

Solidão e Saúde no Envelhecimento.

A participação em atividades estruturadas

Aluna: Catarina Grijó Amaral

Orientadora: Professora Doutora Maria João Bárrios

Dissertação de Mestrado em Sociedade, Risco e Saúde

Lisboa
2025

Solidão e Saúde no Envelhecimento. A participação em atividades estruturadas

Catarina Grijó Amaral

Orientador: Prof. Doutora Maria João Bárrios

Dissertação para obtenção de grau de Mestre em Sociedade, Risco e Saúde

Júri:

Presidente:

- Doutora Maria Paula Pestana de Freitas da Silva Faria de Campos Pinto, Professora Associada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

Vogais:

- Doutora Carla Marina da Cunha Ribeirinho, Professora Auxiliar do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa;

- Doutora Maria João Bernardo Bárrios, Professora Auxiliar Convidada do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, na qualidade de Orientadora.

*“Quando estou só reconheço
Se por momentos me esqueço
Que existo entre outros que são
Como eu sós, salvo que estão
Alheados desde o começo.*

*E se sinto quanto estou
Verdadeiramente só,
Sinto-me livre mas triste.
Vou livre para onde vou,
Mas onde vou nada existe.*

*Creio contudo que a vida
Devidamente entendida
É toda assim, toda assim.
Por isso passo por mim
Como por coisa esquecida.”*

Fernando Pessoa

Agradecimentos

Ao terminar esta importante etapa da minha vida, não posso deixar de agradecer a todas as pessoas que, com o seu apoio e contributo, estiveram ao meu lado, e comigo, fizeram esta caminhada. Como tal, cabe-me agradecer:

À minha orientadora, Professora Doutora Maria João Bárrios, por toda a disponibilidade e por ter acreditado em mim, mais do que eu própria. Por me ter feito perceber que, apesar do medo e independentemente do caminho escolhido, esta será sempre uma oportunidade de aprendizagem. Obrigada por toda o carinho e generosidade revelados ao longo deste processo, contribuindo sempre para a construção deste trabalho.

A todo o corpo docente, de todas as unidades curriculares do Mestrado em Sociedade, Risco e Saúde, por todo o conhecimento transmitido e por toda a partilha de experiências. Queria ainda agradecer por todo o apoio que me foi dado nesta fase mais complicada da minha vida.

Aos meus colegas do Mestrado em Sociedade de Risco e Saúde, pelo companheirismo e por todos os momentos de partilha e de trabalho de grupo.

À minha família, em especial ao meu pai, pelo apoio constante em todos os momentos e por me incentivar a continuar, apesar de ser uma fase difícil na minha vida.

À minha irmã por todo o apoio ao longo deste percurso. Muito obrigada por estares sempre ao meu lado em todas as etapas da minha vida. Obrigada pelas gargalhadas em momentos de ansiedade e stress, e por torceres sempre pelas minha vitórias e conquistas.

Por fim, quero agradecer à minha mãe, que durante este percurso académico enfrentou uma doença grave e que no meio de dias de dor e longas horas de tratamento, sempre me incentivou a ser positiva e a ver o lado bom das mais pequenas coisas. Quero agradecer o facto de me ter incentivado a nunca desistir deste Mestrado e ter confiado sempre nas minhas capacidades. Apesar de já não estares presente e de não poderes ver esta fase final do meu percurso, quero dedicar-te este trabalho final e demonstrar o amor que sinto por ti.

Resumo

O crescimento exponencial da população com 65 ou mais anos que acontece em Portugal, é acompanhado por desafios para os indivíduos e para as sociedades, nomeadamente ao nível da saúde. A literatura refere uma maior heterogeneidade dos que envelhecem, mais exigentes em termos de autonomia, cultura, bem-estar e saúde. Por outro lado, alerta para fenómenos de isolamento social e sentimentos de solidão, que têm conduzido à emergência de projetos sociais de combate à solidão das pessoas mais velhas. No enquadramento dos determinantes sociais da saúde, estas condições de envelhecimento são fundamentais no perfil de saúde das pessoas de idade avançada.

Esta pesquisa teve como objetivo identificar os fatores que levam uma população idosa a participar em atividades estruturadas de combate à solidão, determinando as perceções sobre a influência dessa participação no seu estado de saúde. Foi desenvolvida uma pesquisa de natureza exploratória e de abordagem qualitativa, através de um estudo de caso na Associação Alegria de viver. Realizámos um inquérito por entrevista semiestruturadas a um conjunto de 20 pessoas 65+ participantes nas atividades estruturadas da associação, criadas para o combate à solidão. Foram analisadas as relações entre as condições sociais e de saúde, os motivos de participação e de saúde, a avaliação subjetiva da saúde e da solidão.

As pessoas inquiridas participam nas atividades da associação por diversos motivos relacionados com a saúde: necessidade de conviver e socializar, para melhorarem a saúde física, adquirir novos conhecimentos, ter rotina ocupada e projetos do dia-a-dia, bem como para adotar uma mudança para uma vida mais positiva. Na sua perceção, a participação nas atividades melhora o seu estado de saúde física e psicológica, destacando a mobilidade e resistência, as funções cognitivas, autoestima e confiança, sobretudo por permitir criar redes de apoio.

Palavras chave - solidão, envelhecimento, saúde, determinantes sociais de saúde.

Abstract

An exponential increase in the population aged 65 and more that happens in Portugal, brings challenges to individuals and societies in terms of health. The literature highlights an increasing heterogeneity of those who are aging, with greater demands in terms of autonomy, culture, well-being, and health. On the other hand, it warns of phenomena such as social isolation and loneliness, which have led to the emergence of social projects aimed at combating loneliness among the elderly. Within the framework of the social determinants of health, these aging conditions are critical to the health profile of older individuals.

This research aimed to identify the factors that lead an elderly population to participate in structured activities designed to combat loneliness, as well as to determine their perceptions of how this participation influences their health status. An exploratory study with a qualitative approach was conducted, using a case study of the “Alegria de Viver” association. Semi-structured interviews were carried out with 20 individuals aged 65+ who participated in the association’s structured activities aimed at reducing loneliness. The relationships between social and health conditions, reasons for participation, subjective evaluations of health, and perceptions of loneliness were analyzed.

Respondents participated in the activities for several health-related reasons: the need for social interaction, improving physical health, acquiring new knowledge, maintaining an occupied routine, and engaging in daily projects, as well as seeking a transition to a more positive lifestyle. In their perception, participation in these activities improved their physical and psychological health, particularly enhancing mobility and endurance, cognitive function, self-esteem, and confidence, mainly by facilitating the creation of support networks.

Keywords: ageing, loneliness, social isolation, health, participation in structured activities

Acrónimos e Siglas

AAV – Associação Alegria de Viver

CENIE – Centro Internacional sobre o Envelhecimento

DGS – Direção Geral da Saúde

DSS – Determinantes Sociais de Saúde

EU – European Union (UE27 – 27 países da União Europeia)

INE – Instituto Nacional de Estatística

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONLCP – Observatório nacional de luta contra a pobreza

SNS – Serviço Nacional de Saúde

WHO – World Health Organization

Índice

Introdução	12
Capítulo 1. Revisão da literatura	14
1.1. Processo de envelhecimento e implicações na saúde.....	14
1.1.1. Envelhecimento demográfico em Portugal	14
1.1.2. Processo de envelhecimento individual	15
1.1.3. Consequências e desafios do Envelhecimento na saúde.....	19
1.2. Solidão no processo de envelhecimento	21
1.2.1. Atividades estruturadas de resposta ao isolamento e solidão.....	24
1.3. A solidão como determinante social da saúde	30
2. Metodologia.....	37
2.1 Tipo de estudo	37
2.2 Recolha de dados.....	38
2.3 Tratamento de dados	40
2.4 Modelo de Análise	41
3 Apresentação dos Resultados	42
3.1. Condições sociais e de saúde no envelhecimento	42
3.2. Atividades estruturadas: Motivações	47
3.3. Atividades estruturadas: influência na saúde	50
4. Discussão	53
Conclusões	61
Bibliografia.....	63
Apêndices.....	76
Apêndice 1 – Consentimento Informado	76
Apêndice 2 - Guião de entrevista às pessoas mais velhas	77
Apêndice 3 - Fotografias do local onde foi realizada a entrevista	82

Apêndice 4 - O que levou a participar nas atividades estruturadas da Associação?	83
---	-----------

Apêndice 5 - Qual o impacto que a participação nas atividades estruturadas teve na sua saúde?	84
--	-----------

Índice de Figuras

Figura 1 <i>Determinantes Sociais de Saúde</i>	31
Figura 2 <i>Modelo de análise</i>	40
Figura 3 <i>Sexo</i>	42
Figura 4 <i>Idade</i>	4 Erro! Marcador não definido.
Figura 5 <i>Rendimento mensal do agregado familiar</i>	44
Figura 6 <i>Frequência com que recebe visitas na sua habitação</i>	45
Figura 7 <i>Estado de Saúde antes e atualmente (depois de participar nas atividades)</i>	50

Índice de Tabelas

Tabela 1 – Principais alterações estruturais e fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento	17
Tabela 2 – Dimensões do guião de entrevista às pessoas mais velhas	38
Tabela 3 – Nível de Escolaridade	43
Tabela 4 – Última profissão antes da reforma	44
Tabela 5 – Problemas de saúde diagnosticados pelo o médico	46
Tabela 6 – Motivações para a participação nas atividades estruturadas.....	47
Tabela 7 – Atividades Estruturadas	49
Tabela 8 – Perceção sobre o efeito na saúde.....	51

Introdução

A estrutura demográfica da população portuguesa é cada vez mais envelhecida, sendo que a pirâmide etária portuguesa é caracterizada por possuir uma parte superior alargada. Este alargamento é devido ao aumento da esperança de vida, traduzindo-se num crescimento do número de pessoas com 65+ e 80+.

Embora a longevidade represente uma conquista em termos de condições de vida e de saúde, o envelhecimento da população implica problemas sociais e de saúde. O processo de envelhecimento gera inúmeras alterações físicas e psicológicas no ser humano. Deste modo, junto da população mais velha surgem as doenças crónicas que limitam o estado funcional e a qualidade de vida das pessoas idosas. Em Portugal, estes desafios são evidenciados por baixos valores de anos de vida saudáveis.

Além dos problemas de saúde, aumentam as situações que requerem cuidados ou respostas sociais. O número de indivíduos vítimas do fenómeno social do isolamento social e a possuir sentimentos de solidão tem aumentado de forma exponencial. Importa referir que o isolamento e os sentimentos de solidão podem afetar qualquer indivíduo independentemente da idade ou género. Contudo, estudos demonstram que este fenómeno possui uma maior incidência na população idosa. A solidão e o isolamento possuem impactos negativos na saúde física e mental dos indivíduos, colocando os mesmos em situações de maior risco e vulnerabilidade (WHO, 2015).

Estes desafios, remetem para a necessidade de se criarem respostas de cuidados sociais e de saúde, mas também oportunidades de participação. Os estudos mostram um aumento da heterogeneidade das pessoas mais velhas, mais exigentes e que valorizam a autonomia nas suas práticas e formas de participação (Bárrios, Fonseca & Fernandes, 2018). Contudo, assistimos a um crescimento de respostas estruturadas por parte das organizações da sociedade civil. O potencial destas atividades pode ser explorado ao entender as necessidades respondidas e os fatores que abordam. Entre as atividades que desenvolvem, destacam-se as iniciativas de combate à solidão entre as pessoas mais velhas. Considerando que as condições de participação se enquadram na abordagem dos determinantes sociais da saúde, definimos como questão de partida: *De que modo a*

participação em atividades estruturadas para o combate à solidão se relaciona com a saúde das pessoas idosas?

A partir desta questão, propõe-se como objetivo geral *identificar os fatores que levam uma população de pessoas mais velhas a participar em atividades estruturadas de combate à solidão, determinando as percepções sobre a influência dessa participação no seu estado de saúde.*

Como objetivos específicos foram definidos:

- i) *Caracterizar uma população de pessoas com 65 ou mais anos, participante em atividades estruturadas de combate à solidão, em relação às suas condições sociais, de saúde e envelhecimento;*
- ii) *Identificar os fatores que motivam essas pessoas a participar nessas atividades estruturadas de combate à solidão;*
- iii) *Caracterizar as percepções dessa população sobre a influência que a solidão e a participação nessas atividades têm na sua saúde.*

Para o cumprimento destes objetivos selecionou-se a Associação Alegria de Viver, dedicada ao desenvolvimento de atividades estruturadas de combate à solidão, em Lisboa.

Esta dissertação encontra-se estruturada em quatro partes. No capítulo da revisão da literatura abordamos o fenómeno do envelhecimento demográfico em Portugal, o processo de envelhecimento individual com foco nas implicações na saúde, e os desafios que este representa para a saúde das pessoas. Procedemos ainda à exploração do conceito de solidão no envelhecimento, enquanto determinante social da saúde, e às atividades estruturadas que lhe dão resposta. O segundo capítulo descreve a metodologia realizada, que inclui os procedimentos de recolha e análise dos dados. Segue-se a apresentação dos resultados, subdivididos em: condições sociais e de saúde, as motivações para a participação nas atividades, e percepção do efeito na saúde. No quarto capítulo estes resultados são discutidos à luz da literatura e, por fim, apresentados as principais conclusões da pesquisa.

Capítulo 1. Revisão da literatura

A pesquisa proposta implicou uma revisão da literatura aprofundada em torno dos principais conceitos e teorias que cruzam as áreas da saúde com o processo de envelhecimento. Depois de um enquadramento do envelhecimento demográfico, importa clarificar o fenómeno do envelhecimento individual, desenvolvendo as consequências e desafios associados. Do lado da saúde, o foco foi na redução da funcionalidade e a prevalência de doenças crónicas. Do lado social, seleccionamos as questões relativas aos conceitos de solidão e isolamento social e respetivos riscos no processo de envelhecimento. Por fim, encontramos nos determinantes sociais da saúde (DSS) o modelo teórico orientador da análise dos fatores que circundam a solidão e os efeitos na saúde.

1.1. Processo de envelhecimento e implicações na saúde

1.1.1. Envelhecimento demográfico em Portugal

O envelhecimento demográfico diz respeito às alterações na distribuição etária da população, e reflete uma maior proporção de população em idades mais avançadas (WHO, 2015).

A pirâmide etária da população portuguesa é caracterizada por ter a parte superior alargada, demonstrando o aumento do número de pessoas mais velhas. Em 2023, Portugal apresentava a segunda maior proporção de pessoas com mais de 65 anos (23,9%), apenas ultrapassado por Itália (24,0%) um valor muito superior ao EU-27 (21,3%) (Eurostat). Também a proporção de indivíduos com 80+ anos, em Portugal nesse mesmo ano era superior à média da UE27, sendo 6,9% em Portugal e 6.0% na UE27(Eurostat).

Este alargamento do topo deve-se a uma redução da mortalidade e aumento da esperança de vida. Em 2022, a esperança de vida à nascença em Portugal era de 81,7 anos enquanto na EU27 era de 80,7 anos. Por sua vez, a esperança de vida aos 65 anos em era de 20,5 anos, acima dos 19,6 anos da UE27 (Eurostat).

Na base da pirâmide, a redução da fecundidade, saldo migratório e natalidade refletem-se numa redução do número de crianças e jovens (0-14). Este desequilíbrio populacional é perceptível no índice de envelhecimento, que em 2020 era de 165,1 idosos por cada 100 jovens em Portugal, superior ao da EU27 de 137,2 idosos por cada 100 jovens (Eurostat).

Apesar da esperança de vida ter aumentado, importa compreender se esta longevidade acontece com boa saúde. Em 2021 Portugal possuía uma esperança de vida saudável de 58,3 anos, sendo esta menor quando comparada com a média da UE27 de 63,6 anos (Eurostat, 2021).

1.1.2. Processo de envelhecimento individual

O envelhecimento individual é considerado “um processo psicológico, físico e social que incita a alterações no indivíduo influenciando as suas definições sociais. Essas modificações tornam-se mais significativas quando modificam as expectativas originadas pela sociedade, colocando os idosos em categorias específicas (Serafim, 2007). Trata-se de um processo biológico de alterações naturais que começam na idade adulta e que determinam mudanças na estrutura do corpo e consequente modificação das suas funções (Souza et al, 2019).

Segundo Fonseca (2016), a pessoa idosa deve ser vista como um indivíduo parecido aos outros grupos etários, com as suas potencialidades, evitando-se a sua ridicularização na sociedade.

O envelhecimento cronológico refere-se ao processo natural de passagem do tempo, que gera o aumento da idade do indivíduo (Schneider, 2008). Contudo, o conceito de envelhecimento pode ser abordado de diferentes perspetivas.

Na perspetiva da funcionalidade e da qualidade de vida, o envelhecimento funcional está relacionado com a capacidade que o indivíduo tem de manter as suas

funções físicas e mentais ao longo do tempo, o que se torna imprescindível para que este tenha autonomia e qualidade de vida na velhice (Schneider, 2008).

Segundo Lucas Carvalho (2020), existem mais três tipos de envelhecimento: biológico, social e psicológico.

O Envelhecimento Biológico, que possui como característica a maior sensibilidade do indivíduo a ataques do ambiente interno e externo (Carvalho, 2020). Este diz respeito às alterações físicas que ocorrem no indivíduo, nomeadamente, a diminuição acentuada da regeneração das células e o a diminuição dos sistemas sensoriais (Sousa, 2013). Esta perda de competências cognitivas possui um grande impacto na vida quotidiana da pessoa idosa e contribui para o surgimento de diversas doenças (Pereira, 2019).

O envelhecimento Social, encontra-se relacionado com a forma como o indivíduo desempenha os seus diversos papéis e como se comporta no meio em que está inserido. Desta forma, facilmente compreendemos que o processo de envelhecimento varia consoante o contexto histórico e económico de cada sociedade (Carvalho, 2020).

O envelhecimento psicológico relaciona-se com a capacidade de percepção, aprendizagem e memória que o indivíduo possui (Carvalho, 2020).

Embora se tenda a considerar idosa a pessoa 65+ (países desenvolvidos) ou 60+ (países em desenvolvimento) a idade cronológica não é um critério favorável à categorização da população, pelas diferenças individuais à medida se envelhece. O ser humano é multidimensional (biológicas, psicológicas, socioculturais e espirituais) e, por isso, o número de anos que a pessoa vive não nos informa sobre a sua qualidade de vida ou experiências psicossociais (Azevedo, 2015).

No enquadramento do envelhecimento biológico, podemos referir-nos ao envelhecimento primário/normal, que é um processo de senescência natural, e envelhecimento secundário, patológico, causado por doenças ou pelo estilo de vida adaptado pela pessoa. O envelhecimento primário, corresponde às mudanças obrigatórias relacionadas com o envelhecimento, nomeadamente as alterações na pele e cabelos, altura e peso, perda auditiva e doenças oculares entre outras. Contudo, estas mudanças podem ser reduzidas se o indivíduo adotar comportamentos mais saudáveis e equilibrados. O

envelhecimento secundário, por sua vez, refere-se às alterações causadas por doença. Estas doenças, reduzem a independência e autonomia dos indivíduos e possuem um impacto nefasto na qualidade de vida dos mesmos (Dantas et al., 2017).

Segundo Ladislav (1994), o processo de envelhecimento origina uma perda progressiva da capacidade de adaptação do indivíduo às condições do ambiente. Com efeito, as perdas de audição, visão e equilíbrio e movimento relacionados à idade, bem como, situações de perda de memória e demência, são os problemas de saúde que mais afetam os indivíduos com mais de 65 anos (WHO, 2015).

