação com o suporte social, por sexo	50
Tabela 15 - Categorias por nível de incidência na população em estudo	61
Tabela 16 - Subcategorias por nível de incidência na população em estudo	62
Tabela 17 - Fatores preditores de solidão e isolamento social na população envelhecida que vive só no concelho de São Vicente	83
Tabela 18 - População residente por grandes grupos etários (Nº), R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)	90

Índice de Figuras

Figura 1 - Localização geográfica do concelho de São Vicente na Ilha da Madeira.....	97
Figura 2 - Mapa das freguesias do concelho de São Vicente	97

Índice de Imagens

Imagem 1 - Freguesia de São Vicente vista do Oceano Atlântico	98
Imagem 2 - Parte da freguesia de São Vicente vista do alto	98
Imagem 3 - Freguesia de Ponta delgada vista do alto do lado oeste do Oceano Atlântico	99
Imagem 4 - Freguesia da Ponta Delgada vista do lado este da Ilha da Madeira	99
Imagem 5 - Vila da freguesia de Boaventura	100
Imagem 6 - Sítio da Fajã do Penedo na freguesia de Boaventura	100

Índice de Apêndices

Apêndice 1 - Tabela Síntese: Fatores preditores de solidão e isolamento social na população envelhecida que vive só no concelho de São Vicente	82
Apêndice 2 - Guião da Entrevista Semiestruturada.....	84
Apêndice 3 - Declaração de consentimento informado.....	86

Índice de Anexos

Anexo 1 - População residente por grandes grupos etários (Nº), R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)	89
Anexo 2 - Escala de solidão da UCLA adaptada à população envelhecida portuguesa.....	91
Anexo 3 - Escala de Satisfação com o Suporte Social	93
Anexo 4 - Mapa e imagens do concelho de São Vicente	96

Introdução

O envelhecimento nos últimos tempos tem vindo a ganhar um impacto social de maior relevo. As baixas taxas de natalidade e de mortalidade, o aumento da esperança de vida, os avanços na medicina e as melhores condições de vida fazem com que a população envelhecida tenha um aumento de proporção relativamente à população total, trazendo novos desafios à sociedade portuguesa. Com isto, dá-se o fenómeno demográfico do envelhecimento da população, que numa sociedade em constante desenvolvimento e mudança, leva a implicações económicas, políticas e sociais (Coimbra, 1999). Rosa (1993) menciona que o envelhecimento demográfico da sociedade portuguesa traduz-se em cada vez mais dependentes, levando a uma maior pressão do sistema de saúde e da segurança social, havendo a necessidade de se criarem respostas adequadas a esta população.

Em Portugal, a maior longevidade poderá potenciar situações de isolamento social e solidão que poderão ter maior incidência em zonas rurais, dado que são zonas maioritariamente envelhecidas e despovoadas, uma vez que os jovens procuram melhores condições de vida nas cidades (Paúl & Fonseca, 2005). E com isto, a população envelhecida do meio rural pode deparar-se com a falta de respostas sociais para colmatar as suas necessidades.

Toda a investigação parte de uma situação considerada problemática, que causa inquietação, mal-estar e que conseqüentemente carece de um melhor entendimento, exigindo uma explicação do fenómeno observado (Fortin, 1999). Segundo Adebo (1974), citado por Fortin (1999) a problemática da investigação é algo que precisa de uma mudança, de um melhoramento e, sobretudo, de uma solução. Assim sendo, a escolha de um problema de investigação, além de ir ao encontro das inquietações pessoais, deve sobretudo, ir ao encontro da sua pertinência na atualidade e contribuir, neste caso, para a prática e investigação da gerontologia social.

Devido à maior longevidade surgem novos desafios, tais como a maior incidência de solidão e isolamento social nas pessoas idosas, sobretudo se tivermos em conta a conjuntura atual onde já não existe o suporte social informal de outros tempos, sobretudo por parte da família (Azeredo & Afonso, 2016).

Nesta lógica, não há dúvida que juntamente ao envelhecimento demográfico emergem novos desafios, envolvendo novas oportunidades e aspetos que se verificam numa sociedade cada vez mais envelhecida, o que torna este tema de alta pertinência. Salientando que as alterações provocadas no quotidiano das pessoas devido ao processo de envelhecimento exigem

uma adaptação a novas vivências e situações que potencializam a perda de relações sociais, levando frequentemente a graves problemas de isolamento social e solidão. E com base nisso, é urgente uma análise multidimensional e uma intervenção multidisciplinar dos profissionais atuantes na área da gerontologia, de modo a que seja possível construir uma velhice mais digna.

Paúl e Fonseca (2005) referem que os habitantes das zonas rurais deparam-se com inúmeras necessidades que por vezes não são atendidas, tais como a ausência de serviços sociais e de saúde, de transportes, demonstram dificuldades económicas evidentes para aceder a serviços e equipamentos afastados da sua área de residência, além da migração das zonas rurais para as zonas urbanas que acaba por despovoar o meio rural e afastando potenciais cuidadores informais. Tudo isto, leva a uma grande sobrecarga na população envelhecida do meio rural, ou seja, vivem em zonas pouco povoadas e com escassos recursos, associando-se muitas vezes problemas de saúde, solidão e falta de rendimentos. Os mesmos autores abordam que o meio rural, em Portugal, apresenta fortes desvantagens, sobretudo nas áreas da saúde, habitação, rendimentos, transportes e acesso a serviços.

De acordo com Carneiro, Chau, Soares, Fialho e Sacadura (2012) o isolamento social pode ter como origem diversos fatores, entre eles: ter uma doença física ou mental; falta de comunicação e relações sociais; viver sozinho; falta de acesso a meios transportes; residir em zonas pobres. Estes fatores, segundo os mesmos autores, tornam as pessoas idosas mais desprotegidas e frágeis, aumentando a sua vulnerabilidade e solidão. Tudo isto pode levar a uma quebra do ciclo social que dificilmente será recuperada sem o suporte social necessário.

Segundo Jong Gierveld, Tilburg e Dykstra (2006), pessoas com ausência ou com poucos laços significativos são, por definição, socialmente isoladas. Uma pesquisa realizada pelos mesmos autores mostrou que pessoas socialmente isoladas correm maior risco de se tornarem solitárias, e que estar rodeado por uma rede social de relacionamentos pessoais significativos é crucial para se sentir socialmente inserido e para o alívio da solidão.

Visto que o bem-estar é algo fundamental para uma velhice bem-sucedida é necessário ter em conta os fatores que podem afetar esse mesmo bem-estar. Fatores tais como, viuvez, entrada na reforma, falta de rendimentos, problemas de saúde, falta de relações sociais, falta de atividades sociais, fraco suporte social e problemas de acesso a meios transporte são potencializadores de solidão (Azeredo & Afonso, 2016; Ussel, 2001; Fernandes, 2007; Holt-Lunstad, Smith & Layton, 2010; Jong Gierveld & Tesch-Römer, 2012; Pegoretti & Sanches, 2004; Fernandes, 1997; Vaz & Gaspar, 2011), visto que incutem no indivíduo um sentimento

de mal-estar, repercutindo-se em situações de isolamento social, onde o indivíduo não consegue criar laços sociais mesmo que tenha essa vontade.

Para a elaboração deste estudo foi selecionada uma zona rural com um alto índice de envelhecimento, nomeadamente o concelho de São Vicente situado na Região Autónoma da Madeira. O estudo tem por tema: Solidão e isolamento social na população com 65 e mais anos que vive só no concelho de São Vicente – Região Autónoma da Madeira. Escolhemos este concelho para a elaboração do estudo pelo facto de ser o mais envelhecido, em termos populacionais, ser um local que conhecemos muito bem e por termos boas referências no mesmo que nos facilitaram o contacto com a população alvo. O concelho de São Vicente, em 2017, tinha 5151 habitantes, dos quais 1332 tinham 65 e mais anos de idade, o que representava cerca de 26% do total da população, e um índice de envelhecimento de 241,7 (DREM, 2017).

Decidimos trabalhar este tema devido ao facto de que na velhice, cada vez mais, existir uma carência a nível das relações sociais, tendo por base os aspetos anteriormente mencionados. Assim, é primordial a identificação dos problemas e a criação de medidas de intervenção social que possam solucionar ou pelo menos amenizar esses mesmos problemas com o objetivo de proporcionar uma melhor qualidade de vida à população mais velha. Berger (1995) refere que o envelhecimento da população está a desencadear grandes alterações no que diz respeito às interações entre as pessoas, revelando-se num problema primordial em muitas sociedades. Esta falta de interações pode desencadear diversos problemas na população envelhecida, sobretudo a nível da solidão, levando a uma velhice penosa e sem qualquer sentido. Face a isto, consideramos premente investigar os níveis de solidão e a satisfação com as redes de suporte social de uma comunidade rural, tendo como principal foco sinalizar quais os principais fatores que potenciam a solidão e o isolamento social dessa mesma comunidade. Partindo deste pressuposto, colocou-se a seguinte questão de investigação: Que fatores contribuem para o isolamento social e solidão nas pessoas com 65 e mais anos que vivem sós no concelho de São Vicente?

Com o propósito de dar resposta à nossa questão de investigação definimos como objetivo geral: Identificar os fatores que contribuem para a solidão e o isolamento social das pessoas com 65 e mais anos de idade que vivem sós no concelho de São Vicente.

E como objetivos específicos foram delineados os seguintes:

-Traçar uma “fotografia” do envelhecimento demográfico na Região Autónoma da Madeira (RAM);

-Analisar os níveis de solidão de pessoas com 65 e mais anos que vivem sós no concelho de São Vicente;

-Identificar os problemas ao nível das relações sociais (familiares, amigos, vizinhança) e necessidades financeiras (falta de rendimento, baixas pensões) da população em estudo;

-Medir a satisfação das redes de suporte social da população em estudo.

O nosso intuito foi identificar os fatores que desencadeiam solidão e isolamento social na população em estudo, de modo a que seja possível intervir consoante as necessidades existentes. É imperativo identificar os problemas, tendo em conta o meio envolvente, de forma a prover respostas sociais e serviços de proximidade que atendam às necessidades da população, com a missão de evitar a exclusão social que leva ao isolamento social e à solidão.

O presente trabalho é constituído por quatro capítulos. No primeiro capítulo, desenvolvemos uma abordagem teórico/concetual a partir da recolha bibliográfica e da revisão da literatura que serviu de suporte ao estudo. O segundo capítulo, é dedicado à metodologia utilizada, amostra e ao modelo de análise. No terceiro capítulo, é apresentada a caracterização sociodemográfica do ponto de vista do envelhecimento da RAM e do concelho de São Vicente, seguido da caracterização do local de estudo. O quarto e último capítulo é dedicado à caracterização dos sujeitos do estudo, apresentação e análise dos resultados, discussão dos resultados e finalmente a conclusão.

CAPÍTULO I- Enquadramento teórico/concetual

1. O Envelhecimento

1.1. O envelhecimento demográfico e o desenvolvimento da Gerontologia

“O termo gerontologia deriva do vocábulo grego *geron* (= gerontes ou mais velhos), acrescentado do sufixo *logos* (ciência ou tratado)”. Etimologicamente, a gerontologia refere-se “à ciência que estuda o envelhecimento em todos os seus aspetos, tanto biológicos, como psicológicos e sociológicos, tendo em conta, também, a evolução histórica e os fatores relativos à pessoa idosa” (Calenti, 2006, p.3, citado por Câmara, 2019, p.2).

A palavra gerontologia foi utilizada pela primeira vez em 1903 por Élie Metchnikoff (1845-1916) no seu livro *Études sur la nature humaine* (Câmara, 2019). Nesse livro, Metchnikoff disse que “o estudo científico da velhice e da morte que deverá constituir dois ramos da ciência, a Gerontologia e a Tanatologia, que trará grandes modificações no decorrer do último período da vida” (Metchnikoff, 1903, p.386, citado por Câmara, 2019, p.2).

Segundo Terra e Rodrigues (2006), a Gerontologia tem uma história bastante curta enquanto uma área de estudos específicos. Estudos realizados na década de 30 e 40 do século XX na área da biologia, sociologia e psicologia contribuíram para um grande impulso na área do envelhecimento após a segunda guerra mundial, sobretudo na década de 50. Com isto, teorias e pesquisas resultantes desses estudos começaram a abrir caminho para investigações mais sistemáticas sobre o processo de envelhecimento. E através destes estudos na área social, biológica e psicológica surgiu a gerontologia, que muitos não a consideraram como uma ciência no sentido próprio da palavra, mas sim um conjunto de disciplinas científicas que intervém num mesmo campo, o da velhice (Terra & Rodrigues, 2006).

Pavarini, Mediondo, Barham, Varoto e Filizola (2005) abordam a gerontologia como a ciência que estuda o processo de envelhecimento nas suas variadas vertentes, constituindo-se, de acordo com o ponto de vista atual, numa especialidade de diferentes profissões. Os mesmos autores abordam que a gerontologia reúne conceitos teóricos em torno do seu objeto de estudo provenientes de diferentes áreas, sendo por isso multidisciplinar. É também interdisciplinar “em função da complexidade do fenómeno da velhice que exige não apenas a união de conhecimentos existentes em diversas disciplinas, mas também a construção de um novo corpo de conhecimento científico que orienta a sua prática” (Pavarini et al., 2005, p.400). E, de acordo

com Sá (1999), nesta perspectiva interdisciplinar a gerontologia é multidimensional, visto que aporta o processo de envelhecimento humano em todos os seus aspetos: psíquico, físico, cultural, social, biológico, emocional, ambiental, económico, político, etc.

Vale ressaltar que a gerontologia não é apenas uma ciência formal que simplesmente se limita a conhecer e prever, mas sim uma ciência intervencionista, pois a mesma intervém no processo de envelhecimento de forma a provocar mudanças (Sá, 1999).

Terra e Rodrigues (2006, p.24) referem que a Gerontologia está dividida em três grandes ramificações, que são, a gerontologia biomédica, a geriatria e a gerontologia social. A gerontologia biomédica “estuda o fenómeno do envelhecimento do ponto de vista molecular e celular, considerando aspetos biológicos, fisiológicos, genéticos e imunológicos. No que diz respeito à geriatria, esta foi um termo criado por Nascher em 1909 (Terra & Rodrigues, 2006), podendo ser definida, segundo a OMS (1974), citada por Terra e Rodrigues (2006, p.24), “como o ramo da gerontologia e da medicina que trata da saúde das pessoas de idade avançada, em todos os seus aspetos: preventivo, clínico, terapêutico, de reabilitação e de vigilância contínua”. Por último, a gerontologia social que de acordo com Neri (2001), citado por Terra e Rodrigues (2006, p.26), “este termo foi usado pela primeira vez por Clark Tibbits, em 1954, para descrever a área da gerontologia que se ocupa do impacto das condições sociais e socioculturais sobre o processo de envelhecimento e das consequências sociais desse processo”.

Terra e Rodrigues (2006, p.26), de acordo com definições de diversos autores, referem que a Gerontologia Social estuda as mudanças que acompanham o processo de envelhecimento a nível psicológico, psicocomportamental e sociológico, a natureza e as modalidades de adaptação do indivíduo em suas transformações e, também, a evolução da saúde mental e da personalidade num específico contexto social. Sendo que a gerontologia social estuda também o papel da cultura, do ambiente e das mudanças sociais no processo de envelhecimento, tal como também estuda as atitudes, o comportamento e as condições de vida da população envelhecida. Assim, a gerontologia social comporta os aspetos ambientais, psicológicos, antropológicos, sociais, legais, espirituais, económicos, éticos e políticos no processo do envelhecimento humano. Na gerontologia social é importante ter em conta o comportamento, as atitudes e as condições de vida das pessoas idosas, o papel da cultura e as alterações socioeconómicas. A seu tempo tudo irá mudar e é necessário ter isso em conta para que seja possível compreender a realidade e o significado da velhice. E é por isto que a gerontologia social tem um papel extremamente importante, pois é um campo científico com constantes descobertas, reforçando, juntamente com a geriatria, cada vez mais a conceção da

multidimensionalidade do envelhecimento humano. É por isso, um campo que deve ser levado em consideração pelos gestores de políticas públicas, como também pelos dirigentes de organizações não governamentais (ONG's), que têm uma grande responsabilidade na organização de programas destinados às pessoas idosas, visto que dirigem instituições sociais, onde é possível criar redes de suporte social, além de incentivar e incrementar as relações intergeracionais (Terra & Rodrigues, 2006).

Segundo Pavarini et al. (2005) a estrutura familiar tem vindo a sofrer alterações, e embora a família seja responsável por prestar grande parte dos cuidados aos seus membros mais velhos começa a tornar-se insuficiente, predominando hoje famílias cada vez mais pequenas ao contrário das tradicionais e extensas, tendo de haver novas alternativas. Ao contrário de um passado não muito distante, na atualidade as mulheres estão cada vez mais inseridas no mercado de trabalho e muitos parentes vivem distantes. Com isto, existe uma tendência de termos, no futuro, muitas pessoas idosas morando sós ou com famílias cada vez mais nucleares, com poucos membros, dificultando o suporte social. A procura por profissionais capacitados para exercer o papel de cuidador aumentará, bem como a procura por instituições de longa permanência, visto que a família não possuirá a preparação/formação necessária para a exigência do papel de cuidador, além de que as necessidades de cuidado muitas vezes extrapolam a capacidade da própria família. É por isso, urgente desenvolver novas formas de atenção e cuidados para com a população idosa, além da formação de profissionais capacitados na área da gerontologia.

1.2. Envelhecimento em Portugal

Portugal está a enfrentar uma realidade que apesar de ser comum à generalidade dos países europeus, começa a ganhar um impacto social cada vez mais relevante, onde as baixas taxas de natalidade e de mortalidade refletem num aumento significativo do peso da população envelhecida no conjunto da população do país (Fonseca, 2005).

Para que seja possível ter uma real noção do envelhecimento em Portugal, de acordo com dados do Pordata (2020), no ano de 1980 o índice de envelhecimento era de 43,8 pessoas idosas por cada 100 jovens, sendo que em 2019 este valor foi de 161,3. Assim, entre 1980 e 2019, o índice de envelhecimento teve um aumento de 117,5 pessoas idosas por cada 100 jovens. De realçar que no mesmo intervalo de tempo o índice de dependência de idosos passou de 18,0

para 34,2 pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa (pessoas entre os 15 e os 64 anos). E por outro lado, o índice de dependência de jovens passou de 41,0 em 1980 para 21,2 em 2019. Estes valores demonstram exatamente o que se está a passar com a população portuguesa, ou seja, existem cada vez menos jovens e uma maior proporção da população envelhecida relativamente à população total. Verifica-se, também, que a maior esperança de vida (à nascença e aos 65 anos de idade) e a menor mortalidade permite que a população viva por mais tempo, contribuindo para que a estrutura populacional portuguesa seja cada vez mais envelhecida.

No que diz respeito ao papel da baixa natalidade e fecundidade para o envelhecimento demográfico, de acordo com dados do Pordata (2020), a taxa bruta de natalidade em 1980, era de 16,2 nascimentos por 1000 residentes diminuindo, em 2019, para 8,4. Relativamente à taxa de fecundidade geral em 1980, por cada 1000 mulheres em idade fértil existiam 66,9 filhos, sendo hoje (2019) de 37,9 filhos. Com isto, é possível verificar que Portugal é um país com cada vez menos nascimentos e que aliado a outros fatores contribui fortemente para o atual envelhecimento demográfico.

Analisando o índice sintético de fecundidade, segundo os dados do Pordata (2020), em 1980 este era de 2,25 filhos, em média, por mulher em idade fértil, sendo que esse valor em 2019 é de 1,42. E se tivermos em conta que o valor mínimo para que haja renovação de gerações é de 2,1 filhos, em média, por mulher em idade fértil, é possível denotar que Portugal está muito longe de o conseguir. Ou seja, as gerações mais jovens não estão a ser renovadas e isso está a contribuir para uma inversão da pirâmide etária, onde o topo começa a ser mais alargado que a base (Gráfico 1).

Gráfico 1- Pirâmide etária da população portuguesa no ano de 2019



Fonte: INE (2020)

As projeções entre 2015 e 2080 realizadas pelo INE (2017), apontam que a população em idade ativa (entre os 15 e os 64 anos) irá diminuir de 6,7 milhões para 3,8 milhões. O INE (2017), projeta ainda que entre 2015 e 2080 o número de jovens diminuirá de 1,5 para 0,9 milhões e o número de pessoas idosas aumentará de 2,1 para 2,8 milhões. Com o decréscimo da população jovem, a par do aumento da população envelhecida, o índice de envelhecimento mais do que duplicará, passando de 147 para 317 pessoas idosas, por cada 100 jovens, em 2080. Estas tendências são, de acordo com a mesma fonte, gerais a todas as regiões do país.

1.3. Envelhecimento em meio rural

Segundo Ferrão (2000), o mundo rural exibia características próprias, tendo como principal função a agricultura e um tipo de família camponesa que apresentava modos de vida, valores e comportamentos próprios como grupo social de referência.

Com a evolução dos tempos, o aumento da esperança de vida, os movimentos migratórios e a diminuição da natalidade têm vindo a desempenhar um papel fulcral no despovoamento do meio rural e para o crescimento em proporção da população envelhecida relativamente à população total (Melo & Neto, 2003).

Rowles (1984) aborda que as zonas rurais são contextos privilegiados de envelhecimento, onde existem vantagens tais como: contexto físico estável durante grandes períodos, mudanças implementadas de forma gradual, o que possibilita uma maior conexão com o meio envolvente. E o mesmo autor refere que o mais importante de residir em meio rural é o facto de se sentir conhecido e o sentimento de identidade, pois o indivíduo em meio rural, normalmente, conhece os nomes, vida e estado de saúde dos outros habitantes, o que ajuda a reduzir o potencial perigo de anonimato ou até mesmo o facto de poder cair em esquecimento. No entanto, o problema está quando a vizinhança começa a ser cada vez menor ou, por outro lado, quando começa a ser atingida pelos mesmos problemas, quer sejam financeiros, físicos ou mentais. É neste ponto que apenas a vizinhança não chega para cobrir as necessidades que podem surgir na velhice, sendo necessário meios de resposta sociais.

O meio rural, apesar de todas as suas vantagens, também apresenta diversas limitações, tal como referem Savikko, Routasalo, Tilvis, Strandberg e Pitkala (2005) a migração constante por parte da população mais jovem para as zonas urbanas leva à desintegração das pequenas comunidades rurais. Através disto, as pessoas idosas acabam por ficar mais isoladas, havendo

uma redução nos seus contatos sociais, sobretudo quando os seus níveis funcionais são baixos e não conseguem participar em atividades sociais, como é o caso de atividades ao ar livre ou até visitar amigos, levando em muitos casos a graves problemas de solidão.

2. A Gerontologia e Teorias de Suporte

No que diz respeito ao envelhecimento psicossocial existem várias teorias, não sendo possível afirmar que umas são mais corretas que outras, visto que todas elas se complementam (Fernandes, 2012). Contudo, destacamos duas teorias do envelhecimento psicossocial e uma teoria do desenvolvimento humano para dar suporte ao nosso estudo. Nas teorias do envelhecimento psicossocial, destacamos a teoria do ciclo de vida e a teoria da atividade. Na teoria do desenvolvimento humano, destacamos a teoria ecológica do desenvolvimento humano.

2.1. Teoria do ciclo de vida

Segundo Bengston e Allen (2009), as mudanças ao longo do ciclo de vida são frequentemente chamadas de “desenvolvimento” e as metáforas de crescimento e declínio, ganho e perda têm sido frequentemente utilizadas para caracterizar alterações na estrutura ou função dos organismos ao longo do tempo. Os mesmos autores relatam que, células, indivíduos, grupos e até sistemas sociais exibem mudanças ao longo do tempo e embora a maioria das mudanças sejam ordenadas, regulares e normativas, algumas são caóticas, irregulares e imprevisíveis. O crescimento ou declínio no nível individual frequentemente tem antecedentes ou consequências no nível do grupo coletivo.

