



INSTITUTO SUPERIOR DE
SERVIÇO SOCIAL DO PORTO

Programa “Pedalar Sem Idade” – Efeitos no Isolamento Social e Solidão das Pessoas Mais Velhas

**Discente: Maria Helena Sarmento
Margarido**

Dissertação apresentada ao Instituto Superior de Serviço Social do Porto
para obtenção do Grau de Mestre em Gerontologia Social.

Orientador: Professor Doutor Hélder Alves

Coorientador: Professora Doutora Sónia Martins

Outubro
2023

Programa “Pedalar Sem Idade” – Efeitos no isolamento social e solidão das pessoas mais velhas

Maria Helena Sarmento Margarido



**“O envelhecimento não é “juventude perdida”, mas uma nova etapa de
oportunidade e força.”**

in Betty Friedan

Agradecimentos

A elaboração da presente dissertação é o culminar de um percurso académico que representa, não só empenho e esforço pessoal, como é reflexo de todo o processo de aprendizagem e crescimento que foi desenvolvido ao longo dos últimos anos da minha vida académica e durante os quais nunca caminhei sozinha.

Por este motivo, é um gosto enunciar cada uma delas e proceder ao reconhecido agradecimento. Primeiramente, um agradecimento especial a toda a população idosa que fez com que o estudo fosse possível de se realizar, bem como a disponibilidade para nos receber sempre com um sorriso infindável.

De seguida, ao Professor Hélder Alves e à Professora Sónia Martins pelo tempo disponibilizado, o incentivo manifestado nos encontros que mantivemos, a confiança depositada e a mão profissional a cada pequena conquista.

À técnica Dra. Sílvia Freitas pela abertura e confiança.

Por último, um agradecimento especial à minha família por todo o apoio prestado durante esta etapa. Muito obrigada.

Resumo

Introdução: O projeto Pedalar Sem Idade Porto (PSIP) surge do movimento internacional *Cycling Without Age*, que consiste na realização de passeios em bicicletas adaptadas para pessoas mais velhas, com pilotos voluntários treinados.

Objetivos: Avaliar o efeito do projeto PSIP na redução do risco de isolamento social e dos sentimentos de solidão de pessoas mais velhas. Caracterizar os participantes nas dimensões sociodemográfica, estado de saúde, isolamento social e solidão. Analisar a relação entre isolamento social e solidão.

Método: Este estudo inclui a análise de dados do projeto longitudinal PSIP, com uma amostra de pessoas com idade ≥ 55 anos, a viver na comunidade ou em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas do Porto (ERPI). O protocolo de investigação foi aplicado antes e após o PSIP, incluindo uma entrevista semiestruturada, *Abbreviated Lubben Social Network Scale* (LSNS-6) e *UCLA Loneliness Scale* (UCLA). Para a análise estatística dos dados, recorreu-se ao programa IBM® SPSS® *Statistics for Windows*.

Resultados: A amostra final (n=47) era na maioria do sexo feminino (81%), viúva (66%), com idade média de 82,6 (dp=8,5) anos e residente em ERPI (72,3%). Antes da intervenção, 12,8% da amostra revelava risco elevado de isolamento social e 23,4% solidão. Após a intervenção verificou-se uma diminuição estatisticamente significativa dos sentimentos de solidão (23,4% para 17%, $p<0,05$).

Conclusão: O PSIP demonstrou ter efeitos positivos, com a diminuição da solidão entre os participantes, o que vai ao encontro de outros estudos com esta intervenção. A realização de mais estudos futuros torna-se, no entanto, necessária para o aprofundamento destes resultados.

Palavras-chave: Envelhecimento, Isolamento social, Solidão, Pedalar Sem Idade

Abstract

Introduction: *Pedalar Sem Idade Porto* (PSIP) project arose from the international Cycling Without Age movement, which consists of organizing rides on bicycles adapted for older people, with trained volunteer riders.

Objectives: To evaluate the effect of the PSIP project on reducing the risk of social isolation and feelings of loneliness among older people. To characterize the participants in terms of sociodemographic, health status, social isolation, and loneliness. To analyze the relationship between social isolation and loneliness.

Method: This study includes the analysis of data from the PSIP longitudinal project, with a sample of people aged ≥ 55 years, living in the community or in Residential Structures for Elderly People (ERPI) in Porto. The research protocol was applied before and after the PSIP, including a semi-structured interview, the Abbreviated Lubben Social Network Scale (LSNS-6) and the UCLA Loneliness Scale (UCLA). IBM® SPSS® Statistics for Windows program was used to statistical data analysis.

Results: The final sample (n=47) was mostly female (81%), widowed (66%), with a mean age of 82.6 (SD=8.5) years and living in an ERPI (72.3%). Before the intervention, 12.8% of the sample showed a high risk of social isolation and 23.4% loneliness. After the intervention, a statistically significant decrease in feelings of loneliness (23.4% to 17%, $p<0.05$) was found.

Conclusion: PSIP demonstrated to have positive effects, with a reduction of loneliness among the participants, which is in line with other studies using this intervention. However, further studies are needed to deepen these results.

Keywords: Ageing, Social isolation, Loneliness, Cycling Without Age

Índice

Índice de figuras	IX
Índice de tabelas	X
Índice de gráficos.....	XI
Introdução	1
1. Enquadramento teórico	3
1.2. Conceito de envelhecimento	6
1.2.1. <i>Envelhecimento ativo</i>	7
1.2.2. <i>Envelhecimento saudável e bem-sucedido</i>	8
1.3. Envelhecimento, isolamento social e solidão	9
1.4. Abordagens interventivas no combate ao isolamento social e solidão nos mais velhos	13
1.5. Projeto “Pedalar Sem Idade Porto” (PSIP).....	15
2. Objetivos.....	17
3. Metodologia	18
3.1. Tipo e desenho de estudo.....	18
3.2. Processo de seleção da amostra	19
3.3. Considerações éticas.....	20
3.4. Descrição da intervenção Pedalar Sem Idade Porto (PSIP).....	20
3.5. Procedimentos de recolha de dados	21
3.6. Protocolo de recolha de dados	21
3.7. Procedimentos para o tratamento e análise estatística dos dados	23
4. Resultados	25
4.1. Caracterização dos participantes.....	25
4.1.1. <i>Características sociodemográficas</i>	25

4.1.2. Autopercepção do estado geral de saúde	28
4.1.3. Caracterização dos instrumentos de avaliação do risco de isolamento social (LSNS-6) e sentimento de solidão (Escala UCLA)	30
4.1.4. Avaliação da relação entre os instrumentos de avaliação, antes e depois dos passeios de bicicleta (N = 47).	34
4.1.5. Análise de comparação (pré-pós intervenção) ao nível do isolamento social e solidão	35
5. Discussão.....	37
6. Conclusão.....	41
Bibliografia.....	42
ANEXOS.....	50

Índice de figuras

Figura 1: Índice de Envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento	5
---	---

Índice de tabelas

Tabela 1- Características sociodemográficas da amostra.....	26
Tabela 2- Autoavaliação da saúde da amostra	28
Tabela 3 - Autoavaliação da saúde da amostra: sono	29
Tabela 4 - Análise descritiva da LSNS-6 (isolamento social).....	30
Tabela 5 - Análise descritiva dos itens da LSNS-6	31
Tabela 6 - Análise descritiva da Escala de solidão UCLA	32
Tabela 7 - Avaliação da relação entre os instrumentos de avaliação - antes e depois da intervenção.	34
Tabela 8 - Análise comparativa (pré-pós PSIP) ao nível da solidão (Escala UCLA)	35
Tabela 9 - Análise comparativa (pré-pós PSIP) ao nível do isolamento social (LSNS-6)	36

Índice de gráficos

Gráfico 1 - Freguesia onde reside os participantes	27
Gráfico 2 - Análise descritiva dos itens da Escala de Solidão UCLA	33
Gráfico 3 - Comparação dos instrumentos multidimensionais para antes e depois dos passeios de bicicleta (n = 47).....	36

Siglas e Abreviaturas

Δ Mediana – Diferença entre os valores da mediana antes e depois.