O processo de senescência é gradual na mudança da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos. Inicia-se antes do nascimento e desenvolve-se ao longo da vida, por exemplo:

- Alterações na aparência física do ser humano, tais como: o surgimento de rugas, manchas e cabelos brancos;
- A perda de elasticidade e flexibilidade da pele;
- Perda de massa muscular, bem como, diminuição da força e equilíbrio do indivíduo;
- Aumento do risco de doenças cardiovasculares e dos problemas respiratórios;
- Perda da densidade óssea;
- Aumento do risco de possuir problemas de visão e da audição.

(Duarte & Santos, 2014).

Todas as alterações que podem ocorrer no indivíduo, durante o seu processo de envelhecimento (tabela 1), complicam a realização das atividades do dia-a-dia. Estas modificações colocam os indivíduos mais suscetíveis a riscos e vulnerabilidades.

Tabela 1

Principais alterações estruturais e fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento

Mobilidade e Postura	Alimentação e Nutrição	Sistemas Sensoriais
• Perda de densidade óssea e diminuição da resistência do tecido ósseo • Alterações da postura corporal: Cifose dorsal, flexão dos joelhos, anteriorização da cabeça, aumento da lordose cervical, que obriga à deslocação do centro de gravidade para a frente (diminuição do equilíbrio, risco de queda) • Diminuição da espessura da cartilagem, com rigidez dos tecidos moles envolventes da articulação • Perda de elasticidade de ligamentos e tendões (diminuição amplitude de movimentos) • Perda de fibras musculares • Perda de elastina, sobretudo as do tipo I de contração rápida. • Diminuição da resistência muscular (diminuição da resistência a atividade) • Diminuição da massa muscular. • Menor velocidade na realização de movimentos e menos eficazes em termos de força produzida (difficultades na marcha) • Redução do débito cardíaco • Diminuição da capacidade vital (diminuição da tolerância ao exercício)	• Alterações das papilas gustativas (diminuição do gosto e do olfato) • Alterações da dentição • Diminuição da secreção salivar (difficultades na mastigação e deglutição) • Diminuição do metabolismo Diminuição da motilidade digestiva (perda de apetite) • Diminuição da absorção de gorduras (redução do aporte calórico) • Diminuição da produção de enzimas digestivas • Diminuição da sensação de sede. (redução do aporte hídrico)	• Redução das sensações tácteis, temperatura e dor (Diminuição da capacidade de receber e tratar informações do meio ambiente) • Otosclerose e atrofia do nervo auditivo (Limitações da participação social e comunicação) • Redução da acuidade visual, visão periférica e capacidade de acomodação às diferenças de luminosidade (Diminuição da capacidade de interação e adaptação)

Fonte: Duarte, C. adaptado de Berger & Mailloux-Poirier 1995; Bolander, 1999

O aumento da idade no indivíduo, provoca a diminuição da velocidade de processamento de informações, que gera dificuldades na aprendizagem de novas situações. Aumenta a dificuldade em realizar diversas tarefas em simultâneo, redução da memória a curto prazo, necessidade de maior tempo para a aquisição de novos conhecimentos e a diminuição da velocidade de execução e de reação.

Segundo Lousa, a estimulação cognitiva permite o desenvolver as capacidades do ser humano de controlar e regular os seus pensamentos, emoções e ações. Deste modo, tal como o corpo, também a mente necessita de ser exercitada para continuar a funcionar. (Lousa, 2016). As doenças neurodegenerativas, como a doença de alzheimer, parkinson e demência são bastante frequentes junto da população mais velha. A depressão, a ansiedade e os transtornos de sono são prevalentes na população idosa, afetando a qualidade de vida dos idosos (Lousa, 2016).

A instabilidade postural, o risco de quedas, a ausência de movimento, provocada pelo declínio da massa e força muscular, sendo que dificuldades que vão surgindo com o passar do tempo no ser humano (Sequeira, 2018). De entre os problemas osteoarticulares,

os mais frequentes são a osteoporose, artrite e artrose, bem como, fraturas, especialmente do fémur e da coluna vertebral, muitas vezes resultantes de quedas (Pereira, 2021). A diabetes é outra condição prevalente, especialmente tipo 2, que afeta significativamente a qualidade de vida dos idosos (Garcias, 2013).

Autonomia e independência é resultado do equilíbrio entre o envelhecimento psíquico e biológico. O processo de envelhecimento é absolutamente individual, variável, cuja conquista se dá dia após dia, desde a infância. A velhice bem-sucedida é consequência de uma vida bem-sucedida (Moraes, 2010).

O envelhecimento individual é, então, condicionado por outros fatores para além dos biológicos, incluindo os sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, entendido como um progresso psicossocial ao longo da vida (WHO, 2015).

Quer isto dizer que é um processo influenciado pelos determinantes sociais, que incluem a cultura, o género, aspetos individuais, económicos, sociais, físicos, comportamentais e relativos aos serviços sociais e de saúde (França & Murta, 2014).

Estudos realizados por diversos autores, acabam por consolidar os conhecimentos acerca das desigualdades e iniquidades que afetam a saúde ao longo da vida.

1.1.3. Consequências e desafios do Envelhecimento na saúde

O fenómeno do envelhecimento populacional, devido ao processo de envelhecimento biológico, resulta num aumento de pessoas com doenças crónicas relacionadas com a idade, que afetam a mobilidade física (Mcleod et al., 2019). Estas doenças reduzem o estado funcional e afetam diretamente a qualidade de vida das pessoas (Bastos et al., 2021). Segundo a WHO, as principais doenças crónicas são as doenças cardiovasculares, cancro, diabetes e doenças respiratórias crónicas (WHO, 2020).

Um estudo realizado pelo INE refere que em Portugal, no ano de 2022, 44,7% da população com 16 ou mais anos possui uma doença crónica ou problema de saúde prolongado. No que respeita à população portuguesa com 65 ou mais anos, no ano de 2022, a percentagem portadora de doença crónicas era de 71,1%, por comparação com a população com menos de 65 anos que apresentava 34,6% (INE, 2023). As doenças

crónicas mais frequentes em Portugal no ano de 2019 eram: artrose (23,8%), Distúrbio lombar (37,7%), Distúrbio Cervical (27,3%) Asma (6,1%), Doenças Respiratórias (5,5%), Pressão alta (26,6%) AVC (1,9%) e Diabetes (10%) (Eurostat, 2019).

Os problemas de saúde relacionados com a idade refletem-se no indicador de anos de vida saudável. Segundo os dados do Eurostat, em 2022, os portugueses viviam 59,1 anos saudáveis, sendo inferior à esperança de vida e à média de anos de vida saudável da UE27 (62,6 anos). Os desafios do envelhecimento populacional são diversos e possuem um impacto direto na saúde individual e nas respostas de cuidados de saúde.

Um dos principais desafios é a necessidade de adequação dos serviços de saúde às especificidades da população mais velha, como as situações de comorbilidade atendendo aos problemas mais frequentes deste grupo, incluindo cuidados preventivos, tratamentos especializados e acompanhamento contínuo. Neste sentido, o envelhecimento da população acarreta custos crescentes para os sistemas de saúde e para a sociedade como um todo, devido à necessidade de investimentos em infraestrutura, tecnologia e profissionais capacitados para dar resposta aos desafios que surgem do envelhecimento da população idosa (Rebelo, 2019).

De acordo com Martins (2007), o aumento da população idosa, pode contribuir para a sobrecarga dos sistemas de saúde. Pode-se verificar ainda uma escassez de profissionais especializados, pois o atendimento ao indivíduo com 65 ou mais anos requer conhecimentos específicos. Torna-se imprescindível conhecer e compreender melhor o processo de envelhecimento da população portuguesa, de modo a promover novas e melhores abordagens preventivas, curativas e de cuidados continuados. Os conhecimentos científicos atuais sobre a importância da promoção da saúde ao longo da vida, para prevenir ou retardar situações de doença ou dependência, sobre os fatores de risco e as doenças mais frequentes nos indivíduos e sobre o seu impacto nos cuidados de saúde, exigem a definição de linhas orientadoras para potenciar um envelhecimento saudável. Além de ser um dos fatores que contribuiu para o aumento da longevidade da população, Martins (2003) considera imprescindível desenvolver ainda mais a tecnologia de modo que seja possível dar resposta às necessidades das pessoas mais velhas, nomeadamente para garantir uma assistência de qualidade e promover o envelhecimento saudável (Martins, 2003).

Os problemas de saúde denominados como característicos dos indivíduos com idades avançadas, e que apresentam uma alta taxa de prevalência, são: incontinência urinária, instabilidade postural e quedas; problemas de mobilidade; demência; delírio e depressão (Martins, 2003).

1.2. Solidão no processo de envelhecimento

A forma como a sociedade se organiza hoje, tem contribuído para que se dê menos atenção à população idosa, como processo de envelhecimento e coloca o indivíduo mais vulnerável e suscetível a riscos (Paço, 2016). O perfil sociológico do idoso no Portugal contemporâneo é marcado por um desfavorecimento social que se verifica com o aumento da idade, condicionado pelos baixos rendimentos, precaridade das condições habitacionais, isolamento social e pela elevada taxa de prevalência de doenças crónicas (Brito, 2013).

As principais características do envelhecimento emocional são: redução da tolerância aos estímulos, vulnerabilidade à ansiedade e depressão e sintomas hipocondríacos (Martins, 2003).

A solidão é vista como que uma experiência subjetiva que sofre a influência das circunstâncias e experiências da vida de cada indivíduo (Jung & Lee, 2018). Muitos autores consideram que a solidão está relacionada com a baixa autoestima. Por sua vez, para Jong Gierveld, o sentimento de solidão é uma experiência subjetiva e negativa, que surge com base na reflexão sobre as diferenças entre as relações sociais que as pessoas pretendem e as que realmente têm (Gierveld et al., 2015).

Weiss (1973) definiu dois tipos de solidão: solidão social e solidão emocional. A solidão social acontece quando o indivíduo compreende e possui falhas nas relações sociais que estabelece. Este tipo de solidão é considerado uma consequência da solidão emocional e ocorre quando o indivíduo considera que perdeu a estima, apoio e carinho de outras pessoas, fazendo com que se sinta rejeitado ou incompreendido pela sua rede social. Deste modo, o indivíduo demonstra possuir dificuldades de integração social que consequentemente afeta também a realização de atividades no quotidiano (Weiss, 1973). Por sua vez, a solidão emocional, é causada pela perda ou ausência de uma pessoa com

quem existia uma vinculação íntima forte, sendo que esta perda somente é superada com a integração de outro vínculo emocional semelhante (Weiss, 1973). A solidão emocional está relacionada com as relações familiares e amorosas. O suporte social possui um impacto positivo se a solidão for associada a problemas de integração social (Barôa, 2018).

O isolamento social é associado à falta de contacto social, à ausência de envolvimento na comunidade e à ausência ou dificuldade no acesso a serviços (WHO, 2022). O isolamento social pode ser avaliado tendo por base a frequência de papéis sociais desempenhados. Warren (1993) define o isolamento social como efeito de quatro critérios combinados sendo estes: ambiente estigmatizado, desinteresse social, desconexão pessoal – social e, impotência pessoal (Warren, 1993).

Importa referir que *“o indivíduo pode estar socialmente isolado, sem se sentir sozinho, ou sentir-se só, apesar de possuir uma boa rede social”* (Mendes, 2022, p. 20). Valtorta e Hanratty *“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”* (Nunes, 2021, p. 34).

A solidão é considerada um risco social. Deste modo, por risco social associa-se, a possibilidade de ocorrência de determinadas consequências não desejadas e negativas de uma situação. Os riscos são associados, a situações próprias do ciclo de vida de cada indivíduo, mas também se relaciona com as condições das famílias, comunidade e ambiente em que os seres humanos se inserem. (Rowe, 1988).

A solidão e o isolamento podem afetar todo o tipo de pessoas: jovens, idosos, empregados, desempregados, solteiros, casados, ou seja, é considerado um fenómeno transversal ao género, condição económica e estado civil (WHO, 2022). Contudo, o isolamento social tem-se agravado ao longo dos anos na população mais velha. Em Portugal no ano de 2021 existiam 1027871 agregados familiares unipessoais (INE, 2022). As pessoas mais velhas encontram-se suscetíveis a maiores riscos, pois constitui um grupo mais vulnerável. Por vulnerabilidade, entende-se a exposição a riscos e a baixa

capacidade material, simbólica e comportamental dos indivíduos conseguirem ultrapassar os desafios com que se deparam (Carneiro & Veiga, 2004).

Deste modo, a população idosa encontra-se muitas vezes sobre o efeito do risco de solidão. Pessoas, famílias e comunidades são vulneráveis quando não dispõem de recursos materiais e imateriais para enfrentar com sucesso os riscos a que são ou estão submetidas, nem de capacidades para adotar cursos de ações/estratégias que lhes possibilitem alcançar patamares razoáveis de segurança pessoal/coletiva (Matos, 2017).

A solidão e o isolamento fazem cada vez mais parte da experiência do envelhecimento. A redução da vida intergeracional, bem como, o aumento da mobilidade social e geográfica, contribuem para o aumento do número de indivíduos em situação de solidão (CENIE, 2018). A experiência e as consequências da solidão e do isolamento variam de acordo com a posição social. Posto isto, a abordagem desses problemas possui a possibilidade de desempenhar um papel na redução das desigualdades na saúde, bem como, na melhoria da qualidade de vida das pessoas (CENIE, 2018).

A transformação das formas de sociabilidade e o consequente isolamento a que muitos indivíduos estão sujeitos, gera um agravamento dos problemas dos mais velhos, sendo estes os principais afetados pela ausência de um suporte relacional. A forma como a sociedade se organiza, é fruto das atividades do quotidiano, tem contribuído para que se dê menos atenção principalmente às pessoas de mais idade. As pessoas mais velhas ficam mais sujeitas ao risco de solidão (Paço, 2016).

São vários os fatores de risco que colocam os indivíduos em situação de isolamento social e solidão, sendo alguns destes: a pobreza ou pressões financeiras, a perda de autonomia, as fracas acessibilidades aos diversos serviços e recursos, a arquitetura residencial e a perda de familiares e amigos próximos (Rodrigues, 2022).

Um dos fatores que mais contribui para que um indivíduo mais velho se coloque em situação de isolamento social e suscetibilidade à solidão, é a saúde e o seu estado funcional. A perda de autonomia, a demência e outros problemas de saúde, muitas vezes, impossibilitam a realização das atividades do dia-dia levando os mesmos a uma situação de isolamento e solidão (Mendes, 2022).

A condição material precária que leva a que as famílias habitem em casas pequenas não permite, muitas vezes, a coexistência de várias gerações no mesmo agregado. Importa ainda referir, fatores como a dificuldade de acesso a meios de transporte e o de residir em zonas mais desfavorecidas e distantes do litoral (Fragoso, 2020).

O estado civil e laços sociais são determinantes no surgimento de episódios de isolamento, sendo que a falta de integração e apoio social são uma das principais causas do isolamento social. As variáveis sociodemográficas, como o sexo, a idade, a nacionalidade e estado civil (solteiro, casada, viúvo), constituem fatores que favorecem o surgimento deste fenómeno social (Freitas, 2011).

Ao nível psicológico, os fatores da personalidade, como a timidez, introversão e a baixa autoestima, podem tornar o indivíduo mais vulnerável à solidão. A diminuição do contacto social, o estatuto social que o indivíduo possui, as redes sociais inadequadas que vivência, experiências fracassadas e acontecimentos inesperados, também originam o problema de isolamento social (Fragoso, 2020).

A falta de afetos influencia o bem-estar emocional dos indivíduos. O facto das pessoas mais velhas se encontrarem isoladas, gera na maioria dos casos um sentimento de insegurança e de desorientação (Parreira, 2022).

Os conceitos de família e amizade estão mais banalizados, estando cada pessoa entregue a si mesma. Deste modo, com o aumento da idade as pessoas podem não ter os apoios que necessitam para garantir o seu bem-estar. A Falta de serviços e projetos para a população faz com que a qualidade de vida seja cada vez mais reduzida, pois não conseguem ver satisfeitas algumas das suas necessidades (Paço, 2017).

1.2.1. Atividades estruturadas de resposta ao isolamento e solidão

O envelhecimento traz consigo uma série de desafios que exigem uma abordagem holística e integrada para garantir o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas mais velhas. A gestão do tempo livre das pessoas aposentadas é um desafio, sendo importante promover iniciativas e programas que estimulem a participação ativa, autonomia e

independência dos mesmos de modo a potenciar e enriquecer as suas competências físicas e psicológicas (Puglia et al., 2024). Os desafios exigem a implementação de políticas públicas e sociais eficazes e eficientes que garantam o bem-estar e a qualidade de vida da população idosa e potenciem um envelhecimento saudável. Os desafios do envelhecimento para a sociedade são amplos e possuem um impacto em diversos setores, desde a saúde pública até a economia e as políticas sociais (ONLCP, 2022).

Torna-se fundamental criar respostas eficazes para combater o isolamento social e solidão, de modo a garantir os direitos da população idosa. Os Estados e as demais instituições dos diversos setores, devem exercer as suas ações de modo a minimizar este fenómeno social (Alves, 2013). É importante desenvolver uma abordagem integrada e colaborativa entre governos, instituições de saúde, organizações da sociedade civil e a própria sociedade, de modo a garantir o bem-estar e a qualidade de vida dos idosos e a promover um envelhecimento saudável para todos (Brito, 2013).

As respostas sociais existentes em Portugal para as pessoas mais velhas¹ baseiam-se em promover a autonomia, a integração social e a saúde. No entanto, quando o seu acesso está comprometido, coloca as pessoas idosas em maior risco de isolamento social (Segurança Social, 2023).

As estruturas residenciais para as pessoas idosas (ERPI), por exemplo, que são uma das respostas sociais mais utilizadas pelos idosos destinam-se a alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos. Com efeito, as mesmas oferecem serviços permanentes e adequados à situação de cada idoso. Promovem também um envelhecimento ativo, potenciando ao máximo as capacidades dos seres humanos. Estas instalações criam condições que permitem preservar e incentivar as relações intrafamiliar. Contudo, em muitos casos, não é possível criar relações com os familiares dos utentes, nem com o mundo fora da instituição, sendo que deste modo se considera que os indivíduos acabam por ficar sujeitos ao risco de isolamento e solidão. Muitos autores consideram que a institucionalização, em alguns casos, favorece a prevalência de sintomas psiquiátricos e de demência e gera a perda de autonomia (Alves, 2013).

¹ Serviço de apoio domiciliário, Centro de convívio, Centro de dia, Centro de noite, Acolhimento familiar, Estruturas residenciais e Centro de férias e lazer (Carta Social, 2023)

A literatura refere que os idosos institucionalizados em ERPIs podem sofrer de isolamento social, risco agravado pela necessidade de distanciamento social para contenção da pandemia, acentuando o sentimento de vazio e de perda de identidade. Assim sendo, considera-se que a institucionalização de indivíduos em idade avançada pode colocá-los em perigo de isolamento social, uma vez que ficam limitados às relações dentro da instituição, ficando afastado de outras realidades (Pimentel et al., 2021).

De acordo com Alves (2013), revela-se necessário criar respostas eficazes para combater a solidão, de modo a garantir os direitos da população idosa. Sendo necessário alargar as respostas para os idosos, de forma a facilitar as escolhas, em que haja uma adequação da pessoa ao ambiente, um carácter de continuidade e não de rutura com o passado.