A teoria do ciclo de vida é umas das que suporta esta investigação, no sentido em que o possível aparecimento de isolamento social na população envelhecida do meio rural que vive só, pode ter ligação com o seu percurso de vida e alguns acontecimentos daí adjacentes, levando por vezes à solidão. Como por exemplo: o facto de não ter filhos, perdas familiares, êxodo rural, emigração de familiares ou vizinhança, entre outros fatores.

2.2. Teoria da atividade

De acordo com esta teoria, a velhice bem-sucedida está relacionada com a substituição dos antigos papéis sociais por novos papéis sociais ou com uma nova organização dos papéis outrora desempenhados (Terra & Rodrigues, 2006). Para os mesmos autores, as pessoas idosas através dos novos papéis sociais criam ocupações com as quais estabelecem vínculos tão satisfatórios como os antigos. No entanto, é necessário que a sociedade valorize as pessoas idosas e facilite estes papéis. Berger e Mailloux-Poirier (1995) realçam que a população envelhecida deve manter-se ativa para obter maior satisfação na vida, conservando a sua saúde e melhorando a sua autoestima. Os mesmos autores realçam que as pessoas idosas ao participarem de atividades sociais com amigos aumentam consideravelmente o seu índice de satisfação na vida.

Consideramos que esta teoria suporta o nosso estudo no sentido em que na velhice é importante continuar com um propósito de vida, tendo de existir suporte da parte de toda a população para com os mais velhos, de modo a que seja possível que os mesmos, caso demonstrem essa vontade, contribuam para a sociedade de uma forma que os satisfaça emocionalmente. Com isto, é importante todo um sistema social que possibilite esta contribuição.

2.3. Teoria ecológica do desenvolvimento humano

De acordo com Bronfenbrenner (1977, p.21), a teoria ecológica do desenvolvimento humano representa “o estudo científico da acomodação progressiva e mútua entre um ser vivo ativo em crescimento e as propriedades dos cenários imediatos que envolvem o indivíduo”.

Nesta lógica, a teoria ecológica do desenvolvimento humano envolve o estudo da adaptação constante e mútua do ser humano (ativo e em desenvolvimento) com as propriedades, em mudança, dos ambientes em que este se movimenta e dos contextos mais vastos em que estão contidos tais ambientes (Bronfenbrenner, 1996). De certa forma, é possível dizer que Bronfenbrenner concebeu o desenvolvimento em termos de uma hierarquia de sistemas, de alguma complexidade (Grande, 2010, citado por Santos, 2013). “São quatro sistemas que, [...] se imbricam e interpenetram uns nos outros, influenciando-se mútua e concêntrica”,

sendo eles: o microsistema; o mesosistema; o exossistema; e o macrosistema (Santos, 2013, p.13).

As relações com os membros da família, amigos e vizinhos constituem os microsistemas básicos de socialização que, no seu conjunto, constituem os mesossistemas de cada indivíduo. Os sistemas mais distantes que envolvem a pessoa idosa, são constituídos por contextos em que o mesmo não participa diretamente, os exossistemas, como é o caso da câmara municipal, as juntas de freguesia e outras estruturas de poder, local e central que influencia a sua trajetória de vida. Por fim, os macrosistemas incluem as ideologias e cultura em que se baseia o seu meio ambiente, onde podemos considerar a união europeia, com seus valores político-sociais e suas diretrizes (Casas-Novas, 2001).

Consideramos que esta teoria suporta a nossa investigação tendo em conta que a forma como se envelhece tem ligação com o contexto e ambiente social que influenciam as alterações físicas, psicológicas e sociais que resultam do processo de envelhecimento. Estas alterações podem ser aumentadas ou reduzidas de acordo com o contexto em que a pessoa idosa se insere. Contudo, vale também realçar que na perspectiva ecológica o envelhecimento e o desenvolvimento humano não estão em oposição, visto que os indivíduos mais velhos, sobretudo os que possuem o suporte social adequado, podem desenvolver as suas capacidades de adaptação ao meio envolvente, melhorando os resultados do seu processo de envelhecimento/desenvolvimento, tendo como base uma perspectiva de bem-estar individual e coletivo (Casas-Novas, 2001).

3. Bem-estar psicológico na velhice

O conceito de bem-estar psicológico corresponde a uma procura ideal de excelência, de crescimento pessoal ou de autorrealização e está associado ao ajustamento emocional e social, na medida em que reúne o cumprimento de expectativas sociais e emocionais, considerando os seus atributos físicos, cognitivos e afetivos, idade e género (Queroz, 2003, 2008).

3.1. Suporte Social

No entendimento de Serra (1999) o conceito de suporte social é apresentado como um conceito interativo e referente a transações entre as pessoas, com o objetivo de proporcionar o bem-estar psicológico e físico.

De acordo com Cobb (1976) o suporte social é definido como a informação pertencente a três classes: a informação que leva o indivíduo a acreditar que é amado e que as pessoas preocupam-se com ele; a que conduz o indivíduo a acreditar que é apreciado e que tem valor; e a que leva o sujeito a crer que faz parte de uma rede de relações e obrigações comuns e mútuas.

Martins (2005) menciona que as funções exercidas por um grupo de amigos, familiares, vizinhos, entre outros, a favor de um sujeito em caso de necessidade, sobretudo a nível de cuidados de higiene, ajuda financeira, trabalhos domésticos e cuidados de saúde diz respeito ao conceito de suporte social. Este é um procedimento que promove a ajuda e assistência através de fatores de suporte que asseguram e facilitam a sobrevivência dos sujeitos.

Thoits (1982) define o suporte social de acordo com o nível de satisfação das necessidades sociais básicas obtido através das interações com outras pessoas. Nestas necessidades está incluído a estima, a pertença, o afeto, a segurança e identidade, sendo que só são satisfeitas através da ajuda instrumental e emocional. A primeira, engloba o aconselhamento, a assistência material e a informação, enquanto a segunda engloba o afeto, a estima e a compreensão.

Cramer, Henderson e Scott (1997) fazem a distinção entre suporte social recebido e suporte social percebido. O primeiro refere-se ao suporte social que foi objetivamente recebido por alguém, já o segundo diz respeito ao suporte social que o sujeito percebe como disponível se precisar dele.

3.1.1. Relações sociais e a rede de suporte social à população envelhecida

Walker, MacBride e Vachon (1977) mencionam que as redes de suporte social podem ser descritas como a junção de contatos pessoais que facultam, sobretudo em fases mais avançadas da vida, aos indivíduos receber ajuda material, serviços, informação, apoio emocional e estabelecer novos contatos sociais que mantenham a sua identidade social.

No entendimento de Martins (2005) a rede de suporte é diferente da rede social, pois a primeira visa uma ajuda concreta aos indivíduos. Já a rede social é apenas o conjunto das

relações que se estabelecem entre os indivíduos, os grupos informais e formais e o meio envolvente.

Para Dunst e Trivette (1990) as redes sociais representam o total das relações que o indivíduo tem ao seu dispor.

Martins (2005, p.133) revela que as redes de suporte social “revestem-se de importância crucial nos idosos dado que o sentimento de ser amado e valorizado, a pertença a grupos de comunicação e obrigação recíprocas, levam os indivíduos a escapar ao isolamento e ao anonimato”.

Carmona e Melo (1991) afirmam que a população envelhecida que possui uma conduta interpessoal mais dinâmica tem maior chance de desenvolver redes de suporte social, acabando por evitar e até recuperar de problemas a nível da saúde mental. Segundo os mesmos autores, o convívio e o contato com a sociedade ajuda na diminuição de alguns problemas decorrentes do processo de envelhecimento, quer sejam psicológicos, físicos ou mentais.

Martins (2009) refere que as relações sociais com os vizinhos e amigos possuem um papel muito importante no que toca ao bem-estar da população envelhecida, pois muitas vezes são eles que facultam os cuidados necessários às pessoas idosas, quer seja a nível instrumental como a nível emocional.

Batistoni (2007) através de uma extensa revisão da literatura, verificou que as pesquisas evidenciam que um dos principais determinantes para um envelhecimento bem-sucedido está nos indicadores de relações sociais na velhice. De modo contrário, o comprometimento do suporte social tende a estar relacionado com sintomas depressivos e outros problemas de saúde. Segundo o mesmo autor, as redes de suporte social têm diversos aspetos positivos, promovendo boas mudanças qualitativas, melhora de recursos materiais e psicológicos, influência de comportamentos saudáveis, como por exemplo, atividade física, dieta e socialização. O suporte social é um atenuador de stress e ajuda a prevenir a depressão entre a população envelhecida. De acordo com as pesquisas observadas, a quantidade de contatos sociais não é o fator protetor mais importante, mas sim a sua qualidade que tende a ser subjetiva.

Sluzky (1996) aborda que as redes de suporte social ajudam na capacidade adaptativa do sujeito, além da manutenção da sua própria saúde mental e física. Dunst e Trivette (1990) mencionam que estas redes são um conjunto de recursos fornecidos por outros indivíduos. Estas redes podem ser divididas em duas grandes categorias: as redes de suporte social informal e as redes de suporte social formal, que seguidamente serão abordadas separadamente do ponto de vista do suporte social na velhice.

3.1.2. Redes de suporte social informal

As redes de suporte social informal, segundo Mesquita (2011) incluem: os amigos, a família, os vizinhos, conselheiros espirituais, etc; e os grupos sociais, do tipo: clubes, associações, igrejas, etc. Sendo redes que fornecem apoio nas atividades diárias em resposta a acontecimentos de vida normativos e não normativos. O mesmo autor refere que estas redes prestam um papel importante no apoio às pessoas idosas, quer do ponto de vista instrumental, quer do ponto de vista emocional.

As redes de suporte informal da população envelhecida permitem que sejam resolvidos diversos problemas sem que seja necessária a intervenção de instituições estatais. Estas redes baseiam-se sobretudo na família, amigos e vizinhos (Hespanha, 1994).

3.1.3. Redes de suporte social formal

Mesquita (2011) menciona que as redes de suporte social formal incluem organizações formais (instituições, hospitais, programas governamentais, câmaras municipais, juntas de freguesia, serviços, etc.) e também os profissionais que as assistem (assistentes sociais, médicos, psicólogos, etc.). De acordo com o mesmo autor, um aspeto fulcral destas redes é a existência de articulação do sistema integrado de serviços de carácter particular e estatal, disponíveis numa comunidade.

Paúl (1991) refere que a existência de serviços de suporte social formal fornece à população envelhecida e sua família uma noção de segurança.

Auslander e Litwin (1990) verificaram que a população envelhecida tem tendência a procurar apoio formal quando as suas hipóteses de apoio informal são inexistentes, sendo que muitas vezes as suas necessidades são satisfeitas através dos equipamentos sociais de cariz comunitário.

O aumento da população envelhecida aliado à dificuldade crescente da família em disponibilizar tempo e meios para prestar suporte aos seus familiares mais velhos, leva à obrigação estatal de programar formas adequadas para responder às suas necessidades. As ações a desenvolver, têm de ter em conta a adaptação do meio envolvente aos condicionalismos do sujeito (Correia, 2009).

3.2. Viver só na velhice

O aumento de pessoas idosas a residir sozinhas é reflexo das alterações sociodemográficas, visto que o próprio ambiente familiar tem mudado. Verifica-se um decréscimo do número de indivíduos a cada geração devido à diminuição da natalidade, um aumento do número de adultos divorciados e solteiros, que juntamente a uma maior mobilidade geográfica dos jovens e a própria longevidade dos indivíduos faz com que exista cada vez mais pessoas idosas a viver sós (Capitanini, 2000).

Wolf (1995) refere que morar só na velhice representa, por vezes, uma realidade social e económica que não é a mais desejada pelo indivíduo.

Alencar e Silva (2013) relatam que as pessoas idosas que moram sós, sobretudo os que são acometidos de falta de audição, cegueira, dificuldades no andar, problemas de equilíbrio, entre outras patologias, têm maior dificuldade para realizar atividades da vida diária e manter-se ativos. Sendo que, em situações de risco tornam-se mais vulneráveis, visto que não possuem o suporte necessário, tendo de recorrer a cuidados e atenção especial de profissionais vinculados à área da saúde e social, necessitando do suporte formal para terem uma vida minimamente digna.

Das pessoas idosas que vivem sós, aquelas que sentem maior bem-estar são os que têm contato frequente com amigos (Goldstein, 1998).

Lopes (1999) refere que o ser humano necessita de vínculos com os outros e que viver uma velhice isolada é uma tragédia. Para complementar esta ideia Santana e Sena (2003) referem que o ser humano vive junto a outros seres da sua espécie desde o nascimento, significando que a existência de uma pessoa como ser individual é indissociável da sua existência social.

Heller (2000) menciona que o homem necessita de participar da vida quotidiana através da vivência de paixões, habilidades, sentimentos, ideologias, ideias, etc. E a população envelhecida que vive só e isolada necessita de estabelecer contactos com outras pessoas através da participação comunitária ou através de simples atividades diárias.

Klinenberg, Torres e Portacolone (2012) referem que as mulheres idosas conseguem lidar melhor com o facto de viverem sós. Isto porque, as mulheres são melhores em cultivar e manter laços sociais e, como consequência, têm menos probabilidade de ficarem socialmente isoladas e consequentemente têm menos solidão. Já no que diz respeito aos homens idosos que moram sós, segundo os mesmos autores, estes enfrentam maiores dificuldades para manter suas redes sociais, resultando numa maior incidência de isolamento social e solidão. Um exemplo dado

pelos autores citados, relativamente aos homens viúvos, é que estes normalmente perdem contato com os círculos sociais que eram mantidos por suas esposas.

4. Solidão e Isolamento Social

4.1. Solidão

Uma das definições mais utilizadas de solidão, de acordo com Valtorta e Hanratty (2012), é que representa um sentimento negativo subjetivo relacionado com a falta percebida de uma maior rede social (solidão social) ou à ausência de um desejado companheiro específico (solidão emocional).

Weiss (1973) no seu modelo relacional, identificou seis funções relacionais: noção de uma aliança de confiança; vínculo, na maioria das vezes é proporcionado pelo companheiro(a); cuidado físico e emocional; integração social, proporcionada pelos amigos; confirmação do valor do outro; orientação em situações difíceis. Para o mesmo autor, a solidão surge através da falta de uma ou mais funções relacionais identificadas pelo próprio.

Nesta linha, Weiss (1973) distinguiu dois tipos de solidão: solidão social e solidão emocional. Vale ressaltar que a solidão social não substitui a solidão emocional e vice-versa. Segundo Weiss (1973), a solidão social acontece quando o indivíduo percebe falhas nas relações sociais. Este tipo de solidão pode ser uma consequência secundária da solidão emocional e ocorre quando o indivíduo considera que perdeu a estima de outras pessoas, fazendo com que se sinta rejeitado ou incompreendido pela sua rede social de amigos ou conhecidos, considerando que os seus companheiros são inadequados. E com tudo isto, o sujeito começa a sentir dificuldades de integração social para realizar certas atividades desejadas. Relativamente à solidão emocional, o mesmo autor refere que é causada pela perda ou ausência de uma pessoa com quem existia uma vinculação íntima, sendo superada apenas com a integração de outro vínculo emocional. Este tipo de solidão está interligado com as relações familiares (mais íntimas) e românticas, sendo que neste caso o apoio social dos amigos e familiares não consegue preencher o défice causado pela falta de um vínculo íntimo. O suporte social tem eficácia quando a solidão está relacionada com problemas de integração social.

Russell, Cutrona, Rose e Yurko (1984) referem que a solidão emocional e social apresentam medidas que as interligam à falta de relações íntimas e à falta de amizades, respetivamente.

Estes dois tipos de solidão possuem um núcleo comum de mal-estar, contudo, têm também fatores únicos de experiência subjetiva.

A solidão, de acordo com Booth (2000), não pode ser vista unidimensionalmente, mas sim multidimensionalmente, pois é um problema que envolve muito mais que défices nos papéis sociais, envolvendo também alterações dos padrões de atribuição, problemas cognitivos, expectativas irrealistas, problemas situacionais, entre outros fatores.

Segundo Larrañaga (2004), podemos entender por solidão aquilo que é sentido quando um indivíduo é incapaz de contactar com quem o rodeia, por falta de confiança, existindo o medo de ser recusado. Para o mesmo autor, a solidão é a sensação de sentir-se só, acompanhada muitas vezes pela falta de afeto. É um estado psicológico que, em qualquer fase, faz com que o ser humano sintam-se periodicamente ou permanentemente solitário com uma grande dose de angústia, provocando emoções semelhantes à ansiedade típica da falta de algo, contudo, neste caso, falta de alguém.

Dong, Chang, Wong & Simon (2012) mencionam que a solidão se manifesta através sentimentos intensos de abandono e vazio, declínio da saúde mental, maior declínio cognitivo, sintomatologia depressiva, qualidade de vida reduzida, sono de má qualidade e saúde física prejudicada. Os mesmos autores ressaltam que a pouca qualidade ou quantidade de uma rede social do indivíduo está fortemente relacionada à solidão.

De acordo com Peplau e Perlman (1982), existem denominadores comuns na definição de solidão de acordo com diversos autores. Por exemplo, sentir-se só não é sinónimo de estar só, este último representa sobretudo um isolamento objetivo enquanto que o primeiro é subjetivo consoante a pessoa em si. Todavia a solidão pode surgir como consequência de um isolamento. Viver em solidão é algo psicologicamente desgastante, angustiante e muito desagradável para quem sente, levando por vezes à exclusão social.

Ao longo dos tempos têm sido sugeridas várias definições de solidão. Na perspetiva de Sermat (1980), citado por Neto e Barros (2001, p.72) a solidão é uma experiência “associada à discrepância entre as relações que percebemos que temos *versus* as relações ideais segundo o sujeito”.

Paúl (1991) aborda que a solidão é uma condição emocional que está ligada à disposição biológica do ser humano, fazendo com que haja uma vontade em manter proximidade de outras pessoas, de modo a evitar o isolamento social e aumentar o sentido de identidade pessoal e segurança.

Segundo Neto (2000), existem várias formas de solidão onde se destaca as seguintes: a solidão existencial, a solidão enquanto traço de personalidade e estado psicológico, a solidão social e a solidão emocional. A solidão existencial faz parte da vida humana, instigando momentos de auto confrontação e promovendo auto crescimento. A solidão enquanto traço de personalidade é quando sentimentos intensos de solidão são relatados por pessoas solitárias frequentemente. É também considerado estado psicológico quando as pessoas atravessam por sentimentos de solidão em várias fases da sua vida, quando se prevê que um indivíduo pode passar por situações de solidão ou ter uma experiência com a solidão, podendo também ser uma pessoa só ou que se sinta sozinha. Relativamente à solidão social é quando uma pessoa sente insatisfação por falta de redes sociais de amigos e pessoas conhecidas. Por fim, a solidão emocional tem a ver com o facto de existir insatisfação por causa de uma relação pessoal e íntima. A falta de amizades e relações íntimas está na base destes dois últimos tipos de solidão.

É possível verificar que apesar de algumas divergências as noções de solidão partilham pelo menos três pontos (Peplau & Perlman, 1982). Primeiro, todas as noções defendem que a solidão resulta de falhas nas relações sociais do indivíduo. Segundo, a solidão ao contrário do isolamento social é vista como um caso psicológico e subjetivo. Terceiro, a solidão é vista mais como a insatisfação de um indivíduo com o número ou qualidade dos seus contactos pessoais ao invés de a ausência de contato social.

4.2. Isolamento social

Isolamento social e solidão não são sinónimos, no entanto está comprovado que o isolamento social pode influenciar o aparecimento da solidão. O isolamento social e a solidão são experiências distintas, mas ambas são caracterizadas pela falta de conexão social (Holt-Lunstad et al., 2017, citado por Holt-Lunstad, 2017).

Segundo Jong Gierveld, Tilburg e Dykstra (2006), o isolamento social diz respeito às características objetivas de uma situação e se refere a uma pequena rede de relações de parentesco e não parentesco. Existe um continuum que vai do isolamento social à participação social. Pessoas com ausência ou com poucos laços significativos são, por definição, socialmente isoladas. Uma pesquisa realizada pelos mesmos autores mostrou que pessoas socialmente isoladas correm maior risco de se tornarem solitárias, e que estar rodeado por uma rede social

de relacionamentos pessoais significativos é crucial para se sentir socialmente inserido e para o alívio da solidão.

Valtorta e Hanratty (2012) mencionam que a solidão e o isolamento social têm definições diferentes. Pois, os indivíduos podem sentir-se sós e não serem socialmente isolados, como também podem ser socialmente isolados sem se sentir sós. Havendo também quem experimente isolamento social e solidão ao mesmo tempo, ou seja, viver só e sentir-se só.

Quanto a definir isolamento social, no ponto de vista de alguns investigadores, é uma definição com menos consenso comparativamente à solidão. Pois, muitos estudos o abordam como um conceito unidimensional, onde é caracterizado pela falta ou escassez objetiva de contatos e interações sociais com amigos, familiares ou com a comunidade em geral. Outras definições alternativas e multidimensionais destacaram a qualidade e quantidade de relacionamentos, onde a solidão cai sob o componente subjetivo do isolamento social (Vitor, Scambler & Bond, 2008).

De modo geral, à medida que aumenta o número de relacionamentos na rede pessoal, a intensidade da solidão diminui. As quatro pessoas mais próximas na rede social de um indivíduo fornecem um alto grau de proteção contra a solidão. Outros laços afetivos fornecem proteção adicional, mas não no mesmo grau (Van Tilburg, 1990). Quem tem uma rede pessoal pequena ou quem está à margem de uma rede social corre o maior risco de ficar sozinho, visto que pessoas solitárias tendem a receber menos indicações de amizade de outras pessoas, mas também tendem a nomear menos pessoas como seus amigos (Cacioppo, Hawkley, Crawford, Ernst, Burleson, Kowalewski & Berntson, 2002).

A solidão é apenas um dos resultados possíveis de uma situação caracterizada por isolamento social. Pessoas socialmente isoladas não são necessariamente solitárias, e pessoas solitárias não são necessariamente isoladas socialmente em um sentido objetivo (Victor, Scambler, Bond, & Bowling, 2000). Algumas pessoas com um pequeno número de contatos sociais podem se sentir solitárias; outros podem se sentir suficientemente integrados. Um exemplo desta última situação é o de uma pessoa optar por ter poucos contatos como forma de evitar relações sociais indesejadas. O tamanho da rede pessoal é importante, mas muitos outros aspetos da rede social também merecem atenção, como a composição e o funcionamento da rede (Jong Gierveld, Tilburg & Dykstra, 2006).

4.3. Fatores preditores de solidão e isolamento social na velhice

4.3.1. Falta de atividades sociais

Azeredo e Afonso (2016) constataram no seu estudo que as pessoas idosas que referiam sofrer de solidão quando questionadas sobre como essa solidão poderia ser diminuída referiram sobretudo os passeios e convívios (28,8%), seguindo-se atividades como o canto, dança, ginástica, trabalhos manuais, etc. (16,4%).