AIQ - Amplitude interquartil

CENIE – Centro Internacional Sobre o Envelhecimento

DP - Desvio padrão

ERPI – Estrutura Residencial Para Pessoas Idosas

INE – Instituto Nacional de Estatística

ISSSP – Instituto Superior De Serviço Social do Porto

LSNS-6 - *Lubben Social Network Scale*

M – Média

Máx. – Valor máximo

Mdn – Mediana

Min. – Valor mínimo

OMS – Organização Mundial de Saúde

P25 e P75 - Percentis 25 e 75

PSIP – Pedalar Sem Idade Porto

SNS- Serviço Nacional de Saúde

SPSS – Statistical Package for Social Science for Windows

UCLA- *Loneliness Scale*

Valor-p - Erro de tipo I adotado nos testes de hipóteses (nível de significância)

Introdução

O envelhecimento é um dos maiores desafios experienciados pela sociedade, uma vez que tem associado a si um problema focado nas perdas, doenças e na morte (Almeida M. , 2007, pp. 17-24).

A alteração na estrutura demográfica da sociedade levou a uma diminuição da população ativa no mercado de trabalho, alterando os agregados familiares e as situações económicas dos mesmos. (Bobeica, Nickel, Lis, & Sun, 2017, pp. 10-15).

O processo de envelhecimento caracteriza-se pelo aparecimento de alterações biopsicossociais, que poderão contribuir para que as pessoas mais velhas apresentem um maior risco de experienciar situações de isolamento social e de solidão. Estas por sua vez têm vindo a ser associadas a consequências negativas para estas pessoas, nomeadamente com um efeito negativo no bem-estar dos adultos mais velhos.

Neste sentido, torna-se relevante o desenvolvimento de intervenções com enfoque na redução destas situações, cada vez mais frequentes. É neste contexto, que surge o Projeto “Pedalar Sem Idade Porto” (PSIP), que surgiu com este propósito, tendo derivado do movimento internacional “*Cycling Without Age*”, iniciado na Dinamarca e 2012. Esta intervenção consiste na realização de passeios em bicicletas elétricas adaptadas para indivíduos com 65 ou mais anos, bem como para indivíduos com mobilidade reduzida, com pilotos voluntários treinados.

A presente dissertação incluirá uma análise de dados deste projeto em curso, tendo como principal objetivo a avaliação do efeito do projeto PSIP na redução do risco de isolamento social e dos sentimentos de solidão de pessoas mais velhas a residir em comunidade ou em Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) do Município do Porto.

Deste modo, este trabalho está dividido em cinco capítulos. O primeiro capítulo inclui o enquadramento teórico, com a abordagem ao fenómeno do envelhecimento populacional, envelhecimento ativo, saudável e bem-sucedido, assim como aos fenómenos do isolamento social e da solidão, terminando com a descrição do projeto PSIP.

O segundo capítulo, apresenta a descrição dos objetivos principais e secundários deste estudo.

De seguida, no terceiro capítulo é apresentada a metodologia utilizada, nomeadamente a descrição dos procedimentos de seleção da amostra, de recolha e tratamento estatístico dos dados.

No quarto capítulo serão apresentados os resultados, particularmente os dados descritivos da amostra e da análise do efeito da intervenção PSIP no isolamento social e solidão.

Por fim, no quinto capítulo, é apresentada a discussão dos resultados, assim como a conclusão geral.

1. Enquadramento teórico

1.1. Envelhecimento populacional

O envelhecimento populacional surge como um fenómeno a nível mundial. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2023), entre 2015 e 2050, a percentagem de habitantes com sessenta ou mais anos duplicará, passando de 12% para 22%, bem como 80% dos adultos mais velhos viverá em países com baixo ou médio rendimento, até esse mesmo ano.

Na Europa, de acordo com PorData (2023), o índice de envelhecimento varia de 185% a 75%, sendo a Itália o país com o índice mais elevado e a Irlanda o país com menor índice. Segundo a Comissão Europeia (2017), a Europa é o continente que apresenta mais população idosa a nível mundial- e continuará assim até 2070.

Portugal apresenta igualmente modificações demográficas que detêm importantes reflexões sociais, económicas e culturais. Nos últimos anos, verificou-se um progressivo aumento dos grupos etários seniores e uma redução da população jovem, que levou a revelação de uma dinâmica populacional sem precedentes na história do nosso país. Desta forma, verifica-se que a população idosa tem um papel importante na estrutura da nossa sociedade, levando a diminuição da taxa de mortalidade, aumento da esperança média de vida e a decadência da fecundidade. Assim, haverá uma modificação na pirâmide das idades, pois ocorrerá uma inversão na mesma e uma redução da sua base, que representa o peso e a importância dos idosos (Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012).

De acordo com Carneiro, Chau, Soares, Fialho, & Sacadura (2012), a forma triangular presente na pirâmide de 1960, em Portugal, desvaneceu e houve uma alteração desta mesma pirâmide no ano de 2000. Como referido anteriormente, ocorreu uma queda na taxa de natalidade, que resultou de uma diminuição do peso da faixa etária mais nova, aumentando a esperança média de vida que, pelo contrário, levou ao aumento da faixa etária mais idosa. Os movimentos migratórios regionais e internacionais têm tido um grande impacto no processo de envelhecimento.

Para Bandeira (2012), a história da população portuguesa entre 1950 e 1980 demonstra, por conseguinte, que o processo de envelhecimento demográfico não começa necessariamente com a queda da natalidade. Os seus mecanismos podem ser postos em

movimento pelo aumento de balanças migratórias fortemente negativas, que alteram o peso das estruturas etárias intermédias, ou seja, dos adultos ativos.

A esperança média de vida é um indicador que tem sofrido alterações no decorrer dos anos. Segundo o PorData (2022), este indicador aumentou de 13,5%, em 1970, para 19,30% em 2021. De acordo com a OMS (2023), o ser humano poderá viver até aos 60 ou mais anos, devido a diminuição da taxa de fertilidade. O aumento do envelhecimento iniciou-se nos países desenvolvidos, apesar de que nos últimos anos, este aumento tem-se verificado mais nos países em desenvolvimento. Para Mendes (2012), este incremento resulta das novas políticas sociais e económicas, na melhoria dos cuidados de saúde e na existência de um planeamento familiar, que contribui para a diminuição da taxa de natalidade.

De acordo com o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2022), “entre 2015 e 2080 Portugal perderá população dos atuais 10,3 para 7,5 milhões de pessoas, ficando abaixo do limiar de 10 milhões em 2031”. Haverá uma diminuição do número de jovens de 1,5 para 0,9 milhões, bem como um decrescimento no número de nascimentos, justificado pela redução de mulheres em idade fértil. De igual forma, o Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2023) estima que o número de adultos mais velhos passará de 2,1 para 2,8 milhões, em 2080. Assim, devido à diminuição da população jovem, existirá um aumento da população idosa, pois o índice de envelhecimento irá aumentar gradualmente, de 147 para 317 adultos mais velhos por cada 100 jovens, no ano de 2080.

Perante as projeções mencionadas em cima, como seria de esperar, o Índice de Envelhecimento em Portugal tem vindo a aumentar progressivamente (PorData, 2023). Em 1980, a percentagem de adultos mais velhos era de 43,8%, sendo que em 2021 a percentagem aumentou para 182,1% (Figura 1).