A literatura aponta para uma maior heterogeneidade das pessoas mais velhas, em termos de características socioeconómicas, de necessidades e de desejos (Bárrios, Fonseca & Fernandes, 2018), que indicam a necessidade de respostas inovadoras. Nas últimas décadas, surgiram novas representações de velhice, que se opõem em cada detalhe, à imagem que existia anteriormente, isto devido à diversidade de estilos de vida e a reconfiguração do ciclo de vida graças à longevidade (Fonseca, 2016). Revela-se fundamental repensar nas atuais respostas sociais. Muitos autores defendem que é importante alargar as respostas para os idosos, de forma a facilitar as escolhas, em que haja uma adequação da pessoa ao ambiente, um carácter de continuidade e não de rutura com o passado (Alves, 2013).

Com efeito, ao nível da sociedade civil surgem cada vez mais atividades estruturadas destinadas a esta população-alvo, que visam o combate ao isolamento e à solidão das pessoas mais idosas, criadas com o objetivo de produzir um impacto positivo na saúde dos mesmos, (Bárrios, Fonseca & Fernandes, 2018; DGS, 2017). Estas atividades potenciam a existência de um envelhecimento ativo e saudável, uma vez que são estimuladas as capacidades dos indivíduos, tendo um contributo positivo para a saúde física, social e mental (DGS, 2017).

Segundo a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025 (DGS, 2017), torna-se fundamental promover iniciativas que procurem reduzir a prevalência e o impacto de doenças crónicas e a diminuição das capacidades físicas e

mentais nas pessoas idosas, devendo ser criadas atividades que promovam a autonomia dos idosos.

A estimulação e incentivo para que as pessoas mais velhas participem em atividades socialmente úteis, que promovam experiências de caráter social, cultural, lúdico poderá ser uma forma de motivar os mesmos, para aumentar o seu gosto pela vida, elevar a sua identidade e superar alguns dos seus sentimentos de vazio. Contudo, no planeamento e gestão destas atividades estruturadas, revela-se importante incluir esta população-alvo, devido à heterogeneidade do envelhecimento (Sousa, 2013).

Os desafios sociais e de saúde que surgem com a longevidade remetem para a necessidade de se criarem respostas de cuidados sociais e de saúde, mas também oportunidades de participação. Os estudos mostram um aumento da heterogeneidade das pessoas mais velhas, mais exigentes, que cada vez mais valorizam a sua autonomia (Bárrios et al., 2018). Quer isto dizer que à medida que as pessoas envelhecem tendem a envolver-se menos em atividades estruturadas. No entanto, o potencial destas atividades pode ser explorado ao entender as necessidades respondidas e os fatores que aborda (Paço, 2016).

As relações com os outros e as atividades regulares dão sentido e emoção à vida. Torna-se fundamental estabelecer uma relação de proximidade com os idosos para que estes se sintam apoiados no decorrer do processo de envelhecimento (Rowe & Kahn, 1998). As pessoas que se sentem inseridas na comunidade possuem melhores níveis de saúde (WHO, 1999). O desenvolvimento de respostas dirigidas à solidão das pessoas mais velhas remete-nos ainda para as questões éticas no desenvolvimento de atividades com a População Idosa, ao exigir uma reflexão sobre os princípios e valores universais comuns a todos, para viver de forma harmoniosa, pacífica e respeitadora, tendo por base a Declaração Universal dos Direitos Humanos (Fortin et al., 2003).

Os indivíduos que trabalham com a população idosa devem obedecer a princípios e deveres deontológicos e éticos. Estes devem ter em consideração não só o código deontológico da sua profissão, bem como outros documentos importantes como a Declaração Universal dos Direitos Humanos. Algumas das características exigidas aos profissionais são competência, responsabilidade, compromisso e Humanismo. Os profissionais que trabalham com esta população-alvo devem de exercer as suas funções

com o objetivo de melhorar as qualidades de vida dos idosos e de proporcionar o bem-estar social (Barreto, 2022). Deste modo, a pessoa idosa deve ser respeitada em qualquer circunstância, independente da sua orientação sexual, identidade, da sua total ou parcial dependência, bem como, deve ser incentivada a participar ativamente em todas as atividades inerentes ao exercício da cidadania (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1991).

Outro dos aspetos éticos dos profissionais que exercem a sua atividade com a população idosa, é o facto de ser fundamental promover a autonomia do idoso, respeitar a integridade física e moral da pessoa.

O risco social de isolamento social e solidão, coloca em causa alguns direitos, nomeadamente, o da participação e de assistência, bem como, o direito a uma vida digna e o direito à saúde e justiça. No que respeita ao direito de participação, os idosos devem estar devidamente integrados na sociedade, participando na realização de políticas, devendo ter a possibilidade de constituir associações de idosos. (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1991).

Por sua vez, o direito à Assistência, refere que os idosos devem usufruir de cuidados e de redes de suporte social. Os idosos devem ter acesso a cuidados de saúde que lhes permitam recuperar ou manter o seu bem-estar físico, emocional e mental. Devendo igualmente ter acesso a serviços sociais de modo a potenciar a sua proteção, autonomia e assistência (Assembleia Geral das Nações Unidas, 1991).

Fora do âmbito institucional, para responder aos problemas da solidão e envelhecimento surgem programas ao nível da sociedade, posicionados em paradigmas como o Active Ageing, Healthy Ageing, Successful Ageing e Ageing in Place. Reconhecendo que cada indivíduo envelhece de forma única, que as modificações no corpo e organismo do ser humano são distintas e que dependem da ação dos DSS, os paradigmas capazes de orientar as respostas aos desafios do envelhecimento salientam as questões sociais.

O conceito de *healthy ageing*, é um processo condicionado por fatores biológicos, sociais, económicos, culturais, ambientais e históricos, que é definido como um processo progressivo de mudança biopsicossocial do ser humano ao longo da sua vida. (WHO, 2015). O conceito de *healthy ageing* refere-se ao processo de desenvolvimento e

conservação da capacidade funcional do ser humano, sendo a capacidade funcional o resultado da interação das capacidades físicas e mentais da pessoa com o meio em que se insere. *Healthy ageing* é um conceito holístico, baseado no bem-estar. Deste modo, importa referir que o envelhecimento saudável é também reflexo dos hábitos de vida, do suporte social e das oportunidades garantidas pela sociedade para a manutenção das competências das pessoas idosas (WHO 2015). O *healthy ageing* é um termo com uma grande amplitude, que vai muito além da ausência de doença. Este é observado como um processo de adaptação às mudanças que ocorrem ao longo da vida do ser humano, o que permite aos idosos manterem o bem-estar físico, mental e social. O conceito depreende a identificação dos determinantes (Valer et al. 2015). O conceito refere-se a um processo contínuo de otimização das capacidades do ser humano, de modo a potenciar a melhoria da saúde física e mental, promovendo a sua independência, autonomia e qualidade de vida. Assim, não significa que não haja condições de saúde ou doenças crónicas associadas, apenas que estas se encontram controladas e cuja influência direta não prejudica ou reduz o bem-estar individual (WHO, 2018).

O *active ageing* permite que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida. Este conceito visa a participação do idoso na sociedade, de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades, possuindo sempre segurança e cuidados adequados aos mesmos (WHO, 2015). A abordagem de *active ageing* tem na sua base os direitos humanos das pessoas mais velhas e os princípios de independência, participação, dignidade e assistência definidos pelas Nações Unidas (WHO, 2002). No que respeita ao *envelhecimento bem-sucedido*, o mesmo encontra-se associado a três componentes: anulação da doença ou de incapacidade relacionada com a doença; manutenção elevada das funções psicológica e cognitiva; envolvimento constante e ativo em atividades sociais e produtivas (atividades, pagas ou não, criadoras de valor social (Cunha, 2016).

No que respeita ao *successful ageing*, os autores não possuem um consenso na sua definição. Contudo, o envelhecimento bem-sucedido está associado a três componentes: eliminação da doença ou de incapacidade relacionada com a mesma; manutenção das capacidades psicológicas e cognitivas; participação ativa em atividades sociais e produtivas (Mabombo, 2023).

O conceito de Ageing In Place, implica viver e envelhecer em casa de forma segura e independente, o que compromete a necessidade de adaptação do ambiente físico e social à vida quotidiana à medida que se envelhece (Fonseca, 2018).

1.3. A solidão como determinante social da saúde

1.3.1. Determinantes sociais da saúde no processo de envelhecimento

O processo de envelhecimento, e a saúde, são influenciados por fatores sociais. Existem determinantes sociais da saúde (DSS) que contribuem e por vezes definem o processo de envelhecimento do ser humano. Os DSS consistem em fatores sociais, culturais, económicos, étnicos/raciais, ambientais, psicológicos e comportamentais, que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (WHO, 2010). De acordo com a WHO (2011), os determinantes de saúde influenciam a saúde dos indivíduos e das comunidades, sendo suscetíveis de intervenção (WHO, 2011).

A literatura possibilita a compreensão dos DSS em estruturais e intermediários. Os estruturais geram estratificação social e incluem fatores relacionados com as condições habitacionais, a educação e formação do indivíduo, o género, etnicidade, mercado de trabalho e coesão social (Castro, 2012), bem como, fatores biológicos como a idade e fatores hereditários (WHO, 2015). Por sua vez, os intermediários surgem a partir da configuração da estratificação social e explicam as diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições comprometedoras da saúde. Na categoria de determinantes intermediários são incluídos: condições de vida, condições de trabalho, disponibilidade recursos e serviços, o acesso aos cuidados de saúde, redes sociais e comunitárias, comportamentos da população e barreiras para a adoção de um estilo de vida saudável (Castro, 2012; WHO, 2015).

Lorena (2010), considera que a saúde é afetada ao longo da vida pelas características do contexto social, que consequentemente criam desigualdades nas exposições e vulnerabilidades. Estes determinantes sociais condicionam o bem-estar, independência, autonomia e qualidade de vida dos idosos, contudo a mesma considera

que estes aspetos são banalizados e esquecidos nas intervenções e políticas (Lorena, 2010).

Reconhecendo que cada indivíduo envelhece de forma única, que as modificações no corpo e organismo do ser humano são distintas e que dependem da ação dos DSS, os paradigmas capazes de orientar as respostas aos desafios do envelhecimento salientam as questões sociais. Com efeito, foram definidas várias teorias e modelos sobre os determinantes sociais, sendo que os mais abordados pelos autores são, Modelo de Marmot e Wilkinson, o de Dahlgren e Whitehead e o modelo de Diderichsen, Evans e Whitehead.

Modelo de Marmot e Wilkinson apresenta o conceito de gradiente de saúde. Os autores consideram que o nível de bem-estar e saúde, varia consoante as classes sociais a que os indivíduos pertencem. Deste modo os indivíduos das classes mais baixas e com menor rendimento possuem menos níveis de saúde do que os restantes. Os indivíduos das classes mais elevadas possuem maior qualidade de vida e melhores índices de saúde. Assim, a saúde não se reduz apenas a questões biológicas, mas também ao contexto social de cada ser humano. As desigualdades sociais são vistas como o motivo da saúde e da doença (Bus et al., 2007). O Modelo de Dahlgren e Whitehead identifica os mecanismos pelos quais as relações entre os indivíduos de diferentes níveis de condições sociais cria as desigualdades em saúde (Lorena, 2010).

Neste modelo de Dahlgren e Whitehead é possível abordar o conceito de iniquidades, divididas em três grupos: sistemáticas, socialmente produzidas e injustas. Por sistemáticas, entende-se as que não são aleatórias, mas sim sólidas, padronizadas. Por sua vez, as socialmente produzidas são as que não resultam de características biológicas. Por fim as Injustas, são consideradas evitáveis, sendo possível efetuar mudanças a qualquer momento (Lorena, 2010). Deste modo, os esforços para promover a equidade social em saúde orientam-se para a criação de igualdade de oportunidades. A equidade abrange a distribuição equitativa de recursos, a igualdade de oportunidades e o apoio social (Whitehead & Dahlgren, 2007).

O Modelo de Diderichsen, Evans e Whitehead apresenta mecanismos de desigualdade. Como mecanismos de desigualdade temos, a estratificação social, o diferencial de exposição, o diferencial de suscetibilidade e as consequências desiguais (Gonçalves, 2010).

Figura 1

Determinantes Sociais de saúde



Fonte: Correia, 2017

São vários os fatores socioeconômicos, culturais e ambientais que influenciam a saúde dos indivíduos, sendo estes: as condições de vida e de trabalho; o ambiente de trabalho; educação; situação profissional; serviços sociais de saúde; condições habitacionais; recursos alimentares disponibilizados (Figura 1). Outro aspecto importante que determina a saúde dos mais velhos são as redes sociais e comunitárias existentes na sociedade que os mesmos integram, sendo este um aspecto fundamental. Os estilos de vida que os indivíduos adotam, nomeadamente se realizam exercício físico, se possuem uma alimentação saudável, se ingerem bebidas alcoólicas, e o consumo de tabaco, possuem um grande impacto na saúde dos mesmos. Outros determinantes que influenciam a saúde é a idade, sexo e outros fatores hereditários (Lorena, 2010).

A 7ª Edição do Inquérito Social Europeu divide os determinantes sociais em três conjuntos: determinantes comportamentais (atividade física, consumo de alimentos saudáveis, tabagismo e consumo de álcool), determinantes ocupacionais (como por exemplo, o trabalho e estatuto profissional do indivíduo) e condições de vida (dificuldades financeiras, conflitos domésticos na infância e adolescência, qualidade e estilo da habitação, dificuldades financeiras e suporte social) (Rory et al., 2023). Estes determinantes levam a iniquidades em saúde, ou seja, a disparidades injustas e evitáveis no estado de saúde (Sousa 2013). Acredita-se que os determinantes sociais de saúde potenciam a criação dos principais problemas de saúde atuais, tais como, a obesidade,

doenças cardiovasculares e diabetes. Desta forma, atuando a nível dos determinantes sociais de saúde é possível melhorar a igualdade de acesso aos cuidados de saúde, bem como, melhorar os índices de saúde (Sousa 2013).

Em suma, os determinantes sociais, como os serviços sociais, de saúde e as redes sociais e comunitárias, influenciam as desigualdades em saúde.

1.3.2. Solidão e efeito na saúde das pessoas mais velhas

O envelhecimento gera muitas perdas ao nível biopsicossocial, que potenciam o aumento do isolamento social dos idosos e o sentimento de solidão (Mendes, 2022). As condições de saúde frágeis da população idosa podem ser agravadas pela ausência das redes de suporte/apoio (Carneiro & Veiga, 2004). Com efeito, a participação social das pessoas mais idosas diminui ao longo do processo de envelhecimento, uma vez que passam a participar em redes sociais mais pequenas. Tudo isto, contribui para o aumento do número de idosos sós e isolados. Por sua vez, o fenómeno da solidão torna-se um risco para desenvolver outros problemas de saúde, como por exemplo, ansiedade, depressão, entre outros (França & Murta, 2014).

O isolamento social e a solidão possuem impactos negativos na saúde dos indivíduos. A falta de acesso a cuidados de saúde, bem como a falta de apoio em situação de emergência, são algumas das consequências deste fenómeno. Os indivíduos quando são vítimas do isolamento e solidão, possuem frequentemente, problemas de baixa autoestima, depressão, ansiedade e inseguranças (DGS, 2021).

A solidão é um fenómeno cada vez mais reconhecido como um problema de saúde pública, especialmente entre a população idosa. Em Portugal, tal como noutros países desenvolvidos, o envelhecimento da população tem vindo a aumentar, e com ele, os desafios associados à solidão e ao isolamento social. A solidão nas pessoas mais velhas não é apenas uma questão de bem-estar emocional, mas também um fator significativo que afeta a saúde física e mental. Neste contexto, é essencial compreender como a solidão impacta a saúde dos idosos e identificar intervenções eficazes para abrandar os seus efeitos (Lima, 2024).

A solidão encontra-se associada a problemas de saúde mental em idosos, incluindo depressão, ansiedade e um aumento do risco de suicídio. Estudos demonstram que idosos solitários têm uma maior probabilidade de desenvolver depressão, uma condição que pode agravar-se com o falecimento entes queridos (Ribeiro et al., 2011).

Além disso, a solidão está associada ao declínio cognitivo das pessoas mais velhas. Estudos sugerem que a falta de interação social pode acelerar o processo de declínio cognitivo e aumentar o risco de demência (Ferreira-Alves et al., 2014). A interação social é essencial para manter a estimulação cognitiva, e a sua ausência pode levar a um agravamento das funções cognitivas.

A saúde mental é fundamental para a nossa capacidade coletiva e individual, enquanto humanos que pensam, possuem emoções, interagem entre si, ganham e desfrutam a vida (Pereira et. al, 2021). No que se refere à saúde mental da pessoa idosa, *“a aquisição de um envelhecimento ativo encontra desafios, principalmente em função de riscos como, por exemplo, o sofrimento psíquico causado pela depressão”* (França & Murta, 2014, p. 320).

Com efeito, importa referir que a solidão possui um impacto bastante negativo na saúde dos indivíduos vítimas deste fenómeno social. Por sua vez, as alterações no corpo e organismo dos idosos, a pressão e preconceitos que esta população-alvo sofre da sociedade, possuem também um grande impacto na saúde mental destes indivíduos. Neste sentido as pessoas que possuem sentimentos de solidão sofrem como consequência problemas ao nível da saúde mental, tais como depressão, ansiedade, ataques de pânico, entre outros. Ao longo do processo de envelhecimento, alguns indivíduos sofrem de problemas de autoestima², resultantes das alterações físicas que observam nos seus corpos e devido aos sentimentos de solidão e isolamento que possuem.

Com o decorrer do processo de envelhecimento, surgem diversos receios e medos, bem como, sentimentos de inferioridade face aos indivíduos mais jovens. Muitos idosos

² Autoestima é definida como a “percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores, nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. A falta de autoestima faz com que os indivíduos se tornem mais vulneráveis (Tavares et al., 2016, p. 3558).

acabam por reduzir a sua participação na sociedade, dando origem a situações de isolamento e consequente diminuição da qualidade de vida (Paço, 2017).

O grupo de indivíduos, que possuem sentimentos de vazio e possuem algum transtorno psíquico como derivado, em muitos casos, da ansiedade, do medo, da insegurança e da baixa qualidade das escolhas existenciais (Guedes 2012).

Este sentimento aumenta de forma considerável, quando ocorrem acontecimentos ao longo da vida que derivam de perdas ou que diminuem a capacidade do idoso de adaptação na sociedade, como alterações psicológicas associadas à idade, perdas de memória ou maior dificuldade de raciocínio, os quais podem levar ao sentimento de solidão (Almeida et al., 2022).

Uma das principais particularidades dos indivíduos é a sua capacidade e necessidade de estabelecer vínculos, característica esta que permitiu a civilização crescer, aprender e evoluir. A OMS considerou o isolamento social e a solidão dos idosos como um problema prioritário de ordem política e de saúde pública. De facto, o declínio cognitivo e, sobretudo, a evolução do processo demencial, torna os adultos idosos mais vulneráveis a sentimentos de solidão e ao isolamento social, sendo estes, contudo, conceitos distintos. Assim, o isolamento social e a solidão, estão relacionadas com diversas alterações patológicas que podem originar alterações cognitivas, como o facto de parecerem ser responsáveis pelo surgimento de genes relacionados com a Doença de Alzheimer e com a Demência frontotemporal. A solidão parece ser, ainda, um sintoma de deterioração cognitiva e estabelece um fator de risco para a saúde, resultando em impactos negativos na qualidade de vida do sujeito, sendo um dos principais fatores que podem levar a depressão e tentativas de suicídio (Rodrigues, 2018).