Diversos estudos concluíram que as atividades sociais ajudam a diminuir a solidão nas pessoas idosas (Kamiya, Doyle, Henretta & Virmonen, 2014; Costa & Terra, 2013; Berger & Poirie, 1995; Azeredo, 2011; Pereira, Giacomini & Firmino, 2015; Azeredo, 2013; Waldow & Borges, 2011). Essas atividades são caracterizadas por permitir um convívio saudável e divertido. São apontadas como principais atividades, os convívios, os passeios e muitas outras atividades onde é dada prioridade à comunicação e diversão. Através dos estudos referidos anteriormente, é também possível constatar que as pessoas idosas desejam uma nova imagem social, de pessoa ativa, que lhes permita aproveitar os restantes anos. Assim, é possível ter a noção que a falta de atividades sociais atua diretamente no bem-estar, quer seja físico ou psicológico, podendo resultar em problemas de ordem depressiva e solitária.

4.3.2. Falta de relações sociais – família e amigos

A existência de relações sociais na velhice, de acordo com Fernandes (2007), é extremamente benéfica, pois contribui para a integração social e evita o isolamento.

Ussel (2001) refere que na velhice quando as relações sociais são quase nulas acaba por surgir o tempo morto, o silêncio, a falta de um ombro amigo e as experiências não partilhadas, levando a pessoa idosa a sentir um grande sentimento de solidão, do qual muito dificilmente se libertará.

As pessoas idosas do meio rural têm como maior fonte de apoio a sua família dada a inexistência de serviços sociais e de saúde, sendo que os indivíduos que não contam com esse apoio familiar apresentam fatores de risco mais elevados (Morais, 2007).

A presença de familiares e uma boa convivência intergeracional são fatores importantes no combate à solidão. É também comprovado que conflitos familiares podem potenciar solidão

nas pessoas idosas, pois a falta da família ou as más relações familiares tendem a exercer um mal-estar na população envelhecida (Hossen, 2012; Azeredo, 2011; Azeredo, 2008; Azeredo, 2013; Fernandes, 2007; Jullamate, Azeredo, Rosenberg, Paúl & Subgranon, 2006; Waldow & Borges, 2011).

Ussel (2001) menciona que o grupo de amigos também possui uma grande importância na velhice, quando os filhos já saíram de casa, regressando apenas para visitar algumas vezes, e onde diversas vezes não existe a presença do cônjuge para vivenciar os eventos diários e partilhar experiências, aliando isto ao facto de todos os dias parecerem iguais não existindo uma atividade profissional para desempenhar fica notório a importância das relações de amizade.

4.3.3. Inexistência de redes de suporte social

Na população envelhecida existem vários tipos de perdas, que vão desde as perdas de pessoas importantes (morte/afastamento), às perdas da sua própria mobilidade e funcionalidade, sendo que tudo isto começa a gerar uma maior expectativa de receber suporte dos outros. E assim, pode ser criada uma discrepância entre o que é esperado e aquilo que realmente é recebido, podendo surgir frustrações e sentimentos de solidão (Pocinho et al., 2010; Hossen, 2012; Neto, 2000; Berger & Poirie, 1995; Barroso & Tapadinhas, 2008; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Lim & Kua, 2011; Azeredo, 2013).

De acordo com Branco e Gonçalves (2001), a exclusão social pode estar na base de diversos casos de solidão. Os mesmos autores afirmam que as pessoas idosas que vivem sós estão entre as categorias mais vulneráveis a qualquer tipo de pobreza. Desta forma, as redes de suporte social têm uma importância fundamental na resolução destes problemas, pelo que a sua falta gera grandes transtornos na vida da população envelhecida.

4.3.4. Problemas de saúde

Savikko et al. (2005) realizaram um estudo onde foi possível observar que o fraco estado físico a nível funcional é um fator preditor de solidão. Segundo os mesmos autores, uma das causas mais frequentes para ser acometido pela solidão são as próprias doenças. De acordo com Lorenzo, Teixeira, Santos, Teixeira, Penaforte, Sequeira e Moura (2019), isto deve-se ao facto

de que a presença de doença é um fator que limita a realização das atividades da vida diária, propiciando o isolamento social e conseqüentemente a solidão.

Na mesma lógica anterior, Fernandes (2007) relata que a perda de saúde ou do status funcional como a audição ou visão podem estar relacionadas com sentimentos aumentados de solidão, sendo que esta relação foi encontrada em diversos estudos (Holme'n et al., 1993; Dugan & Kivett, 1994; Holme'n 1994; Mullins et al., 1996; Kim, 1999; Camionete Baarsen et al., 1999; Tilvis et al., 2000; e Kramer et al., 2002, citados por Fernandes, 2007), onde a razão apresentada para este efeito tem a ver que os contactos sociais têm tendência a diminuir quando a saúde se deteriora ou quando existe uma diminuição da capacidade física dos indivíduos.

4.3.5. Falta de rendimentos

George (1992; 2006) refere que pode existir ligação entre condições de vida precárias e solidão. O autor relata que o baixo status social e, sobretudo, as dificuldades a nível financeiro têm um efeito negativo na saúde e no bem-estar subjetivo da população envelhecida.

Jong Gierveld et al. (2006); Halleroöd (2009); Pinquart e So'rensen (2001); Scharf e Jong Gierveld (2008); Scharf et al. (2005), citados por Jong Gierveld e Tesch-Römer (2012) aferiram através de suas investigações que as más condições de vida podem explicar a solidão de algumas pessoas. Essas mesmas investigações concluíram que sentir-se solitário está relacionado com características sociodemográficas, como rendimentos (pessoas pobres sentem-se mais sós do que pessoas mais ricas) e vizinhança (pessoas que vivem em bairros pobres possuem maiores níveis de solidão do que pessoas que vivem em bairros mais abastados).

Para as pessoas idosas que possuem recursos para morar numa comunidade de reformados, visitar amigos, viajar ou simplesmente utilizar redes sociais pode ajudar a diminuir as adversidades da solidão. As pessoas com menos condições financeiras que vivem em isolamento social podem ter maior probabilidade de sentir solidão. Assim sendo, as conseqüências da solidão e do isolamento variam de acordo com a posição social (Valtorta & Hanratty, 2012).

4.3.6. Acesso deficitário a transportes

A definição de acesso tem mudado, indo da simples proximidade física entre dois lugares, até uma definição mais complexa. Podendo ser expressa como a facilidade com que uma pessoa consegue chegar às atividades que tem interesse em participar, a partir de um determinado local, a partir de um determinado modo de transporte (Morris et al., 1979; Odoki et al., 2001, citados por Pegoretti & Sanches, 2004).

Segundo Pegoretti e Sanches (2004), a rede de transporte tem relação direta com a exclusão social, pois a sua configuração espacial e o seu funcionamento podem incentivar a segregação e exercer o controle sobre a mobilidade social de certos grupos populacionais. O transporte desempenha um papel estruturador do espaço, podendo inclusive ser utilizado como um elemento capaz de diminuir a exclusão social. Os mesmos autores mencionam que o sistema de transporte rural pode ser usado para evitar o isolamento social, favorecendo a inclusão ao espaço urbano e ajudando a manter a vida cultural e social dessa comunidade.

Affonso, Badini e Gouvea (2003) referem que as condições de transporte possuem uma ligação direta com o bem-estar individual, visto que quando não existem boas redes de transporte os indivíduos ficam prejudicados por não ter acesso a certos destinos, dificultando a realização de certas atividades e o uso de equipamentos públicos.

4.3.7. Reforma

Guillemard (1972), citada por Fernandes (1997), menciona que a reforma tem um duplo significado, no sentido em que afasta o indivíduo do circuito de produção, mas, por outro lado, esse afastamento vem com a recompensa de um descanso remunerado. À primeira vista até pode parecer vantajoso, mas a realidade é que a reforma além do fator positivo de poder assegurar a garantia contra a miséria, é vista como a perda de capacidade das pessoas idosas, acabando por desvalorizar indivíduos que ainda são totalmente capazes. A mesma autora referiu, ainda, que a transição para a reforma significa a fase mais importante da reestruturação dos papéis sociais, visto que geralmente a vida roda em torno de dois mundos, o do trabalho e o familiar, que é onde acontecem os principais acontecimentos. E ao abandonar o trabalho apenas a família pode garantir o equilíbrio pessoal e social, pois, o fim da rotina laboral constitui uma perda naquilo que diz respeito ao desempenho profissional e às relações daí adjacentes.

Com isto, é notório que os papéis sociais no seio familiar possuem uma maior importância na fase de reforma. E como referiu Fernandes (1997, p.17), “a situação de reforma promove ou uma acentuação das relações familiares ou o isolamento”.

Para algumas pessoas o momento da reforma pode ser sentido de forma negativa, trazendo problemas de ordem psicológica e social. De acordo com Ussel (2001), os indivíduos podem ter consequências traumáticas devido à saída do mercado de trabalho, como perda de estatuto social, separação do grupo de amigos de trabalho, a desvinculação social, sendo que todo este conjunto de acontecimentos pode transformar-se num estado de solidão, que pode ser apenas de carácter transitório devido à adaptação, ou na pior das hipóteses crónico. É de salientar que este mesmo autor refere que a maioria dos reformados aceitam bem a saída do mercado de trabalho, contudo a maior dificuldade está mesmo na adaptação a um novo estilo de vida, sendo fácil apenas para uma minoria.

4.3.8. Viuvez

Existem vários acontecimentos na vida da população envelhecida que podem determinar alterações a nível social. Um exemplo disso é a perda de amigos ou familiares próximos, a saída dos filhos de casa e sobretudo a morte do cônjuge (Couvaneiro & Cabrera, 2009).

Rossell, Herrera e Rico (2004) concluíram que a solidão é das queixas mais frequentes por parte da população envelhecida, onde a viuvez surge como uma das principais causas potenciadoras de solidão.

Ussel (2001) refere que através da viuvez podem aparecer situações de solidão e isolamento social, pois o indivíduo perde em grande medida a organização e rotinas do seu quotidiano a que estava habituado, constituindo um fator de risco para aumentar esse tipo de situações. O mesmo autor aborda que a falta de uma relação sentimental íntima pode representar para a pessoa idosa um entrave para uma vivência plena, pois o apoio conjugal nos momentos mais difíceis deixa de existir e, em muitos casos, existe também uma grande diminuição da integração e da atividade social.

CAPÍTULO II - Metodologia

1. Estratégias metodológicas

Para descrever os fatores que contribuem para o isolamento social e a solidão da população em estudo, esta investigação seguiu uma modalidade de pesquisa de “estudo de caso” instrumental com uma abordagem qualitativa descritiva. Stake (2000) revela que o “estudo de caso” instrumental é quando o investigador se interessa pelo caso por considerar que poderá facilitar a compreensão de algo mais amplo, podendo servir, para fornecer *insights* sobre um assunto ou para contestar uma generalização amplamente aceite, demonstrando um caso que nela não se enquadre. E foi escolhido um tipo de pesquisa descritiva, que de acordo com Vergara (2006), é uma pesquisa que melhor se adequa a estudos que têm o intuito de expor as características de um fenómeno específico.

Esta investigação contempla uma abordagem qualitativa, pois os estudos qualitativos estudam um fenómeno de forma bastante articulada com o seu contexto, fazendo com que esta escolha possua vantagens, sobretudo, a nível de permitir entender a relação entre fenómenos e contextos (Rego, Cunha & Meyer Jr., 2018). Realçando que, esta pesquisa não tem o propósito de generalização estatística. Tal como referem Rego, Cunha e Meyer Jr. (2018, p.46), “estudos qualitativos podem permitir generalização conceptual, mas apresentam óbvias limitações em matéria de generalização estatística, para a qual, de resto, não foram desenhados. Por outro lado, não têm por objetivo testar teoria nem identificar as características universais de um processo, independentemente do contexto”.

2. Recolha e análise de dados

Para a elaboração do estudo foram usadas técnicas documentais, com recurso à pesquisa bibliográfica e técnicas não documentais, nomeadamente o recurso a entrevistas semiestruturadas e a aplicação de duas escalas. Uma delas foi a Escala de Solidão da UCLA, adaptada à população mais velha portuguesa, que tem como finalidade aferir o grau de solidão. A outra escala foi a Escala de Satisfação com o Suporte Social, desenvolvida para mensurar a satisfação com o suporte social existente (Ribeiro, 2011).

No total, foram realizadas 14 entrevistas a indivíduos com 65 e mais anos que residiam sós no concelho de São Vicente a quem foram aplicadas as escalas de solidão da UCLA e de satisfação com o suporte social de Jorge Ribeiro.

As entrevistas foram gravadas com consentimento dos entrevistados e demoraram em média de 20 minutos. Todas foram efetuadas individualmente, num espaço calmo, agradável e privado, com pouca probabilidade de interrupção. E relativamente às escalas, foram todas preenchidas pelo investigador, onde o mesmo realizava a leitura e pedia para o entrevistado selecionar a resposta que mais se adequava ao seu contexto.

A análise e tratamento de dados qualitativos assentou na aplicação de técnicas que permitam uma perceção mais completa e profunda da realidade em estudo. “Estudos qualitativos, por exemplo de natureza indutiva, têm por objetivo estudar um fenómeno de forma estreitamente articulada com o seu contexto (Rego et al, 2018, p.46). A abordagem qualitativa tem um papel preponderante na investigação, pois a mesma prevê a análise de categorias oriundas das entrevistas e pretende obter o máximo de informação sobre o facto social em estudo por forma a dotar o investigador de uma visão e conhecimento do mundo específico, através do estudo e análise das informações recolhidas. Realçando que, o estudo e análise das informações recolhidas das entrevistas foi realizada através da análise de conteúdo, tendo como principal referência Bardin (2008).

A análise de conteúdo, com base em Bardin (2008), permitiu organizar, sintetizar e fornecer estrutura aos dados, com o intuito de analisar a importância dada pelos participantes ao tema abordado.

Tendo em conta que na análise de conteúdo podem ser utilizadas várias técnicas de análise, onde Bardin (2008) destaca a análise de relações, a análise de enunciação, a análise de expressão, a análise categorial, a análise proposicional do discurso e a análise de avaliação. Para esta investigação foi optada pela análise categorial por ser aquela que mais se adequa ao estudo. A mesma autora supracitada, refere que esta análise consiste numa operação que classifica os elementos, formados por diferenciação e, seguidamente por reagrupamento com critérios previamente definidos.

As categorias são classes que contêm unidades de registo com carácter comum sobre o mesmo título genérico. Segundo Bardin (2008), o critério de categorização semântica junta os temas cujo significado seja idêntico. Destas categorias surgiram outras – as subcategorias. As subcategorias correspondem às ideias que foram identificadas em cada categoria.

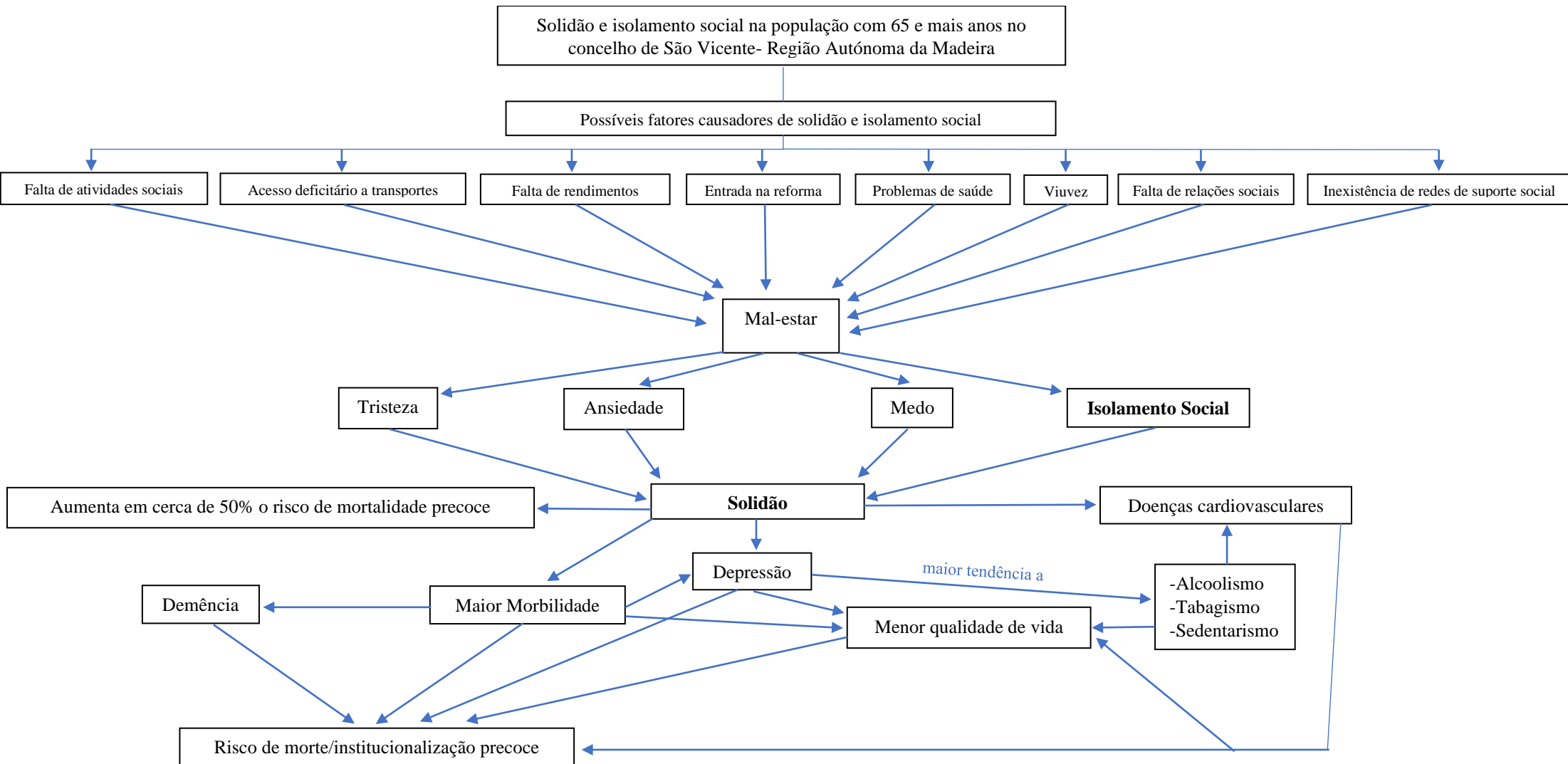
3. Amostra

O universo do estudo, foi constituído por indivíduos com 65 e mais anos de idade que viviam sós no concelho de São Vicente na RAM.

O contacto com a população alvo na freguesia de São Vicente e na freguesia de Ponta Delgada foi feito com o apoio da Associação de Desenvolvimento da Costa Norte da Madeira através do centro comunitário da Ribeira Grande e do centro comunitário da Terceira Lombada, respetivamente. Já no que diz respeito à freguesia de Boaventura a amostra foi obtida através da técnica “bola de neve”.

A amostra no total foi de 14 indivíduos (12 do sexo feminino e 2 do sexo masculino), sendo 6 de São Vicente, 6 de Ponta Delgada e 2 de Boaventura. De realçar que dos indivíduos participantes no estudo 11 foram entrevistados nos centros comunitários e 3 foram entrevistados nas suas próprias casas. A dimensão da amostra refletiu a saturação da mesma, ou seja, a partir de determinada quantidade de casos, a recolha de mais casos (e.g., a realização de novas entrevistas) não acresce informação nova, atingindo-se saturação (Rego, Cunha & Meyer Jr., 2018). Os mesmos autores referem que a quantidade de informantes tem influência com a especificidade da amostra. Pois, amostras muito específicas requerem informantes com características muito similares, podendo levar a amostras de pequena dimensão, o que resulta, através da homogeneidade da amostra, um acesso a informação pertinente de forma concentrada.

4. Modelo de Análise



CAPÍTULO III- Envelhecimento e especificidades demográficas da R.A.M e do concelho de São Vicente

1. Envelhecimento e caracterização demográfica da R.A.M e do concelho de São Vicente

De acordo com a Direção Regional de Estatística da Madeira (2017, p.11) a população residente em 2017 era de 254 368 pessoas (das quais 118 411 homens e 135 957 mulheres).

A Região Autónoma da Madeira apresenta uma estrutura populacional envelhecida, em 2017, sendo a proporção de jovens de 13,9% e a de idosos 16,4%. E o índice de envelhecimento era de 117,8 (DREM, 2017).

Segundo o PORDATA (2020), o índice de dependência de idosos na RAM no ano 2001 era de 20,6, tendo aumentado para 23,7 em 2018. Como é possível observar na Tabela 1, dos onze concelhos da região, sete deles registaram aumentos no índice de dependência de idosos.

No que diz respeito ao concelho de São Vicente, este possuía no ano de 2001 um índice de dependência de idosos de 33,6 por cada 100 pessoas em idade ativa, sendo que em 2018 este índice já estava situado nas 40,5 pessoas idosas, ou seja, num espaço de 17 anos houve um aumento de 6,9 pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa, sendo o concelho com o valor mais elevado da RAM (Tabela 1).

Tabela 1 - Índice de Dependência de Idosos

Ano	R.A. Madeira	Ilha da Madeira	Calheta	Câmara de Lobos	Funchal	Machico	Ponta do Sol	Porto Moniz	Ribeira Brava	Santa Cruz	Santana	São Vicente	Porto Santo
Índice de Dependência de Idosos													
2001	20,6	20,8	35,2	13,7	20,5	17	28,2	39,3	25,6	16,5	31,8	33,6	14,3
2018	23,7	23,8	33,9	16,9	26,9	23,3	23,5	39,5	24,9	15,4	37,8	40,5	18,1

Fonte: Elaboração própria com dados retirados da Pordata

1.1. Estrutura etária da população residente

No ano de 2017 a RAM registou uma diminuição de 5593 jovens (0-14 anos) face a 2013, havendo também um decréscimo de 4097 pessoas em idade ativa (15-64 anos) no mesmo período. Salientando que o número de pessoas idosas aumentou em 2745 (65 ou mais anos) (DREM, 2017).

A tendência de envelhecimento demográfico na RAM tem como principais causas: a queda da natalidade; o aumento da longevidade; e saldos migratórios nulos ou negativos (DREM, 2017).

De acordo com a DREM (2017) todos os municípios da RAM no ano de 2017 apresentaram um decréscimo da proporção de jovens face a 2013. Relativamente à proporção de pessoas idosas, todos os municípios registaram um aumento nesse mesmo intervalo de tempo (Tabela 2 e 16) (2013-2017).

Relativamente ao concelho de São Vicente no ano de 2017, de acordo com a DREM (2017), possuía 551 jovens, 3268 adultos e 1332 pessoas idosas, contabilizando uma população residente total de 5151 habitantes (Tabela 16). Vale ressaltar que de toda a RAM o concelho de São Vicente no ano de 2017 possuía a maior percentagem de pessoas idosas com 25,9% e o segundo valor mais baixo de proporção de pessoas em idade ativa com 63,4%. E no que diz respeito à população jovem o concelho de São Vicente possuía no ano de 2017 uma percentagem de 10,7%, a segunda mais baixa da ilha (Tabela 2).