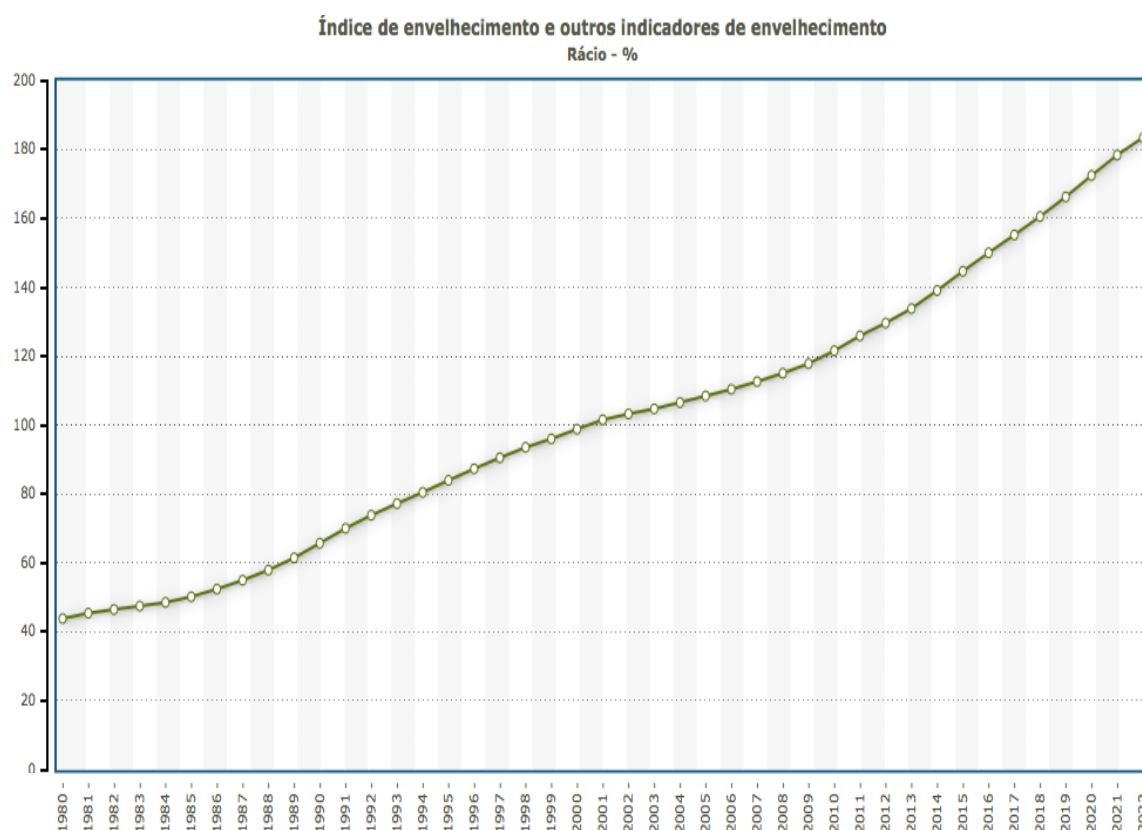


Figura 1: Índice de Envelhecimento e outros indicadores de envelhecimento

Fonte: PorData, 2021

Estes dados demonstram que o número de adultos mais velhos tenderá a aumentar nos próximos anos, sobretudo pelas melhorias das condições de vida e dos avanços na medicina e na tecnologia, que permitem e continuarão a permitir um aumento considerável da esperança de vida (Araújo et al., 2022).

Contudo, importa salientar que o crescente envelhecimento da população surge como um dos principais desafios demográficos e sociais para a Humanidade, uma vez que acarreta implicações transversais em vários setores, como o mercado laboral e financeira, na procura de bens e serviços como a habitação, os transportes e a proteção social, bem como nas estruturas familiares.

1.2. Conceito de envelhecimento

O envelhecimento tem sido definido como um processo complexo que deve ser analisado a nível fisiológico, psicológico e social. O envelhecimento fisiológico está relacionado com o aumento da vulnerabilidade e da probabilidade de falecer, devido a todas as perdas existentes até a esse último momento. Quanto ao envelhecimento psicológico, este surge relacionado com a forma como se lida com a senescência, com a alteração da memória e as tomadas de decisão (Rutz cit. em Branco, 2020) Por último, o envelhecimento social refere-se ao modo como os outros indivíduos encaram o envelhecimento, bem como os papéis e expectativas associas às pessoas mais velhas (Schroots & Birren citado em Branco, 2020).

Segundo Lidz (1983) citado em Oliveira (2010), existem três fases do processo de envelhecimento, que serão descritas a seguir:

- 1) “idoso (que poderíamos denominar senectude): ainda não existem grandes alterações psicossomáticas – o indivíduo, apesar da reforma, sente-se útil;
- 2) senescência: há já modificações significativas orgânicas e psicológicas;
- 3) senilidade: o idoso torna-se quase totalmente dependente.”

De acordo com Chau, Soares, Fialho & Sacadura (2012), envelhecer é um processo heterogéneo, uma vez que cada adulto mais velho está inserido em contextos físicos, sociais e humanos diferenciados e apresenta vivências e projetos de vida diferenciados. Nesta linha de pensamento, Amarya, Singh, & Sabharwal (2018) afirmam que o processo do envelhecimento é um processo natural uma vez que todos os indivíduos irão passar por esta mesma fase. No entanto, é de salientar que nem todos envelhecem da mesma forma, ou seja, cada um envelhece ao seu ritmo.

Nas sociedades modernas, o adulto mais velho é encarado como um indivíduo com dificuldades físicas e com ausência de papéis sociais. Desta forma, verifica-se que não é dado o devido valor ao mesmo, tendo a sociedade uma visão negativa tanto sobre o adulto mais velho como também sobre o processo de envelhecimento, no qual são atribuídas imagens e estereótipos negativos (Lopes, 2010).

Para uma melhor compreensão do processo envelhecimento torna-se necessário a abordagem de três conceitos essenciais, mais especificamente de envelhecimento ativo, envelhecimento saudável e envelhecimento bem-sucedido, que serão apresentados de seguida.

1.2.1. Envelhecimento ativo

A OMS (2005) define envelhecimento ativo como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Este processo assenta em quatro pilares. O primeiro refere-se à saúde, sendo designado como um “estado de completo bem-estar físico, mental e social”. O envelhecimento ativo foca-se assim na melhoria da saúde dos adultos mais velhos, de modo a conseguir um pleno potencial da sua saúde ao longo da vida (ILC-Brasil, 2015, citado em Amador, 2022).

O segundo pilar relaciona-se com a participação na sociedade, uma vez que uma participação ativa na comunidade contribui para melhorias positivas ao nível da saúde. O terceiro pilar diz respeito à segurança, que é considerado como a principal carência dos indivíduos. Sem a presença deste pilar, não é exequível desenvolver o potencial humano, nem envelhecer ativamente (ILC-Brasil, 2015, citado em Amador, 2022).

Por fim, a aprendizagem ao longo da vida é o quarto pilar do envelhecimento ativo e sustenta todos os outros. A sua principal característica é o poder de decisão e a maior certeza na segurança pessoal (ILC-Brasil, 2015, citado em Amador, 2022).

Neste sentido, importa citar Costa, et al., (2017) que referem que:

(...) a qualidade de vida é, claramente, a tónica dominante do envelhecimento ativo (Cabral, et al., 2015), podendo esta ser definida como a perceção do indivíduo acerca da sua posição na vida, no contexto cultural e de valores no qual vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (World Health Organization, 2023).

De salientar ainda que o envelhecimento ativo está interligado com a promoção da autonomia e estabelece dois princípios: o da prevenção do isolamento social e da solidão das pessoas mais velhas. É importante perceber ainda que a qualidade de vida e o bem-estar estão associadas ao convívio, atividade familiar e à sensação de se sentir útil (Carneiro, 2012).

De acordo com diversos autores, a qualidade de vida inclui um amplo leque de dimensões de vida, que vão desde a satisfação com a vida a modelos alicerçados em conceitos da independência, controlo, competências sociais e cognitivas. É importante perceber que o processo de envelhecimento incluiu parâmetros de satisfação, e um

conjunto de características sociais, como a religião, educação, família, cultura, entre outras (Chau, Soares, Fialho, & Sacadura, 2012). Estes autores referem ainda que a dependência é uma questão que afeta os adultos mais velhos, principalmente a nível psicológico e social que, deste modo, a capacidade de decisão e controlo da sua vida afeta a satisfação e a qualidade de vida destes.

1.2.2. Envelhecimento saudável e bem-sucedido

Para além do envelhecimento ativo, surgem outros dois importantes conceitos neste contexto, o de envelhecimento saudável e de envelhecimento bem-sucedido. De um modo global, estes termos referem-se à capacidade de manter uma vida produtiva em sociedade, bem como na economia, repartindo o tempo entre atividades de aprendizagem, trabalho, lazer e cuidados ao outro (Ordem dos Psicólogos, 2022).