A solidão contribui para a diminuição da qualidade do sono. Esta associa-se ao aumento de estilos de vida pouco saudáveis, tais como: tabagismo, consumo de álcool, sedentarismo, bem como, hipertensão e doença cardiovascular (Rodrigues, 2018). Sabe-se que a depressão é atualmente considerada um potencial fator causal de doença cardiovascular. (Rodrigues, 2018). Por outro lado, a solidão está associada a um aumento do risco de tentativas de suicídio. Esta relação é mais visível nas pessoas com patologia psiquiátrica, mas também se observa na população geral. Deste modo, é fundamental a criação de intervenções que reduzam a solidão (Rodrigues, 2018).

Para além dos efeitos na saúde mental, a solidão também tem impactos significativos na saúde física dos idosos. A pesquisa indica que a solidão está associada a uma maior incidência de doenças crónicas, como doenças cardiovasculares, hipertensão e diabetes (Hawkley & Cacioppo, 2010). Em Portugal, um estudo de Fonseca et al. (2014) destacou a ligação entre solidão e a saúde cardiovascular, revelando que os idosos solitários apresentam uma maior prevalência de hipertensão e problemas cardíacos. A solidão pode contribuir para a adoção de comportamentos negativos, como o sedentarismo, a alimentação pouco saudável (Fonseca et al., 2014). Além disso, a solidão tem sido associada a um sistema imunológico enfraquecido, o que contribui para o aumento de infeções e aumenta o tempo de recuperação de outras doenças (Cacioppo et al., 2015). Este efeito pode ser especialmente prejudicial para os idosos, cuja saúde já está comprometida pelo envelhecimento natural do sistema imunológico.

Dada a relação significativa entre solidão e saúde dos idosos, é crucial implementar intervenções eficazes para mitigar os seus efeitos. Várias estratégias têm sido propostas e testadas em Portugal, com resultados promissores. Assim, as situações sociais desfavoráveis podem favorecer o aparecimento de doenças.

2. Metodologia

A pesquisa desenvolvida, de natureza exploratória, permite uma maior proximidade com o universo do objeto de estudo, oferece informações e orienta a formulação das hipóteses da pesquisa. Gil (2008) considera que a pesquisa exploratória tem como objetivo principal desenvolver conceitos e ideias, tendo como objetivo a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses para estudos posteriores.

Considerando que a pesquisa exploratória costuma implicar a aplicação de uma abordagem qualitativa (Oliveira, 2011, p.21; Aaker, Kumar & Day, 2004), foi realizado um estudo de metodologia qualitativa, por possibilitar responder a diferentes tipos de questões e explicar melhor os fenómenos. A abordagem qualitativa procura dar significado aos dados, tendo como foco a percepção do fenómeno dentro do seu contexto (Oliveira, 2011).

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, sendo isto fundamental para atingir os objetivos do estudo definidos (Rego, et al, 2018). Na investigação qualitativa a fonte direta dos dados é o local do estudo, composto pelo investigador e os elementos da amostra (Bogdan & Biklen, 1994). Oliveira afirma que, em pesquisas com metodologia qualitativa todos os fatos e fenómenos são importantes, expressivos e relevantes (Oliveira, 2010).

Por fim, outro dos motivos que contribui para a escolha da metodologia qualitativa é o facto deste tipo de dados serem considerados ricos em descrições relativamente a pessoas, locais e conversas e de complexo tratamento estatístico, o que nos permitirá compreender de forma completa a percepção que as pessoas possuem sobre a solidão e a sua saúde (Bogdan & Biklen, 1994).

2.1 Tipo de estudo

Foi realizado um estudo de caso de natureza exploratória. Stake (2000) revela que o “estudo de caso” instrumental o investigador interessa-se 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 (Stake, 2000).

Em conformidade com a natureza complexa do objeto de estudo, a seleção do estudo de caso, deve-se ao facto de ser *“uma abordagem metodológica de investigação, especialmente, adequada quando se procura compreender, explorar ou descrever acontecimentos e contextos complexos, nos quais estão envolvidos diversos fatores”* (Figueiredo et al., 2018, p. 103). O plano metodológico cumpriu as cinco etapas identificadas por Branski: *“delineamento da pesquisa; desenho da pesquisa; preparação e coleta dos dados; análise dos casos e entre os casos; e elaboração dos relatórios”* (Branski et al., 2010, p.2).

2.2 Recolha de dados

Enquadrado numa metodologia qualitativa, o método de recolha de dados foi a aplicação de um inquérito, através da técnica entrevista semiestruturada. A entrevista semiestruturada, combina perguntas fechadas e abertas, sendo que, uma das vantagens da utilização desta técnica é o facto de permitir a recolha de informação detalhada e com maior profundidade (Sarroeira, 2011). Godinho (2022) afirma que o uso de entrevistas num estudo revela-se uma vantagem pois há uma maior eficácia na descoberta de informações sobre temas complexos e emotivos (Godinho, 2022).

Para a realização da pesquisa, foi selecionada uma associação em Portugal, sediada no concelho de Lisboa, cujo nome é Associação Alegria de Viver. Trata-se de uma associação que desenvolve programas de combate à solidão, contando com a participação de mais de 80 idosos. Os programas incluem atividades individuais e coletivas, de promoção de bem-estar e pertença, tendo por objetivo proporcionar momentos de alegria, prazer, relação e desenvolvimento aos seus utentes. Semanalmente, são realizadas várias atividades que visam potenciar as capacidades dos indivíduos, nomeadamente aulas de dança e música, atividade física, artes plásticas e manuais. Para além destas, é fomentado o gosto pela cultura, através da realização de passeios a pontos turísticos do país, bem como, através da realização de visitas a museus, cinemas e teatros. As atividades estruturadas fomentam a criação de laços entre os indivíduos através dos convívios e

festas que ocorrem frequentemente na associação. As pessoas idosas participam nas atividades desta associação de forma livre e voluntária.

Esta pesquisa contou com uma amostra constituída por de 20 pessoas com 65 ou mais anos entrevistadas. O alcance destes indivíduos decorre de uma divulgação interna da realização do estudo, permitindo o agendamento de entrevistas às pessoas que se disponibilizaram em colaborar. Foram entrevistados participantes destes programas que, além de se disponibilizarem para colaborar com o estudo, que não apresentavam comprometimento cognitivo ou de dicção, por indicação dos técnicos. O número de entrevistas realizadas (20) correspondeu ao número de pessoas que se disponibilizaram em colaborar numa primeira abordagem, mas também por se considerar que se atingiu a saturação da amostra (Fontanella et al., 2008), não havendo necessidade de se insistir na abordagem aos utentes da associação.

Na realização das entrevistas foi aplicada a capacidade de escuta, tendo um pensamento claro e lógico, bem como uma atitude de respeito, empatia, e de adaptabilidade. A entrevista realizou-se num ambiente tranquilo e seguro, de modo a os entrevistados pudessem expor os seus sentimentos e opiniões de forma livre e confortável (Sá & Moreira, 2021), que consistiu nas instalações da Associação.

A realização das entrevistas obedeceu aos princípios éticos da confidencialidade e proteção de dados de uma pesquisa desta natureza, tendo sido aplicado um consentimento informado livre e esclarecido (apêndice 1). Foi garantido o anonimato de todos os participantes, que tiveram conhecimento dos objetivos do estudo e podiam desistir a qualquer momento. Solicitámos ainda autorização da gravação da entrevista.

As entrevistas foram realizadas seguindo um guião (apêndice 2), que corresponde aos objetivos de estudo e contempla as dimensões de análise (tabela 2). Este guião contempla apenas algumas categorias pré-definidas, sendo outras dimensões compostas *à posteriori*, de acordo com os temas resultantes das entrevistas.

Tabela 2*Dimensões do guião de entrevista às pessoas mais velhas*

Objetivo específico	Dimensões de análise	Categorias pré-definidas
i) Caracterizar uma população de pessoas com 65 ou mais anos, participante em atividades estruturadas de combate à solidão, em relação às suas condições sociais, de saúde e envelhecimento;	Condições sociais Condições de envelhecimento Condições de saúde	Características sociodemográficas Suporte familiar Situação económica Situação habitacional Condições de saúde
ii) Identificar os fatores que motivam essas pessoas a participar nessas atividades estruturadas de combate à solidão	Motivos de participação nas atividades (relação com a saúde)	Conhecimento da associação Motivos da participação (relação com a saúde) Atividades em que participa
i) Caracterizar as percepções dessa população sobre a influência que a solidão e a participação nessas atividades têm na sua saúde.	Avaliação da solidão Avaliação subjetiva da saúde Efeito da solidão na saúde Efeito atividades de combate à solidão na saúde	Avaliação subjetiva do seu estado de saúde atual Avaliação subjetiva do estado de saúde antes de participarem nas atividades Influência da solidão na saúde Influência das atividades na saúde

Fonte: Elaboração própria

2.3 Tratamento de dados

As entrevistas realizadas, gravadas em áudio, foram sujeitas a uma transcrição na íntegra.

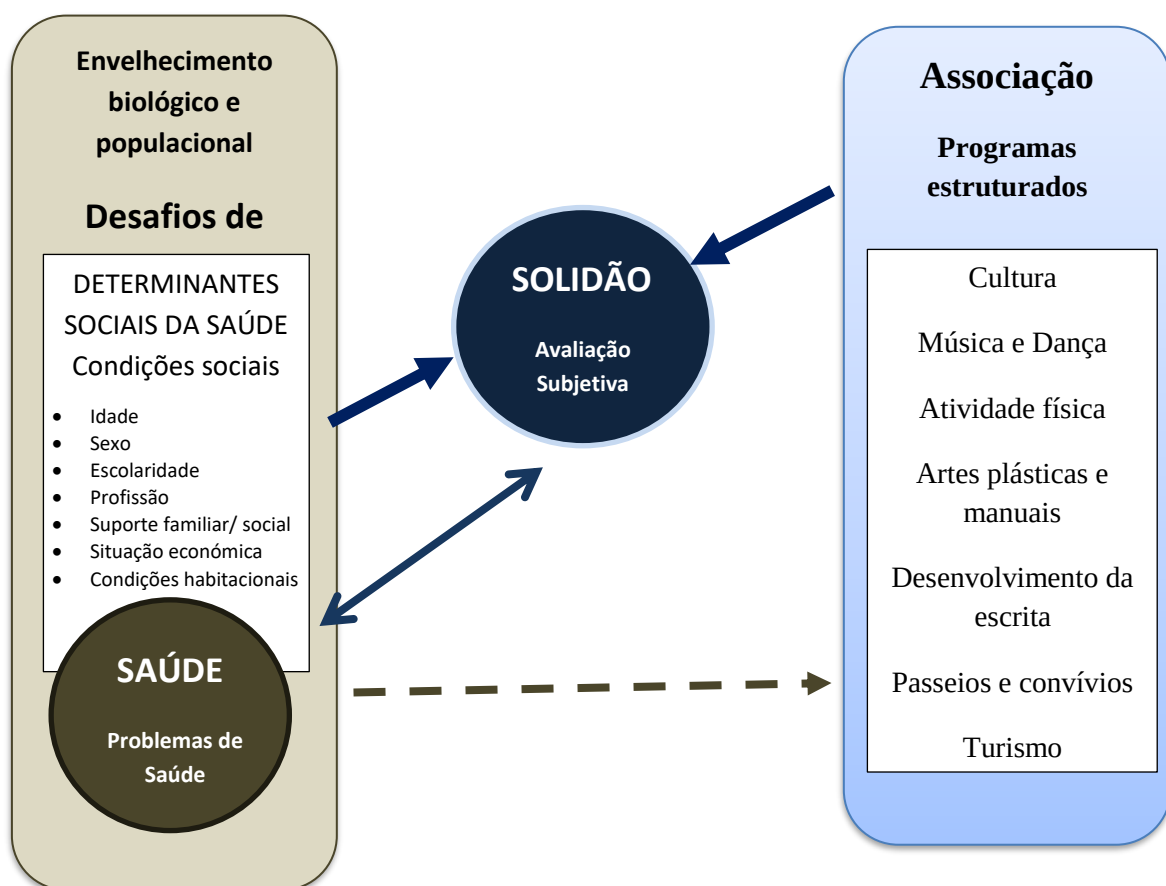
A análise da informação recolhida foi efetuada através de uma análise de conteúdo temática, considerando as categorias pré-definidas. A análise de conteúdo é um método de análise de entrevistas que possui uma grande importância nas investigações, uma vez que oferece a possibilidade de tratar de forma metódica informações e testemunhos, que possuem um certo grau de profundidade e complexidade (Gouveia, 2012). Esta análise de conteúdo, realizada em Excel, partiu das categorias pré-definidas e respeitou os três objetivos propostos. No momento seguinte, a análise foi completada com um confronto da informação resultantes das entrevistas aos utentes com a informação partilhada pelos técnicos da associação, para cada categoria.

2.4 Modelo de Análise

Na figura 2 apresentamos o modelo de análise, onde relacionamos os conceitos em torno da solidão, da participação em atividades estruturadas e da saúde das pessoas mais velhas. São aprofundadas as condições sociais dos participantes no que concerne à sua relação com a solidão, explorando se a solidão e/ou as condições de saúde constituem um motivo de adesão aos programas da associação selecionada. Nesta interligação, exploramos também se o sentimento de solidão contribui de forma negativa para a saúde, e quais os efeitos da participação em atividades estruturadas de combate à solidão na saúde das pessoas. Quer o sentimento de solidão quer a saúde das pessoas são avaliadas mediante indicadores de avaliação subjetiva.

Figura 2

Modelo de análise



Fonte: *Elaboração própria*

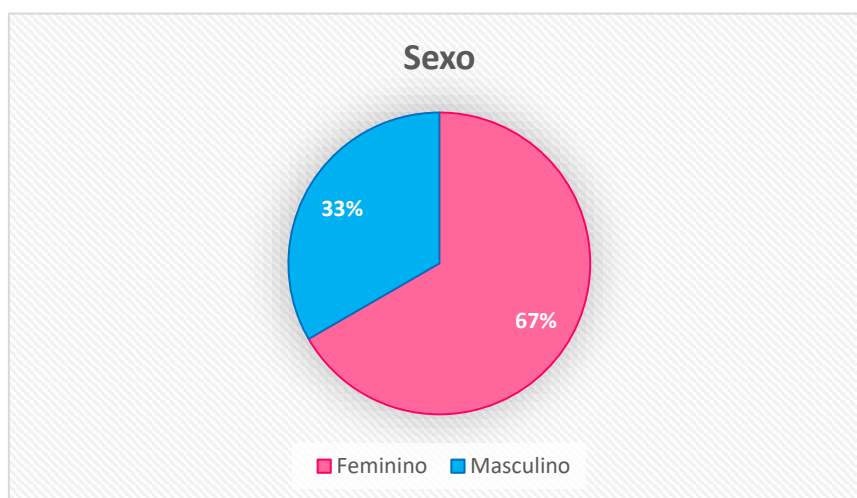
3 Apresentação dos Resultados

3.1. Condições sociais e de saúde no envelhecimento

No total de 20 pessoas entrevistadas, 13 eram indivíduos do sexo feminino e 7 indivíduos do sexo masculino.

Figura 3

Sexo

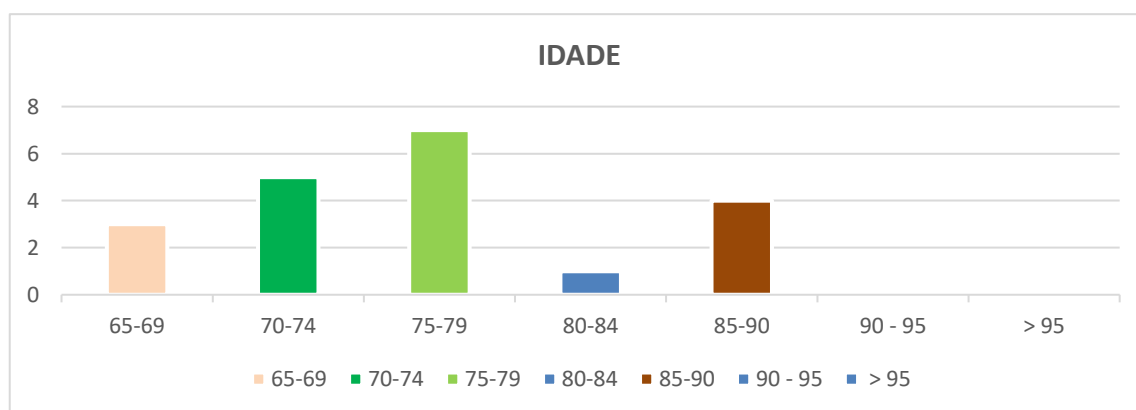


Fonte: Elaboração própria

No que concerne à idade, a criação de classes etárias dos entrevistados 65+ permitiu verificar que faixa etária predominante é a dos 75 aos 79 anos.

Figura 4

Idade



Fonte: Elaboração própria

Na amostra, 9 indivíduos eram casados e 8 de viúvos (tabela 2)

No que se refere à escolaridade, verifica-se que 12 dos 20 indivíduos (63%) possuem a 4ª classe. Importa referir que 11% da amostra não foi à escola (tabela 3).

Tabela 3

Nível de escolaridade

Nível de escolaridade	Freq
Não fui à escola	2
1ª classe	1
2ª classe	0
3ª classe	1
4ª classe	13
Ensino secundário	1
9 ano	1
Curso: Industrial / Fotografia e desenho gráfico	1

Fonte: *Elaboração própria*

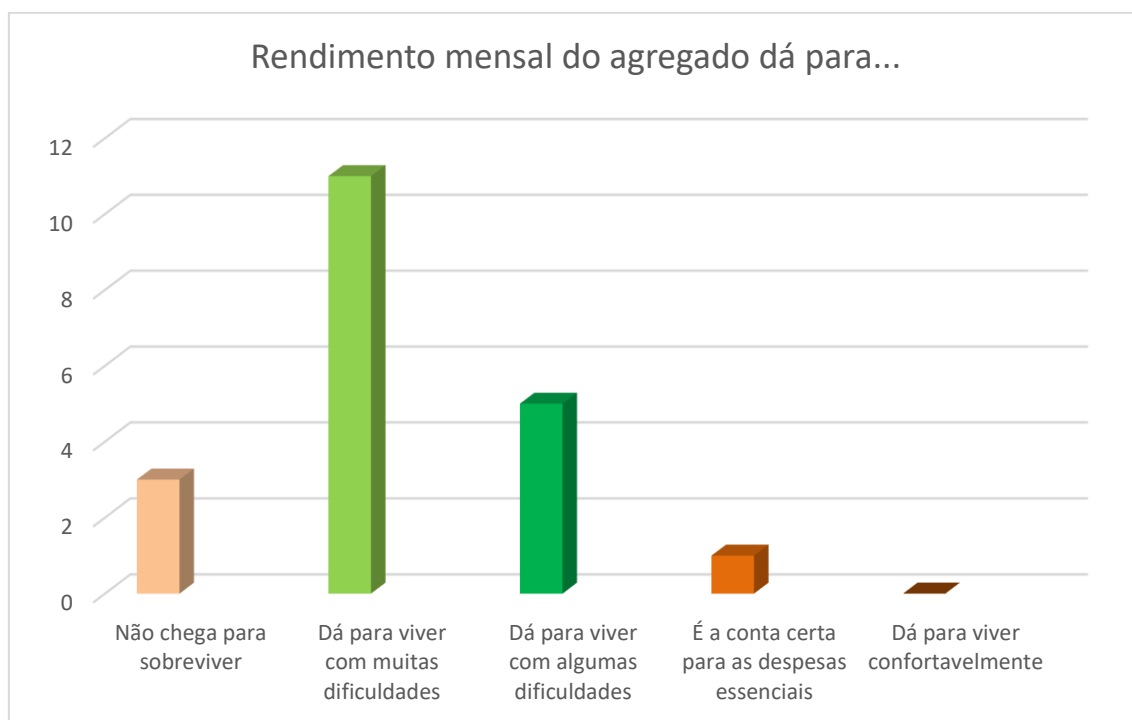
À pergunta sobre a ocupação que tinham anteriormente à reforma, foram várias as atividades mencionadas desempenhadas pelos entrevistados. Sendo que 100% dos inquiridos mencionaram ter gosto pela profissão que exerceram no passado.