Tabela 2 - População residente por grandes grupos etários (%), R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)

Ano	R.A. Madeira	Calheta	Câmara de Lobos	Funchal	Machico	Ponta do Sol	Porto Moniz	Ribeira Brava	Santa Cruz	Santana	São Vicente	Porto Santo
População dos 0 aos 14 anos (%)												
2013	15,7	14	19,2	14,2	14,5	16,7	12,5	17	18,1	11,8	12,5	14,8
2014	15,2	13,5	18,4	13,8	13,8	15,7	12,3	16,4	17,8	11,4	11,7	14,4
2015	14,8	13,1	17,7	13,5	13,4	15,1	11,5	15,9	17,5	11	11,6	14,2
2016	14,3	12,9	16,9	13,2	12,8	14,4	11,8	15,4	16,9	10,5	11,1	14
2017	13,9	12,4	16,4	12,8	12,3	13,7	11,4	14,7	16,5	10,2	10,7	13,7
População dos 15 aos 64 anos de idade (%)												
2013	69,4	64	70,2	69,5	71,2	66,6	62,8	67,1	71,9	64,9	62,9	73,3
2014	69,7	64,5	70,8	69,5	71,6	67,5	63,3	67,6	72	64,9	63,3	73,6
2015	69,7	64,6	71,1	69,3	71,3	68,2	64,2	67,9	72,1	65,2	62,9	73,5
2016	69,7	64,7	71,5	69,1	71,4	68,9	63,5	68	72,4	65,1	63	73,5
2017	69,7	65,4	71,6	68,8	71,3	69,6	63,3	68,4	72,5	65,1	63,4	73
População de 65 e mais anos de idade (%)												
2013	14,9	22	10,5	16,2	14,3	16,7	24,7	15,8	10	23,4	24,7	11,9
2014	15,2	22	10,8	16,6	14,6	16,8	24,5	16	10,2	23,7	25,1	12,1
2015	15,6	22,3	11,3	17,2	15,2	16,7	24,3	16,2	10,4	23,8	25,5	12,2
2016	16	22,5	11,6	17,7	15,8	16,7	24,7	16,6	10,7	24,4	25,9	12,5
2017	16,4	22,2	11,9	18,3	16,4	16,7	25,3	16,9	11	24,7	25,9	13,3

Fonte: Elaboração própria com dados retirados da DREM

No ano de 2017 o índice de dependência total da RAM situava-se em 43,4 jovens e pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa, sendo 19,9 jovens e 23,5 pessoas idosas por cada 100 pessoas em idade ativa (Tabela 3) (DREM, 2017). É possível verificar através da Tabela 3 que entre os anos de 2013 e 2017 o índice de dependência total diminuiu de 44 para 43,4, sobretudo devido ao facto de existir cada vez menos jovens, contribuindo fortemente para a queda deste índice, onde o índice de dependência de jovens passou de 22,6 em 2013 para 19,9 em 2017. No entanto, o índice de dependência de idosos começa a fazer a ordem inversa relativamente ao de jovens, aumentando de 21,4 em 2013 para 23,5 em 2017 como consequência do envelhecimento populacional, com tendências para um crescimento exponencial. No que diz respeito ao concelho de São Vicente, o mesmo passou de 59,1 jovens e pessoas idosas (19,8 jovens e 39,3 pessoas idosas) em 2013 para 57,6 em 2017 (16,9 jovens e 40,8 pessoas idosas), seguindo as tendências gerais da RAM com a diminuição do índice de dependência de jovens e o aumento do índice de dependência de idosos.

Tabela 3 - Índices de dependência total, de jovens e de idosos, R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)

Ano	R.A. Madeira	Calheta	Câmara de Lobos	Funchal	Machico	Ponta do Sol	Porto Moniz	Ribeira Brava	Santa Cruz	Santana	São Vicente	Porto Santo
Índice de Dependência Total (Nº)												
2013	44	56,3	42,4	43,8	40,5	50,2	59,1	48,9	39,2	54,2	59,1	36,5
2014	43,6	55,1	41,3	43,8	39,7	48,2	58,1	48	38,9	54	58,1	35,9
2015	43,6	54,9	40,7	44,3	40,2	46,7	55,7	47,3	38,7	53,4	58,9	36
2016	43,4	54,7	39,9	44,7	40,1	45,1	57,5	47,1	38,2	53,7	58,7	36
2017	43,4	52,9	39,6	45,3	40,2	43,7	58	46,2	38	53,6	57,6	37
Índice de Dependência de Jovens (Nº)												
2013	22,6	21,9	27,3	20,5	20,4	25,1	19,9	25,3	25,2	18,2	19,8	20,2
2014	21,8	21	26	19,9	19,3	23,3	19,4	24,3	24,7	17,5	18,5	19,5
2015	21,2	20,3	24,8	19,5	18,8	22,2	17,9	23,5	24,2	16,9	18,4	19,3
2016	20,5	19,9	23,7	19,1	17,9	20,9	18,6	22,6	23,4	16,2	17,6	19,1
2017	19,9	18,9	22,9	18,7	17,3	19,6	18	21,5	22,8	15,7	16,9	18,8
Índice de Dependência de Idosos (Nº)												
2013	21,4	34,4	15	23,3	20,1	25,1	39,2	23,6	14	36	39,3	16,3
2014	21,8	34,1	15,3	23,9	20,4	24,9	38,7	23,7	14,2	36,5	39,6	16,4
2015	22,3	34,5	15,9	24,8	21,4	24,5	37,8	23,8	14,5	36,5	40,6	16,6
2016	22,9	34,8	16,3	25,6	22,2	24,2	39	24,5	14,8	37,6	41,1	17
2017	23,5	34	16,7	26,6	22,9	24	40	24,8	15,2	37,9	40,8	18,2

Fonte: Elaboração própria com dados retirados da DREM

Através da Tabela 4, é possível observar que entre 2013 e 2017 todos os municípios da RAM tiveram um aumento no índice de envelhecimento (DREM, 2017).

São Vicente é também o concelho mais envelhecido de toda a RAM com um índice de envelhecimento de 241,7 pessoas idosas por cada 100 jovens, sendo que a média do índice de envelhecimento na RAM é de 117,8 pessoas idosas por cada 100 jovens (DREM, 2017).

No ano de 2013, o índice de envelhecimento de São Vicente estava situado nas 198,1 pessoas idosas por cada 100 jovens e apenas 4 anos depois (2017) este mesmo índice estava situado nos 241,7, tendo um aumento de 43,6 nesse curto espaço de tempo (Tabela 4). Com isto, é possível ter uma noção de como a população em idade ativa neste concelho é envelhecida e prestes a entrar na idade da reforma, não existindo renovação de gerações. Por exemplo, o índice de renovação da população em idade ativa no concelho de São Vicente era de 106 pessoas com 20 e 29 anos de idade por cada 100 pessoas entre os 55 e 64 anos de idade no ano de 2013, tendo diminuído para 95,2 em 2017 (Tabela 5) (DREM, 2017).

Tabela 4 - Índice de envelhecimento, R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)

Ano	R.A. Madeira	Calheta	Câmara de Lobos	Funchal	Machico	Ponta do Sol	Porto Moniz	Ribeira Brava	Santa Cruz	Santana	São Vicente	Porto Santo
Índice de Envelhecimento (Nº)												
2013	95	157,1	54,9	114	98,4	100,1	197,5	93,1	55,4	198,2	198,1	80,4
2014	99,8	162,6	58,9	120,1	105,8	106,6	199,3	97,6	57,2	208,4	214,2	83,8
2015	105,3	169,7	63,9	127,3	113,4	110,3	211,2	101,6	59,8	216,2	220,7	86,2
2016	111,5	174,6	68,6	134,6	123,6	115,9	209,6	108,4	63,2	232,4	233	89,1
2017	117,8	180	72,8	142,7	132,8	122,3	222,2	115,5	67	240,9	241,7	96,6

Fonte: Elaboração própria com dados retirados da DREM

Com base na Tabela 5, é notório que entre 2013 e 2017 a população em idade ativa sofreu um envelhecimento, sendo isso demonstrado pela diminuição do índice de renovação da população em idade ativa.

Tabela 5 - Índice de renovação da população em idade ativa, R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)

Ano	R.A. Madeira	Calheta	Câmara de Lobos	Funchal	Machico	Ponta do Sol	Porto Moniz	Ribeira Brava	Santa Cruz	Santana	São Vicente	Porto Santo
Índice de Renovação da População em Idade Ativa (Nº)												
2013	113,3	106,9	168,5	95,3	98,5	143,2	114,4	93,1	143	87,7	106	149,8
2014	107,6	101,6	163,7	90,5	93,2	140,6	105,8	97,6	131	82,6	105,4	136,2
2015	101,1	97,2	154,8	85,5	88,3	130	99	101,6	118,1	77,8	97,6	115,7
2016	96,3	93,6	144,9	82	83,4	125,3	93	108,4	108,4	76,5	96,7	106,3
2017	94,1	93,1	139,6	79,8	81	125,4	105,5	108,7	103,6	75,8	95,2	103,3

Fonte: Elaboração própria com dados retirados da DREM

Ao analisarmos as pirâmides etárias entre os anos de 2013 e 2017 é possível verificar que o envelhecimento demográfico na RAM é cada vez mais uma tendência (Gráfico 2) (DREM, 2017).

Gráfico 2 - Pirâmides etárias da R. A. Madeira, 2013, 2017 e 2080 (projeções da população residente 2015-2080, cenário central)



Fonte: DREM

1.2. Natalidade

Segundo a DREM (2017), entre os anos de 2013 e 2017 a taxa bruta de natalidade da RAM oscilou entre os 6,7 nados-vivos por mil habitantes e os 7,7. Foi possível observar uma tendência média de crescimento, ainda que muito ténue. Com este acréscimo de nados-vivos observado no ano de 2017 resultou uma ténue recuperação do índice sintético de fecundidade face a 2016, passando de 1,07 (2016) para 1,16 (2017) filhos por mulher em idade fértil, contudo, situa-se muito abaixo dos 2,1 necessários para garantir a renovação de gerações.

No que diz respeito aos nados-vivos, São Vicente no ano de 2013 registou 23 nados-vivos e em 2017 registou 29 nados-vivos, apesar de não ser um valor muito alto vale ressaltar que houve um ligeiro aumento. Relativamente à taxa bruta de natalidade, esta passou de 4,2 em 2013 para 5,6 em 2017 (Tabela 6). No entanto, convém realçar que no ano de 2014 São Vicente possuiu a taxa bruta de natalidade mais baixa de toda a região com apenas 3,5 nascimentos por mil habitantes (DREM, 2017).

Tabela 6 - Nados-vivos e taxas brutas de natalidade, R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)

Ano	R.A. Madeira	Calheta	Câmara de Lobos	Funchal	Machico	Ponta do Sol	Porto Moniz	Ribeira Brava	Santa Cruz	Santana	São Vicente	Porto Santo
Nados-vivos (Nº)												
2013	1839	55	294	765	138	62	10	78	334	36	23	44
2014	1739	68	257	700	118	35	15	76	372	37	19	42
2015	1947	69	292	755	134	65	15	92	422	40	31	32
2016	1858	62	320	747	126	48	17	74	366	28	28	42
2017	1960	71	293	809	136	51	11	98	381	44	29	37
Taxa bruta de natalidade (‰)												
2013	7	4,9	8,4	7	6,5	7,1	3,9	6	7,6	4,9	4,2	8,3
2014	6,7	6,1	7,4	6,5	5,6	4	6	5,9	8,5	5,1	3,5	8
2015	7,6	6,2	8,5	7,1	6,5	7,5	6,1	7,3	9,6	5,7	5,9	6,1
2016	7,3	5,6	9,4	7,1	6,1	5,6	7,1	5,9	8,3	4	5,4	8,1
2017	7,7	6,5	8,6	7,7	6,7	6	4,6	7,9	8,6	6,4	5,6	7,2

Fonte: Elaboração própria com dados retirados da DREM

1.3. Fecundidade

No ano de 2017 registou-se uma taxa de fecundidade geral (‰) de 31,2 nados-vivos por mil mulheres em idade fértil (15 aos 49 anos), sendo aproximadamente mais quatro crianças em relação a 2013 (27,3) (Tabela 7 e 8) (DREM, 2017, p.24).

Houve também uma ligeira recuperação entre 2013 e 2017 no que diz respeito à taxa de fecundidade geral no concelho de São Vicente, visto que no ano de 2017 verificaram-se 26,2 nados-vivos por 1000 mulheres em idade fértil, sendo mais 6,7 nados-vivos comparado a 2013 (19,5 nados-vivos) e mais 9,7 nados-vivos comparado a 2014 (16,5 nados-vivos), este último que é considerado o ano com a menor taxa de fecundidade geral desde que há registo (Tabela 7) (DREM, 2017).

Tabela 7 - Taxa de fecundidade geral (‰), R. A. Madeira e Municípios, 2013-2017

Ano	R.A. Madeira	Calheta	Câmara de Lobos	Funchal	Machico	Ponta do Sol	Porto Moniz	Ribeira Brava	Santa Cruz	Santana	São Vicente	Porto Santo
Taxa de Fecundidade Geral (‰)												
2013	27,3	21,1	30,8	28,0	26,3	27,2	17,3	23,7	27,1	22,3	19,5	30,0
2014	26,3	26,5	27,2	26,3	23,0	15,5	26,8	23,6	30,3	23,8	16,5	29,3
2015	30,1	27,5	31,4	29,2	26,8	28,9	27,3	29,2	34,7	26,9	27,5	23,0
2016	29,2	25,3	34,8	29,6	25,9	21,4	31,3	23,8	30,4	19,5	25,3	31,0
2017	31,2	29,5	32,1	32,6	28,9	22,9	20,4	31,8	31,7	31,5	26,2	27,7

Fonte: Elaboração própria com dados retirados da DREM

Tabela 8 - Taxa de fecundidade geral e taxas de fecundidade específicas por grupo etário (‰), R. A. Madeira (2013-2017)

	2013	2014	2015	2016	2017
Taxa de Fecundidade Geral	27,3	26,3	30,1	29,2	31,2
15-29	12,4	8,5	5,4	5,1	6,1
20-24	26,5	23,2	27,2	29,6	30,3
25-29	50,8	47,5	57,4	47,1	52,7
30-34	63,3	63,4	74,7	71,5	78,8
35-39	35,4	38,3	42,3	49,1	49
40-44	8	8,4	11,4	10,8	13,7
45-49	0,5	0,6	1,2	0,9	0,9

Fonte: Elaboração própria com dados retirados da DREM

Em 2013, o índice sintético de fecundidade (Tabela 9) atingiu pela primeira vez na RAM um valor abaixo da unidade (0,98 filhos por mulher em idade fértil), caindo novamente no ano de 2014 (0,95 filhos). Contudo, a partir de 2015 verificou-se uma recuperação, atingindo em 2017 o valor de 1,16 filhos (DREM, 2017).

Relativamente ao concelho de São Vicente, no ano de 2001 registou um índice sintético de fecundidade de 1,32 filhos por mulher em idade fértil, sendo que este valor atingiu os mínimos históricos no ano de 2014 com 0,60 filhos por mulher em idade fértil, conseguindo uma recuperação para os 0,94 em 2017 e voltando a cair para os 0,74 em 2019 (Pordata, 2020). Sendo que as projeções atuais não apontam para aumentos nos próximos anos.

Tabela 9 - Índice sintético de fecundidade, R. A. Madeira (2013-2017)

	2013	2014	2015	2016	2017
Índice sintético fecundidade (Nº)	0,98	0,95	1,1	1,07	1,16

Fonte: Elaboração própria com dados retirados da DREM

1.4. Mortalidade

Em 2017, foram registados 2513 óbitos de pessoas residentes na RAM, sendo que desses óbitos 63,1% ocorreram em pessoas com idades iguais ou superiores a 75 anos (DREM, 2017).

Através dos dados do Pordata (2020), é possível verificar a diferença da esperança de vida aos 65 anos entre 2001 e 2017, tendo em conta o total e por sexo (Tabela 10). Sendo notório que as pessoas estão com uma longevidade cada vez maior, o que aliado a todos os outros fatores demográficos traduz-se numa população cada vez mais envelhecida.

Relativamente à mortalidade no concelho de São Vicente, de acordo com a DREM (2017), é possível apurar que em 2013 houve 81 óbitos e no ano de 2017 registou-se uma ligeira diminuição para 72 óbitos. Valores estes que possuem um registo idêntico, sobretudo se analisarmos a taxa bruta de mortalidade entre 2013 e 2017, com 14,8 e 14,0 mortes por mil habitantes, respetivamente. Algo a realçar é a tendência para mais óbitos comparativamente a nados-vivos, onde no ano de 2013 registaram-se 19,0 nados-vivos e 81 óbitos e no ano de 2017 verificou-se 26,2 nados-vivos e 72 óbitos. Tudo isto, aliado a fatores como a migração e emigração vem justificar a tendência para o decréscimo populacional registado nos últimos 40 anos. Com base nas estimativas do Pordata (2020), o concelho de São Vicente no ano de 1981 registou 8536 habitantes, sendo que em 2019 as estimativas apontam para os 5143 habitantes. Assim, entre 1981 e 2019 a população de São Vicente teve um decréscimo populacional de 39,7%. Estima-se que é uma tendência para continuar.

Tabela 10 - Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo (2001-2017)

	Sexo					
	Total		Masculino		Feminino	
	2001	2017	2001	2017	2001	2017
Região Autónoma da Madeira	15,4	17,7	13,3	15	16,8	19,4

Fonte: Elaboração própria com dados retirados da Pordata

2. Concelho de São Vicente

2.1. Caracterização do local de estudo

São Vicente é um dos onze concelhos pertencentes à RAM, possuindo no total 78,82 km² de área e 5723 habitantes (2011) (Fonte- Câmara Municipal de São Vicente).

Este concelho é dividido em 3 freguesias, que são: São Vicente; Ponta Delgada; e Boaventura. A nível de densidade populacional possui uma das mais baixas da ilha com uma média de 65,4 habitantes por km². Vale realçar que todo o concelho tem costa norte no oceano atlântico.

São Vicente é um concelho caracterizado pela natureza verde e floresta abundante. Neste concelho existe uma extensa área da Floresta Laurissilva, sendo uma floresta que possui uma grande diversidade de espécies de fauna e flora, além de estar extremamente bem conservada. De realçar que a Floresta Laurissilva da Ilha da Madeira foi classificada como património natural da UNESCO em 1999 (Fonte- Visitmadeira).

O concelho tem o setor primário e terciário como atividades económicas predominantes, onde se destaca a agricultura, principalmente a viticultura, e diversos serviços relacionados com o turismo rural (Fonte- Câmara Municipal de São Vicente).

A freguesia de São Vicente é desde o século XV o principal e mais importante povoamento do norte da Madeira, acompanhando o lento progresso desta vertente norte. Atualmente a freguesia de São Vicente possui 43,70 km² de área e 3139 habitantes (2011) (Fonte- Câmara Municipal de São Vicente).

Em relação à freguesia da Ponta Delgada, esta possui uma área de 8,80 km² e 1363 habitantes (2011) (Fonte- Câmara Municipal de São Vicente).

No que diz respeito à freguesia de Boaventura, esta conta com 26,20 km² de área e 1221 habitantes (2011) (Fonte- Câmara Municipal de São Vicente).

2.2. Equipamentos e Respostas Sociais dirigidas à População Idosa no concelho de São Vicente

Ao nível dos equipamentos e respostas sociais dirigidas à população idosa, o concelho de São Vicente conta com duas Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) e três Casas do Povo que constituem a rede solidária referente às associações que desenvolvem respostas e atividades sociais: Associação de Desenvolvimento da Costa Norte da Madeira (ADENORMA); Centro Social e Paroquial do Bom Jesus da Ponta Delgada; Casa do Povo da Ponta Delgada; Casa do Povo de Boaventura e Casa do Povo de São Vicente.

A IPSS ADENORMA tem sede na freguesia de São Vicente, possuindo sob sua alçada: o Gabinete de Apoio ao Idoso, o Centro Comunitário da Ribeira Grande na freguesia de São Vicente e o Centro Comunitário da Terceira Lombada na freguesia da Ponta Delgada. No que diz respeito ao Gabinete de Apoio ao Idoso, é o local onde podem ser efetuados os pedidos para beneficiar dos projetos da instituição, havendo também várias atividades lúdicas e recreativas nesse mesmo espaço. Relativamente aos centros comunitários da instituição, estes são espaços que servem como centro de dia, sendo dinamizadas várias atividades lúdico-recreativas, de formação pessoal e social e de alfabetização. De realçar que a ADENORMA também possui um banco de ajudas técnicas que visa prestar suporte às pessoas do concelho em situação de dependência física, através do empréstimo de equipamentos.

Relativamente ao Centro Social e Paroquial do Bom Jesus da Ponta Delgada este é uma IPSS com sede na freguesia da Ponta Delgada e possui uma residência para a população envelhecida, um centro de dia e uma lavandaria (apoio ao domicílio).

No que diz respeito às três casas do povo do concelho, estas desempenham um papel fulcral no desenvolvimento local nomeadamente no apoio às populações. Estas organizações têm o objetivo de dar apoio às pessoas, num contexto recreativo, lúdico, formativo e cultural. É importante, também, realçar a Casa do Povo de Ponta Delgada que no ano de 2019 foi equiparada a uma IPSS pelo Instituto de Segurança Social da Madeira, pelo facto de prosseguir objetivos previstos no Estatuto das Instituições Particulares de Solidariedade Social, onde estão incluídas diversas atividades de suporte social à população envelhecida.

Como recursos na comunidade existem também três centros de saúde (um em cada freguesia), um serviço de urgência 24 horas e uma corporação de bombeiros.

CAPÍTULO IV – Apresentação e análise dos resultados

1. Caracterização sociodemográfica

A caracterização sociodemográfica será feita tendo em conta o sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, situação face à profissão, tempo de residência no concelho, freguesia de residência, tempo em que vive só, se têm ou não filhos e a quem recorrem quando precisam de ajuda urgente.

1.1. Idade

Os indivíduos entrevistados, têm idades compreendidas entre os 68 e os 93 anos, dos quais 79% (11) pertencem ao grupo dos muito idosos (75 ou mais anos), como se pode verificar na Tabela 11.

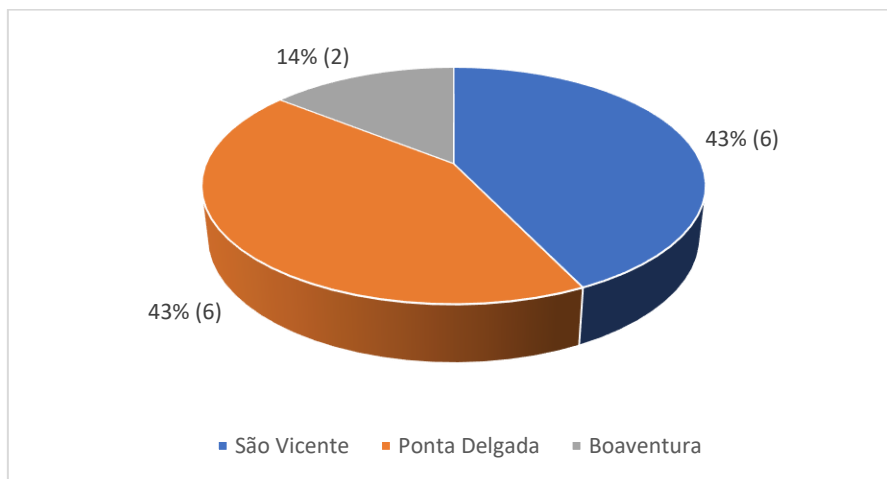
Tabela 11 - Distribuição dos participantes do estudo relativamente às idades

Idade	Nº	%
68 anos	2	14,3
72 anos	1	7,1
75 anos	1	7,1
76 anos	2	14,3
78 anos	1	7,1
79 anos	1	7,1
83 anos	2	14,3
84 anos	2	14,3
87 anos	1	7,1
93 anos	1	7,1
Total	14	100,0

Fonte: Elaboração própria

1.2. Freguesias de Residência

Gráfico 3- Distribuição dos participantes do estudo por freguesias

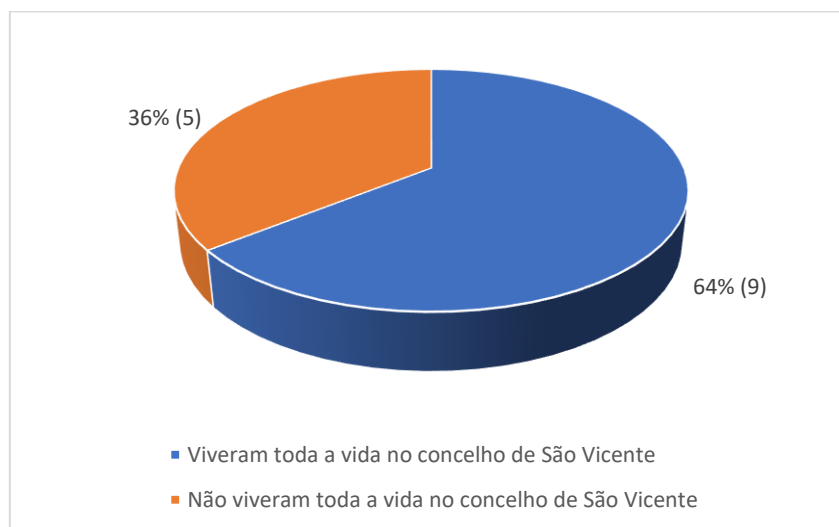


Fonte: Elaboração própria

Relativamente à distribuição dos participantes do estudo no que diz respeito às freguesias do concelho, é possível verificar através do Gráfico 3 que 43% (6) vivem na freguesia de São Vicente, 43% (6) na freguesia de Ponta Delgada e 14% (2) na freguesia de Boaventura.