Quanto ao envelhecimento bem-sucedido, este abrange o envolvimento com a vida e o com o bem-estar (Baptista, 2018). Assim como referem Sousa & Rodríguez-Miranda (2015), o adulto mais velho deverá adaptar-se a determinadas mudanças corporais que ocorrem no processo de envelhecimento, de modo a solucionar as condições de vida que estão interligadas as mesmas.

De acordo com Simões (2006), o envelhecimento bem-sucedido é composto por três vertentes, nomeadamente “baixo risco de doenças ou incapacidades relacionadas com a doença, funcionamento físico e mental elevado e empenhamento ativo na vida.”. Desta forma, os indivíduos têm um papel importante e decisivo na diretriz da sua vida, podendo assim prevenir doenças, bem como promover a saúde física e mental uma vez que têm um papel ativo na própria vida.

A OMS (2023) realça que o envelhecimento saudável representa um processo contínuo de melhorias funcionais, bem como de oportunidades para manter o bem-estar da saúde física e mental promovendo a independência dos indivíduos e a sua qualidade de vida.

Deste modo, importa referir que o isolamento social pode comprometer o envelhecimento ativo e bem-sucedido, sendo assim fundamental, através da articulação entre várias intervenientes e entidades, a identificação atempada e implementação de medidas de prevenção e de intervenção junto das pessoas mais vulneráveis, de forma a reduzir estas situações (Carneiro, 2012).

1.3. Envelhecimento, isolamento social e solidão

Ao longo do processo de envelhecimento surgem diversas alterações biológicas, psicológicas e sociais que podem contribuir para momentos de maior stresse nas pessoas mais velhas. Destas alterações, destaca-se a perda de papéis, a entrada na reforma, a emancipação dos filhos, a morte dos cônjuges, perda de autonomia, dificuldades cognitivas, emigração dos familiares, entre outros (Monfort, 2001, citado em Quaresma, 2004). Estas alterações, por sua vez, podem contribuir para a limitação das redes e contactos sociais das pessoas mais velhas, tornando-os mais vulneráveis ao isolamento social e à solidão (Tomás, Pinazo-Hernandis, Oliver, Donio-Bellegarde, & Tomás-Aguirre, 2019).

Segundo Matos (2018, ao citar Monteiro e Neto, 2008) “Ainda que concordem que isolamento social e solidão são conceitos diferentes, argumentam que estes podem estar relacionados”. Segundo Valtorta e Hanratty (2012), a solidão e o isolamento social apresentam definições distintas. Assim, os indivíduos podem sentir-se sós e não estarem socialmente isolados, bem como podem estar socialmente isolados sem se sentirem sós. Existem casos em que os indivíduos experienciam ambos os sentimentos, pois encontram-se socialmente sozinhos e sentem-se sós.

Num estudo realizado pela Guarda Nacional Republicana (2021), através da operação Censos Sénior, constatou-se que existiam 44 483 indivíduos que se encontravam a viver sozinhos, isolados e/ou em situação de vulnerabilidade. Baarck, et al (2021) referem que no início da pandemia, Portugal estava classificado como o 6º país com maior número de adultos mais velhos em risco de isolamento social, sendo que a percentagem variava de 24% a 50%.

No que se refere à solidão, esta pode variar de pessoa para pessoa, sendo que a mesma se identifica como uma forma de sofrimento psicológico e é muito comum principalmente nas pessoas com recursos económicos mais escassos. Segundo Peplau (1987), a solidão representa um deficit significativo nas relações sociais de uma pessoa.

Um outro estudo realizado na América do Norte (Yang & Victor, 2011), constatou-que 8% a 10% das pessoas mais velhas apresentavam sentimentos de solidão. Já na Europa, os adultos mais velhos com 65 ou mais anos apresentavam uma percentagem mais elevada de solidão (32%).

Em Portugal, um estudo realizado em 2018 (Rodrigues, 2018), concluiu que os sentimentos de solidão estão mais presentes em mulheres com 60 ou mais anos. Além disso, as zonas rurais mais envelhecidas e desabitadas, são as que apresentem maior taxa de solidão, bem como de isolamento social. Num estudo mais recuado, de Paúl & Fonseca (2005), verificou-se que 17% dos indivíduos desta faixa etária viviam sozinhos e 33,8% apresentavam solidão. Segundo Nicholson (2021), o isolamento social acarreta um grave problema para a saúde dos indivíduos mais velhos, visto que tem efeitos prejudiciais tanto para a saúde como para o bem-estar.

Diversos estudos têm demonstrado o contributo do isolamento social e da solidão para um maior risco de mortalidade, assim como, o desenvolvimento da demência, risco de quedas, e/ou internamentos hospitalares (Hawkley & Cacioppo, 2010). Sabe-se ainda que os adultos mais velhos que se encontram em situação de isolamento social apresentam níveis elevados de inatividade, baixos níveis de atividade física e sedentarismo. Assim, estes comportamentos, associam-se à falta de mobilidade, contribuindo para consequências negativas para a saúde, como por exemplo, o aparecimento de obesidade e outros problemas de saúde (Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2021).

Por outro lado, dados recentes demonstram que os adultos mais velhos que estão em situação de isolamento social ou de solidão estão mais propícios a ter sintomas de ansiedade e depressão (Santini, et al., 2020), relacionando a solidão com o desenvolvimento da depressão geriátrica (Kabátová, Putekova, & Martinkova, 2016). Desta forma, os adultos mais velhos que estão conectados a redes sociais, com o companheiro, a família ou outros contextos, estão propícios a aumentar a sua chance de sobrevivência em situações mais difíceis, bem como ambientes hostis (Hawkley & Cacioppo, 2010).

Segundo Landeiro, Barrows, Nuttall Musson, Gray, & Leal (2017); Leigh-Hunt, et al. (2017) e Nicholson (2021):

“A nível social, a população idosa isolada apresenta altos níveis de inatividade, baixos níveis de atividade física e sedentarismo, o que poderá ter outras consequências como o risco de obesidade e outros problemas de saúde (Freedman & Nicolle, 2020; Nicholson, 2021). Esta situação poderá levar à necessidade de admissão no serviço de urgência, maior tempo de internamento hospitalar e atraso na alta hospitalar, o que poderia ser evitável”.

Devido a estes efeitos, autores como Mehrabi & Béland (2020) têm referido que:

“O isolamento social está a contribuir para o desenvolvimento da fragilidade entre as pessoas mais velhas, definida como um estado de perda de capacidade de reserva, decorrente de vários declínios cumulativos em vários sistemas fisiológicos, o que poderá contribuir para uma maior vulnerabilidade e a resultados negativos para a saúde”.

Como já referido, nestes últimos anos, o isolamento social e a solidão têm assim aumentando progressivamente, junto das pessoas mais velhas, tendo esta situação se agravado com a pandemia COVID-19.

A situação pandémica exigiu a implementação de medidas legislativas limitadoras, como a livre circulação da população, particularmente de grupos de risco ou grupos mais vulneráveis, nomeadamente das pessoas mais velhas, residentes em estruturas residenciais ou na comunidade. Numa fase inicial da pandemia, a ausência de uma vacina eficaz para combater o vírus, implicou o distanciamento social, isto é, distanciamento físico como uma das estratégias a implementar para a prevenção e propagação da COVID-19. Este termo distanciamento social significa que era necessário serrar interações significativas, enquanto o termo distanciamento físico refere-se a uma separação física que não implicava o rompimento da conexão social (Bavel, et al., 2020, pp. 460-471).

Contudo, a mudança de comportamentos no âmbito das interações sociais mais impulsionadoras da proteção individual e da saúde coletiva poderão ser muito difíceis. Todos os indivíduos desenvolvem a necessidade intrínseca de estarem conectados com os outros, levando estes a sentirem o distanciamento como algo artificial. Com a necessidade de os indivíduos permanecerem em casa, as pessoas mais velhas perderam as formas habituais de se conectarem com as suas redes de suporte, bem como com as entidades que promovem serviços sociais e de saúde. Desta forma, o confinamento, essencial para reduzir a transmissão do vírus, afetou negativamente as relações sociais dos adultos mais velhos, uma vez que estavam impossibilitados de sair das suas habitações (Armitage & Nellums, 2020).