Na tabela a baixo, (Tabela 4) verifica-se que as atividades mais desempenhadas foram, as de empregada doméstica, hotelaria, restauração e costureira.

Para analisarmos a estabilidade financeira dos inquiridos, foi feita uma escala para avaliar o rendimento mensal dos indivíduos, sendo esta: não chega para sobreviver, dá para viver com muitas dificuldades, dá para viver com algumas dificuldades, é a conta certa para as despesas e dá para viver confortavelmente. Todos os indivíduos inquiridos mencionam possuir um rendimento mensal proveniente da reforma. 11 pessoas mais velhas inquiridas referem que o rendimento mensal dá para viver com muitas dificuldades (Figura 5). Nenhum dos entrevistados refere possuir uma vida económica confortável.

Figura 5

Rendimento Mensal do Agregado Familiar



Fonte: *Elaboração própria*

Tabela 4

Última profissão antes da reforma

Aviação	Porteiro de infantil	Pintor de construção civil	Maquinista	Ramo	Empregada de laboratório	Cabeleireiro	Técnica de	Montagem de eletrodoméstico	Fisioterapeuta	Costureira	Empregada doméstica	Restauração	Hotelaria
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	4	2	2

Fonte: *Elaboração própria*

Ao nível da habitação, 13 indivíduos referem residir num apartamento arrendado e 5 mencionam viver em Habitação Social. Apenas um dos inquiridos reside num apartamento próprio e um numa vivenda própria.

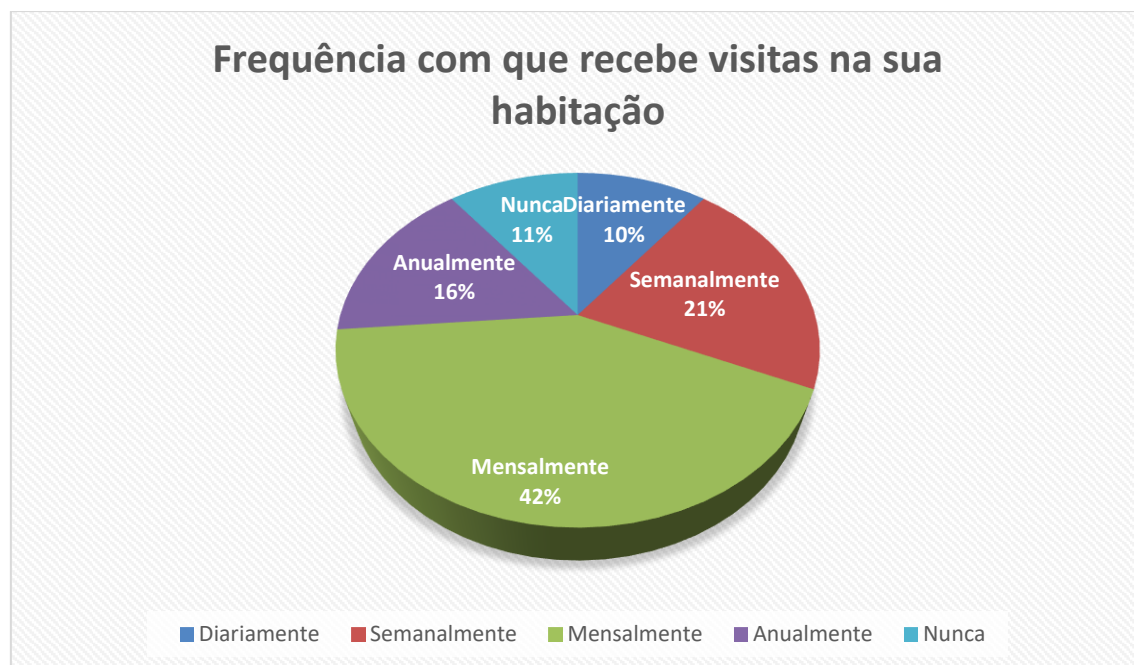
À questão, “*Possui contacto habitual com família, amigos ou vizinhos?*”, 11 (55%) afirmam possuir apenas contacto mensal com família, amigos ou vizinhos, 5 (25%) referem ter semanalmente e 2 (10%) diz ter contacto anual com a família, amigos e vizinhos. 1 (5 %) dos inquiridos refere nunca ter contacto com família, amigos ou vizinhos. 1 (5%) indivíduo refere nunca ter contacto.

Pretendemos também perceber para além da frequência dos contatos estabelecidos com os familiares, se são os familiares a visitá-los, ou se são eles a procurarem estar ou a contatarem com esses familiares.

Conforme se pode verificar no gráfico abaixo, 8 (42%) dos inquiridos refere receber visitas na sua habitação apenas mensalmente, 4 (21%) semanalmente, 3 (16%) anualmente e 2 (10%) diariamente. Importa salientar que 2 (11%) dos inquiridos refere nunca receber visitas na sua casa.

Figura 6

Frequência com que recebe visitas na sua habitação



Fonte: *Elaboração própria*

Em relação ao acesso aos serviços de saúde, 13 indivíduos referem possuir médico de família. Todos os inquiridos referem frequentar unicamente os serviços públicos de

saúde, nomeadamente os cuidados de saúde primários, e 10 referem dificuldades em agendar consultas de Medicina Geral e Familiar, pela lista de espera.

Ao nível dos problemas de saúde diagnosticados pelo médico, a maioria dos idosos refere possuir, Hipertensão, diabetes, colesterol, ansiedade, entre outros como se pode verificar na tabela 3. Dos indivíduos entrevistados, 65% possui problemas de mobilidade.

Tabela 5

Problemas de saúde diagnosticados pelo médico

Problemas de saúde diagnosticados pelo médico	Número
Colesterol	4
Hipertensão	7
Diabetes	6
Artroses	3
Parkinson	3
Doenças cardiovasculares	6
Sistema nervoso	6
Vertigens	1
Tiroide	2
Cegueira	2
Sangue	5
Bronquite	2
Arritmia	3
,Doença generativa articular	1
Tumor no peito	2
Problema no fémur	2
Osteoporose	4

Fonte: *Elaboração própria*

Todos os inquiridos mencionam possuir patologias diagnosticadas pelo médico, sendo que, 19 elementos da amostra mencionaram possuir pelo menos dois problemas de saúde, apenas um indivíduo do sexo feminino mencionou que possui apenas uma doença.

3.2. Atividades estruturadas: Motivações

A maioria dos inquiridos (15), refere que teve conhecimento da Associação Alegria de viver através da Junta de Freguesia. Contudo 5 indivíduos mencionam ter tido conhecimento através das redes de vizinhança.

Entre todos os motivos referidos pelos 20 entrevistados para participarem nas atividades de combate à solidão da Associação (Apêndice 4), importa salientar 5 categorias (tabela 6).

Tabela 6

Motivações para a participação nas atividades estruturadas

Nr entrevistados	Motivo	Saúde
14	Rotina, ocupação do tempo e vida mais positiva	indiretamente relacionada com a saúde
6	Saúde	Perceção diretamente relacionada com a saúde
9	Convívio	indiretamente relacionada com a saúde
3	Adquirir conhecimentos	indiretamente relacionada com a saúde
1	Opinião de profissional	indiretamente relacionada com a saúde

Fonte: *Elaboração próprio*

Catorze dos inquiridos, referem que o que as motivou a participar nestas atividades estruturadas foi o facto de motivos relacionados com projetos pessoais do dia-a-dia, procurando sentir necessidade de ter uma rotina ocupada, bem como, de mudar as suas vidas, torná-las mais positivas e abandonar os sentimentos de vazios que possuem.

“Para tirar o meu marido de casa e ajudá-lo a conhecer outras pessoas e a sair de uma grande depressão que ele tinha. Estávamos sempre com o foco no lado negativo e depois de irmos estamos mais positivos.” (Entrevistado nº 5);

“Foi porque estávamos sempre com o foco no lado negativo e precisávamos de dar uma volta à vida” (Entrevistado nº 7);

“...Ter a mente ocupada e não afundar nos problemas” (Entrevistado nº 18);

“Foi porque sei que aqui me ajudam e não estou só. Desperta-se a minha vontade de viver, que me mantém vivo” (Entrevistado nº 19);

Seis entrevistados idosos mencionam que o que os motivou foi a necessidade de se tornarem mais ativos e melhorar o seu estado de **saúde**:

“A gente começa a ficar envelhecida mais do que se está, para me manter ativa.” (Entrevistado nº 6);

“Foi porque estávamos sempre com o foco no lado negativo e precisávamos de dar uma volta à vida”. (Entrevistado nº 7);

“...disse que eu me precisava de distrair porque se tivesse com aquela carga toda sobre mim iria ter poucos anos de saúde.” (Entrevistado nº 9);

“...para ocupar a minha cabeça e para melhorar a minha saúde mental. Ter a mente ocupada e não afundar nos problemas” (Entrevistado nº 15);

“... estava a envelhecer de dia para dia e precisava de voltar a rejuvenescer, a melhorar a minha saúde e nada melhor do que estas atividades”. (Entrevistado nº 16);

“Foi para ocupar a minha cabeça e para melhorar a minha saúde mental ...” (Entrevistado nº 18);

Nove indivíduos referem que procuraram integrar este tipo de atividades pela necessidade de **conviver e devido a vizinhos**.

“*A companhia da minha vizinha e a vontade de não estar presa em casa*”. (Entrevistado nº 1);

“*A necessidade de conviver com pessoas de irmos a passeios de não ficar fechada em casa e não ter a fobia do sofá, não ficar fechada.*” (Entrevistado nº 6);

“*A convivência é saudável, então se procurarmos ter um entendimento lógico e natural.*” (Entrevistado nº 8);

“*Por causa do convívio, sentia falta de ter contacto com as pessoas de falar e ser ouvido.*” (Entrevistado nº 20);

Três indivíduos mencionam que o que os motivou foi o facto de terem a possibilidade de adquirir novos conhecimentos:

“Porque sei que faz bem à saúde. Acho que é ótimo para qualquer pessoa, não só para idosos, mas para todas as pessoas. Aprendemos mais e melhoramos as nossas vidas com esses novos conhecimentos.” (Entrevistado nº 4);

“Porque uma doutora assim outro assado e a gente aprende sempre. Divertimo-nos” (Entrevistado nº 10);

“(…) Vamos sempre aprendendo qualquer coisa sempre e ficamos melhores de capacidades, mais talentosos” (Entrevistado nº 11);

Um indivíduo devido à influência da assistente social que a acompanha:

“Foi a Carlota, a assistente social sabia de toda a minha história e incentivou-me a vir pois disse que me fazia bem e melhoraria a minha vida, então telefonou para vir cá.” (Entrevistado nº 14).

São várias as atividades realizadas na associação, que contribuem para o combate à solidão. As Atividades de Promoção do "Bem-Estar" fomentam a valorização pessoal, a autoestima e a inclusão social, com a oferta de uma rede de serviços (cabeleireiros/barbeiros) para que possa cuidar de si.

Tabela 7

Atividades Estruturadas

Atividade	Descrição	Nº de entrevistados participante
Alegria do Chá	realizado uma vez por mês, é efetuado numa tarde onde é lançado o programa de atividades do respetivo mês, há conversa, contam-se histórias e desfruta-se da companhia dos amigos;	17
Alegria da Cultura	visitas a museus, exposições e visualização de espetáculos;	15
Alegria da Dança	na última semana de cada mês há o convite a momentos de dança, promovendo a atividade física	9
Alegria de Bem Viver	são tardes de encontro onde a Alegria de Viver promove formações, workshops e palestras de aprendizagens e desenvolvimento pessoal com oradores convidados. São abordados diversos temas, como nutrição, postura, segurança, cuidados a ter em casa, felicidade, entre outros.	14
Alegria da Caminhada	São realizadas caminhadas semanais.	12
Alegria dos Jogos	são realizados jogos tradicionais e de tabuleiro.	9

Fonte: *Elaboração própria*

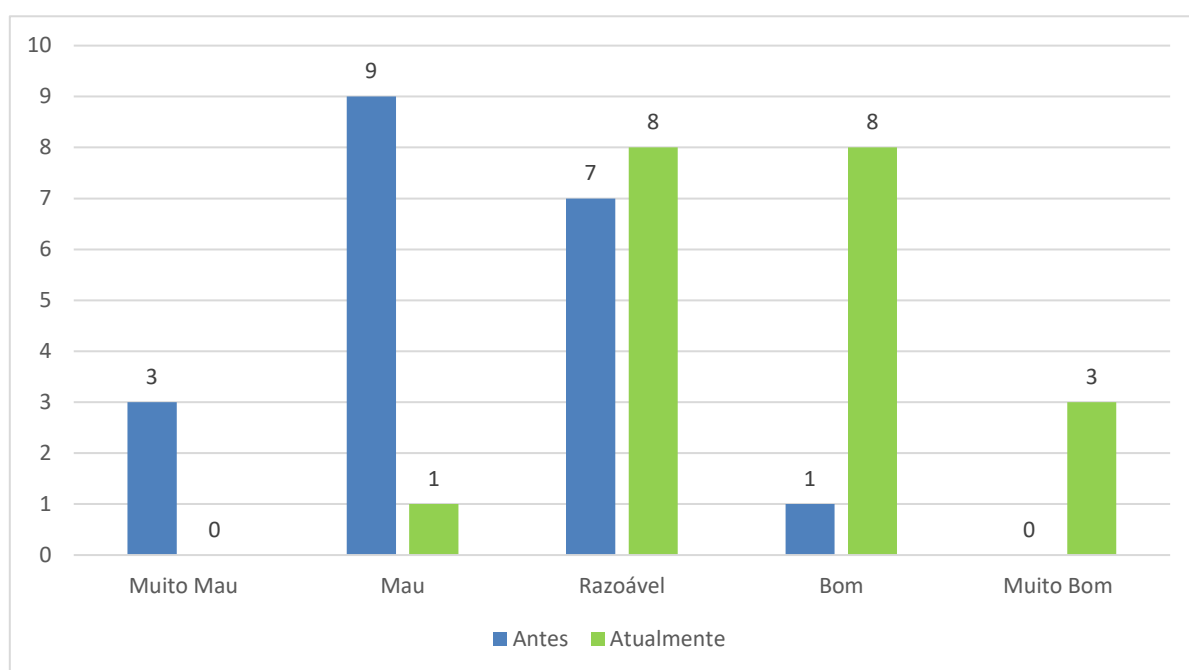
3.3. Atividades estruturadas: influência na saúde

À pergunta “*Como avalia o seu estado de saúde antes de participar nas atividades?*”, 11 indivíduos consideram a sua saúde má/muito má. Apenas 1 afirma ser bom (figura 10).

Por sua vez, à questão “*Como avalia o seu estado de saúde atualmente (depois de participar nas atividades) ?*”, 11 inquiridos referiu ser bom/ muito bom. Apenas 1 afirma ser mau e nenhum elemento refere ser muito mau.

Figura 7

Estado de Saúde antes e atualmente (depois de participar nas atividades)



Fonte: Elaboração própria

Todos os inquiridos reforçaram a extrema importância da criação de atividades estruturadas de combate à solidão. Afirmam ter efeitos positivos na saúde, na redução do sentimento de solidão, no suporte social e na ocupação do tempo. Podemos comprovar isto mesmo através de algumas citações, nomeadamente:

“As pessoas sós pioram mesmo o estado de saúde, piora a qualidade de vida. Nas atividades faz –se várias amizades e o abraço é tão bom. Eu acho que isto nos dá força. É mesmo fundamental a criação destas atividades” (Entrevistado Nº 7);

“Eu acho bem. Eu como lhe disse sou um homem muito reservado, mas o pior que deve haver ao cimo da terra deve ser a solidão. Por isso, acho isto importante.” (Entrevistado Nº 12);

“Estas atividades têm resultados e benefícios mesmo.” (Entrevistado Nº 13);

“A solidão é uma tristeza. Aqui a gente diverte-se. Influencia muito a nossa saúde física” (Entrevistado Nº 15);

“Sim, por exemplo a minha cunhada perdeu o meu irmão e tem sido doloroso. De dia como tem a casa ocupada anda tudo bem pois tem o cão. Mas depois à noite mete-se lá dentro e é doloroso. Andavam sempre os dois eram muito agarrados e unidos, mas de noite sente-se muito só. Desde que está só o seu estado de saúde piorou bastante. Estas atividades são mesmo fundamentais é super importante” (Entrevistado Nº 17);

“Quando chego a um chá eu vou a todas as mesas e digo olá a toda a gente e acho que aquilo mexe connosco e nos diz algo. É bom porque as atividades permitem que saiam, não estão enfiados em casa a pensar no que não devem e no sofá a ver coisas que não devem. Eu não vejo cada vez mais acho que a televisão e as notícias só fazem mal e aumentam o medo das pessoas. Prefiro as novelas.” (Entrevistado Nº 19).

No que diz respeito às percepções dos inquiridos sobre ao efeito das atividades estruturadas na sua saúde individual (apresentados detalhadamente na tabela do apêndice 5), apurou-se que (tabela 8):

Tabela 8

Percepção sobre o efeito na saúde

Nr entrevistados	Percepção sobre o efeito na saúde
7	Mobilidade
12	Saúde mental
9	Saúde física
8	Bem-estar geral

Fonte: Elaboração própria

Sete indivíduos mencionam verificar uma melhoria da mobilidade, por exemplo:

“Estou sempre desejosa pela próxima 4ª feira, estou mais bem-disposta mais positiva estou melhor a caminhar.” (Entrevistado Nº 13)

“Move-se muita coisa as pernas os braços” (Entrevistado Nº 14);

Doze referem ter registado uma melhoria significativa na saúde mental, referindo:

“Teve impacto porque antes estava sempre fechada em casa, não saía, vi-a as coisas sempre para o lado negativo. Isto foi uma ajuda vir para aqui porque me deram vida, deram animo, estou muito agradecida por esta ajuda que me têm dado e isto é mesmo uma alegria de viver. O médico disse na última consulta que estava melhor do meu sistema nervoso e reduziu-me para metade o comprimido da ansiedade” (Entrevistado Nº 1);

Nove afirmam ter verificado alterações e melhoria na saúde física dos mesmos:

“Melhorou imenso a minha saúde. Aqui nós temos assim workshops e palestras sobre alimentação saudável, comportamentos saudáveis. E eu comecei a por em prática e notei uma diferença gigante. Comecei a beber mais água a comer mais verdes, mais peixe e o meu médico até disse que o colesterol e isso estavam melhores nestas análises. As minhas análises estavam bem melhores tanto que ele espaçou o tempo entre consultas.” (Entrevistado Nº 18)

“Eu parei de envelhecer. Antes de vir para cá, cada dia que passava ficava com a sensação de que andava para trás” (Entrevistado Nº 6).