1.3. Tempo de residência no concelho

Gráfico 4 – Distribuição dos participantes do estudo por tempo de residência no concelho de São Vicente

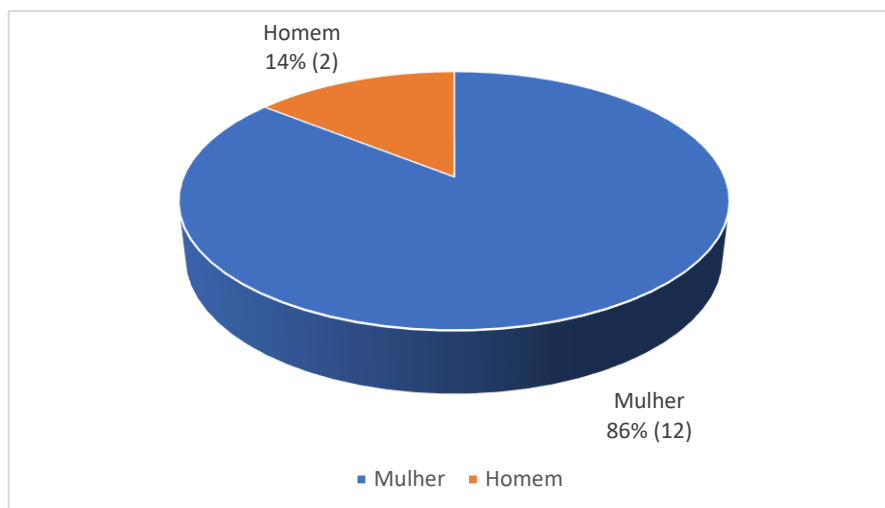


Fonte: Elaboração própria

Através do Gráfico 4, é possível observar que 64% (9) dos entrevistados viveu toda a sua vida no concelho de São Vicente, enquanto os restantes 36% (5) em algum momento das suas vidas viveram fora do concelho.

1.4. Distribuição dos participantes quanto ao sexo

Gráfico 5 - Distribuição dos participantes do estudo quanto ao sexo

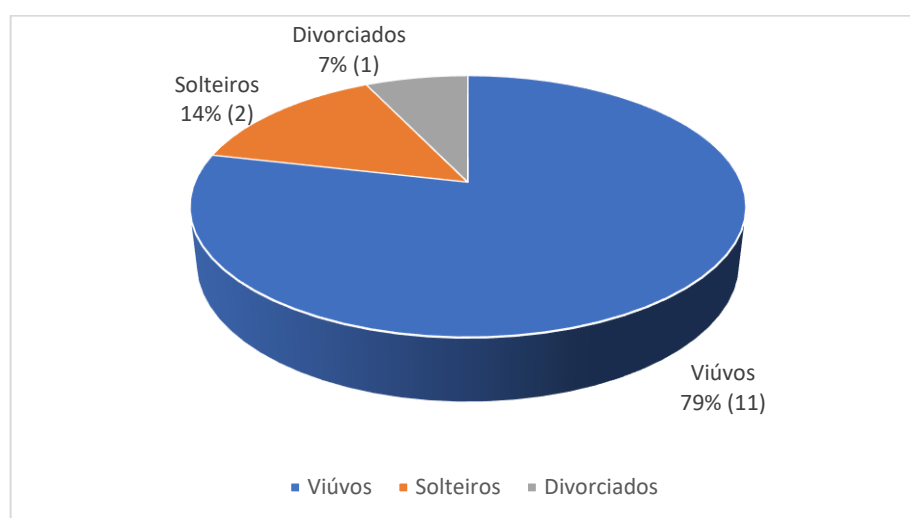


Fonte: Elaboração própria

No que respeita ao sexo, verifica-se mediante a leitura do Gráfico 5, que os indivíduos que participaram neste estudo são, maioritariamente, 86% (12) do sexo feminino e 14% (2) do sexo masculino.

1.5. Estado civil

Gráfico 6 - Distribuição dos participantes por estado civil



Fonte: Elaboração própria

Através da análise do Gráfico 6, é possível verificar que 79% (11) das pessoas idosas que participaram neste estudo são viúvos, 14% (2) são solteiros e 7% (1) são divorciados.

1.6. Situação face à profissão

No que diz respeito à atividade laboral nenhum dos entrevistados se mantém no ativo.

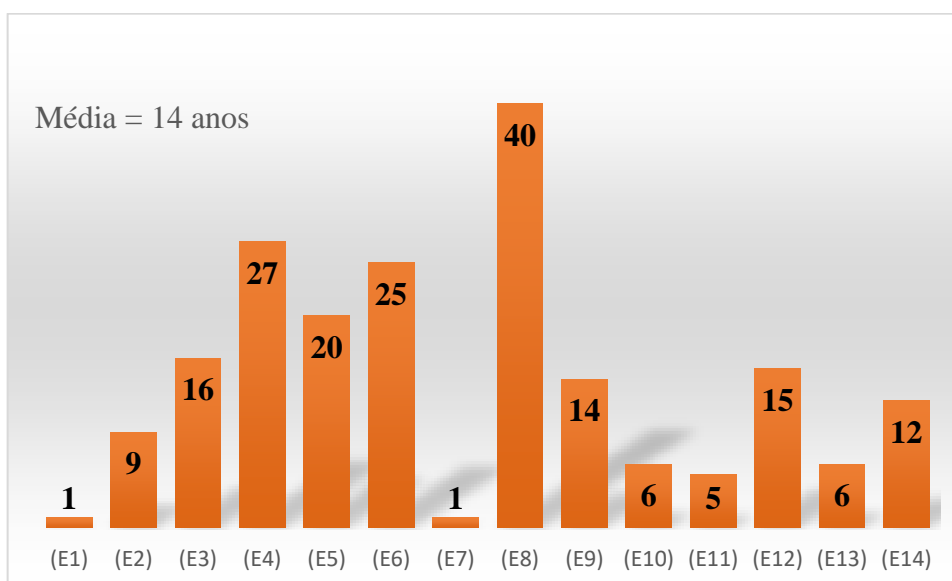
Constatámos que 93% (13), tiveram como principal atividade laboral a agricultura - e destes 14,3% (2) também exerceram a profissão de bordadeiras e 7,1% (1) trabalhou na junta de freguesia. Os restantes 7% (1) teve como única profissão a manufaturação de bordados.

1.7. Habilitações literárias

Quanto ao nível de escolaridade, 36% (5) têm a 4ª classe, 21% (3) têm a 3ª classe e 43% (6) não frequentaram escola.

1.8. Tempo que vive só

Gráfico 7 – Tempo que os participantes do estudo vivem sós (anos)

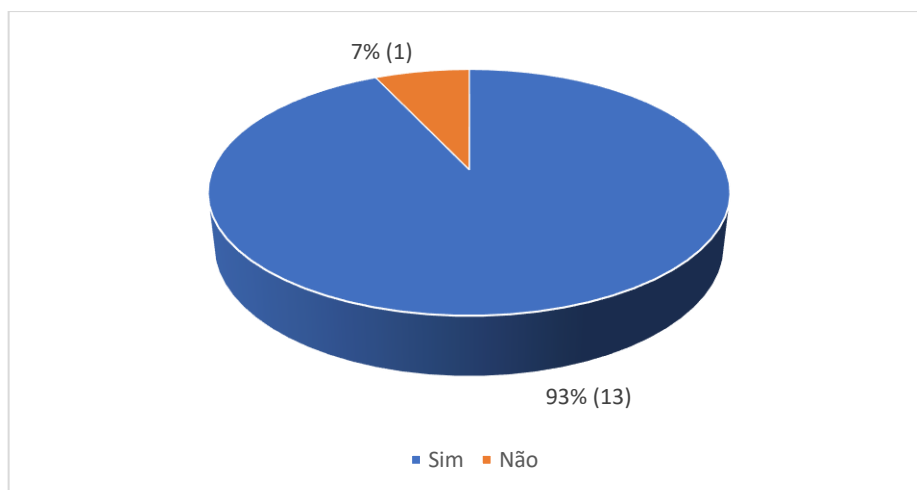


Fonte: Elaboração própria

O tempo a viver só dos participantes do estudo, como é possível observar no Gráfico 7, varia entre 1 e 40 anos, com uma média de 14 anos.

1.9. Tem ou não filhos

Gráfico 8 – Distribuição dos participantes do estudo relativamente a terem filhos ou não

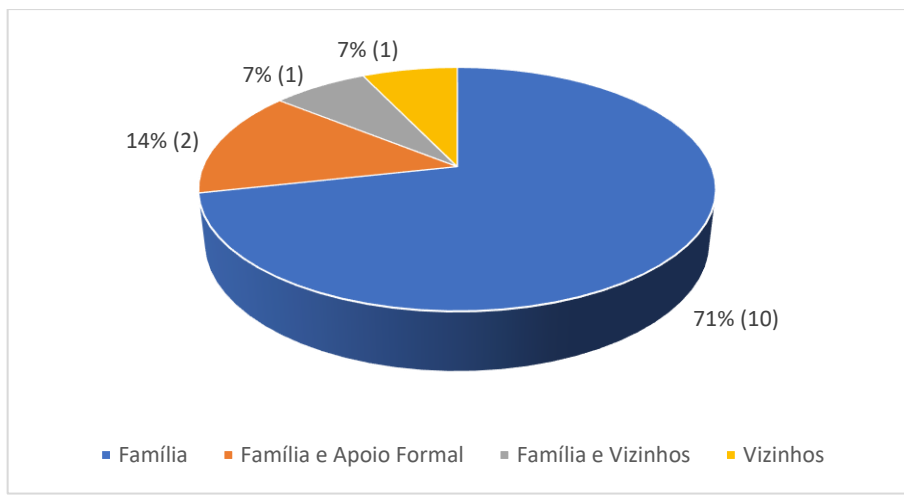


Fonte: Elaboração própria

Através do Gráfico 8, é possível observar que apenas 7% (1) do total (14) dos indivíduos entrevistados não tem filhos.

1.10. A quem recorre quando precisa de ajuda urgente

Gráfico 9 – A quem recorre quando precisa de ajuda urgente



Fonte: Elaboração própria

Com base no Gráfico 9, vemos que 71% (10) dos entrevistados quando necessitam de ajuda urgente recorrem apenas à família, 14% (2) recorre à família e também ao apoio formal, 7% (1) recorre à família e aos vizinhos, e apenas 7% (1) recorre à ajuda exclusiva dos vizinhos, não possuindo nenhum apoio familiar.

2. Níveis de solidão e satisfação com o suporte social

Neste ponto serão apresentados os valores que dizem respeito aos níveis de solidão e à satisfação com o suporte social dos entrevistados, tendo por base as escalas utilizadas (Tabela 13). Apresenta-se, também, a análise dos níveis de solidão e satisfação com o suporte social por sexo (Tabelas 14 e 15).

Tabela 12 - Distribuição dos entrevistados pelos níveis de solidão e satisfação com o suporte social

Entrevistados	Nível de solidão (UCLA)	Satisfação com o suporte social (ESSS)
(E1)	34	38 (médio suporte social)
(E2)	27	48 (médio suporte social)
(E3)	47	36 (médio suporte social)
(E4)	52	16 (baixo suporte social)
(E5)	50	29 (médio suporte social)
(E6)	45	39 (médio suporte social)
(E7)	39	44 (médio suporte social)
(E8)	22	49 (médio suporte social)
(E9)	53	21 (baixo suporte social)
(E10)	43	28 (médio suporte social)
(E11)	31	38 (médio suporte social)
(E12)	22	60 (elevado suporte social)
(E13)	54	22 (baixo suporte social)
(E14)	54	16 (baixo suporte social)

Fonte: Elaboração própria

Escala de solidão (UCLA)

-Não apresenta níveis de solidão: ≤ 32 pontos

-Apresenta níveis de solidão: > 32 pontos

Valor mínimo- 16 pontos

Valor máximo- 64 pontos

Escala de satisfação com a rede de suporte social (ESSS)

-Elevada satisfação com o suporte social: 51 a 75 pontos

-Média satisfação com o suporte social: 26 a 50 pontos

-Baixo suporte social: ≤ 25 pontos

Da análise à Tabela 12, foi possível constatar que 10 dos participantes apresentam níveis de solidão, variando entre 34 e 54 pontos. Apenas 4 não apresentam níveis de solidão, variando os valores entre 22 e 31 pontos.

Relativamente à Escala de Satisfação com a Rede de Suporte social, foi possível verificar que 1 dos participantes tem uma elevada satisfação com o suporte social (60 pontos). Por outro lado, 9 dos participantes apresenta uma média satisfação com o suporte social (variando entre 28 e 49 pontos) e os restantes 4 apresentam uma baixa satisfação com o suporte social (variando entre 16 e 22 pontos).

Constata-se que os indivíduos que apresentam uma baixa satisfação com o suporte social referem níveis de solidão elevados com valores acima dos 50 pontos.

Tabela 13 - Distribuição dos entrevistados pelo nível de solidão, por sexo

Níveis de Solidão	Sexo	Homens		Mulheres		Total	
		n	%	n	%	n	%
Apresenta níveis de Solidão		2	14,3	8	57,1	10	71,4
Não apresenta níveis de solidão		0	0,0	4	28,6	4	28,6
Total		2	14,3	12	85,7	14	100

Fonte: Elaboração própria

Da análise da Tabela 13 verifica-se que 71,4% (10) apresentam níveis de solidão e apenas 28,6% (4) não apresentam níveis de solidão. Da análise por sexo, constata-se que 100% dos homens (2) apresentam elevados níveis de solidão. Relativamente às mulheres, apura-se que a grande maioria 66,7% (8) apresenta níveis de solidão e as restantes 33,3% (4) não apresentam.

Tabela 14 - Distribuição dos entrevistados pelo nível de satisfação com o suporte social, por sexo

Níveis de satisfação	Sexo	Homens		Mulheres		Total	
		n	%	n	%	n	%
Elevado		0	0,0	1	8,3	1	7,1
Médio		1	50,0	8	66,7	9	64,3
Baixo		1	50,0	3	25,0	4	28,6
Total		2	100,0	12	100,0	14	100,0

Fonte: Elaboração própria

Da análise à tabela 14, verifica-se que a maioria dos entrevistados 64,3% (9) apresentam um nível médio de satisfação com o suporte social, 28,6% (4) apresentam baixos níveis de satisfação e apenas 7,1% (1) apresenta elevado nível de satisfação. Da análise por sexo, verifica-se que 50% (1) dos homens apresenta um nível médio satisfação com o suporte social e os restantes 50% (1) baixo nível de satisfação. Relativamente às mulheres, a grande maioria 66,7% (8) apresentam um nível médio de satisfação com o suporte social, 25% (3) apresentam baixo nível de satisfação e apenas 8,3% (1) apresenta um elevado nível de satisfação com o suporte social.

3. Fatores preditores de solidão e isolamento social

Neste ponto, será exposta a análise dos resultados desenvolvida através da análise de conteúdo às entrevistas realizadas aos sujeitos do estudo.

Da análise de conteúdo às entrevistas, foram detetadas 7 categorias e 23 subcategorias. As 7 categorias encontradas foram: 1) problemas de saúde; 2) medo e preocupação; 3) falta de suporte social; 4) falta de rendimentos; 5) viuvez; 6) falta de relações sociais; 7) acesso deficitário a transportes. E nas 23 subcategorias identificaram-se: 1) problemas físicos; 2) problemas renais; 3) ansiedade, depressão e outros problemas do foro psicológico; 4) problemas respiratórios; 5) diabetes; 6) doenças coronárias; 7) preocupação excessiva devido ao medo de ladrões; 8) medo do futuro; 9) medo de não ter suporte em caso de doença; 10) medo do covid-19; 11) medo de sair de casa sem companhia; 12) pensamentos recorrentes sobre a morte; 13) falta de suporte social formal; 14) falta de suporte social informal; 15) pensão insuficiente face às despesas do mês; 16) perda da sua principal companhia; 17) falta de uma pessoa íntima; 18) relações superficiais ou inexistentes com os vizinhos; 19) falta de amigos e pessoas para conviver; 20) falta da população jovem; 21) falta da família; 22) más relações familiares; 23) dificuldade para realizar atividades da vida diária.

3.1. Problemas de Saúde

Na categoria “problemas de saúde” os relatos dos entrevistados centram-se em torno de seis subcategorias: problemas físicos; problemas renais; ansiedade, depressão e outros problemas do foro psicológico; problemas respiratórios; diabetes; doenças coronárias.

Quadro 1 - Problemas de saúde

Categoria	Subcategoria	Unidades de Análise
<p>Problemas de saúde</p>	<p>Problemas físicos</p>	<p>(E1) - “(...) eu não posso limpar uma janela, não posso limpar uma porta (...). (...) tenho reumatismo nos ossos, tenho artrose (...). eu gosto da fazenda só que eu não posso (...) dá-me umas dores, eu não consigo... eu tenho que estar é sentada, sentada é que estou bem (...)”.</p> <p>(E2) - “(...) tenho os ossos gastos, já não tem aquele líquido dos ossos, trabalha osso com osso nos joelhos (...) também tenho um grande problema de dores nas mãos. (...) isto é um caso sério (...)”.</p> <p>(E5) - “(...) a coisa que eu tenho é dos pés (...) e das mãos (...)”.</p> <p>(E6) - “Não tenho amigos nenhuns que eu não caminho de casa para lado nenhum que eu não posso, não posso andar (...). (...) a dificuldade que eu tenho é para fazer o comerinho, que eu tenho medo não vire a panela em cima de mim por causa do tremor das mãos (...). (...) e para me fazer as comprinhas tenho que andar a pedir a quem me traga (...)”.</p> <p>(E8) - “(...) eu não posso das minhas pernas (...). (...) eu tenho problemas no andar, não posso ir a pé, caminhar para lugar nenhum (...)”.</p> <p>(E9) - “(...) eu sofro muito das minhas costas que eu caí de uma parede alta (...). (...) eu faço a minha voltinha mas o que tem é que fico apanhada das costas (...) e já não posso fazer mais nada (...). (...) eu sofro dos meus pés (...). (...) custa-me tanto a andar (...)”.</p> <p>(E10) - “(...) e depois os ossos também, eu fui operada (...)”.</p> <p>(E13) - “(...) mesmo que eu queira ir a algum lugar mais longe não posso das minhas pernas... se eu vou já não volto a casa, fico sem forças (...). (...) sinto muitas dores nas pernas, não consigo andar bem, se eu pudesse andar bem as coisas eram diferentes, ia mais vezes a vila para me distrair, mas assim é complicado (...). (...) poder andar e fazer a minha vida para me distrair e não ficar muito tempo parado olhando para as paredes que isso só me faz mal e dá-me nervos.”</p> <p>(E14) - “(...) quem vive só com esta idade não é fácil... ter que fazer comer, arrumar a casa... custa muito... vou fazendo o que posso mas não é nada fácil (...) dói-me muito as costas e esta parte do pescoço por aqui acima (...). (...) e depois as coisas é longe, para uma velha como eu nunca mais consigo ir</p>

		onde quero (...). (...) O corpo já não é como antes (...). (...) eu não posso é do meu corpo, das minhas pernas e braços, sinto muitas dores nos ossos, as vezes fico deitada o dia todo cheia de dores, não é fácil, tenho a doença dos ossos. (...) O pior é quando tenho uma volta para fazer e não consigo. É complicado. O comer não cresce dentro de casa, é preciso ir buscar (...)"
	Problemas renais	(E4) – "(...) quando eu fico doente que não me posso levantar é um problema (...). (...) sofro de insuficiência renal, de vez em quando estou doente que é um caso sério (...) eu fico sem força (...). (...) afeta-me tudo, tira-me a força e não posso fazer nada (...) e a cabeça depois fica lá que não consigo e o teto vai andando (...) quando eu fico assim é um problema. (...) a solidão... (...) claro, ora então, quando eu estou assim mal e aí meu deus... e parece que morro... e ali sozinha mais a loiça... (...) quando eu estou muito doente... sozinha, sozinha (...)"
	Ansiedade, depressão e outros problemas do foro psicológico	(E1) - "(...) dá-me umas coisas que não sei explicar o que é... (...) dá-me umas tonturas e eu caio ... (...) e então os meus ouvidos e o juízo era sempre assim "txxe txxe txxe" parece uma coisa que ta ali dentro (...)" (E2) - "(...) sou muito doente, acordo e deixo-me ficar, como já me deu o AVC e tenho depressão, tenho a doença da ansiedade... Tenho aquela doença dos medos (...) medo de tudo... (...) durmo muito pouquinho... eu vejo televisão até tarde porque nunca tenho sono... tomo um comprimido e depois de passado o efeito eu acordo, ligo a televisão e depois de manhã não tenho cabeça de me levantar (...). (...) sinto-me em baixo, muito em baixo, sem gana... sem gana para nada que a pessoa que tem a depressão não é fácil... (...) sou muito doente (...)" (E5) – "(...) da cabeça, as vezes também é meia tonta... (...) custa a andar (...)" (E6) - "(...) isso é a desgraça minha, que maior solidão que é a que eu tenho? Então passa-se uma semana que não vou à escola e estou em casa sozinha, ali dentro de casa, choro o dia inteiro, não falo com ninguém (...). (...) eu gosto de ir para lá, mas tem dias que a cabeça não dá, a cabeça não ajuda (...)"
	Problemas respiratórios	(E2) - "(...) e sou asmática, também de vez em quando os bombeiros vêm-me buscar para ir fazer o tratamento com o aerossol e comprimidos (...) é assim... vou fazendo um grande esforço para viver e às vezes vou-me abaixo... (...)" (E7) - "(...) estou tomando muitas pastilhas, tomo 7 pastilhas por dia, tomo 3 pela manhã, 3 ao almoço e uma à noite (...). (...) sofro bastante com a tosse, não consigo dormir de noite (...)"
	Diabetes	(E1) - "(...) saúde então...eu sou diabética, levo insulina, as pernas nem sequer se fala (...)" (E6) - "(...) tenho diabetes, tenho colesterol alto, sofro de tensão (...)" (E13) – "(...) E também tenho diabetes, as vezes fico sem forças por causa disso e fico com a cabeça zozna que nem consigo andar, não é fácil (...)"