Deste modo, sabe-se que todas estas medidas contribuíram para o aumento do número de adultos mais velhos que perderam a conexão com a família e outras pessoas

de referência, bem como com os serviços sociais e de saúde (Melo, Guedes, & Ribeiro, 2020). Para além disso, contribui para a diminuição da identificação destas situações e, neste sentido do direcionamento para intervenções, o que contribui certamente para uma diminuição da qualidade de vida das pessoas mais velhas durante este período (Gerst-Emerson & Jayawardhana, 2015, pp. 1013-1019).

1.4.Abordagens interventivas no combate ao isolamento social e solidão nos mais velhos

Tendo em conta o aumento progressivo nos últimos anos e as graves repercussões associadas ao isolamento social e à solidão, estes fenómenos têm sido cada vez mais considerados como problemas crescentes de saúde e de políticas públicas, o que realça a importância do desenvolvimento e implementação de abordagens para a sua prevenção e/ou intervenção, sobretudo nos grupos mais vulneráveis, como as pessoas mais velhas (Chen & Schulz, 2016).

Neste âmbito, o voluntariado surge como uma excelente forma de contribuir para as comunidades locais, ou seja, uma forma de combater o isolamento social e/ou solidão, na medida em que é uma oportunidade de os adultos mais velhos serem seguidos por voluntários, surgindo assim como uma boa maneira de alargar os contactos sociais, bem como de desenvolver novas capacidades e competências (Callou, 2008).

Segundo Garay & Fossa (2001), o voluntariado é praticado desde as primeiras guerras e crises mundiais. Nestes períodos já se apresentavam relatos de voluntários que através de diversas formas de ajudar como a física, a emocional, a intelectual e material, colaboravam com projetos de desenvolvimento comunitário.

A intervenção para a solidão e para o isolamento social passa por todos os indivíduos. Todos devem criar espaços, oportunidades e condições para as pessoas terem oportunidade de participar em atividades sociais, culturais, recreativas, desportivas e espirituais (CENIE, 2018). A ajuda pode ocorrer de diversas formas, como por exemplo:

- Convidar um amigo/ vizinho/ colega para conversar, tanto no trabalho como em casa;
- Manter relações sociais genuínas com os outros indivíduos;
- Partilha de informação sobre iniciativas na comunidade;
- Incentivar o convívio e fomentar as relações com indivíduos que residem sozinhos;
- Quando não for possível estabelecer contacto físico com as pessoas, optar por o uso das novas tecnologias como forma de proporcionar a comunicação e convívio apesar da distância.

No contexto das intervenções para combater o isolamento social e a solidão, algumas evidências, indicam que as tecnologias têm um grande impacto na redução dos sentimentos de solidão e do isolamento social nas pessoas mais velhas. As tecnologias

têm o potencial de prevenir ou reduzir estes fenómenos, bem como permitir a relação entre os vários indivíduos, pois facilita a comunicação, troca de informação, partilha e acesso a materiais do seu interesse (Kusumota, et al., 2022).

A inclusão dos adultos mais velhos no mundo digital, permite a conservação dos papéis sociais, do exercício de cidadania, da autonomia e da participação ativa na comunidade, permitindo a inserção na vida ativa (Kusumota, et al., 2022).

Neril & Freire citados por Freitas (2011) sugerem outras estratégias que podem ajudar os adultos mais velhos a prevenir ou combater a solidão e/ou isolamento social:

“Tentar conhecer novas pessoas e fazer novas amizades; participar em atividades sociais voluntárias; transmitir conhecimentos e experiências a outras pessoas; encontrar novos canais de comunicação entre pessoas da mesma geração e de outras gerações; envolver-se em grupos de convívio, atualização cultural; consciencializar-se do seu papel como cidadão na sociedade e reconhecer os seus direitos e deveres; investir em si próprio, cuidando da saúde mental e física; convencer-se que a adaptação às mudanças naturais da velhice traz dificuldades, mas que isso não implica o afastamento social, inatividade, isolamento, depressão; favorecer o crescimento espiritual; saber eleger as prioridades pessoais e defender a privacidade e pontos de vista.”

Existem diversos projetos com intervenções focadas em mitigar a solidão e combater o isolamento social nas pessoas mais velhas (WHO, 2021). O projeto “Pedalar Sem Idade Porto” (PSIP) surge como um exemplo desses programas de intervenção e que será desenvolvido na seção seguinte.

1.5. Projeto “Pedalar Sem Idade Porto” (PSIP)

O presente estudo enquadra-se no âmbito do projeto PSIP, que deriva e assenta nos princípios orientadores, metodologias e modelos de ação do movimento internacional *Cycling Without Age*, que foi fundado na Dinamarca em 2012.

O fundador Ole Kassow ao passear de bicicleta junto a uma ERPI, reparou num senhor sentado num banco com uma bengala ao seu lado. O seu primeiro pensamento foi o número de pessoas idosas que não conseguiam passear livremente na cidade devido às suas limitações físicas e percebeu o quanto as queria ajudar a subir novamente para uma bicicleta. Assim, a resposta foi a utilização de um *trishaw*, oferecendo passeios gratuitos aos residentes das casas de repouso (Cycling Without Age, 2012).

Por todo o mundo, existem 3050 associações que representam o *Cycling Without Age*, compostos por 4900 *trishaws* e 39 mil pilotos voluntários que garantem passeios regulares a adultos mais velhos residentes em casas de repouso (Cycling Without Age, 2012).

Em Portugal, o projeto PSIP teve início em novembro de 2018, sendo coordenado atualmente por uma Associação Sem fins Lucrativos. Na sua equipa fazem parte, para além dos órgãos sociais, 33 pilotos voluntários. As bicicletas elétricas adaptadas são compostas por um motor elétrico, travões “como um formula 1”, plataforma de acesso removível, cintos de segurança e capota impermeável (Pedalar Sem Idade, 2018).

No contexto deste projeto, foi inicialmente, realizado um estudo transversal numa amostra de 400 pessoas com mais de 65 anos de idade, sendo que 47,6% viviam sozinhos. Um terço não teria alguém próximo em quem confiar e 41,8% dos participantes apresentava dificuldades motoras (Pedalar Sem Idade, 2018). Estes resultados preliminares revelaram a necessidade de implementação de intervenções junto destas pessoas, com o intuito de combater o isolamento social e os sentimentos de solidão, surgindo assim a motivação para a adaptação deste projeto na cidade do Porto.

Após a realização de diversos passeios conclui-se que os benefícios passam por mais exposição solar, aumento da rede de suporte social, aumento da inclusão na comunidade e sentimento de liberdade e confiança. A nível do bem-estar social, o projeto PSIP refere que existe fortalecimento das relações entre gerações; há menos solidão e mais sentimento de pertença; melhoria da saúde mental, tanto dos utentes como dos cuidadores; bem como, ligação entre mobilidade sustentável e solidariedade social (Pedalar Sem Idade, 2018).

Importa referir que o projeto PSIP assenta em valores como: sem idade, no qual se realizam passeios com indivíduos de diferentes faixas etárias; sem pressa, sendo que a

velocidade média da bicicleta em cada passeio atinge os 12 km/hora; generosidade; construir relações; partilhar histórias e a intergeracionalidade.

Os objetivos de desenvolvimento sustentável do projeto PSIP consistem na saúde e bem-estar do indivíduo, redução das desigualdades, cidades e comunidades sustentáveis e parcerias para a implementação dos objetivos (Pedalar Sem Idade, 2018). Assim, a principal missão projeto PSIP consiste em contribuir para a diminuição do isolamento social e de sentimentos de solidão de pessoas mais velhas com mobilidade reduzida, a viverem em casa ou em lares, através de uma intervenção que consiste na realização de passeios em bicicletas adaptadas, com pilotos voluntários treinados.

O projeto PSIP tem agregado um conjunto de pilotos voluntários, que realizam os passeios aos adultos mais velhos, bem como a pessoas com deficiência. Estes passeios passam por passeios regulares (passeios lúdicos ou culturais), passeios com *geocaching* sénior (permite que os indivíduos realizam passeios, enquanto estão em comunidade com a tecnologia), bem como passeios em quilómetros solidários (possibilita que as pessoas mais carenciadas, realizam passeios a adultos mais velhos como também por cada quilómetro ganham 1€, que reverte para o cartão Sonae).