Ainda relacionado com a saúde e os determinantes sociais da saúde, oito referem possuir uma melhoria do seu bem-estar geral, isto é, o aumento da boa disposição, autoestima e confiança que permite uma melhor qualidade de vida:

“Melhora a saúde das pessoas. Estimula as capacidades, melhora a cabeça, a alma e o corpo” (Entrevistado Nº 2) *“Eu parei de envelhecer. Antes de vir para cá, cada dia que passava ficava com a sensação de que andava para trás”* (Entrevistado Nº 6) *“Fiquei mais leve, sinto-me mais leve. Sinto que pôs-me mesmo melhor”* (Entrevistado Nº 10);

E por último, um mencionam que as atividades estruturadas permitem combater o sedentarismo: “... porque antes estava sempre fechada em casa” (Entrevistado Nº 1).

4. Discussão

A riqueza da informação obtida através das entrevistas realizadas, permitiu uma reflexão profunda que convoca quer a informação transmitida pelos técnicos da associação quer a literatura científica em torno da saúde das pessoas mais velhas e da solidão enquanto determinante social da saúde.

i) No cumprimento do objetivo *caracterizar uma população de pessoas com 65 ou mais anos, participante em atividades estruturadas de combate à solidão, em relação às suas condições sociais, de saúde e envelhecimento*; salientam-se as características socioeconómicas das pessoas inquiridas, que moldam a saúde e condições de vida das pessoas e afetam o sentimento de solidão.

A predominância do sexo feminino na nossa amostra de entrevistados reflete também um desequilíbrio entre homens e mulheres nos utentes da associação. Na verdade, este desequilíbrio nas idades avançadas é relativo à esperança de vida, com as mulheres a viverem mais anos que os homens. Em 2023, o número de mulheres (1.458.288) residentes em Portugal com 65 ou mais anos é superior ao número de homens (1.106.087) (INE,2024). Além disso, a literatura aponta ainda que, entre a baixa proporção de pessoas mais velhas em Portugal que procura atividades estruturadas e envolvimento em associações, a proporção de mulheres é superior à dos homens (Bárrios et al., 2020). As questões de género são fundamentais na análise de fenómenos sociais relacionados com o envelhecimento, pois homens e mulheres tendem a interpretar e encarar o período da velhice de forma distinta. Segundo Paço (2017), o indivíduo do sexo masculino tende a deixar o local de trabalho e a focar-se no seu lar, a mulher tende a adaptar-se melhor à fase da velhice observando o processo com mais tranquilidade, segurança e felicidade e sem se preocupar com os demais. Por sua vez, os homens veem esta fase, como um período de desobrigação do trabalho e com possibilidade de descanso (Paço, 2017).

Considerando a natureza destas atividades, com a finalidade do combate à solidão, as mulheres demonstram uma melhor adaptação a situações de perdas que ocorrem na velhice (Luz et al., 2007), para a qual poderá contribuir o recurso a estes serviços. Segundo as técnicas da Associação Alegria de Viver, é maior o número de indivíduos do sexo feminino a frequentar a associação, do que os elementos do sexo masculino. Face

aos dados recolhidos e analisados das entrevistas realizadas foi possível verificar que as senhoras se encontram mais disponíveis e abertas a experimentar e realizar todo o tipo de atividades estruturadas. Os indivíduos do sexo masculino são mais seletivos e maioritariamente frequentam os passeios, chás e os jogos tradicionais.

Ao analisar o estado civil das pessoas mais velhas, é possível verificar que existe um número significativo de pessoas viúvas (9) com muitos a mencionar que perder a pessoa mais próxima, um filho ou companheiro, um ente querido é perder a razão de viver. A perda de um ente querido é uma situação de grande sofrimento e possui um grande impacto na vida de quem vivencia (Alves, 2013). O estado civil é um fator que contribui para o sentimento de solidão dos entrevistados.

Outra característica do grupo populacional entrevistado era a baixa escolaridade, com a maioria a ter concluído apenas a 4ª classe e dois nunca estudaram. Apesar da evolução cultural e educacional da população que envelhece, há ainda uma franja expressiva com baixas qualificações (Bárrios et al., 2020), que estarão relacionadas com o contexto sociocultural em que os indivíduos foram educados e as dificuldades económicas das famílias (Sousa, 2013). Refletem o baixo estatuto social que ganha continuidade, por exemplo num acesso ao ensino superior apenas pelas classes mais, sendo esta uma percentagem de indivíduos muito reduzida nessa categoria etária (Paço, 2017). Este determinante assume importância neste debate pelo facto da educação e formação influenciarem o bem-estar, isto é, quanto mais escolarizada for a pessoa mais possibilidade tem de ter melhor nível de saúde, por tomar decisões e comportamentos saudáveis (Sousa, 2013). A educação é um determinante importante no bem-estar, considerando que quanto mais estudos o ser humano possuir mais possibilidade tem de obter melhores níveis de saúde, pois podem tomar decisões mais saudáveis e corretas (Carvalho, et al. 2017).

Os entrevistados assumem dificuldades financeiras e caracterizam a sua situação habitacional como precária. Apesar de se verificar uma evolução no perfil de pessoas mais velhas, persiste uma proporção com baixas reformas e dificuldades financeiras (Bárrios et al., 2020). A baixa disponibilidade financeira destas pessoas está relacionada com profissões exercidas no passado com baixas remunerações. A situação profissional tem um papel na definição da saúde do indivíduo, isto é o facto de estar empregado ou desempregado contribui para que haja alterações na saúde, bem como, as condições de

trabalho, o tipo de tarefas e o ambiente onde exerce a sua profissão (WHO, 2015). As últimas atividades profissionais exercidas pelos entrevistados incluem tarefas pesadas, consideradas por eles cansativas e, no caso de tarefas domésticas, pode potenciar a solidão, pois o indivíduo encontra-se mais focado no seu futuro profissional e não se dedica a uma vida social ativa. Contudo, e de acordo com os técnicos, esta é uma Associação que prioriza a resposta a indivíduos nessas condições. Não podemos afirmar que são estas as pessoas que mais sentem solidão, em comparação com outras, pois a Associação mantém uma lista de espera com pessoas com boas condições financeiras, com interesse em participar nas atividades. Contudo, verificam-se evidências entre a relação da estrutura socioeconómica com o estado de saúde, sendo potenciador de iniquidades que afetam a saúde ao longo da vida. As pessoas mais velhas com dificuldades financeiras ficam assim mais vulneráveis à determinação social, por terem mais exposições negativas ao longo da vida (Duque, 2019). Estas considerações vão ao encontro das características da população-alvo da Associação Alegria de Viver, que surge da consciência e vontade de participar na capacitação das comunidades, procurando a melhoria na qualidade de vida, no conforto, no bem-estar emocional de pessoas acima dos 65 anos, combatendo a solidão (AAV, 2024).

A participação social das pessoas mais idosas tende a diminuir ao longo da vida, uma vez que passam a participar em redes sociais mais pequenas e a diminuir os contactos com os demais (Sousa, 2013). As pessoas entrevistadas têm redes de suporte reduzidas ou nulas. A grande maioria contacta apenas mensalmente com familiares/ amigos / vizinhos e recebe visitas na sua casa também uma vez por mês. Na perceção dos entrevistados, este é um indicador de solidão, que reforça o papel da participação em atividades estruturadas na associação, ao permitirem criar laços e redes de apoio. Isto porque o suporte social tem eficácia quando a solidão está relacionada com problemas de integração social (Barôa, 2018). À medida que o indivíduo envelhece, sente necessidade não só de carinho e companhia, mas também da cumplicidade de pessoas que tiveram experiências de vida similares ou outras. A associação desenvolve atividades que permitam a criação de laços duradouros entre os participantes.

O envelhecimento da população resulta num aumento acentuado de indivíduos que vivem com doenças crónicas relacionadas com a idade e também com a mobilidade física reduzida, ao limitar o estado funcional e bem-estar das pessoas (Bastos et al., 2021).

Em conformidade, as pessoas entrevistadas referem comorbilidades, correspondendo às principais doenças crônicas mais frequentes na população idosa segundo a OMS: doenças cardiovasculares, hipertensão, diabetes e doenças respiratórias (OMS, 2020). A literatura alerta que muitos problemas de saúde se relacionam com a autonomia e independência, como resultado do equilíbrio entre o envelhecimento psíquico e biológico, com muitos idosos a possuírem mobilidade física reduzida (Mcleod et al., 2019). No grupo de entrevistados, os problemas de mobilidade impedem a participação em algumas atividades estruturadas, nomeadamente na caminhada, sendo determinantes nas decisões. Oito inquiridos mencionam que não frequentam as atividades de caminhada por terem problemas de mobilidade. Dois entrevistados referem que a limitação da mobilidade condiciona o convívio com vizinhos e amigos.

Para gerirem a sua saúde, todos os inquiridos recorrem aos serviços de cuidados de saúde primários do serviço nacional de saúde. Contudo, referem dificuldades no agendamento de consultas, ausência de médico de família. As pessoas mais idosas devem ter acesso a cuidados de saúde que os auxiliem a preservar o seu bem-estar físico, mental e emocional e que previnam o surgimento de doenças (Ministério Público, 1991). O Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas, foca-se na promoção de um envelhecimento ativo e numa maior adequação dos cuidados de saúde às necessidades específicas dos idosos (DGS, et al., 2017).

ii) No cumprimento do objetivo *identificar os fatores que motivam essas pessoas a participar nessas atividades estruturadas de combate à solidão*, salientam-se motivos diretamente percecionados com a saúde física, e outros relacionados com os determinantes sociais da saúde, em particular da saúde mental.

A maior parte dos entrevistados teve conhecimento das atividades estruturadas da Associação Alegria de Viver através da Junta de Freguesia de Belém. O papel da comunidade e a articulação entre as organizações locais são fundamentais para o desenvolvimento sustentável, permite o fortalecimento do sentimento de união e comunidade, favorece a identificação das necessidades e soluções para problemas sociais, bem como, potencia a sinergia de recursos. A comunidade e a articulação entre as organizações locais desempenham um papel essencial na construção de uma sociedade mais justa, coesa, participativa e inclusiva. Estes valores veem confirmar as redes sociais

reduzidas na fase da velhice, com o aumento da procura de apoio nas instituições, nomeadamente nos técnicos de serviço social (Alves, 2013).

Nesta pesquisa pudemos sintetizar os motivos de participação nas atividades: i) rotina, ocupação do tempo e vida mais positiva; ii) estado de saúde; iii) convívio e sociabilização; iv) aquisição de conhecimentos; e v) influência de profissional. A maioria foi motivada pela necessidade de ter uma rotina ocupada e sair da habitação e conviver. . Este motivo relaciona-se com a saúde, uma vez que esta varia consoante as classes sociais a que os indivíduos pertencem e os papéis que desempenham, destacando-se que a convivência e as redes de suporte são fundamentais (Marchiori et al., 2007).

Muitos entrevistados decidiram participar nestas atividades para mudarem as suas vidas e torná-las mais positivas, em perfeita relação com a melhoria da saúde mental. Neste sentido, temos alguns depoimentos como: *“Foi porque estávamos sempre com o foco no lado negativo e precisávamos de dar uma volta à vida” (Entrevistado, nº7), e “...para ocupar a minha cabeça e para melhorar a minha saúde mental. Ter a mente ocupada e não afundar nos problemas” (Entrevistado, nº15).* Este motivo vai novamente ao encontro com a revisão da literatura efetuada na medida em que as pessoas idosas mais sós têm uma maior probabilidade de desenvolver depressão e ansiedade (Ribeiro et al., 2011).

Por fim, importa refletirmos sobre as partilhas que permitiram identificar a necessidade de propósito, rotina e objetivo de vida como motivo de participação nas atividades. Os indivíduos, que possuem uma expressão dos sentimentos de vazio e solidão possuem algum transtorno psíquico, tais como: ansiedade, medo, insegurança e a baixa qualidade das escolhas existenciais (Leite et al., 2012). A procura e participação nas atividades estruturadas de combate á solidão, demonstram que no período da velhice ainda é tempo de fazer viagens, de convívio com amigos desenvolver capacidades (Paço, 2017).

iii) Foi possível caracterizar as perceções dessa população sobre a influência que a solidão e a participação o nessas atividades tinham na sua saúde.

Na perceção dos entrevistados o seu estado de saúde melhorou depois de participar nas atividades. Não só reduziu o número de pessoas que avalia a sua saúde como má/muito má como aumentou o número de pessoas que considera a sua saúde boa/muito

boa. As condições de saúde frágeis da população Idosa colocam-nos mais vulneráveis e suscetível a riscos, daí ser fundamental a integração destes indivíduos em atividades estruturadas, uma vez que possui um impacto positivo na saúde dos mesmos (Carneiro & Veiga, 2004). Em conformidade, na percepção dos inquiridos, as atividades estruturadas de combate à solidão possuem um impacto muito positivo na saúde dos mesmos o que vai ao encontro dos resultados obtidos da revisão da literatura. Referem contribuir para melhoria de saúde mental e saúde física (resistência e mobilidade), redução de estados depressivos e de ansiedade,

Os indivíduos com 65 ou mais anos, devido às vivências do passado, possuem uma reduzida tolerância a estímulos, episódios de ansiedade e sintomas depressivos (Martins, 2003). Na percepção dos idosos a participação nestas atividades estruturadas diminui o isolamento e o sentimento de solidão, o que permite a redução dos sintomas de depressão e ansiedade: *“Isto foi uma ajuda vir para aqui porque me deram vida, deram ânimo, estou muito agradecida por esta ajuda que me têm dado e isto é mesmo uma alegria de viver... O médico disse, na última consulta, que estava melhor do meu sistema nervoso, e reduziu-me para metade o comprimido da ansiedade”* (Entrevistado, nº1). Simultaneamente, atividades em grupo ajudam a criar e fortalecer novos laços de amizade, o que permite aumentar a rede de suporte e de apoio (ASV, 2024): *“isto é uma família para mim”* (Entrevistado, nº19).

A falta de autoestima faz com que os indivíduos se tornem mais vulneráveis e estas atividades são consideradas então experiências positivas que reforçam a autoestima e a confiança dos que nelas participam (Tavares et al., 2016). Muitos dos indivíduos com 65 ou mais anos entrevistados, consideram que este tipo de atividades permitiu-lhes ganhar um objetivo/propósito de vida e muitos referem ter ganho um sentimento de pertença que contribuiu para o preenchimento do vazio interior que possuíam e devolveu a vontade de viver, melhorando assim as suas vidas e tornando-as mais positivas. *“...Vai-se arejando a cabeça, não vamos a pensar naquilo que não devemos e nos chateia. Conseguimos desligar um bocadinho de tudo. Acho que é saudável. Faz bem espiritualmente, mentalmente e fisicamente...”* (Entrevistado, nº15) e *“...não ter a fobia do sofá, não ficar fechada. Faço muita coisa, pintura ginástica, tudo para não ficar com a síndrome do sofá, que é horrível. A gente começa a ficar a pensar no negativo começamos*

a envelhecer mais rápido e vemos a vida a andar para trás. As atividades mudaram a minha vida estou mais positiva e feliz” (*Entrevistado, nº6*).

A solidão é um dos principais fatores de risco para problemas de saúde em idosos, estando associada a condições como depressão, ansiedade, declínio cognitivo, doenças cardiovasculares, entre outros. Tal como observado anteriormente na revisão da literatura, é possível verificar que a falta de interação social pode acelerar o processo de declínio cognitivo e aumentar o risco de demência e de doenças do foro mental (Ferreira-Alves et al., 2014). Muitas atividades estruturadas, como a alegria das caminhadas, desenvolvida nesta associação, promove a saúde física dos idosos, melhorando a sua mobilidade, força muscular e a saúde cardiovascular. Por sua vez, a Alegria dos Jogos ajuda a preservar as funções mentais, prevenindo o declínio cognitivo e a demência. A Alegria de Bem Viver consiste em formações, workshops e palestras de aprendizagens e desenvolvimento pessoal com oradores convidados que falam sobre temas como nutrição, postura, segurança, cuidados a ter em casa, felicidade, entre outros (AAV, 2024). Este tipo de atividades permite a estimulação de capacidades de cada participante e reduz a possibilidade de surgimento de quadros demenciais (Lousa, 2016). Segundo os inquiridos este tipo de atividades melhorou os seus estados de saúde, pois mencionam ter aplicado no dia-a-dia os conhecimentos que adquiriram. Neste sentido foi referido a adoção de comportamentos e estilos de vida saudável, bem como, a alteração drástica na alimentação. *“Melhorou imenso a minha saúde...Aqui nós temos assim workshops e palestras sobre alimentação saudável... E eu comecei a por em prática e notei uma diferença gigante. Comecei a beber mais água a comer mais verdes, mais peixe e o meu médico até disse que o colesterol e isso estavam melhores nestas análises. As minhas análises estavam bem melhores tanto que ele espaçou o tempo entre consultas”*.

Através dos dados recolhidos nas 20 entrevistas efetuadas, é possível concluir que de acordo com as perceções dos utentes, as atividades estruturadas oferecidas pela Associação Alegria de Viver posicionam-se na promoção da saúde e estão alinhadas a orientações mais macro, como a Estratégia Nacional de Envelhecimento Ativo e Saudável 2017/2025 (DGS, 2017). Contribuem para o *active ageing* e sobretudo para um *ageing in place*, que evita a institucionalização precoce e indesejada, com efeitos na saúde, solidão e isolamento. Ainda que sejam pouco procuradas, quando adequadas às necessidades e características da população idosa, as atividades estruturadas podem potenciar a

independência dos seus participantes, sendo esta um resultado do equilíbrio entre o envelhecimento psíquico e biológico (Moraes, 2010). Para os níveis de saúde, estas atividades são fundamentais, considerando que as redes sociais e comunitárias existentes na sociedade determinam o estado de saúde dos idosos e neste sentido programas sociais e atividades estruturadas enriquecem e melhoram o estado de saúde desta população-alvo (Lorena, 2010).

Por último, não podemos ignorar uma relação inversa das atividades estruturadas de combate à solidão com a saúde. Quando já instalados, os problemas de saúde revelam-se impeditivos da participação dos entrevistados nas atividades, condicionando as suas escolhas e aumentando os sentimentos de solidão.

Conclusões

A solidão constitui um tema que tem vindo a suscitar cada vez maior interesse académico e nas políticas sociais. Apesar de ser um fenómeno transversal, que afeta todos os indivíduos, independentemente da idade e género, é sobretudo preocupante na população mais velha, pela maior vulnerabilidade ao isolamento. A relação com a saúde acontece em dois sentidos. Enquanto determinante social da saúde, a solidão poderá potenciar o desenvolvimento de problemas de saúde. Por seu lado, as pessoas com doenças e limitações relacionadas com a saúde potenciam o risco de sentimentos de solidão, aumentando o seu isolamento. Também os restantes determinantes sociais, como o trabalho, a educação, a habitação ou o rendimento podem influenciar o fenómeno da solidão no processo de envelhecimento. A população idosa encontra-se mais vulnerável, devido a todas as experiências que vivenciaram e os comportamentos que adotaram ao longo da vida.