	Doenças Coronárias	(E10) - “(...) estar ali sozinha que não se possa dirigir ou que não se possa falar (...) chega a uma altura, como já me aconteceu, agente para de falar sem saber porquê e muitas vezes é as pastilhas também (...). (...) agente temos que lutar muito para saber porquê que dá aquilo no corpo, agente estar a falar com uma pessoa no telefone e de repente parar de falar, não se pode dar resposta (...) parada, parada diretamente (...) ansiedade e depois agente muitas vezes sofre-se do coração como eu (...) é este problema do coração, eu lutei para pode saber que eu de antes não sabia o que tinha, isso travou-me muito (...)”.
--	---------------------------	---

3.2. Medo e preocupação

Na categoria “medo e preocupação” os relatos dos entrevistados centram-se em torno de seis subcategorias: preocupação excessiva devido ao medo de ladrões; medo do futuro; medo de não ter suporte em caso de doença; medo do covid-19; medo de sair de casa sem companhia; pensamentos recorrentes sobre a morte.

Quadro 2 - Medo e preocupação

Categoria	Subcategoria	Unidades de Análise
Medo e preocupação	Preocupação excessiva devido ao medo de ladrões	(E2) - “(...) a dificuldade de viver só como é que eu hei de explicar... (...) não estou bem porque sou muito doente (...) tenho medo, não venha ladrões, eu tranco-me... (...) é esses medos assim...”.
	Medo do futuro	(E2) - “Em baixo, agente fica assim... não tenho pachorra, hoje não vou ao centro de dia... penso e penso... penso numa coisa muito ao longe, no que vai acontecer ao longe e aquilo faz-me mal (...)”. (E12) - “(...) é saber que amanhã não posso fazer nada (...)”.
	Medo de não ter suporte em caso de doença	(E1) - “(...) se a pessoa adoce de noite ou se for preciso o médico...”.
	Medo do covid-19	(E6) - “(...) depois de começar esta doença que anda aí parece que tirou-me 10 anos de vida (...) eu choro todos os dias... choro, choro, choro (...) isto é uma tristeza (...)”.
	Medo de sair de casa sem companhia	(E7) - “(...) tenho medo de caminhar.”

	<p>Pensamentos recorrentes sobre a morte</p>	<p>(E1) - “Tem dias que eu sinto-me assim meia coiso mas é por causa dos problemas que eu tenho... (...) passa-me umas coisas que eu penso: aí estou sozinha qualquer dia vou morrer (...)”.</p> <p>(E3) - “Eu estou a ver quando é a hora que vem a tal hora (...)”.</p> <p>(E13) - “(...) tem aqueles dias que dá aquela angústia, a pessoa está em casa sem nada, só olha para as paredes e imagina como vai ser o fim, tem dias que não é nada fácil.”</p> <p>(E14) - “(...) Isto tem cada vez menos pessoas... e os que tem é quase tudo velhos... a pessoa parece que está aqui só mesmo à espera da morte. Aiii meu deus ... (...). (...) Tenho muita muita solidão... sinto-me só... tem dias que nem apetece fazer nada... não há vontade para nada, estou aqui sozinha, estou à espera de morrer... a verdade é essa. Sinto uma angústia em mim que só deus sabe e mais ninguém.”</p>
--	---	---

3.3. Falta de Suporte Social

Na categoria “falta de suporte social” os relatos dos entrevistados centram-se em torno de duas subcategorias: falta de suporte social formal e falta de suporte social informal.

Quadro 3 - Falta de Suporte Social

Categoria	Subcategoria	Unidades de Análise
<p>Falta de suporte social</p>	<p>Falta de suporte social formal (estado, câmara municipal e junta de freguesia)</p>	<p>(E1) - “Eles podiam ter mais sentido porque eu já precisei deles, da câmara, e até hoje eles não fizeram nada (...). (...) já ando a tanto para ir ao hospital fazer uma ressonância, mas isso eles nunca mais se mexeram (...) eles deviam de dar mais atenção (...)”.</p> <p>(E4) - “(...) não vem ninguém à minha casa (...)”.</p> <p>(E5) - “Ajudar não ajudam (...)”.</p> <p>(E6) - “O que eles deviam de fazer era ajudar os idosos com qualquer coisa para eles comer e outras coisas mais (...) ter mais atenção aos idosos (...) as vezes apetece-me uma coisa mas não tenho (...)”.</p> <p>(E9) - “(...) eu não vou para lugar nenhum que eu vou dizer ao senhor, eles não me dão nada (...)”.</p> <p>(E10) - “(...) os senhores que estão a mandar a lei que não podem fazer mais (...) não podem porque são muitas pessoas, é muitas pessoas, é muita despesa (...)”.</p> <p>(E13) - “(...) acho que as vezes podiam ter mais atenção... ajudar as pessoas... dar comer para a pessoa não sentir dificuldade e conseguir viver mais desafogada. (...). (...) ir à casa das pessoas idosas ver se está tudo bem, ajudar naquilo que é preciso, se for preciso ir ao médico ou a fazer uma volta e tratar de papelada.”</p>

		(E14) - “(...) À ação dessa gente já estava era morta, acho que fazem muito pouco. (...) é tudo para amigos e conhecidos (...). Olhe ajudar no comer... ver se as pessoas têm comerzinho (...)”.
	Falta de suporte social informal	(E6) - “(...) a minha dificuldade é fazer o comerzinho (...). (...) fazer o comerzinho para comer, a falta mais que eu tenho é essa (...) eu tenho necessidade de ter uma pessoa que me ajudasse para me fazer sequer o comer, mas isso está mau (...) não é qualquer uma pessoa que tenha pachorra para aturar velhos (...)”. (E9) - “É a minha filha ou o meu genro (...) eu não tenho mais ninguém que me ajude (...) quando eu preciso é lá eles, não é mais ninguém que me deite a mão (...) ninguém pode (...)”. (E13) - “(...) Tirando esses vizinhos que falei, não tenho mais ninguém (...). (...) É não ter ninguém para falar, as vezes preciso de ajuda para alguma volta e não tenho, mas é assim a vida... o que eu vou fazer? É ir vivendo como se pode (...)”. (E14) - “(...) vou à casa dos meus vizinhos que eles sempre me deitam a mão quando podem... Não tenho mais ninguém (...). (...) Como vou ter apoio? Eles estão longe... se precisar deles como vão me ajudar? Não tenho grandes apoios... da família não...”.

3.4. Falta de rendimentos

Na categoria “falta de rendimentos” os relatos dos entrevistados centram-se em torno de uma subcategoria: pensão insuficiente face às despesas do mês.

Quadro 4 - Falta de rendimentos

Categoria	Subcategoria	Unidades de Análise
Falta de rendimentos	Pensão insuficiente face às despesas do mês	(E1) - “(...) o que eu sinto falta é quando o dinheiro acaba.” (E2) - “(...) não tenho muito e gasto muito nas farmácias, ainda o mês que passou foi 150 euros (...) é nas farmácias, é o gás é a luz (...) tenho uma despesa grande (...)”. (E3) - “A reforma é pequena... porque agente pagou pouco (...). (...) vai-se deitando o pé conforme a passada. (...) vai-se arremediando (...)”. (E6) - “Falta comerzinho (...) a minha reforma é de invalidez (...) é baixinha e tenho a do meu marido, é 130 euros e 270 eu, tenho de pagar telefone, tenho de pagar a luz, tenho de pagar a água e chega-se ao fim do mês e acabou-se (...)”. (E8) - “(...) a minha pequena reforma é de invalidez (...). (...) se não fosse essa coisita que ganho de invalidez estava desgraçada, como é que ia pagar a água e a luz? Não podia pagar (...). (...) por enquanto, nesta bem-dita hora, vasse

		<p>fazendo a provisão (...) temos que ir poupando para chegar para pagar (...) as vezes não se pode comprar tudo o que é preciso para se comer também (...).”</p> <p>(E10) - “(...) já aconteceu... se eu aumento a despesa ou se eu vou me meter em despesas grandes não chega, eu tenho que levar aquilo em regra (...).”</p> <p>(E13) - “(...) Oh quantas vezes... se não é as semilhinhas, batatinhas e couvinhas que eu planto na terra estava condenado, que desgraça era a minha.”</p> <p>(E14) - “(...) Olhe tem meses que o dinheiro não chega para as despesas, tem que ser tudo bem apertadinho... já fiquei várias vezes a dever porque o dinheiro não chegou. Tenho que controlar bem. Minha reforma é muito muito baixa. Uma vergonha.”</p>
--	--	---

3.5. Viuvez

Na categoria “viuvez” os relatos dos entrevistados centram-se em torno de uma subcategoria: perda da sua principal companhia.

Quadro 5 - Viuvez

Categoria	Subcategoria	Unidades de Análise
Viuvez	Perda da sua principal companhia	<p>(E1) - “(...) quando eu estou sozinha eu fico triste e vou pensando no meu marido (...) tinha dias que eu ficava até com o juízo a latejar de chorar (...).”</p> <p>(E7) - “Sinto solidão, mas tudo é assim senhor, quem perde o seu marido também é triste essa solidão mas temos que superar tudo... (...).”</p> <p>(E14) - “(...) do meu marido querido que tenho tantas saudades dele, que falta ele me faz... sinto muita falta disso... (...).”</p>

3.6. Falta de relações sociais

Na categoria “falta de relações sociais” os relatos dos entrevistados centram-se em torno de seis subcategorias: falta de uma pessoa íntima; relações superficiais ou inexistentes com os vizinhos; falta de amigos e pessoas para conviver; falta da população jovem; falta da família; más relações familiares.

Quadro 6 - Falta de relações sociais

Categoria	Subcategoria	Unidades de Análise
Falta de relações sociais	Falta de uma pessoa íntima	(E1) - “Se eu tivesse todos os dias uma pessoa ou assim...”. (E3) - “É mais triste, mas... (...) vou estando... (...) vou rezando.” (E4) - “Se eu tivesse uma pessoa para vir dormir na minha casa era bom. (...) uma companhia... (...) já ficava feliz da vida... (...) mas isso é difícil... isso de certeza que não vem.”
	Relações superficiais ou inexistentes com os vizinhos	(E2) - “Tenho os vizinhos... (...) quer dizer nem tenho nada com eles nem eles têm comigo... (...) passa-se, fala-se (...) bom dia, boa tarde...”. (E3) - “(...) tenho vizinhos, mas fizeram-me muito mal (...)”. (E4) - “(...) não vizinhos não... os meus vizinhos são poucos.” (E5) - “existe perto mas elas tem a vida delas (...)”. (E7) - “(...) isto há pouca gente no meu sítio, há pouca gente... (...)”. (E11) - “(...) ahh os vizinhos agora... antigamente havia muitos vizinhos... (...) isto agora agora, pronto, há pouca gente (...) os que eu tenho não é assim grande coisa (...) havia uma senhora mas já é muito velhinha, já não está cá, está com uma sobrinha (...)”.
	Falta de amigos e pessoas para conviver	(E3) - “Claro que eu sinto-me sozinha... mas já estou acostumada (...)”. (E4) - “(...) os amigos são poucos, estou mais depressa sozinha (...)”. (E5) - “(...) ando sozinho (...). (...) as vezes eu não tenho quem fale (...) estou acostumado a andar só... olhe vou andando (...) se calhar a encontrar, encontro, se não calhar ando só. (...) se caminhar e encontrar uma pessoa falo (...) vou andando e vou para onde está gente para falar...” (E6) - “(...) não tenho amigos nenhuns (...). (...) me deitar no sofá a ver televisão o dia inteiro.” (E7) - “(...) sentir-se só não é fácil (...)”. (E9) - “(...) olhe senhor... mesmo não há ninguém, qual é os amigos que temos aqui? (...). (...) eu tinha uma vizinha que era muito minha amiga, que agente era porta com porta (...) mas ela caminhou e eu não tenho ninguém (...) se me acontecesse uma desgraça como já me aconteceu mesmo, que eu mesmo à minha porta eu caio, que eu abri isto aqui e isto

		<p>levou 5 pontos (...) eu comecei a gritar, ela coitada foi me buscar, mas agora não tenho ninguém, não tenho ninguém que leve, nem sequer que ajude (...). (...) eu ando sempre sozinha que eu não tenho ninguém, eu não tenho ninguém senhor. (...) agora é que não há (...). (...) eu quando me sinto sozinha sabe o que é que eu penso? Eu digo assim: aí meu deus, nosso senhor que me leve... Olhe digo-lhe do fundo do meu coração, o que eu digo é assim: nosso senhor que me leve, o que eu ando por aqui fazendo? (...) Olhe as coisas são assim e eu já não tenho mais nada para falar.”</p> <p>(E11) - “(...) a população também é pouca, há pouca gente agora”.</p> <p>(E13) - “(...) Não existe pessoas sequer, mesmo que eu queria não há ninguém, é triste mas é assim. (...). (...) Ninguém... hoje em dia ando sempre só (...). (...) sinto falta dos meus amigos, de conviver, tomar um vinhinho... (...). (...) eles já morreram quase todos... ou estão longe com família. (...) Olhe ter mais pessoas para falar... ter amigos (...)”.</p> <p>(E14) - “(...) Amigos? Não meu senhor... tenho um ou outro vizinho que as vezes me deita mão, mas não tenho amigos. Não há pessoas sequer... Ou estão longe com a família ou já morreram... (...). Tinha uma amiga que me dava bem, mas ela entrou e neste momento penso que está num lar. Nunca mais soube nada dela... (...). (...) Minha principal companhia é a televisão... estou quase sempre metida em casa. (...) Não há ninguém aqui perto para estar e falar... conviver... (...). (...) Das pessoas reunidas aqui no sítio, a falar, a cantar... convívios à moda antiga... (...) ter mais pessoas para falar, ter convívios para a pessoa se distrair e parar de pensar em coisas más... (...).”.</p>
	<p>Falta da população jovem</p>	<p>(E9) - “(...) É idosos, não há cá ninguém novo sequer que agente se fale (...)”. (...) aqui nem sequer há rapazes nenhuns (...)”.</p> <p>(E13) - “(...) mais isolado que eu não há... não existe pessoas, está tudo indo embora... a malta jovem não quer saber disto... vai ficando os velhos que também não podem fazer grandes coisas (...)”.</p>
	<p>Falta da família</p>	<p>(E4) - “(...) eles vêm lá de vez em quando me visitar... (...) as vezes vêm só uma (por mês) (...). (...) o meu filho as vezes digo para ele me levar ao médico e ele diz: ‘chame um táxi’.”</p> <p>(E6) - “(...) eu tenho uma filha aqui, o resto está tudo fora (...)”.</p> <p>(E7) - “Ah sim é verdade... e ela também vai para o continente às vezes (irmã) (...) e vai-se sofrendo (...). (...) olhe as vezes há semanas que não estou (com a irmã) (...). (...) eu não posso ir para a Venezuela, tão pouco os meus filhos podem vir aqui porque sabe-se como está a Venezuela... temos que ir sofrendo como se pode (...)”.</p> <p>(E9) - “(...) ora conforme que ela também às vezes não pode (...) tem dias que digo para ela vir me ajudar, ela as vezes tá pior do que eu, elas as vezes nem se veste, nem se calça (...)</p>

		<p>ela tem hérnias pelas costas (...) é uma tristeza (...). (...) nestes dias que ela teve aqui ela disse assim: ‘mãe, eu vou dizer à mãe, tem dias que eu quero vir ver a mãe, mas eu não posso’. Quando ela está coisa não pode vir me ver.”</p> <p>(E11) - “fui à França (...) os meus filhos ficaram lá (...) sabe como é, agente pensa sempre nos nossos filhos, nos nossos netos (...)”.</p> <p>(E12) - “(...) a coisa mais difícil é saber se os meus estão bem (...). (...) “quando chega os meus filhos que é a melhor coisa... sabe, quer dizer, tirando isso eu sei que eles não podem estar comigo por causa da vida deles (...)”.</p> <p>(E13) - (...) Minha filha vem as vezes, mas ela também trabalha e tem a família dela... não é fácil, mas sempre que dá lá estamos juntos. (...). (...) meus irmãos e irmãs já morreram todos, eu era o mais novo. (...)”.</p> <p>(E14) - “(...) Meus filhos estão todos fora na Venezuela. Já a muito tempo que não estou com eles, já tem anos, eles tem a vida deles lá fora, vão vir para aqui fazer? Não querem saber disto... (...). (...) Eles ligam uma ou duas vezes por semana... tem vezes que menos, outras mais... é consoante como calha para eles.... (...). (...) eles têm muitos negócios lá... muito trabalho... também vir para aqui para andar mal, mais vale mesmo ficarem por lá na sua vidinha... eu cá vou me aguentando. Fico triste, mas olhe o que vou fazer? (...) Sinto também falta dos meus filhos, ter a família reunida... (...) só de pensar que talvez morra e já não veja mais os meus filhos neste mundo dá-me uma dor aqui no peito.... (...) queria também poder estar com os meus filhos que isso ia me aliviar e tirar este peso de que vou morrer e não vejo eles.”</p>
	<p>Más relações familiares</p>	<p>(E5) - “Tenho um irmão, mas eu não falo com ele (...)”.</p> <p>(E14) - “(...) podia ser melhor... se estivesse mais vezes com eles de certeza que era melhor. Mas é assim e não há nada a fazer.”</p>

3.7. Acesso deficitário a transportes

Na categoria “acesso deficitário a transportes” os relatos dos entrevistados centram-se em torno de uma subcategoria: dificuldade para realizar atividades da vida diária.

Quadro 7 - Acesso deficitário a transportes

Categoria	Subcategoria	Unidades de Análise
<p>Acesso deficitário a transportes</p>	<p>Dificuldade para realizar atividades da vida diária</p>	<p>(E12) - “a minha dificuldade toda é ir ao médico, tenho as minhas consultas (...) isso é a minha dificuldade toda (...) tinha muita dificuldade porque tinha que ir de manhã cedo e vir à noite (...) no autocarro (...)”.</p>

		<p>(E13) - “(...) As vezes quero ir a algum lugar e não consigo, não há maneira de me mexer, eles podiam ajudar dando boleia ou isso... ia ajudar bastante os mais velhos, era menos preocupações (...)”.</p> <p>(E14) - “(...) Aii meu senhor... quem me dera... quem me dera que tivesse alguém que me ajudasse a ir às compras e a trazer para casa... As vezes arranjo uma boleia ou outra, mas o pior é para ir... quando a pessoa está em casa travada com dores para ir lá buscar não é fácil (...). (...) as coisas ficam longe e se não tivermos ajuda fica complicado. O governo tem que se mexer, somos velhos, mas não somos cachorros”.</p>
--	--	--

Tabela 15 - Categorias por nível de incidência na população em estudo

Categorias	%	n°
Falta de relações sociais	86	12
Problemas de saúde	79	11
Falta de suporte social	64	9
Medo e preocupação	57	8
Falta de rendimentos	57	8
Acesso deficitário a transportes	21	3
Viuvez	27*	3

*Os níveis de incidência da viuvez foram aferidos percentualmente tendo em conta apenas os 11 indivíduos que são viúvos, não entrando nessa percentagem os 2 solteiros e 1 divorciado.

Fonte: Elaboração própria

Tabela 16 - Subcategorias por nível de incidência na população em estudo

Subcategorias	%	nº
Problemas Físicos	64	9
Falta de amigos e pessoas para conviver	64	9
Falta da família	57	8
Falta de suporte social formal	57	8
Pensão insuficiente face às despesas do mês	57	8
Relações superficiais ou inexistentes	42	6
Falta de suporte social informal	28	4
Ansiedade, depressão e outros problemas do foro psicológico	28	4
Pensamentos recorrentes sobre a morte	28	4
Diabetes	21	3
Perda da sua principal companhia	21	3
Falta de uma pessoa íntima	21	3
Dificuldades para realizar atividades da vida diária	21	3
Problemas Respiratórios	14	2
Medo do Futuro	14	2
Falta da população jovem	14	2
Más relações familiares	14	2
Medo de não ter suporte em caso de doença	7	1
Medo do covid-19	7	1
Medo de sair de casa sem companhia	7	1
Doenças Coronárias	7	1
Preocupação excessiva devido ao medo de ladrões	7	1
Problemas Renais	7	1

Fonte: Elaboração própria

Através da Tabela 15 e 16, é possível observar, tendo em conta as categorias e subcategorias identificadas pela análise conteúdo, os fatores que contribuem para a solidão e isolamento social da população em estudo.

4. Discussão dos resultados

Passaremos agora à discussão dos resultados com base no suporte teórico que sustentou esta investigação.

A informação recolhida através das entrevistas e escalas aplicadas aos entrevistados permitiu, não só verificar os seus níveis de solidão e isolamento social e a sua satisfação com o suporte social como, também, possibilitou identificar os principais fatores que podem levar ao isolamento social e consequentemente à solidão.

A discussão está organizada em tópicos, tendo em conta os resultados das escalas e as categorias identificadas através da análise de conteúdo.

4.1. Níveis de solidão, isolamento social e suporte social

A partir da escala de solidão da UCLA, a população em estudo demonstrou grandes níveis de solidão com uma incidência de 71% (10) e apenas 29% (4) não apresentaram níveis de solidão. Dos que não apresentaram níveis de solidão pôde verificar-se, a partir das entrevistas, que se deve ao facto de terem uma vida social mais ativa e uma maior motivação na procura de atividades em que possam participar e distrair-se. E ainda, por encararem a vida com um maior otimismo, comparativamente àqueles que apresentam maiores níveis de solidão. Esta conclusão, corrobora com Goldstein (1998), que no seu estudo junto a pessoas idosas, que viviam sós, verificou maiores níveis de bem-estar nas que têm contato frequente com amigos. Além de que um quotidiano com maior número atividades sociais ajuda a diminuir a solidão das pessoas idosas (Kamiya et al., 2014; Costa & Terra, 2013; Berger & Poirie, 1995; Azeredo, 2011; Pereira, Giacomini & Firmino, 2015; Azeredo, 2013; Waldow & Borges, 2011).

É de realçar, o facto de que 100% (2) dos homens participantes no estudo revelarem níveis de solidão (52 pontos em média) contra 66,7% (8) das mulheres participantes (46 pontos em média). Estes dados corroboram com o estudo de Klinenberg, Torres e Portacolone (2012), onde foi constatado que os homens idosos têm uma maior tendência a sentir solidão comparativamente às mulheres, corroborando também com Barreto (1984), onde o mesmo refere que em termos afetivos a solidão é mais profunda nos homens.

Relativamente à satisfação com o suporte social, segundo a Escala de Satisfação com o Suporte Social, apenas 7% (1) tem um elevado suporte social, 64% (9) têm um médio suporte social e os restantes 29% (4) possuem um baixo suporte social. Ou seja, estes últimos apresentam um grande isolamento social, por referirem ter grandes dificuldades em conseguir

estar com outras pessoas e obter suporte a nível emocional e instrumental, quer seja formal (poder local e central) ou informal (família, amigos e vizinhos). Tal como refere Heller (2000), o ser humano necessita de participar da vida quotidiana através da vivência de paixões, habilidades, sentimentos, ideologias, ideias, etc. E a população envelhecida que vive só e isolada necessita de estabelecer contactos com outras pessoas através da participação comunitária ou através de simples atividades diárias.

Os dados recolhidos relativamente à satisfação com o suporte social vão também ao encontro do estudo de Alencar e Silva (2013), que relatam que as pessoas idosas que moram sós, sobretudo as que são acometidas por diversas patologias, têm maior dificuldade para realizar atividades da vida diária e manter-se ativas. Sendo que, em situações de risco tornam-se mais vulneráveis, tendo de recorrer a cuidados e atenção especial de profissionais vinculados à área da saúde e social, necessitando do suporte social formal para terem uma vida minimamente digna, sobretudo quando o suporte social informal é escasso ou inexistente.