Os pilotos voluntários presentes neste projeto têm que realizar uma formação de modo a conhecerem as especificidades das bicicletas, assim como são conduzidas. Após esta formação, é-lhes atribuída uma instituição e realizam passeios uma vez por semana durante o período de duas horas na mesma.

2. Objetivos

Após um enquadramento teórico com abordagem dos principais conceitos teóricos deste trabalho, bem com a fundamentação da sua pertinência, é essencial referir os objetivos do presente estudo.

Assim, este trabalho teve como principal objetivo avaliar o efeito do projeto PSIP (passeios de bicicleta) na redução do risco de isolamento social e dos sentimentos de solidão em pessoas mais velhas.

Foram definidos como objetivos específicos:

1. Caracterizar os participantes do projeto PSIP, nas seguintes dimensões:
 - a. Características sociodemográficas;
 - b. Autoperceção do estado geral de saúde;
 - c. Risco de isolamento social;
 - d. Sentimento de solidão.

2. Avaliar a relação entre risco de isolamento social (avaliado pela Escala Breve de Redes Sociais de *Lubben*) e o sentimento de solidão (avaliado pela Escala de solidão de UCLA), nomeadamente
 - a. Verificar se os dois instrumentos estão correlacionados;
 - b. Verificar se existe uma estabilidade temporal nessa relação.

3. Metodologia

Após um enquadramento teórico com abordagem dos principais conceitos teóricos deste trabalho, bem como a fundamentação da sua pertinência, é essencial referir os procedimentos metodológicos utilizados. Assim, neste capítulo será feita a descrição do tipo e desenho de estudo, do processo de recrutamento da amostra, das considerações éticas, do programa de intervenção PSIP, dos procedimentos de recolha e de análise de dados.

3.1. Tipo e desenho de estudo

O presente estudo é de natureza quantitativa, de tipo quasi-experimental (de intervenção) e com desenho longitudinal.

O estudo quantitativo permite analisar um vasto número de indivíduos, com dimensões de análise previamente definidas utilizando para este efeito instrumentos padronizados (Álvares, 2020/2021). Sendo um estudo quasi-experimental com base num constructo multidimensional, serão utilizados instrumentos de avaliação a serem aplicados na mesma amostra, em dois momentos distintos, ou seja, no Pré- e Pós-teste, para analisar os efeitos de determinada intervenção (Almeida M. R., 2013).

O estudo com desenho longitudinal permite pesquisar a prevalência de novos casos de uma determinada variável numa população, podendo ser realizados em diferentes intervalos de tempo (Romanowski, Castro, & Neris, 2019). Além disso, há um período de seguimento, mais ou menos longo, dos participantes, de forma a analisar os efeitos da intervenção a que foram submetidos.

Assim, esta dissertação teve como proposta a realização de um estudo de natureza quantitativa, com desenho longitudinal, pelo que será feita uma comparação dos mesmos sujeitos em dois momentos distintos: i) o primeiro antes dos participantes iniciarem a intervenção (pré-teste); e ii) o segundo no final da intervenção (pós-teste).

3.2. Processo de seleção da amostra

A amostra pode ser caracterizada “como um subconjunto, uma parte selecionada da totalidade de observações abrangidas pela população, através da qual se faz inferência sobre as características da população” (Pestana & Gageiro, 2005; Pinheiro, Cunha, Carvajal, & Gomes, 2009). A sua utilização possibilita a perceção de um fenómeno que está a ser estudado, isto é, as amostras compõem recursos eficazes e realistas que permitem recolher dados. A amostra do projeto PSIP é não probabilística, por conveniência, isto é, a população que participou neste projeto não foi selecionada por meio de um critério estatístico, mas sim porque se encontrava disponível.

Este tipo de amostragem assenta no julgamento pessoal do investigador, que decide quais os elementos a incluir na amostra. Pode ser uma forma rápida de recolher a informação da amostra, porém não permite uma avaliação objetiva e precisa da população (Malhotra, 2004).

Neste trabalho, a amostra foi constituída por adultos mais velhos residentes nas ERPI'S e em habitações sociais da cidade do Porto. Foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

1. Idade igual ou superior a 55 anos;
2. Viver na comunidade ou institucionalizadas em ERPI.

Os participantes que residem em habitações sociais foram selecionados no âmbito de um outro projeto existente e em curso – Projeto “Porto Importa-se”. Este projeto resulta de uma parceria entre o ISSSP e a Domus Social - Empresa de Habitação e Manutenção do Município do Porto, e teve como objetivo eleger indivíduos que se encontrassem em situação de isolamento social e/ou solidão.

Os critérios de exclusão definidos foram os seguintes:

- 1- Residir nas periferias, mais concretamente, a uma distância de vinte minutos dos pontos de referência onde se encontram as bicicletas elétricas (Parque da Cidade, Balneários Públicos – Bonfim e Marina do Freixo – Campanhã).
- 2- Impossibilidade de garantir transporte até ao local de realização dos passeios;

- 3- Impossibilidade de pagar o seguro anual, no valor de 12 euros, caso se encontre numa das situações em que este pagamento se aplique (exceto participantes recrutados através do projeto “Porto Importa-se”).

3.3. Considerações éticas

No presente estudo foram salvaguardados os procedimentos éticos previstos em investigações com seres humanos. Deste modo, antes do início do projeto, foi elaborado e solicitado um consentimento informado, livre e esclarecido (Anexo I) a todos os participantes, tendo sido disponibilizado ainda informação escrita sobre este projeto.

Neste documento constava informação relativamente ao projeto PSIP, nomeadamente identificação da equipa, objetivos, procedimentos metodológicos, descrição da intervenção, confidencialidade e proteção dos dados recolhidos, assim como identificação dos benefícios e potenciais risco associados à participação.

Por parte do investigador, é importante que assuma os princípios gerais e éticos em investigação, nomeadamente assegurar a confidencialidade, o anonimato e o sigilo, de modo que toda a informação recolhida não seja usada para outros fins.

3.4. Descrição da intervenção Pedalar Sem Idade Porto (PSIP)

A intervenção do PSIP consistiu na realização de pelo menos quatro passeios de bicicleta elétrica adaptada, com uma duração média de 60 minutos, tendo ocorrido durante um período de um a quatro meses.

Estes passeios foram realizados por pilotos voluntários com formação específica, que tinham ainda como função transportar a bicicleta do local onde se encontrava guardada até aos participantes, antes e após os passeios. A implementação deste projeto decorreu durante um ano, entre fevereiro de 2022 e fevereiro de 2023.

3.5. Procedimentos de recolha de dados

Após a apresentação do estudo e a obtenção do consentimento informado assinado, foi aplicado um protocolo de avaliação a todos os participantes em dois momentos, antes e após a intervenção.

Durante o processo de recolha de dados é importante analisar a situação, o participante e o entrevistador, sobretudo quando se trata de amostras com pessoas mais velhas. Relativamente à situação, é importante analisar o local em que a recolha de dados será realizada, ou seja, deverá ser um local sossegado e seguro, com condições ambientais favoráveis (ex. temperatura adequada, ausência de ruído, iluminação adequada), para que se consiga manter um diálogo com o participante.

A casa/instituição onde se encontra o adulto mais velho será um bom sítio para se proceder à recolha de dados, se for possível, sem interrupções, de modo a uns indivíduos se sentirem mais confortáveis pois poder-se-iam sentar e estar mais relaxados (Ghiglione & Matalon, 1992).

3.6. Protocolo de recolha de dados

Neste estudo foram utilizadas como técnicas de recolha de dados, o inquérito por entrevista e instrumentos de avaliação estandardizados e validados para a população portuguesa, que constituíram assim, o Protocolo de Recolha de Dados (Anexo II), que será descrito de seguida.

A) Inquérito por entrevista

A técnica de recolha de dados de inquérito por entrevista permite questionar uma determinada amostra, em relação à sua situação social, profissional, familiar, opiniões, expectativas, bem como a outras questões que sejam do interesse dos próprios investigadores (Campenhoudt, Marquet, & Quivy, 2017).