Estas considerações levaram ao desenvolvimento desta pesquisa, que procurou explorar de forma aprofundada a relação entre a solidão e a saúde num grupo populacional que participa em atividades estruturadas de combate à solidão. Foi possível identificar os seguintes fatores que motivam essas pessoas a participar nas atividades:

- Mudança para uma vida mais positiva, aumentando as suas experiências positivas e diminuindo os sentimentos pejorativos;
- Melhoria da saúde física e aumento do nível de atividade física;
- Adotar uma rotina diária;
- Potenciar a vontade de conviver e socializar;
- Aumentar o seu desejo de sair da habitação e realizar novas atividades;
- Aquisição de novos conhecimentos;
- Por incentivo de técnicos especializados, nomeadamente assistentes sociais.

Na perceção dos participantes, as atividades possuem um impacto significativo na saúde física e mental, considerando os efeitos partilhados:

- melhora o estado de saúde mental
- reduz os estados de depressão e ansiedade

- aumenta a resistência física e a mobilidade;
- promove o autocuidado;
- estimula a memória
- aumenta a autoestima e a confiança
- favorece o preenchimento do vazio interior e a definição de objetivos de vida
- possibilita a criação de novos laços, amizades e redes de suporte.

A criação destas redes de suporte revelou-se fundamentais na composição das atividades estruturadas pela associação, considerando as características dos utentes: muitos viúvos, com contactos pouco frequentes com familiares/ amigos, com baixa disponibilidade financeira e baixo nível de escolaridade. Apesar das novas franjas de população idosa que sobressaem nas sociedades desenvolvidas, estes grupos populacionais mais vulneráveis exigem uma atenção que não pode dissociar a saúde da dimensão social. O suporte social revela-se aqui essencial no exercício de um envelhecimento ativo e saudável, que permita às pessoas mais vulneráveis envelhecer também em casa e na comunidade, em conformidade com os paradigmas mais positivos de encarar a velhice.

Esta pesquisa apresenta limitações em termos de diversidade da amostra, considerando que há uma homogeneidade entre os entrevistados. Novos estudos poderiam enriquecer o conhecimento sobre a relação entre a solidão e a saúde, com grupos populacionais socioeconomicamente diversificados. Ao mesmo tempo, sugere-se uma maior articulação entre os determinantes sociais da saúde, que permite compreender melhor o fenómeno de solidão e tecer implicações para a prática mais claras. O estudo das atividades estruturadas e programas dirigidos às pessoas mais velhas é ainda pertinente na sociedade, e pode ser continuado.

Bibliografia

- Ângelo, F. (2021). *Impactos do isolamento social provocado pela Covid-19 sobre a capacidade funcional e preocupação em cair de idosos* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Pernambuco].
<https://repositorio.ufpe.br/bitstream/123456789/40099/1/DISSERTA%C3%87%C3%83O%20Fernando%20Damasceno%20de%20Albuquerque%20Angelo.pdf>
- Alves, C. (2013). *Rede social e solidão em idosos institucionalizados* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu].
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29009/1/Rede%20Social%20e%20solid%C3%A3o%20em%20idosos%20institucionalizados.pdf>
- Almeida, F., et al. (2022). *A solidão na terceira idade: impactos psicossociais na saúde mental do idoso*. Revista Brasileira de Envelhecimento Humano, 1-12.
<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstreams/fc6b448a-8e0a-4fb0-8897-b525e21a25d9/download>
- Assembleia Geral das Nações Unidas. (1991). *Princípios das Nações Unidas para as pessoas idosas* (pp. 1-3). <https://gddc.ministeriopublico.pt/sites/default/files/princ-pressoasidosas.pdf>
- Associação Alegria de Viver. (2024). *Relatório de atividades 2023* (pp. 1–12).
<https://www.alegriadeviver.pt/>
- Aydogdu, A. L. F. (2019). *Novo coronavírus e os riscos do isolamento social para os idosos: Revisão integrativa*. Revista de Enfermagem UFJF, 5(2), 1-3.
<https://periodicos.ufjf.br/index.php/enfermagem/article/view/30691/21569>
- Azevedo, M. (2015). *O envelhecimento ativo e a qualidade de vida: Uma revisão integrativa* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu].
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10776/1/marta%2020%20de%20abril%20-%20tese%20final%20-%20pdf.pdf>
- Barreto, M. (2017). *Desigualdades em saúde: Uma perspectiva global*. Ciência & Saúde Coletiva, 22(7), 2098-2108.

<https://www.scielo.br/j/csc/a/XLS4hCMT6k5nMQy8BJzJhHx/?format=pdf&lang=pt>

Barreto, J. (2022). *Ética nos cuidados a pessoas idosas* (pp. 114-124). Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar.

<https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/13398>

Bárrios, M. J., Fernandes, A. A., & Fonseca, A. (2018). *Identifying priorities for aging policies in two Portuguese communities. Journal of Aging & Social Policy.*

<https://doi.org/10.1080/08959420.2018.1442112>

Barros, M. (2011). *Direitos dos idosos* [Monografia de especialização, Universidade Federal do Rio de Janeiro].

<https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/artigos/MARCUS%20F.%20BARROS%20Direitos%20dos%20Idosos.pdf>

Barôa, M. (2018). *O impacto da solidão e da depressão na satisfação com a vida na população sénior: Comparação entre pessoas institucionalizadas e não institucionalizadas* [Dissertação de mestrado, Universidade Autónoma de Lisboa].

<https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/3808/1/Tese%20PDF%20Abril%202018.pdf>

Bastos, C. (2021). *Necessidades dos idosos na autogestão da doença crônica: Perspectivando um programa de intervenção de enfermagem* [Dissertação de mestrado, Universidade Estadual de Campinas].

<https://www.scielo.br/j/cenf/a/9zDJ3jP6My9DQCyxPKt8gMf/?format=pdf>

Branski, R., & Franco, R. (2010). *Metodologia de estudo de casos aplicada à logística*. ANPET - Congresso de Pesquisa e Ensino em Transportes, 1-12.

<https://lalt.fecfau.unicamp.br/scrifa/files/escrita%20portugues/ANPET%20-%20METODOLOGIA%20DE%20ESTUDO%20DE%20CASO%20-%20COM%20AUTORIA%20-%20VF%2023-10.pdf>

- Brito, C. (2013). *Avaliação e identificação de inibidores da enzima superóxido dismutase de tripanossoma* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal da Bahia]. <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/22681/1/BRITO%20CCB-2013.pdf>
- Borde, E., Álvarez, M., & Porto, M. (2015). *Uma análise crítica da abordagem dos determinantes sociais da saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana*. *Saúde em Debate*, 39(105), 841-854.
<https://www.scielo.br/j/sdeb/a/Kdf3kjjB73Ym6n7QFJgxWQD/abstract/?lang=pt>
- Bogdan, R., & Biklen, S. (1994). *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Academia.edu.
https://www.academia.edu/6674293/Bogdan_Biklen_investigacao_qualitativa_em_educacao
- Câmara Municipal de Sintra. (2022). *Dicas para combater o isolamento social. Um Lugar que é Nosso*. <https://cm-sintra.pt/dicas-para-combater-o-isolamento-social>
- Castro, D. (2012). *Determinantes sociais e indicadores de saúde: Uma análise do sistema de informação da atenção básica* [Monografia de especialização, Universidade Federal de Minas Gerais].
https://repositorio.ufmg.br/bitstream/1843/BUBD-9DSEEU/1/monografia_vers_o_final_para_entrega_copypdf.pdf
- Carvalho, M. (2011). *Ética, serviço social e "responsabilidade social": O caso das pessoas idosas*. *Revista de Serviço Social*, 6, 240-245.
https://elearning.iscsp.ulisboa.pt/pluginfile.php/22204/mod_resource/content/0/%C3%89tica%2C%20Servi%C3%A7o%20Social%20e%20responsabilidade%20social%20o%20caso%20das%20pessoas%20idosas.pdf
- Carvalho, A., et al. (2017). *Referencial de educação para a saúde* (pp. 10-98). Direção-Geral da Educação.
https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_original_4julho2017_horizontal.pdf

- Carvalho, L. (2020). *Atividades cognitivas para idosos*.
<https://www.gerontologia.ufscar.br/pt-br/assets/arquivos/graduacao/temas-sobre-envelhecimento-atividades-cognitivas-para-idosos.pdf>
- Carneiro, C., et al. (2004). *O conceito de inclusão, dimensões e indicadores*. Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional, 1(1), 1-15.
<https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/4940/3610>
- CENIE. (2018). *Isolamento e solidão: Inimigos silenciosos*.
<https://cenie.eu/pt/blog/isolamento-e-solidao-inimigos-silenciosos>
- Continente. (2022). *Isolamento social: O que é, tipos e consequências*. Missão Continente. <https://missao.continente.pt/blog/artigos/isolamento-social-o-que-e-tipos-e-consequencias/>
- Couto, M. (2016). *Análise do Regulamento Geral da Proteção de Dados – A uniformização da União Europeia* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa].
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21581/1/TESE%20MESTRADO%20FINAL.pdf>
- Couto, M. (2016). *Análise do Regulamento Geral da Proteção de Dados: A uniformização da União Europeia* (pp. 1-61). Universidade Católica Portuguesa.
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/21581/1/TESE%20MESTRADO%20FINAL.pdf>
- Courtin, E., & Knapp, M. (2015). *Social isolation, loneliness, and health in old age: A scoping review*. *Health & Social Care in the Community*, 1-14.
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/hsc.12311>
- Cunha, C. (2016). *Envelhecimento bem-sucedido na perspetiva das pessoas mais velhas* [Dissertação de mestrado]. <https://core.ac.uk/download/pdf/151440381.pdf>
- Dantas, E., et al. (2017). *Aspectos biopsicossociais do envelhecimento e a prevenção de quedas na terceira idade*. <https://ufsj.edu.br/portal2->

repositorio/File/ppgpsi/ebooks/Aspectos_Biopsicossociais_do_envelhecimento.pdf

Dawalibi, N., et al. (2013). *Envelhecimento e qualidade de vida: Análise da produção científica da SciELO. Estudos de Psicologia (Natal)*, 18(3), 393-404.
<https://www.scielo.br/j/estpsi/a/Ygw4N4DVy5DMVgLhGHLxydp/?format=pdf&lang=pt>

Dimenstein, M., & Cirilo, M. (2020). *Abordagens conceituais da vulnerabilidade no âmbito da saúde e assistência social*.
https://elearning.iscsp.ulisboa.pt/pluginfile.php/22199/mod_resource/content/0/vulnerabilidade%20saude%20e%20social.pdf

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). *Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>

Duarte, C., & Santos, I. (2014). *A promoção da saúde física, mental e social da pessoa idosa: Intervenção especializada do enfermeiro de reabilitação* [Relatório].
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16419/8/Ap%C3%AAndice%205%20-%20Projeto%20de%20Interven%C3%A7%C3%A3o%20na%20pessoa%20idosa%20-%20viver%20mais...viver%20melhor.pdf>

Duque, M. (2019). *Determinantes sociais da saúde e envelhecimento: Uma abordagem espacial e temporal da realidade do Brasil e de Sergipe* [Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Sergipe].
https://ri.ufs.br/bitstream/riufs/13078/2/ANDREZZA_MARQUES_DUQUE.pdf

Faria, M., & Carmo, S. (2018). *Qualidade de vida e pobreza nas pessoas idosas*. *Revista Kairós Gerontologia*, 21(3), 553-562.
<https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/6225>

Fernandes, A., Albuquerque, P., & Fonseca, A. (2016). *A (Re)forma das reformas* (1-81). <http://hdl.handle.net/10400.14/22473>

- Figueiredo, M., & Amendoeira, J. (2018). *O estudo de caso como método de investigação em enfermagem. UIIPS: Unidade de Investigação em Instituto Politécnico de Setúbal*, 1-6.
<https://revistas.rcaap.pt/uiips/article/view/16137/14378>
- Fonseca, A. (2018). *Boas práticas de ageing in place: Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas* (pp. 1-120). Fundação Calouste Gulbenkian.
https://cdn.gulbenkian.pt/wp-content/uploads/2021/05/39Est_Boas_Praticas_Ageing_in_Place.pdf
- Fonseca, A. M., & Paúl, C. (2006). *Envelhecer em Portugal*. Climepsi Editores.
<https://conteudojuridico.com.br/consulta/Artigos/59632/direito-fundamental-ao-envelhecimento-digno-do-idoso>
- Fontanela, B., Riscas, J., & Turato, E. (2008). *Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: Contribuições teóricas. Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-26. <https://www.scielo.br/j/csp/a/Zbfsr8DcW5YNWVkyMVBByhrN/?lang=pt>
- França, C., et al. (2014). Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: Conceitos e intervenções. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 319-329.
<https://www.scielo.br/j/pcp/a/GnQzV9V5t9GBYjwJxVyGYkH/?format=pdf&lang=pt>
- Freitas, P. (2011). *Solidão em idosos: Percepção em função da rede social* [Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa].
<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8364/1/8364.pdf>
- Fragoso, M. (2020). *Satisfação com a vida, autoestima e solidão no idoso* [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Saúde de Viseu].
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34533/1/MONICA_FRAGOSO.pdf
- Gerino, E., & Rollè, L. (2017). Loneliness, resilience, mental health, and quality of life in old age: A structural equation model. *Frontiers in Psychology*, 8, 2003.
<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2017.02003/full>

- Gierveld, J., et al. (2015). Determinants of loneliness among older adults in Canada. *Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement*, 34(2), 125-136. <https://doi.org/10.1017/S0714980815000070>
- Gil, A. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf>
- Gomes, J. (2022). *Direito fundamental ao envelhecimento digno do idoso*. Consultor Jurídico. <https://www.conjur.com.br/2022-ago-21/lucas-weschenfelder-direito-fundamental-envelhecimento-digno/>
- Godinho, D. (2022). A governação local em Portugal: o estudo de caso das obras públicas (Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro). https://ria.ua.pt/bitstream/10773/36335/1/Documento_Duarte_Godinho.pdf
- Gouveia, J. B. (2012). A análise de conteúdo nas investigações científicas: metodologias e aplicações (pp. 1-4). SciELO. <https://www.scielo.br/j/reben/a/wBbjs9fZBDrM3c3x4bDd3rc/?format=pdf>
- Guedes, I. (2012). Sentimento de insegurança, personalidade e emoções disposicionais: que relações? (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto). <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/65082/2/24776.pdf>
- Hawkley, L. C., et al. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 40(2), 218-227. <https://academic.oup.com/abm/article/40/2/218/4569527?login=false>
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2023). *Estatísticas da saúde 2021* (4-78). [file:///C:/Users/Acer/Downloads/ES2021%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/ES2021%20(2).pdf)
- Ladislav, R. (1994). O envelhecimento. Instituto Piaget.
- Leitão, C. (2012). A entrevista como instrumento de pesquisa científica: Planejamento, execução e análise. In C. Leitão (Ed.), *Métodos de pesquisa científica* (1-28).

<https://metodologia.ceie-br.org/wp-content/uploads/2021/10/livro3-cap7-Entrevista.pdf>

Lima, E., et al. (2024). Solidão na pessoa idosa: Fatores de risco, impactos e intervenções (pp. 1-24). Revista e-Locução.

<https://periodicos.faex.edu.br/index.php/e-Locucacao/article/view/588>

Louise, C. (2022). Loneliness and health. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 1-2. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/gps.2054>

Lousa, E. (2016). Benefícios da estimulação cognitiva em idosos: um estudo de caso, 1-33. <https://repositorio.ismt.pt/server/api/core/bitstreams/afa8a505-772a-4b95-9497-121ab5095e28/content>

Lousada, A. (2020). *O desafio da solidão nas pessoas idosas* (8-254). Fundação La Caixa. <https://fundacaolacaixa.pt/documents/387763/702557/o-desafio-da-solidao-nas-pessoas-idosas-ebook.pdf>

Matos, F., et al. (2017). Uma leitura territorial da crise e vulnerabilidade social. *Revista da Faculdade de Letras: Ciências Sociais e Humanas*, 67-89. <https://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/16155.pdf>

Martins, R. (2007). Envelhecimento e saúde: Um problema social emergente. *Revista do Instituto Politécnico de Viseu*, 1-9. <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/614/1/Envelhecimento%20e%20sa%c3%bade.pdf>

Martins, R. (2003). *Envelhecimento e saúde: Um problema social emergente*. <https://core.ac.uk/reader/70643120>

Mendes, D. (2022). *Isolamento social e redes de suporte social em idosos a residir na comunidade* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/42070/1/DIANA_MENDES.pdf

- Moreira, E., & Sousa, M. (2021). Olhares sobre o impacto do isolamento social na saúde mental do idoso. *Journal of Medicine and Health Promotion*, 6(1), 234-244.
<https://jmhp.unifip.edu.br/index.php/jmhp/article/view/140>
- Neves, M. (2017). *Alteridade e deveres fundamentais: Uma abordagem ética*. *Revista Direitos Fundamentais e Alteridade*, 10, 86.
https://elearning.iscsp.ulisboa.pt/pluginfile.php/22196/mod_resource/content/0/dtos%20fundamentais%20e%20alteridade.pdf
- Nunes, J. (2021). *Solidão e isolamento social na população com 65 e mais anos do concelho de São Vicente – Região Autónoma da Madeira* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa].
<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/21832/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20J%C3%BAlio%20Nunes%20Gerontologia%20Social%2C%20Julho%202021.pdf>
- Oliveira, M. (2011). *Metodologia científica: Um manual para a realização de pesquisas em administração*. Universidade Federal de Goiás.
https://files.cercomp.ufg.br/weby/up/567/o/Manual_de_metodologia_cientifica_-_Prof_Maxwell.pdf
- Paço, C. (2017). *Solidão e isolamento na velhice* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa].
<https://www.repository.utl.pt/bitstream/10400.5/13212/1/tese%20Carlos%20Pa%C3%A7o.pdf>
- Parreira, V. (2022). *A solidão nos idosos: O efeito preditivo dos afetos negativos* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo].
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41523/1/Veronica%20Parreira.pdf>
- Pereira, M., Oliveira, L., Costa, C., Bezerra, C., & Pereira, M. (2020). *A pandemia de COVID-19: O isolamento social, consequências na saúde mental e estratégias de enfrentamento: Uma revisão integrativa*. Repositório Comum.
[file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/mara_1992+4548-22028-1PB%20\(2\).pdf](file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/mara_1992+4548-22028-1PB%20(2).pdf)

- Pereira, T. (2019). *A função cognitiva no envelhecimento* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo].
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32920/3/A%20fun%C3%A7%C3%A3o%20cognitiva%20no%20envelhecimento.pdf>
- Pimentel, M., et al. (2021). Impacto da covid-19 em idosos institucionalizados. *Revista INFAD*, 475–488.
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEF/article/download/2129/1721/6630>
- Puglia, C., et al. (2024). Abordagens para o envelhecimento ativo e saúde do idoso. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 6(4), 1320–1330.
<https://doi.org/10.36557/2674-8169.2024v6n4p1320-1330>
- Rebelo, M. (2019). *Promover o envelhecimento ativo: O desafio da institucionalização sob o olhar do enfermeiro* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo].
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/30422/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20mestrado%20Monica%20Rebelo%202%20de%20Dezembro.pdf>
- Rego, A., Cunha, M. P. E., & Meyer Jr, V. (2018). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista Portuguesa e Brasileira de Gestão*, 17, 43-57.
http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-44642018000200004&lng=pt&tlng=pt
- Rodrigues, P. (2022). *Isolamento social e função cognitiva em idades avançadas: Um estudo com base no projeto SHARE* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Minho].
<https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/79582/1/Paula%20Maria%20Fernandes%20Rodrigues.pdf>
- Rodrigues, R. (2018). Solidão: Um fator de risco. *Revista Portuguesa de Medicina Geral e Familiar*, 1–5.
<https://rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/download/12073/pdf/16983>