De seguida será feita a inferência dos fatores que contribuem para estes níveis de solidão, isolamento social e baixo suporte social, tendo como base as informações recolhidas nas entrevistas.

4.2. Falta de relações sociais

A falta de relações sociais dos entrevistados é, sem dúvida, um fator que tem grande peso no isolamento social. Mesmo que alguns dos entrevistados queiram conviver e realizar atividades de lazer no seu quotidiano não têm com quem. Sobre a importância das relações sociais, um estudo realizado por Fratiglioni, Wang, Ericsson, Maytan & Winblad (2000), junto a 1203 pessoas que moram em casa em Estocolmo, concluiu que uma extensa rede social tem efeitos protetores contra a demência e solidão. E, tal como, refere Paúl (1991), a solidão é uma condição emocional que está ligada à disposição biológica do ser humano, fazendo com que haja uma vontade em manter proximidade de outras pessoas, de modo a evitar o isolamento e aumentar o sentido de identidade pessoal e segurança.

Ao que foi possível apurar, a falta de relações sociais deve-se ao facto de existirem cada vez menos pessoas no concelho de São Vicente devido à emigração e, também, à migração para zonas urbanas por parte da população mais jovem em busca de melhores oportunidades de trabalho, ficando difícil de criar laços sociais mesmo que as pessoas idosas tenham essa vontade. Isto também contribui para que exista menos interações a nível familiar devido à

distância que os separa, potencializando a solidão, o que corrobora com os estudos de Cardoso (2008), Hossen (2012), Azeredo (2011), Azeredo (2008), Azeredo (2013), Fernandes (2007), Jullamate, Azeredo, Rosenberg, Paúl e Subgranon (2006) e Waldow e Borges (2011), que constataram que o pouco contacto com a família leva a sensações de mal-estar que potencializam a solidão. Tal como refere Ussel (2001), na velhice acaba por surgir o tempo morto quando não existem relações sociais, levando a pessoa idosa a sentir falta de amigades para partilhar as suas experiências. Segundo o mesmo autor, o grupo de amigos possui uma importância acrescida na velhice, sobretudo quando o indivíduo vive só, sendo por isso que os amigos e até os vizinhos mais próximos têm um peso preponderante no bem-estar, visto que é com eles que convive e partilha diversas experiências, evitando a solidão e o isolamento social.

4.3. Problemas de Saúde

Nos problemas de saúde foi possível verificar, através das várias entrevistas, que estes problemas podem contribuir para a solidão e isolamento social na medida em que dificultam a realização das atividades da vida diária, fazendo com que muitas vezes os indivíduos não consigam sair da própria habitação, sentindo-se totalmente abandonados e isolados, acabando por gerar sentimentos depressivos e de inutilidade, afetando-os emocionalmente. Estas averiguações corroboram com os estudos de Savikko et al. (2005), Lorenzo et al. (2019) e Kamiya et al. (2014), onde comprovam que os problemas de saúde têm uma forte correlação na base do surgimento do isolamento social e da solidão. Reforçando estas conclusões, os estudos de Holme'n et al. (1993), Dugan e Kivett (1994), Holme'n (1994), Mullins et al. (1996), Kim (1999), Camionete Baarsen et al. (1999), Tilvis et al. (2000) e Kramer et al. (2002), citados por Fernandes (2007), constataam que a perda de saúde e da capacidade funcional têm relação direta com o aumento da solidão, estando ligada ao facto de que os contactos sociais têm tendência a decrescer quando a saúde se deteriora ou quando existe uma diminuição da capacidade física dos indivíduos.

4.4. Falta de Suporte Social

Através deste estudo foi possível identificar alguns entrevistados com dificuldades em conseguir alimentar-se por falta de rendimentos, necessitando urgentemente de suporte a nível da alimentação. Foi também possível constatar diversos indivíduos com várias dificuldades nas

Atividades Instrumentais da Vida Diária, como ir às compras ou até a realizar as tarefas de casa, e que não têm condições de contratar alguém para os ajudar, necessitando de suporte social. Acrescentando o facto que alguns não têm familiares, vizinhos ou amigos que lhes possam dar esse suporte. Estas análises são corroboradas por diversos estudos onde é possível apurar que na população envelhecida existem vários tipos de perdas, que vão desde as perdas de pessoas importantes (morte/afastamento), às perdas de sua própria mobilidade e funcionalidade e estes acontecimentos começam a gerar uma maior expectativa de receber suporte dos outros. E através dessa expectativa pode ser criada uma discrepância entre o que é esperado e aquilo que realmente é recebido podendo originar frustrações e sentimentos de solidão (Pocinho, Farate & Dias, 2010; Hossen, 2012; Neto, 2000; Berger & Poirie, 1995; Barroso & Tapadinha, 2008; Sousa, Figueiredo & Cerqueira, 2004; Lim & Kua, 2011; Azeredo, 2013).

Foi possível verificar, ao longo de algumas entrevistas, o descontentamento de alguns indivíduos no que diz respeito ao suporte social formal, onde vários consideraram que deveria existir maior atenção das entidades competentes para com a população envelhecida. É também importante realçar o facto que quando a pessoa idosa não tem suporte social de familiares, amigos e até mesmo vizinhos existe um grave problema, havendo a necessidade de que as redes de suporte social formal atuem quando necessário, de modo a compensar o indivíduo por aquilo que ele não recebe da parte informal, com o objetivo de que o mesmo consiga usufruir de uma vida estável. Para Fernandes (2007, p.53), a combinação entre o apoio formal/informal não é tarefa fácil, mas o equilíbrio entre estas duas formas de apoio, seria desejável, muitas das vezes. De acordo com o mesmo autor, é “também importante salientar que o indivíduo que não está satisfeito com a quantidade de apoio social que lhe dão pode sofrer perturbações psicológicas”.

A falta de suporte social informal também teve alguma incidência no discurso dos entrevistados devido ao facto de existirem cada vez menos pessoas no concelho, acabando consequentemente por haver menos vizinhos, menos relações de amizade e menos familiares que possam gerar algum suporte quando necessário, tendo em conta os problemas advindos da idade avançada. De acordo com Branco e Gonçalves (2001), a exclusão social pode estar na base de diversos casos de solidão. Os mesmos autores afirmam que as pessoas idosas que vivem sós estão entre as categorias mais vulneráveis a qualquer tipo de pobreza. E com isto as redes de suporte social têm uma importância fundamental na resolução destes problemas, pelo que a sua falta gera grandes transtornos na vida da população envelhecida.

4.5. Medo e preocupação

Vários entrevistados relataram sensações de insegurança relativamente ao seu futuro demonstrando medo e preocupação. Estas situações geram sensações de mal-estar, podendo repercutir-se num isolamento social. Isso é comprovado através do testemunho de um dos entrevistados que mencionou existirem dias que nem saía de casa, porque não conseguia parar de chorar devido ao medo e receio que sente em relação ao futuro. Com isto, é possível ter a noção de como o medo e a preocupação podem abalar emocionalmente um indivíduo e refletir-se em estados de solidão.

Através da análise realizada foi possível apurar diversos tipos de medo e preocupação, tais como: preocupação excessiva devido ao medo de ladrões (1); medo do futuro (2); medo de não ter suporte em caso de doença (1); medo do covid-19 (1); medo de sair de casa sem companhia (1); pensamentos recorrentes sobre a morte (4). Estas situações acabam por ter um efeito negativo no foro psicológico, sobretudo, tendo em conta o facto dos indivíduos pensarem demasiado em acontecimentos aos quais não têm grande controle. Consideramos que todos esses pensamentos resultam do muito tempo livre que os indivíduos dispõem, com poucas ou nenhuma atividades que lhes promovam entretenimento e bem-estar. Levando os mesmos a ter pensamentos reflexivos sobre aquilo que já foi a sua vida, aquilo que é, e aquilo que poderá ser no futuro, acabando por gerar sensações de ansiedade devido a inúmeras situações, como por exemplo, pensar demasiado acerca da morte. Tudo isto gera uma sintomatologia depressiva, podendo desencadear um maior isolamento social. Pois, tal como referem Cacioppo et al. (2002), a solidão faz parte do sistema de avaliação cognitivo-emocional do indivíduo e apesar de possuírem origens diferentes os sentimentos de solidão estão relacionados a indicadores de bem-estar subjetivo, como é o caso dos sintomas depressivos. Assim, é perceptível que as situações de medo e preocupação constantes possam levar a uma combinação de experiências negativas, podendo originar solidão.

A forma de lidar com estas situações de medo e preocupação em relação ao futuro, onde existe um receio constante em relação ao dia de amanhã é difícil porque se relaciona com o lado psicológico dos indivíduos. O que retiramos das situações vivenciadas por alguns entrevistados é que os mesmos necessitam de maior atividade social na sua vida, de modo que se abstraiam de situações que estão fora do seu controlo e que possam viver a vida de uma forma mais descontraída e saudável, desencadeando todas as boas sensações que as atividades de lazer costumam proporcionar. Diversos estudos (Kamiya et al. 2014; Costa & Terra, 2013; Berger & Poirie, 1995; Azeredo, 2011; Pereira, Giacomini & Firmino, 2015; Azeredo, 2013; Waldow &

Borges, 2011) concluíram que as atividades sociais ajudam a diminuir a solidão das pessoas idosas. Essas atividades são caracterizadas por permitir um convívio saudável e divertido. São apontadas como principais atividades, os convívios, os passeios e muitas outras atividades onde é dado prioridade à comunicação e diversão.

4.6. Falta de rendimentos

Cerca de 57% (8) dos entrevistados relatou dificuldades financeiras, afirmando que as despesas são muitas e que por vezes o dinheiro não cobre tudo o que é necessário, incluindo a própria alimentação. Houve até quem demonstrasse um certo desespero relativamente à sua vida, tendo em conta as baixas pensões, afirmando que com uma melhor condição financeira teria uma melhora significativa, o que é normal, pois estamos a falar de indivíduos que por vezes o dinheiro não chega sequer para se alimentarem adequadamente, e através disso desenvolvem-se grandes transtornos nas suas vidas, quer seja a nível instrumental ou a nível emocional. Tendo como base um estudo desenvolvido por Jong Gierveld e Tesch-Römer (2012), é possível verificar que as condições de vida caracterizadas por carências financeiras podem comprometer o funcionamento ou o tamanho da rede social de um indivíduo. E uma rede social inadequada ou a falta de apoio social podem levar a sentimentos negativos característicos de quem está isolado. É também comprovado que as dificuldades financeiras estão associadas a um maior sofrimento psicológico e a mais conflitos interpessoais, sendo que as interações sociais negativas podem ter implicações no bem-estar subjetivo quando os recursos financeiros são baixos (Krause, Newsom & Rook, 2008).

4.7. Viuvez

Cerca de 27% (3) dos entrevistados viúvos relataram que a viuvez acaba por lhes originar sintomatologia depressiva, relatando sentir bastante tristeza devido à falta do seu cônjuge. Nestes casos, a viuvez quebra muitos anos de relacionamento, gerando uma mágoa que pode levar muito tempo a ser ultrapassada e que devido aos sintomas depressivos pode contribuir para um ciclo mais solitário, ainda mais quando não existe grande suporte em torno da pessoa viúva. Estas averiguações vão ao encontro do estudo de Ussel (2001), onde refere que através da viuvez podem aparecer situações de solidão e isolamento social, pois o indivíduo perde em grande medida a organização e rotinas do seu quotidiano a que estava habituado,

constituindo um fator de risco para aumentar esse tipo de situações. O mesmo autor demonstra que a falta de uma relação sentimental íntima pode representar para a pessoa idosa um entrave para uma vivência plena, pois o apoio conjugal nos momentos mais difíceis deixa de existir e, em muitos casos, existe também uma grande diminuição da integração e da atividade social. Outros estudos também reforçam estas afirmações, como é o caso de Vaz e Gaspar (2011) e de Azeredo (2013), onde em ambos é possível constatar que a prevalência de solidão aumenta em indivíduos que tiveram perdas importantes, como é o caso de perder o cônjuge.

Foi possível aferir, através da análise aos dados recolhidos, que apenas 3 entrevistados viúvos, num total de 11, referiram que a perda do seu cônjuge contribuiu para uma maior solidão e isolamento social, isto talvez pelo facto de serem os que estão há menos tempo viúvos e ainda não terem conseguido superar a perda. Esta conclusão vai ao encontro do estudo de Rossell, Herrera e Rico (2004), onde os mesmos aferiram que a viuvez surge como uma das principais causas potenciadoras de solidão na população envelhecida.

4.8. Acesso deficitário a transportes

Ao que foi possível apurar cerca de 21% (3) dos entrevistados relataram dificuldades a nível de transporte, demonstrando que por vezes não têm possibilidade de realizar tarefas quotidianas devido a não conseguirem deslocar-se para onde precisam. Tal como referem Pegoretti e Sanches (2004), a rede de transporte tem relação direta com a exclusão social, pois a sua configuração espacial e seu funcionamento podem incentivar a segregação e exercer o controle sobre a mobilidade social de certos grupos populacionais. Os mesmos autores referem que o transporte desempenha um papel estruturador do espaço e quando bem implementado pode diminuir a exclusão social.

A falta de meios de transportes pode potencializar o isolamento social, visto que os indivíduos não conseguem sair das suas redondezas para deslocarem-se aos locais necessários, sendo isso bem explícito através do discurso de um entrevistado, onde afirmou que, por vezes, mesmo que queira sair de casa para realizar algumas tarefas não consegue devido às limitações de transporte existentes. Indo ao encontro do estudo realizado por Vasconcelos (1997), é possível verificar que o mesmo relata existirem grandes desafios a serem enfrentados na área social devido ao impacto que a precariedade de transporte exerce sobre as condições de vida da população rural, sendo que a falta do transporte rural deve ser vista como um problema social

que requiere atención governamental, de modo que sejam garantidas condições de segurança, conforto, confiabilidade e equidade de deslocamento e acesso.

Conclusão

Tendo em conta os resultados obtidos, é possível concluir que os principais fatores que contribuem para a solidão e isolamento social dos indivíduos participantes no estudo são: (1) a falta de relações sociais; (2) problemas de saúde; (3) falta de suporte social; (4) medo e preocupação; (5) falta de rendimentos; (6) acesso deficitário a transportes; (7) viuvez.

No nosso entendimento e tendo por base os resultados verificados, este estudo contribuiu, através da revelação dos níveis de solidão, níveis de satisfação com o suporte social e, sobretudo, através dos diversos fatores que potencializam o isolamento social e solidão da população alvo, para que seja possível uma intervenção social que atue com uma maior eficiência, efetividade e eficácia. Com os resultados obtidos é possível analisarmos quais as necessidades da população e de que forma é viável intervir, de modo a evitar o isolamento social e atenuar a solidão. Acreditamos que o principal contributo desta investigação foi identificar as necessidades sociais que levam as pessoas idosas que vivem sós no concelho de São Vicente a vivenciar situações de isolamento social e solidão, e com isso esperamos poder contribuir, principalmente, para um melhor suporte social formal. Falamos em suporte social formal, visto que cada vez mais, tendo em conta as mudanças sociodemográficas, é difícil a população envelhecida possuir todo o suporte que necessita da parte informal, existindo cada vez menos pessoas próximas que possam facultar-lhes ajudas.

No que diz respeito às sugestões, acreditamos ser pertinente estender este estudo à população envelhecida que vive acompanhada no seu domicílio, de modo a podermos ter uma noção de comparação do quanto o facto de viver só na velhice e com pouco suporte social pode ou não ser prejudicial para o bem-estar da pessoa idosa, desencadeando ou não um maior isolamento social e solidão.

Através desta pesquisa concluímos o quanto é importante uma maior eficiência, eficácia e efetividade das entidades competentes a nível de suporte para com as pessoas idosas. Temos a noção que nos dias atuais os recursos começam a ser escassos, tendo em conta as características da população, sendo por isso, necessário que comece a haver um melhor aproveitamento dos recursos existentes. Daí existir a necessidade de haver uma maior eficiência da parte

organizacional, sendo muito importante que haja cada vez mais investigação no sentido de tornar os serviços de suporte social tão eficientes como eficazes e efetivos, de modo que a população envelhecida, que a nível percentual é cada vez maior, tenha todo suporte social que necessita. Pois, tal como refere Bento (2018, p.78), “o envelhecimento demográfico, não é por só em si um problema social. De facto, o que constitui o verdadeiro problema social é a ausência, insuficiência e inadequação de respostas, de variadíssima natureza, para enfrentar as necessidades dos idosos nos dias de hoje”.

Neste sentido, e mesmo com todas as limitações existentes, é importante repensar estratégias que minimizem o isolamento social destes indivíduos, prestando-lhes o suporte necessário e fazendo com que se sintam valorizados através de atividades relevantes e socialmente úteis no ambiente em que estão inseridos, de forma a diminuir os sentimentos de solidão e abandono. Ao invés de apenas existir a preocupação em aumentar o tempo de vida e retardar o envelhecimento, é fundamental priorizar a qualidade de vida e bem-estar das pessoas idosas.

O nosso sentimento com esta pesquisa é de dever cumprido, pois julgamos ter atingido todos os objetivos a que nos propusemos, e com isto, através da exposição dos fatores que levam à solidão e isolamento social, esperamos que seja possível contribuir para uma melhor intervenção social na vida da população envelhecida que vive só no seu domicílio no concelho de São Vicente.

Bibliografia

Affonso, N., Badini, C. & Gouvea, F. (2003). *Mobilidade e cidadania*. São Paulo: Associação Nacional de Transportes Públicos.

Alencar, F. & Silva, P. (2014). Envelhecendo... para viver só?. *Memorialidades*, 10(19), 101-117.

Alves-Mazzotti, A. (2006). Usos e abusos dos estudos de caso. *Cadernos de pesquisa*, 36(129), 637-651.

Auslander, G. K. & Litwin, H. (1990). Social support networks and formal help seeking: Differences between applicants to social services and a nonapplicant sample. *Journal of Gerontology*, 45(3), 112-119. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geronj/45.3.S112>

Azeredo, Z. & Afonso, M. (2016). Solidão na perspectiva do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 19(2), 313-324. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-98232016019.150085>

Azeredo, Z. (2008). A família como núcleo de mudança cultural. *Crenças, religiões e poderes: dos indivíduos à sociabilidade*. Porto: Afrontamento.

Azeredo, Z. (2011). *O idoso como um todo*. Viseu: Psicossoma.

Azeredo, Z. (2013). Idoso fragilizado e a prevenção da fragilidade. *Revista iberoamericana de geriatria y gerontología*, 2, 70-8.

Bardin, L. (2008). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Barreto, J. (1984). *Envelhecimento e saúde mental: Estudo de epidemiologia psiquiátrica no concelho de Matosinhos* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Medicina da Universidade do Porto.

Barroso, V. L. & Tapadinhas, A. R. (2008). Órfãos geriátricos: Sentimentos de solidão e depressividade face ao envelhecimento—Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados. *Psicologia.com.pt*, 1-13.

Batistoni, S. (2007). *Sintomas depressivos na velhice: estudo prospectivo de suas relações com variáveis sócio-demográficas e psicossociais* (Tese de Doutoramento). Faculdade de Educação da UNICAMP, Campinas. Disponível em: <http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/252009>

Bengtson, V. & Allen, K. (2009). The life course perspective applied to families over time. In *Sourcebook of family theories and methods* (pp. 469-504). Springer, Boston, MA.

Bento, J. (2018). *Envelhecer em meio rural o caso da freguesia de Fajão* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco.

Berger, L. & Mailloux-Poirier, D. (1995). *Pessoas idosas: uma abordagem global: processo de enfermagem por necessidades*. Lisboa: Lusodidacta.

Berger, L. (1995). Aspectos psicológicos e cognitivos do envelhecimento. In: L. Berger & D. Mailoux – Poirier (2ª Ed). *Pessoas idosas, uma abordagem global*, 1131-1141. Lisboa: Lusodidacta.

Booth, R. (2000). Loneliness as a component of psychiatric disorders. *Medscape General Medicine*, 2(2), 1-7.

Branco, R. & Gonçalves, C. (2001). *Exclusão social e pobreza(s) em Portugal: Uma primeira abordagem aos dados do painel dos agregados familiares da união europeia (1994 - 1997)*. Lisboa: INE.

Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American Psychologist*, 32(7), 513–531. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.32.7.513>

Bronfenbrenner, U. (1996). *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Cabral, M., Ferreira, P., Silva, P., Jerónimo, P. & Marques, T. (2013). *Processos de envelhecimento em Portugal: usos do tempo, redes sociais e condições de vida*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos

Cacioppo, J., Hawkley, L., Crawford, L., Ernst, J., Burleson, M., Kowalewski, R. & Berntson, G. (2002). Loneliness and health: Potential mechanisms. *Psychosomatic medicine*, 64(3), 407-417.

Câmara, Bettencourt da S. (2019). A Institucionalização da Gerontologia nos EUA e em Portugal. In P. de M. Reis (ed.). *A Geriatria e Gerontologia no século XXI. Da Clínica à Integração, Participação Social e Cuidados Globais às Pessoas Idosas* (100-108). Lisboa: SPGG – Sociedade Portuguesa de Geriatria e Gerontologia.

Capitanini, M. (2000). *Sentimento de solidão, bem estar subjetivo e relações sociais em idosas vivendo sós* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Educação - Universidade Estadual de Campinas.

Cardoso, K. (2008). Velhice e autonomia: a experiência cotidiana de viver só. *Memorialidades*, 5(9 e 10), 195-223.

Carmona, C. & Melo, N. (1991). *Comunicacion interpersonal: Programa de Entrenamiento en Habilidades Sociales*. Santiago, Chile: Ediciones Universidad Católica de Chile.

Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., Fialho, J. & Sacadura, M. (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. *Povos e Culturas*, (16), 13-32.

Casas-Novas, M. (2001). *Ecologia do envelhecimento: o caso particular do meio rural de Évora* (Dissertação de Mestrado). Universidade de Évora.

Cerqueira, M., Figueiredo, D. & Sousa, L. (2004). *Envelhecer em Família – Os Cuidados Familiares na Velhice*. Lisboa: Porto Ambar.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/00006842-197609000-00003>

- Coimbra, J. (1999). Qualidade de vida do idoso. *Referencia* (Nº 3), Coimbra, pp. 29-35.
- Correia, C. (2009). *O apoio social e a qualidade de vida dos idosos do concelho de Faro* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade do Algarve.
- Costa, A. & Lopes, R. (2014). Rede de Suporte Social na Velhice: para além da família e dos amigos. *Revista Longeviver*, (40).
- Costa, F. & Terra, N. (2013). Espiritualidade, religiosidade e qualidade de vida em idosos. *Geriatrics, Gerontology and Aging*, 7(3), 173-178.
- Couvaneiro, C. & Cabrera, J. (2009). *Este Tempo de Ser: Concepções de Espaço e Tempo para um Envelhecimento Positivo*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Cramer, D., Henderson, S. & Scott, R. (1997). Mental Health and Desired Social Support: A Four-Wave Panel Study. *Journal of Social and Personal Relationships*, 14(6), 761–775. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/0265407597146003>
- Direção Regional de Estatística da Madeira. (2018). *Estatísticas Demográficas da Região Autónoma da Madeira*. Ano 2017.
- Dong, X., Chang, E., Wong, E. & Simon, M. (2012). Perception and negative effect of loneliness in a Chicago Chinese population of older adults. *Archives of gerontology and geriatrics*, 54(1), 151-159. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.archger.2011.04.022>
- Dunst, C. & Trivette, C. (1990). Assessment of Social Support in early intervention Programs. In Meisels, S.J. & Shonkoff, J.P. (Eds). *Handbook of Early Childhood Intervention*, (326-349). New York: Cambridge University Press. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/1990-97305-014>
- Fernandes, A. (1997). *Velhice e sociedade: demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- Fernandes, H. (2007). *Solidão em Idosos do Meio Rural do Concelho de Bragança* (Tese de Mestrado). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Porto. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/23698/2/29768.pdf>
- Fernandes, J. (2012). *A Solidão nos Idosos numa comunidade rural - Implicações para uma velhice bem-sucedida* (Tese de Mestrado). Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Ferrão, J. (2000). *Relações entre mundo rural e mundo urbano: evolução histórica, situação actual e pistas para o futuro*. *EURE (Santiago)*, 26(78), 123-130.
- Fonseca, A. (2005). Envelhecimento bem-sucedido. In Paúl, C. & Fonseca, A. (Eds), *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados* (pp. 285-311). Lisboa: Climepsi.
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas, Lda.