Como nos diz (Fortin, 2000), “face à variedade de fenómenos sobre os quais pode incidir a investigação, tornam-se necessários vários métodos de colheita de dados. A sua escolha é determinada pela natureza do problema de investigação. Sendo o questionário

um dos métodos de colheita de dados possíveis, optámos por ele por este ajudar a organizar e a controlar os dados permitindo assim uma recolha de informação rigorosa”.

Assim, o inquérito por questionário (Anexo II) desenvolvido no âmbito do projeto PSIP permitiu a recolha de dados sociodemográficos, como a idade, o género, o estado civil, as habilitações académicas, a freguesia e o contexto em que reside. Este inquérito inclui ainda questões para recolha de informação sobre o estado de saúde do participante, nomeadamente o seu estado geral de saúde, se toma ou não medicação para dormir, a qualidade do sono (escala com parâmetros entre muito má e muito boa) e número médio de horas que dorme por dia.

B) Instrumentos de avaliação

O Protocolo de Recolha de Dados inclui ainda quatro instrumentos standardizados de avaliação relacionados com as variáveis de interesse do presente estudo. De seguida serão descritos os instrumentos considerados para o presente estudo.

- ***Abbreviated Lubben Social Network Scale - LSNS-6*** (Escala Breve de Redes Sociais de Lubben) (Lubben, 1988; Ribeiro, et al., 2012)

A Escala de Redes Sociais de Lubben é uma das escalas mais utilizadas para avaliar a integração social e o risco de isolamento social dos adultos mais velhos. Este instrumento foi desenvolvido no fim dos anos oitenta por Lubben, e é constituído por dez itens que avaliam o nível de apoio dado por parte dos familiares, amigos e vizinhos. Este instrumento tem sido utilizado para avaliar o apoio social a nível da saúde, em situações de risco, principalmente na doença oncológica, na depressão e na osteoporose.

Os autores realizaram uma revisão das características psicométricas, e propuseram uma versão reduzida deste instrumento, tendo apenas seis itens. Assim, esta versão teve como objetivo tornar a escala mais simples e rápida, devido às dificuldades que os indivíduos apresentaram em responder as mesmas. Esta versão LSNS-6 tem por base dois conjuntos de questões que avaliam as relações familiares e as relações de amizade. A pontuação total resulta da soma dos seis itens, que vai de 0 a 30 pontos, sendo que cada resposta varia numa escala de 0 a 5.

Os pontos de corte desta escala são os seguintes: indivíduos apresentam um risco de isolamento social severo se pontuação ≤ 6 ; há um risco de isolamento social moderado

com pontuação entre os 7 e 11 pontos; valores ≥ 12 indicam que os sujeitos não se encontram em risco de isolamento social.

- ***The UCLA Loneliness Scale - UCLA*** (Escala de solidão de UCLA) (Russell, 1996; Pocinho, Farate, & Dias, 2010)

A Escala de Solidão de UCLA é uma escala de heteroadministração, constituída originalmente por vinte itens. O objetivo deste instrumento é avaliar os sentimentos de solidão e/ou de isolamento social, e é representado por quatro alternativas de resposta, variadas entre o “nunca” e o “frequentemente”.

Atualmente, existe uma versão mais reduzida desta escala, retratada por UCLA-16. Esta nova versão é constituída por dezasseis itens, que variam entre 16 e 64 pontos. Se esta pontuação for superior a 32 pontos, indica que existe sentimentos negativos de solidão e/ou isolamento social.

3.7. Procedimentos para o tratamento e análise estatística dos dados

A análise estatística dos dados utilizou o programa informático IBM® SPSS® *Statistics for Windows*, versão 27.0 (IBM Corp., Armonk, N.Y., USA). Numa primeira fase, com vista a descrever e a caracterizar a amostra, foi feita uma análise descritiva dos resultados em função da natureza das variáveis em estudo. Para as variáveis qualitativas, calcularam-se as seguintes medidas: frequências absolutas (número de casos válidos – N) e frequências relativas (percentagem de casos válidos - %). Por outro lado, para as variáveis quantitativas, calcularam-se estatísticas descritivas de tendência central (média – M e mediana – Mdn), de dispersão (desvio padrão – DP e percentis 25 e 75 – P25, P75 e amplitude interquartil - AIQ) e ainda os valores extremos (mínimo - Mín. e máximo - Máx.). A exploração numérica dos dados foi acompanhada, sempre que considerado pertinente, de representações gráficas.

Na segunda fase, tendo em consideração os objetivos do estudo e ainda a natureza das variáveis a comparação, de forma a avaliar o efeito que os passeios de bicicleta provocaram nos instrumentos de avaliação multidimensional, foram conduzidos testes

não paramétricos para duas amostras emparelhadas¹. Sempre que as variáveis a comparação eram ambas de natureza quantitativa (intervalo/rácio) ou em escala de avaliação (escala de Likert), utilizou-se o teste não paramétrico de Wilcoxon. Por fim, realizou-se uma análise de correlação não paramétrica de Spearman entre variáveis em escala de medida de intervalo. Em todos os testes de hipóteses realizados foi considerado um erro de tipo I igual a 5% (ou nível de significância – valor- $p < 0.05$) (Maroco, 2018).

¹ 1 Atendendo a que globalmente os pressupostos de normalidade não foram verificados (testes de Shapiro-Wilk e gráficos-QQ) e ainda devido ao reduzido número de casos nos grupos a comparação, procedeu-se à aplicação de testes não paramétricos (Maroco, 2018).

4. Resultados

4.1. Caraterização dos participantes

Na fase inicial (antes da intervenção), aquando da primeira fase de aplicação do protocolo de recolha de dados, a amostra era constituída por 72 indivíduos. Destes, 47 (65%) completaram a intervenção e a avaliação em dois momentos temporais.

4.1.1. Características sociodemográficas

A amostra final incluiu 47 participantes que tinham uma média de idades de 82,6 anos (d.p.= 8,50 anos), variando entre 59 e 96 anos de idade, sendo que 46,8% têm idade inferior a 85 anos e 53,2% 85 ou mais anos de idade. A larga maioria era do sexo feminino (81%), encontrava-se viúvo(a) (66%), tinha como nível de escolaridade mais frequente o 1º ciclo (40%), seguindo-se o 2º ciclo (17%), sendo de realçar que aproximadamente 23% não possuíam qualquer tipo de escolaridade (Tabela 1).

Relativamente ao contexto onde residem, mais de metade destes indivíduos vivia em Estruturas Residências para Pessoas Idosas (72,3%). Logo de seguida, com 17%, surgiam as habitações arrendadas e as habitações próprias, bem como habitações de familiares (4,3%). Apenas um adulto mais velho, referiu viver na casa da sua patroa. Dos indivíduos que indicaram residir em casa própria ou de familiares, 60% tinham um agregado composto por 3 indivíduos, e 20% referiram viver com 1 pessoa e outra com 4 (Tabela 1).

Tabela 1- Características sociodemográficas da amostra

A. Características sociodemográficas (N = 47)	n	%
<i>Idade</i>		
<85 anos	22	46,8%
>=85 anos	25	53,2%
M (DP)	82,60 (8,50)	
Mdn (AIQ)	85,00 (11)	
Mín. - Máx.	59 – 96	
P25 - P75	77 – 88	
<i>Género</i>		
Masculino	9	19,1%
Feminino	38	80,9%
<i>Estado civil</i>		
Solteiro/a	3	6,4%
Casado/a ou em união de facto	5	10,6%
Divorciado/a	8	17,0%
Separado/a	0	0,0%
Viúvo/a	31	66,0%
<i>Habilitações académicas</i>		
Sem escolaridade formal	11	23,4%
1º ciclo escolaridade	19	40,4%
2º ciclo escolaridade	8	17,0%
3º ciclo escolaridade	1	2,1%
Secundário	2	4,3%
Licenciatura	4	8,5%
Mestrado	1	2,1%
Outra	1	2,1%
Bacharelato em engenharia química	1	1,4%
<i>Em que contexto reside?</i>		
Casa própria	2	4,3%
Casa arrendada	8	17,0%
Casa de familiares	2	4,3%
Estrutura Residencial para Pessoas Idosas	34	72,3%
Outro	1	2,1%
<i>Caso resida em casa própria ou de familiares/amigos, quantas</i>		
1 pessoa	1	20,0%
2 pessoas	0	0,0%
3 pessoas	3	60,0%
4 pessoas	1	20,0%

M = média; DP = desvio padrão; Mdn = mediana; AIQ = amplitude inter quartil; Mín. = mínimo;

Máx. = máximo; P25 e P75 = percentis 25 e 75.