- Ribeiro, A., et al. (2016). Estratégia nacional para o envelhecimento ativo e saudável 2017-2025 (pp. 1-52). Serviço Nacional de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Sá, P., & Moreira, A. (2021). *Reflexões em torno de metodologias de investigação: Recolha de dados* (Vol. 2). Universidade de Aveiro. https://ria.ua.pt/bitstream/10773/30772/3/Metodologias%20investigacao_Vol2_Digital.pdf
- Sarroeira, L. (2011). Metodologia (pp. 1-27). Universidade de Évora. https://www.rdpc.uevora.pt/bitstream/10174/9641/18/Metodologia_Laura.pdf
- Schneider, R. (2008). O envelhecimento na atualidade: Aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(4), 585–593. <https://www.scielo.br/j/estpsi/a/LTdthHbLvZPLZk8MtMNMZyb/?format=pdf&lang=pt>
- Serafim, F. (2007). *Promoção do bem-estar global na população sénior: Práticas de intervenção e desenvolvimento de atividades físicas* [Dissertação de Mestrado, Universidade do Algarve]. <https://sapientia.ualg.pt/entities/publication/85f858ed-6c08-4cc4-bc7e-8acbb407121f>
- Silva, P., & Tavares, E. (2018). *O processo de envelhecimento na cidade e as desigualdades sociais e espaciais*. Universidade Cândido Mendes. <https://seminariodeintegracao.ucam-campos.br/wp-content/uploads/2018/12/Artigo-UCAM-2.pdf>
- Stake, R. (2000). Case studies. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The Sage Handbook of Qualitative Research* (134-164). Sage Publications. <https://www.sci epub.com/reference/195540>

- Sousa, M. (2013). *Participação dos idosos nas atividades de desenvolvimento pessoal* [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo].
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/6252/1/Sara%20M%C3%B3nica%20Tavares%20Rodrigues%20de%20Sousa.pdf>
- Souza, M., et al. (2019). *Perspectivas e desafios do envelhecimento inclusivo diante de uma sociedade líquida*. Universidade Federal do Espírito Santo.
[file:///C:/Users/Acer/Downloads/34812-Texto%20do%20Artigo-124621-1-10-20191207%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Acer/Downloads/34812-Texto%20do%20Artigo-124621-1-10-20191207%20(1).pdf)
- Valer, D., et al. (2015). O significado de envelhecimento saudável para pessoas idosas vinculadas a grupos educativos. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 18(4), 809-819.
<https://www.scielo.br/j/rbgg/a/zSNtzW4pHMLWKpmrJCrJJkQ/?format=pdf&lang=pt>
- Weger, M., & Morley, J. (2020). Loneliness in old age: An unaddressed health problem. *Journal of Aging and Health*, 1–3.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7223173/>
- Weiss, R. (1982). Issues on the study of loneliness. *Journal of Social Behavior and Personality*, 71, 80. https://peplau.psych.ucla.edu/wp-content/uploads/sites/141/2017/07/Peplau_Miceli_Morasch_82.pdf
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2007). *Concepts and principles for tackling social inequities in health*. Scientific Research Publishing.
<https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=1025379>
- WHO. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Mundial da Saúde. https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
- WHO. (2010). *A conceptual framework for action on the social determinants of health*. Organização Mundial da Saúde.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241500852>

WHO. (2015). *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Organização Mundial da Saúde.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

Apêndices

Apêndice 1 – Consentimento Informado

Eu, Catarina Grijó Amaral, aluna do Mestrado de Sociedade, Risco e Saúde no Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas - Universidade de Lisboa, venho solicitar a participação de Vossa Ex.^a no estudo, a realizar no âmbito da minha dissertação intitulada “Solidão e Saúde no Envelhecimento. A participação em atividades estruturadas”, sob a orientação da Professora Doutora Maria João Bárrios.

A sua participação é espontânea, não sendo oferecida qualquer remuneração ou gratificação. A realização da entrevista obedece aos princípios éticos e deontológicos de proteção de dados. A entrevista será gravada e transcrita, salvaguardada a identidade. A qualquer momento pode solicitar informações sobre o presente estudo, bem como, desistir da sua participação.

A par de todas estas informações, pelo o presente termo de consentimento informado e esclarecido eu, _____ declaro que fui informada/o dos objetivos da pesquisa acima descrita de maneira clara e detalhada. Recebi informação sobre a minha participação através da entrevista e esclarecida as minhas dúvidas. Recebi uma cópia deste documento e sei que em qualquer momento posso solicitar informação e modificar a minha decisão.

_____, ____ de _____ de ____

Assinatura do participante

Apêndice 2 - Guião de entrevista às pessoas mais velhas

Esta entrevista insere-se no âmbito do trabalho final de Mestrado de Sociedade, Risco e Saúde, do Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas da Universidade de Lisboa, sobre *Solidão e Saúde no Envelhecimento. A participação em atividades estruturadas na Associação Alegria de Viver*.

O objetivo geral deste estudo é o de identificar os fatores que levam uma população de pessoas mais velhas a participar em atividades estruturadas de combate à solidão, determinando as perceções sobre a influência desta participação no seu estado de saúde.

A sua identidade nunca será revelada e os dados serão tratados de forma agregada. Poderá desistir a qualquer momento.

Autoriza a gravação desta entrevista?

1. *Dados sociodemográficos:*

- 1.1. Dade
- 1.2. Sexo
- 1.3. Estado Civil
- 1.4. Agregado Familiar (com quem vive?)
- 1.5. Escolaridade (estudou até que ano?)
- 1.6. Atividade profissional (atual ou última antes da reforma)

2. *Suporte Familiar*

2.1. Composição da família (Filhos? Cônjuge? Irmãos? Sobrinhos?)

2.2. Tem contacto habitual com a sua família, amigos ou vizinhos? Com que frequência?

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Anualmente	Nunca
-------------	--------------	-------------	------------	-------

2.3. Frequência com que recebe visitas na sua habitação:

Diariamente	Semanalmente	Mensalmente	Anualmente	Nunca
-------------	--------------	-------------	------------	-------

2.4.Considera que possui uma vida social ativa?

2.5.Quando tem algum problema a quem recorre?

3. Situação económica

3.1. Rendimento mensal do agregado dá para...

Não chega para sobreviver	Dá para viver com muitas dificuldades	Dá para viver com algumas dificuldades	É a conta certa para as despesas essenciais	Dá para viver confortavelmente
---------------------------	---------------------------------------	--	---	--------------------------------

3.2.Proveniência do Rendimentos do agregado familiar:

Rendimento de Trabalho	
Subsídio de Desemprego	
Subsídio de Doença	
Pensões/Reforma	
RSI	
Abonos	
Pensão de alimentos	
Complemento por dependência	
Complemento de Sobrevivência	
Complemento Solidário para Idosos	
Prestações Sociais	
Outros. Quais?	

4. Condições habitacionais

4.1. Tipo de Habitação:

<i>Apartamento</i>	
<i>Vivenda</i>	
<i>Quarto</i>	
<i>Habitação Social</i>	
<i>Outra situação</i>	

4.2. Regime de Ocupação:

<i>Própria</i>	
<i>Arrendada</i>	
<i>Cedida com a presença dos donos da casa</i>	
<i>Cedida sem a presença dos donos da casa</i>	

4.3. Condições da habitação em termos de conforto:

<i>Boas Condições</i>	
<i>Condições razoáveis</i>	
<i>Más condições</i>	
<i>Outra situação</i>	

4.4. A sua habitação tem barreiras que limitam o seu dia-a-dia? (escadas, casa de banho não adaptada...)

5. Condições de Saúde

5.1. Possui problemas de saúde diagnosticados pelo médico?

5.2. Toma muitos medicamentos? Gere bem a toma da medicação?

5.3. Tem alguma incapacidade? Se sim, qual a % de incapacidade?

5.4. Possui problemas de mobilidade?

5.5. Precisa de ajuda para as ABVD (a investigadora pode dar exemplos)? E para as AIVD (a investigadora pode dar exemplos)?

5.6. Tem médico de família? Considera ser fácil ter acesso aos cuidados de saúde? Frequenta serviços de saúde privados? Como se desloca aos serviços? Alguém o acompanha?

6. Atividades estruturadas:

6.1. Como teve conhecimento da associação Alegria de Viver?

6.2. O que a levou a participar?

6.3. Quais as atividades em que participa?

6.4. Qual o impacto que a participação nas atividades da Associação teve na sua vida? E na sua saúde?

6.5. Considera importante a criação de atividades estruturadas de combate à solidão? Se sim porquê?

6.6. Que efeito tem essa participação na sua saúde?

6.7. A sua saúde impede-o/a de exercer essa participação em atividades? De que forma?

7. Influência das atividades na saúde:

Na sua perceção, como avalia o seu nível de saúde antes e depois de frequentar as atividades estruturadas da associação?

7.1. Como avalia o seu estado de Saúde atualmente?

<i>Muito Mau</i>	
<i>Mau</i>	
<i>Razoável</i>	
<i>Bom</i>	
<i>Muito Bom</i>	

7.2. E antes de participar nas atividades?

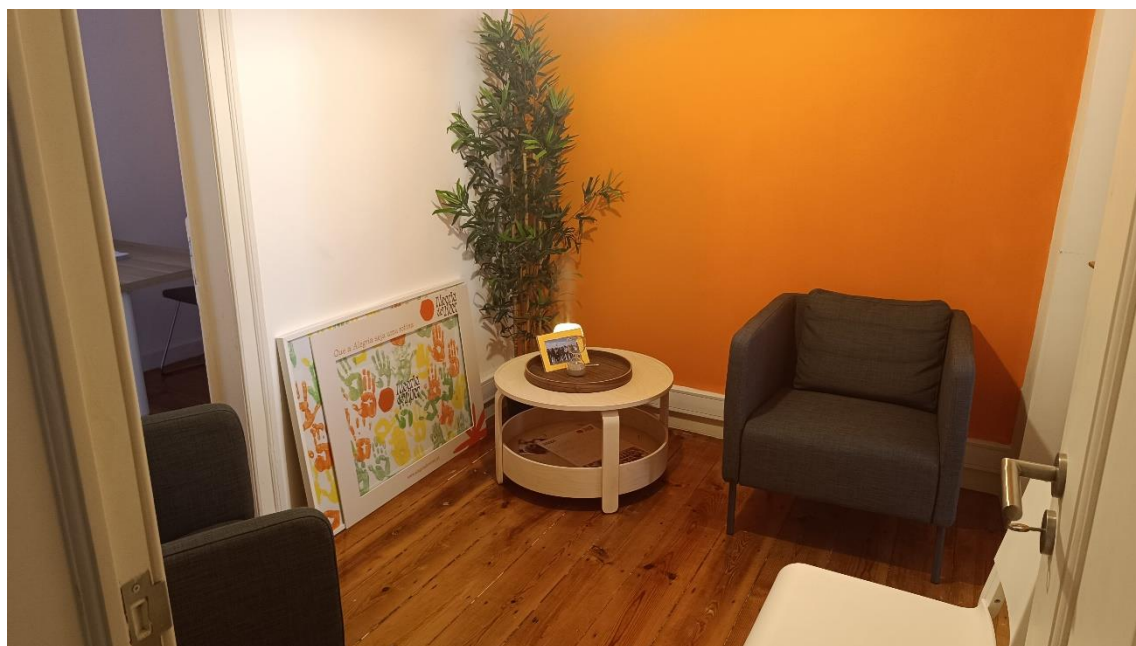
7.3. A sua condição de saúde alterou-se desde que frequenta a associação? Se sim, de que forma?

<i>Muito Mau</i>		~
<i>Mau</i>		
<i>Razoável</i>		
<i>Bom</i>		
<i>Muito Bom</i>		

8. Influência da solidão na saúde

8.1. Considera que a solidão afeta a sua saúde? Se sim, de que forma?

Apêndice 3 - Fotografias do local onde oi realizada a entrevista



Apêndice 4- O que levou a participar nas atividades estruturadas da Associação?

1. A companhia da minha vizinha e a vontade de não estar presa em casa. Não consigo estar parada, desde que estou reformada que ando de um lado para o outro.
2. Eu fui mais porque de vez em quando posso ir a passeios, há convívio. Os passeios praticamente passamos o tempo todo no autocarro e assim consigo ir, não ficou preso e estagnado.
3. Foi para me divertir e sobretudo para tirar o meu marido de casa obriguei-o.
4. Porque sei que faz bem à saúde. Acho que é ótimo para qualquer pessoa, não só para idosos, mas para todas as pessoas. Aprendemos mais e melhoramos as nossas vidas com esses novos conhecimentos.
5. Para tirar o meu marido de casa e ajudá-lo a conhecer outras pessoas e a sair de uma grande depressão que ele tinha. Estávamos sempre com o foco no lado negativo e depois de vírmos estamos mais positivos.
6. A necessidade de conviver com pessoas de irmos a passeios de não ficar fechada em casa e não ter a fobia do sofá, não ficar fechada. Faço muita coisa, pintura ginástica, tudo para não ficar com o síndrome do sofá que é horrível. A gente começa a ficar envelhecida mais do que se está, para me manter ativa.
7. Foi porque estávamos sempre com o foco no lado negativo e precisávamos de dar uma volta à vida
8. A convivência é saudável, então se procurarmos ter um entendimento lógico e natural.
9. Eu comecei por ir para a Junta por recomendação de um amigo meu. Disse que eu precisava de me distrair porque se tivesse com aquela carga toda sobre mim iria ter poucos anos de saúde.
10. Sempre saiu de casa mais o meu marido. Sempre saiu de casa. Venho eu mais o meu marido mas ao principio ele não queria o depois começou a gostar de participar e ouvir, porque a gente aprende sempre. Porque uma doutora assim outro assado e a gente aprende sempre. Divertimo-nos
11. É tudo convívio amigos conhecer novos amigos, viajar aprender. Vamos sempre aprendendo qualquer coisa sempre e ficamos melhores de capacidades, mais talentosos.
12. Foi porque eu não gosto de estar sozinho e aqui tenho muito convívio e muitas pessoas. Eu estava triste.
13. É assim isto para já é muito bom porque uma pessoa sai de casa, porque eu não consigo estar muito tempo em casa. Há sempre convívio.
14. Foi a Carlota, a assistente social sabia de toda a minha história e incentivou-me a vir pois disse que me fazia bem e melhoraria a minha vida, então telefonou para vir cá.
15. Achei o ambiente bom e boa camaradagem. Para ocupar a minha cabeça e para melhorar a minha saúde mental. Ter a mente ocupada e não afundar nos problemas
16. Porque precisava de um objetivo na minha vida, sentia um grande vazio, estava a envelhecer de dia para dia e precisava de voltar a juvenescer a melhorar a minha saúde e nada melhor que as atividades.
17. Precisava de algo que desperta-se a minha vontade de viver, que me mante-se vivo.
18. Foi para ocupar a minha cabeça e para melhorar a minha saúde mental. Ter a mente ocupada e não afundar nos problemas
19. Foi porque sei que aqui me ajudam e não estou só. desperta-se a minha vontade de viver, que me mante-se vivo”
20. Por causa do convívio, sentia falta de ter contacto com as pessoas de falar e ser ouvido.

Apêndice 5- Qual o impacto que a participação nas atividades estruturadas teve na sua saúde?

1. Teve impacto porque antes estava sempre fechada em casa, não saía, vi-a as coisas sempre para o lado negativo. Isto foi uma ajuda vir para aqui porque me deram vida, deram animo, estou muito agradecida por esta ajuda que me têm dado e isto é mesmo uma alegria de viver. O médico disse na última consulta que estava melhor do meu sistema nervoso e reduziu-me para metade o comprimido da ansiedade.
2. Ainda não me vejo muito nessas coisas. Mas as ginásticas fazem bem. Melhora a saúde das pessoas. Estimula as capacidades, melhora a cabeça, a alma e o corpo.
3. Sim, fizeram-me sobretudo sair de casa. Acho que desde que eu fui para a piscina melhorei muito. E eu agora adoro a piscina, gosto mesmo muito. Ajuda as pessoas a sair de casa. O meu marido teve alturas que não saía de casa, nem tirava o pijama, olhe agora já não tem aqueles estados depressivos.
4. Foi favorável. Na saúde não houve grandes mudanças, pois o que eu tenho já tinha, mas o convívio ajuda sempre um bocado. Sim, acho que é bom. A alegria incentiva em todos os sentidos.
5. Deu muito dinamismo. Estamos mais ativos. Ajuda a sair de casa, a estar com outras pessoas, a divertir e a aproveitar o dia melhor.
6. Eu parei de envelhecer. Antes de vir para cá, cada dia que passava ficava com a sensação de que andava para trás
7. É de nos mantermos mais ativos uns com os outros e isso ajuda a ter uma melhor convivência.
8. Fiz novos amigos, não estou preso em casa é uma alegria imensa. A alegria acaba por depois trazer saúde.
9. Porque a gente ao vir aqui há sempre uma distração, não estamos parados não morremos. Parar é morrer. Uma convivência extra faz sempre bem à saúde.
10. Fiquei mais leve, sinto-me mais leve. Sinto que pôs-me mesmo melhor. Aqui convivemos e com isso aprendemos sobre diversos temas.
11. Adoro vir para aqui, adoro os passeios, faz-me mesmo muito bem. Aqui estou distraída, não penso no meu filho que partiu. Estou muito melhor de espírito. Foi um banho que deus me mandou.
12. Só o sair de casa já é bom. Sim a gente ouve ou da alimentação ou de outros temas e vamos aprendendo e pondo em prática.
13. Estou sempre desejosa pela próxima 4º mais bem disposta mais positiva estou melhor a caminhar.
14. Sim, para já o andar faz bem em todos os setores. Move-se muita coisa as pernas os braços. Vai-se arejando a cabeça, não vamos a pensar naquilo que não devemos e nos chateia. Conseguimos desligar um bocadinho de tudo. Acho que é saudável.
15. Vai-se arejando a cabeça, não vamos a pensar naquilo que não devemos e nos chateia. Conseguimos desligar um bocadinho de tudo. Acho que é saudável. Faz bem espiritualmente, mentalmente e fisicamente.
16. É bom para eu não estar parada.
17. Faz-me muito bem. Agora já não consigo é fazer as caminhadas. Antes fazia muitas, mas agora já não consigo Na minha saúde não posso dizer que sim, mas como conhecemos pessoas e isto tem bom ambiente é mesmo muito bom.
18. Melhorou imenso a minha saúde. Aqui nós temos assim workshops e palestras sobre alimentação saudável, comportamentos saudáveis. E eu comecei a por em prática e notei uma diferença gigante. Comecei a beber mais água a comer mais verdes, mais peixe e o meu médico até disse que o colesterol e isso estavam melhores nestas análises. As minhas análises estavam bem melhores tanto que ele espaçou o tempo entre consultas.
19. Fez muito bem a tudo, isto é uma família para mim.
20. Fiquei com mais força, mais agilidade, mais resistência, melhorei a mobilidade. Sinto que também tenho mais confiança em mim.