Fratiglioni, L., Wang, H. X., Ericsson, K., Maytan, M. & Winblad, B. (2000). Influence of social network on occurrence of dementia: a community-based longitudinal study. *The lancet*, 355(9212), 1315-1319.

George, L. (1992). *Economic status and subjective well-being: A review of the literature and an agenda for future research*. In N. E. Cutler, D. W. Gregg, & M. P. Lawton (Eds.), *Aging, money, and life satisfaction: Aspects of financial gerontology* (p. 69–99). Springer Publishing Company.

George, L. (2006) Perceived quality of life. In: Binstock RH, George LK (Eds.). *Handbook of aging and the social sciences* (p. 320-336). Amsterdam: Elsevier Academic Press.

Goldstein, L. (1998). Bem estar subjetivo no idoso. *Texto não publicado-Núcleo de Estudo Avançados em Psicologia do Envelhecimento. UNICAMP. Campinas, São Paulo*.

Heller, A. (2008). *O Cotidiano e a História*. São Paulo: Paz e Terra.

Hespanha, M. J. (1994). Os Sistemas Informais de Apoio aos Idosos – Um Estudo de Caso. *Envelhecer: Os Desafios do Século XXI*, 103-117.

Holt-Lunstad, J. (2017). The potential public health relevance of social isolation and loneliness: Prevalence, epidemiology, and risk factors. *Public Policy & Aging Report*, 27(4), 127-130.

Hossen, A. (2012). Social isolation and loneliness among elderly immigrants: The case of South Asian elderly living in Canada. *Journal of International Social Issues*, 1(1), 1-10.

Jong Gierveld, J. & Tesch-Römer, C. (2012). Loneliness in old age in Eastern and Western European societies: Theoretical perspectives. *European Journal of Ageing*, 9(4), 285-295.

Jong Gierveld, J., Van Tilburg, T. & Dykstra, P. (2006). Loneliness and social isolation (Author-version). *Cambridge handbook of personal relationships*, 485-500.

Jullamate, P., Azeredo, Z., Paúl, C. & Subgranon, R. (2006). Informal stroke rehabilitation: what do Thai caregivers perform?. *International Journal of Rehabilitation Research*, 29(4), 309-314.

Kamiya, Y., Doyle, M., Henretta, J. & Timonen, V. (2014). Early-life circumstances and later-life loneliness in Ireland. *The Gerontologist*, 54(5), 773-783.

Klinenberg, E., Torres, S. & Portacolone, E. (2012). *Aging Alone in America*. New York: Council on Contemporary Families.

Krause, N., Newsom, J. & Rook, K. (2008). Financial strain, negative social interaction, and self-rated health: evidence from two United States nationwide longitudinal surveys. *Ageing and Society*, 28 (7), 1001–1023

Kuznier, T., Souza, C., Mata, L. & Chianca, T. (2016). Propriedades psicométricas da escala de solidão da UCLA: revisão integrativa. *Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro*, 6(2), 2271-2281

Larrañaga, I. (2004). *Las fuerzas de la decadencia*. Santiago, Chile: Paulinas.

Lim, L. & Kua, E. (2011). Living alone, loneliness, and psychological well-being of older persons in Singapore. *Current gerontology and geriatrics research*, 2011, 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1155/2011/673181>

Lopes, R. (1999). As relações afetivas: família, amigos e comunidade. *Revista A Terceira Idade* (17), 15-28.

Lorenzo, Óscar, Teixeira, A., Santos, S., Teixeira, D., Penaforte, H. & Sequeira, C. (2019). Fatores de isolamento social do idoso em meio rural. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(2), 39-46. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i2.57>

Martins, R. (2005). A relevância do apoio social na velhice. *Educação, Ciência e Tecnologia*, 17 (3), 128-134.

Melo, L. & Neto, F. (2003). Aspectos psicossociais dos idosos em meio rural: Solidão, satisfação com a vida e locus de controlo. *Psicologia Educação e Cultura*, VIII, 107 – 121.

Mesquita, J. (2011). *Suporte social e redes de apoio social em idosos* (Tese de Mestrado). Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida.

Morais, E. (2007). *Envelhecimento no meio rural: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul* (Tese de doutoramento). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Neto, F. & Barros, J. (2001). Solidão em diferentes níveis etários. *Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento*, 3, 71-88.

Neto, F. (2000). *Psicologia Social*. Lisboa: Universidade Aberta.

Ornelas, J. (1994). Suporte social: origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise psicológica*, 12, 333-339.

Paúl, C. & Fonseca, A. (2005). *Envelhecer em Portugal*. Lisboa: Climepsi Editores.

Paúl, M. C. (1991) – *Percursos pela velhice: uma perspectiva ecológica em psicogerontologia* (Tese de Doutoramento). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Pavarini, S., Mendiondo, M., Barham, E., Varoto, V. & Filizola, C. (2005). A arte de cuidar do idoso: gerontologia como profissão?. *Texto & Contexto-Enfermagem*, 14(3), 398-402.

Pegoretti, M. & Sanches, S. (2004). A problemática da segregação espacial dos residentes na área rural: uma visão através da dimensão acesso e do sistema de transporte. *Anais do II Encontro da ANPPAS*. Indaiatuba, São Paulo.

Peplau, L. & Perlman, D. (1982) *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: Wiley-Interscience.

Pereira, J., Giacomini, K. & Firmo, J. O. A. (2015). A funcionalidade e incapacidade na velhice: ficar ou não ficar quieto. *Cadernos de Saúde Pública*, 31, 1451-1459.

Pocinho, M., Farate, C. & Dias, C. A. (2010). Validação psicométrica da escala UCLA-Loneliness para idosos portugueses. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, (18), 65-77.

Queroz, N. (2003). *Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia idade e velhice* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Disponível em: http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/253673/1/Queroz_NelmaCaires_M.pdf

Queroz, N. (2008). *Bem-estar psicológico: investigações acerca de recursos adaptativos em adultos e na meia idade* (Tese de Doutorado). Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas.

Rego, A., Cunha, M. & Meyer Jr. (2018). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de Orientação. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 17 (2), 43-57. Disponível em: <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpbg/v17n2/v17n2a04.pdf>

Ribeiro, J. (2011). *Escala de Satisfação com o Suporte Social*. Lisboa: Placebo, Editora.

Rodrigues, R. (2011). *Avaliação comunitária de uma população de idosos: da funcionalidade à utilização serviços* (Tese de Doutorado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7168>

Rosa, M. (1993). *O desafio social do envelhecimento demográfico. Análise Social*, 28(122), quarta série, 679-689. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/4101148>

Rossell, N. Y., Herrera, R. R. & Rico, M. A. (2004). *Introducción a la psicogerontología*. Madrid: Ediciones Pirámide.

Rowles G. (1984) *Aging in Rural Environments*. In: Altman I., Lawton M.P., Wohlwill J.F. (eds) *Elderly People and the Environment. Human Behavior and Environment (Advances in Theory and Research)*, vol 7, 129-157. Springer, Boston, MA. Disponível em: https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2171-0_5

Russell, D., Cutrona, C. E., Rose, J. & Yurko, K. (1984). Social and emotional loneliness: An examination of Weiss's typology of loneliness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46(6), 1313–1321. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0022-3514.46.6.1313>

Sá, J. (1999). *Gerontologia e interdisciplinaridade: fundamentos epistemológicos*. Neri AL, Debert GG, organizadores. *Velhice e sociedade*. Campinas: Papirus, 223-32.

Santana, H. & Sena, K. (2003). O idoso e a representação de si. *A terceira idade*, 14(28), 44-53.

Santos, M. (2013). *A organização do ambiente educativo e a aprendizagem* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Educação e Psicologia. Universidade Católica Portuguesa.

Savikko, N., Routasalo, P., Tilvis, R. S., Strandberg, T. E. & Pitkälä, K. H. (2005). Predictors and subjective causes of loneliness in an aged population. *Archives of gerontology and geriatrics*, 41(3), 223-233.

Sequeira, A. & Silva, M. N. (2002). O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. *Análise Psicológica*, 20(3), 505-516.

Serra, A. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

- Silva, A. & Fossá, M. (2015). Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. *Qualitas Revista Eletrônica*, 16(1).
- Silva, L., Farias, L., de Oliveira, T. & Rabelo, D. F. (2012). Atitude de idosos em relação à velhice e bem-estar psicológico. *Revista Kairós: Gerontologia*, 15(2), 119-140.
- Sluzki, C. (1996). *La Red Social: Frontera de la Practica Sistemica*. Barcelona: Gedisa.
- Stake, R. (2000). Case studies. In: Denzin, N.; Lincoln, Y. (eds.) *Handbook of qualitative research*, 435-454. London: Sage.
- Terra, N. & Rodrigues, N. (2006). *Gerontologia social para leigos*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Thoits, P. (1982). Conceptual, Methodological, and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 23(2), 145-159. Disponível em: <https://doi.org/10.2307/2136511>
- Ussel, J. (2001). *La soledad en las personas mayores: Influencias personales, familiares y sociales. Análisis cualitativo*. Madrid: Ministerio de Trabajo e Asuntos Sociales.
- Valtorta, N. & Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(12), 518-522.
- van Tilburg, T. G. (1990). The size of the supportive network in association with the degree of loneliness. *Social network research: Substantive issues and methodological questions*, 137-150.
- Vasconcellos, E. (1997). Transporte rural: o resgate de um tema esquecido. *Revista dos Transportes públicos*, 75, 31-48.
- Vergara, S. (2005). *Método de pesquisa em administração*. São Paulo: Atlas.
- Victor, C., Scambler, S. & Bond, J. (2008). *The social world of older people: Understanding loneliness and social isolation in later life*. McGraw-Hill Education (UK).
- Waldow, V. & Borges, R. (2011). Cuidar e humanizar: relações e significados. *Acta paulista de enfermagem*, 24(3), 414-418.
- Walker, K., MacBride, A. & Vachon, M. (1977). Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science & Medicine*, 11(1), 35-41. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0037-7856\(77\)90143-3](https://doi.org/10.1016/0037-7856(77)90143-3)
- Weiss, R. S. (1973). *Loneliness: The experience of emotional and social isolation*. Cambridge: The MIT Press.
- Wolf, D. (1995). Changes in the living arrangements of older women: an international study. *The gerontologist*, 35(6), 724-731.

Fontes consultadas

Câmara Municipal de São Vicente. <http://www.cm-saovicente.pt/>

INE. https://ine.pt/xportal/xmain?xpgid=ine_main&xpid=INE

Pordata. <https://www.pordata.pt/>

VisitMadeira. <http://www.visitmadeira.pt/pt-pt/homepage?areaid=1>

Apêndices

Apêndice 1 - Tabela Síntese: Fatores preditores de solidão e isolamento social na população envelhecida que vive só no concelho de São Vicente

Tabela 17 - Fatores preditores de solidão e isolamento social na população envelhecida que vive só no concelho de São Vicente

Fatores preditores de solidão e isolamento social na população envelhecida que vive só no concelho de São Vicente																							
Entrevistados	Problemas de saúde						Medo e preocupação						Falta de suporte social		Falta de rendimentos	Viuvez	Falta de relações sociais					Acesso deficitário a transportes	
	Problemas físicos	Problemas renais	Ansiedade, depressão e outros problemas do foro psicológico	Problemas respiratórios	Diabetes	Doenças coronárias	Preocupação excessiva devido ao medo de ladrões	Medo do futuro	Medo de não ter suporte em caso de doença	Medo do covid-19	Medo de sair de casa sem companhia	Pensamentos recorrentes sobre a morte	Falta de suporte social formal	Falta de suporte social informal	Pensão insuficiente face às despesas do mês	Perda da sua principal companhia	Falta de uma pessoa íntima	Relações superficiais ou inexistentes com os vizinhos	Falta de amigos e pessoas para conviver	Falta da população jovem	Falta da família	Más relações familiares	Dificuldade para realizar atividades da vida diária
E1	X		X		X			X				X	X		X	X	X						
E2	X		X	X			X	X							X			X					
E3												X			X		X	X					
E4		X											X			X	X	X			X		
E5	X		X										X				X	X				X	
E6	X		X		X					X			X	X	X			X			X		
E7				X							X				X		X	X			X		
E8	X														X								
E9	X												X	X				X	X	X			
E10	X					X							X		X								
E11																	X	X			X		
E12								X													X		X
E13	X				X							X	X	X	X			X	X	X			X
E14	X											X	X	X	X	X		X		X	X	X	X

Apêndice 2 - Guião da Entrevista Semiestruturada

Dados do entrevistado

Data de nascimento:

Estado civil:

Escolaridade:

Antiga profissão:

Guião da Entrevista

- 1- Sempre viveu cá em São Vicente/Ponta Delgada/Boaventura?
- 2- Há quanto tempo vive só?
- 3- Tem amigos com quem costuma estar frequentemente?
- 4- Em caso de necessidade a quem recorre?
- 5- Tem vizinhos que lhe prestam suporte em caso de necessidade? Ou não possui grandes relações na sua vizinhança?
- 6- Quais as atividades que costuma fazer para não se sentir só?
- 7- Quem é a sua principal companhia?
- 8- Qual é a principal dificuldade em viver só?
- 9- Tem dias em que se sente isolado/a socialmente? Se sim, quais os fatores que o/a levam a estar isolado/a socialmente?
- 10- Tem filhos? Se sim, os mesmos costumam visitá-lo/a com que frequência?
- 11- Considera ter uma boa relação familiar?
- 12- Sente que tem o apoio necessário da sua família?
- 13- Considera que a junta de freguesia e câmara municipal têm atenção às necessidades da população envelhecida, sobretudo a que vive só? Se sim, que tipo de suporte essas entidades prestam?
- 14- A nível de saúde sente algum problema que limite a sua vida? Se sim, em que sentido esse problema lhe afeta?
- 15- Já sentiu dificuldades a nível financeiro desde que vive só? Se sim, de que forma essas dificuldades influenciaram no seu dia a dia?
- 16- Consoante as suas necessidades, que medidas considera que seriam úteis de realizar da parte das entidades competentes para dar suporte à população envelhecida que vive só?
- 17- O que você mais sente falta na sua vida?
- 18- Considera-se uma pessoa que vive com solidão? Se sim, o que o/a leva a achar isso?
- 19- O que neste momento poderia diminuir a sua solidão? (Caso a resposta anterior seja positiva)

Apêndice 3 - Declaração de consentimento informado

Declaração de consentimento informado

Eu, Júlio Eduardo Alves Nunes, aluno do Mestrado em Gerontologia Social no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade de Lisboa, venho solicitar a participação de Vossa Ex.^a numa investigação, a realizar no âmbito da minha dissertação intitulada “Solidão e Isolamento Social na população com 65 e mais anos do concelho de São Vicente- R.A.M”, sob a orientação da Professora Doutora Stella António Bettencourt da Câmara.

A sua participação consiste em conceder-me uma entrevista e duas escalas focalizadas no tema da dissertação e autorizar a utilização do conteúdo dos mesmos na realização do trabalho.

Peço também a autorização para a gravação de áudio da entrevista.

A realização do questionário e da entrevista obedece à condição de anonimato de Vossa Ex.^a e reveste-se de primordial importância para a investigação.

Da minha parte comprometo-me com o seguinte:

- As suas informações serão confidenciais;
- Todas as informações serão codificadas de forma a garantir o seu anonimato;

Caso se verifique incumprimento dos requisitos de participação ou seja da sua vontade poderá anular a sua colaboração.

Assinatura do/a participante

(O/A Participante)

Assinatura do mestrando

(O Mestrando)

Grato pela sua colaboração, São Vicente, __/__/__

Anexos

**Anexo 1 - População residente por grandes grupos etários (Nº), R. A. Madeira e
Municípios (2013-2017)**

Tabela 18 - População residente por grandes grupos etários (Nº), R. A. Madeira e Municípios (2013-2017)

Ano	R.A. Madeira	Calheta	Câmara de Lobos	Funchal	Machico	Ponta do Sol	Porto Moniz	Ribeira Brava	Santa Cruz	Santana	São Vicente	Porto Santo
População dos 0 aos 14 anos (Nº)												
2013	40953	1582	6684	15379	3074	1468	316	2193	7940	857	675	785
2014	39278	1511	6346	14775	2885	1369	303	2087	7816	811	620	755
2015	37896	1452	6046	14261	2776	1304	278	2000	7669	770	603	737
2016	36489	1409	5765	13800	2617	1231	282	1911	7455	723	573	723
2017	35360	1347	5556	13412	2497	1170	270	1824	7326	697	551	710
População dos 15 aos 64 anos de idade (Nº)												
2013	181449	7227	24444	75143	15048	5850	1590	8654	31490	4716	3404	3883
2014	180190	7202	24398	74199	14938	5865	1562	8596	31584	4630	3353	3863
2015	178627	7136	24337	73147	14731	5877	1552	8524	31670	4557	3282	3814
2016	177703	7077	24328	72437	14601	5899	1517	8463	31861	4473	3252	3795
2017	177352	7130	24248	71896	14459	5958	1500	8498	32186	4432	3268	3777
População de 65 e mais anos de idade (Nº)												
2013	38911	2486	3670	17531	3025	1469	624	2042	4397	1699	1337	631
2014	39218	2457	3738	17747	3051	1460	604	2037	4473	1690	1328	633
2015	39901	2464	3863	18154	3147	1438	587	2031	4586	1665	1331	635
2016	40684	2460	3954	18576	3235	1427	591	2072	4710	1680	1335	644
2017	41656	2424	4043	19134	3316	1431	600	2106	4905	1679	1332	686

Fonte: Elaboração própria com dados retirados da DREM

Anexo 2 - Escala de solidão da UCLA adaptada à população envelhecida portuguesa

Escala de Solidão – UCLA – Daniel Russell

Traduzida e adaptada aos idosos portugueses por Margarida Pocinho e Carlos Farate (2005)

	Frequentemente	Algumas vezes	Raramente	Nunca
1 - Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho	4	3	2	1
2 - Sente que não tem alguém com quem falar	4	3	2	1
3 - Sente que tem falta de companhia	4	3	2	1
4 - Sente-se como se realmente ninguém o compreendesse	4	3	2	1
5 - Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer	4	3	2	1
6 - Não se sente íntimo de qualquer pessoa	4	3	2	1
7 - Sente que os que o rodeiam já não compartilham dos seus interesses	4	3	2	1
8 - Sente-se abandonado	4	3	2	1
9 - Sente-se completamente só	4	3	2	1
10 - É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o rodeiam	4	3	2	1
11 - As suas relações sociais são superficiais	4	3	2	1
12 - Considera que na realidade ninguém o conhece bem	4	3	2	1
13 - Sente-se isolado das outras pessoas	4	3	2	1
14 - Sente-se infeliz de estar tão afastado dos outros	4	3	2	1
15 - É-lhe difícil fazer amigos	4	3	2	1
16 - Sente-se posta à margem e excluída das outras pessoas	4	3	2	1

Total: _____

Valores superiores a 32 pontos (>32) são indicativos de sentimentos negativos de solidão.

Anexo 3 - Escala de Satisfação com o Suporte Social

Escala de Satisfação com o Suporte Social

E n° ____

	Concordo totalmente	Concordo na maior parte	Não concordo nem discordo	Discordo na maior parte	Discordo totalmente
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6- Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de atividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em atividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha família	A	B	C	D	E
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13- Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as atividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Desenvolvida e validada por Ribeiro (1999)

Total _____

A “Escala de Satisfação com o Suporte Social” é constituída por 15 itens que se distribuem por quatro fatores:

-1º fator – “satisfação com os amigos” (SA), mede a satisfação com as amizades/ amigos que tem. Inclui cinco itens (itens, 3, 12, 13, 14, 15);

-2º fator – “intimidade” (IN), mede a percepção da existência de suporte social íntimo. Inclui quatro fatores (itens 1, 4, 5, 6);

-3º fator – “satisfação com a família“ (SF), mede a satisfação com o suporte social familiar existente. Inclui três itens (itens 9, 10, 11);

-4º fator – “atividades sociais” (AS), mede a satisfação com as atividades sociais que realiza. Inclui três itens (itens 2, 7, 8).

Os itens são cotados atribuindo o valor “1” aos itens assinalados em “A”, e “5” aos itens assinalados em “E”.

São exceção os itens invertidos que são os seguintes: itens, 4, 5, 9, 10, 11, 12, 13, 14 e 15.

-A nota para a escala total pode variar entre 15 e 75 e à nota mais alta corresponde uma percepção de maior suporte social.

-Elevado suporte social – 51 a 75 pontos

-Médio suporte social – 26 a 50 pontos

-Baixo suporte social – inferior a 25 pontos

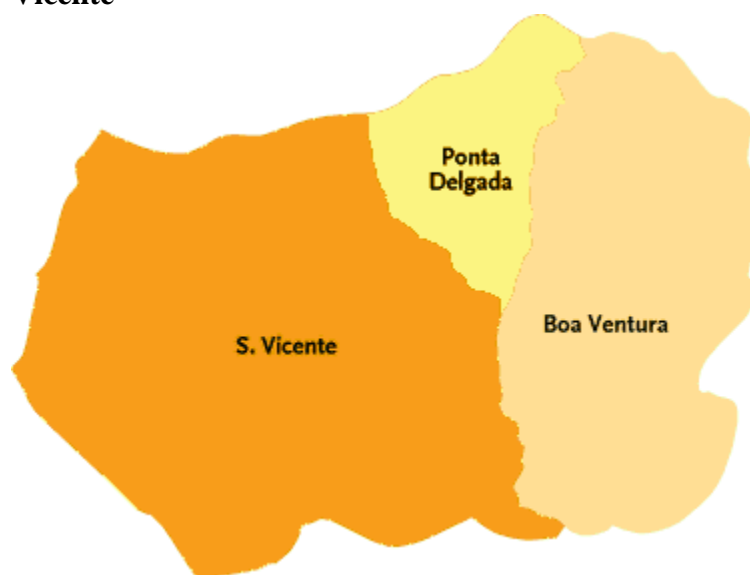
Anexo 4 - Mapa e imagens do concelho de São Vicente

Figura 1 - Localização geográfica do concelho de São Vicente na Ilha da Madeira



Fonte: Câmara Municipal de São Vicente

Figura 2 - Mapa das freguesias do concelho de São Vicente



Fonte: Geneall

Imagem 1 - Freguesia de São Vicente vista do Oceano Atlântico



Autor: David Francisco

Imagem 2 - Parte da freguesia de São Vicente vista do alto



Autor desconhecido

Imagem 3 - Freguesia de Ponta delgada vista do alto do lado oeste do Oceano Atlântico



Autor desconhecido

Imagem 4 - Freguesia da Ponta Delgada vista do lado este da Ilha da Madeira



Autor: Francisco Teles

Imagem 5 - Vila da freguesia de Boaventura



Autor desconhecido

Imagem 6 - Sítio da Fajã do Penedo na freguesia de Boaventura



Autor desconhecido