Em relação a freguesia onde residem, 34% (n= 16) encontram-se na União de Freguesias de Aldoar, Foz do Douro e Nevogilde, seguida da freguesia de Bonfim com 29,8% (n= 14) residentes. Contrariamente, as freguesias com menos indivíduos residentes são Leça do Balio e Matosinhos, com apenas 2,1% (n= 1) cada (Gráfico 1).

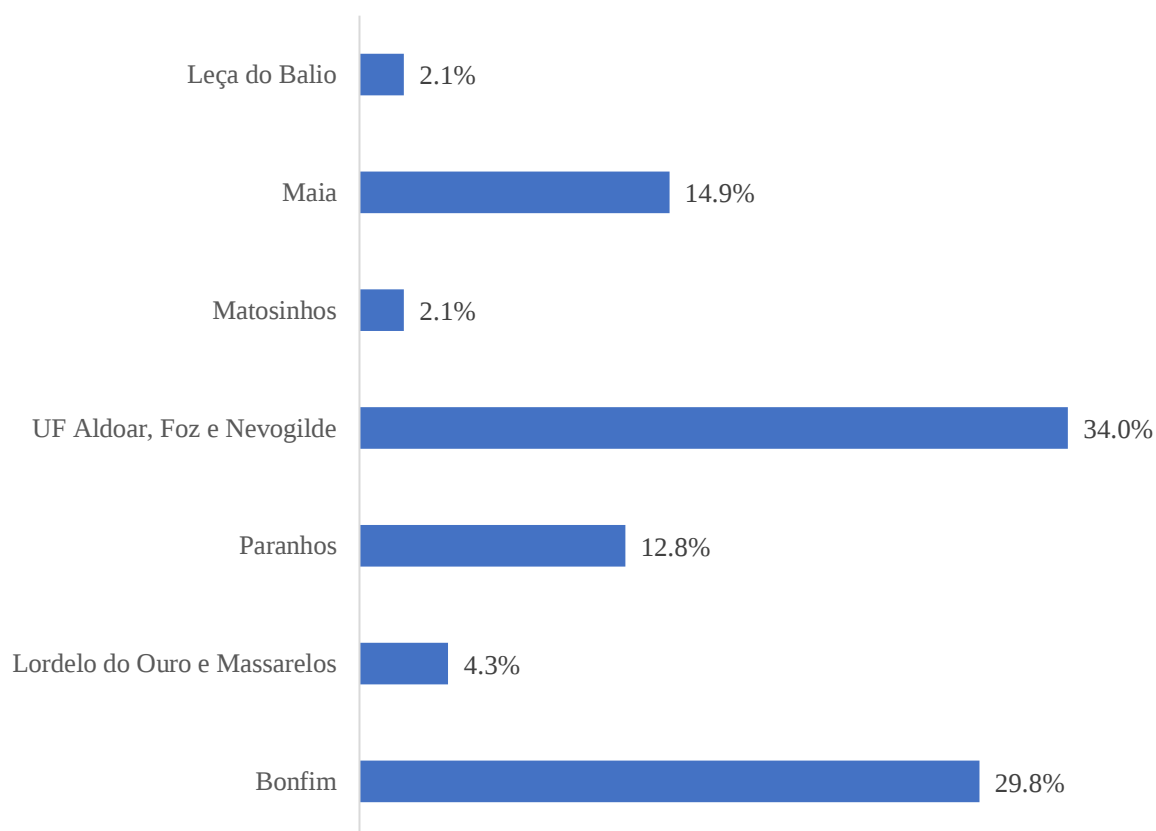


Gráfico 1 - Freguesia onde reside os participantes

4.1.2. Autopercepção do estado geral de saúde

Os participantes tinham uma média de condições de saúde de 2,55 (d.p.=1,14), que são classificadas entre 1 (fraca) e 5 (excelente).

Tabela 2- Autoavaliação da saúde da amostra

B. Autoavaliação da Saúde (N = 47)	N	%
<i>De uma forma geral, diria que a sua saúde é</i>		
1=Fraca	11	23,4%
Razoável	9	19,1%
Boa	20	42,6%
Muito boa	4	8,5%
5=Excelente	3	6,4%
M (DP)	2,55 (1,14)	
Mdn (AIQ)	3,00 (1)	
Mín. - Máx.	1 – 5	
P25 - P75	2 – 3	

M = média; DP = desvio padrão; Mdn = mediana; AIQ = amplitude inter-quartil; Mín. = mínimo; Máx. máximo; P25 e P75 = percentis 25 e 75.

O maior número de indivíduos (57,5%) classificou a saúde como sendo de “boa” a “excelente”, sendo que os restantes 42,5% referiam ser “fraca” e “razoável” (Tabela 2).

Mais de metade (57,4%) indicou tomar medicação para dormir, sendo que apenas 36,2% referiu ter um “bom” sono (Tabela 3). Seguidamente, os indivíduos qualificaram o sono como “nem bom nem mau” (27,7%) e “muito bom” (25,5%) (Tabela 3).

Relativamente as horas que dormem por dia, o valor mínimo foi de 3 horas e o máximo de 11 horas. A média foi de 7,45 (d.p. = 1,85), sendo que, segundo os percentis, no máximo de 25% dos indivíduos dormiam 6 horas por dia e no máximo de 75% dormiam 9 horas por dia. Assim, segundo a análise estatística, 61,4% dos participantes dormiam mais de 7h por dia (Tabela 3).

Tabela 3 - Autoavaliação da saúde da amostra: sono

B. Autoavaliação da Saúde (N = 47)	N	%
<i>Toma medicação para dormir</i>		
Sim	27	57,4%
Não	20	42,6%
<i>De uma forma geral, como classifica a qualidade do seu sono</i>		
Muito má	2	4,3%
Má	3	6,4%
Nem boa nem má	13	27,7%
Boa	17	36,2%
Muito boa	12	25,5%
M (DP)	2,55 (1,14)	
Mdn (AIQ)	3,00 (1)	
Mín. - Máx.	1 – 5	
P25 - P75	2 – 3	
<i>Em média, quantas horas dorme por dia</i>		
7 ou menos horas	17	38,6%
Mais de 7 horas	27	61,4%
M (DP)	7,45 (1,85)	
Mdn (AIQ)	8,00 (3)	
Mín. - Máx.	3 – 11	
P25 - P75	6 – 9	
M (DP)	7,45 (1,85)	

M = média; DP = desvio padrão; Mdn = mediana; AIQ = amplitude inter-quartil; Mín. = mínimo; Máx. máximo; P25 e P75 = percentis 25 e 75.

4.1.3. Caracterização dos instrumentos de avaliação do risco de isolamento social (LSNS-6) e sentimento de solidão (Escala UCLA)

A LSNS-6 utilizada para avaliar o risco de isolamento social, demonstrou uma muito boa consistência interna (alfa de Cronbach= 0,87).

O valor médio do nível de isolamento social foi de 15,74 (d.p.= 7,52), o que demonstra um baixo risco de isolamento social dos participantes. Assim, esta escala mostra que 76% dos indivíduos não apresentavam risco de isolamento social (≥ 12 pontos); 11% estavam com risco moderado de isolamento social (7 a 11 pontos) e 13% com risco elevado de isolamento social (≤ 6 pontos) (Tabela 4).

Tabela 4 - Análise descritiva da LSNS-6 (isolamento social)

<i>Isolamento Social - LSNS-6 ($\alpha = 0,87$) (n=47)</i>	N	%
Risco ELEVADO de isolamento social (≤ 6)	6	12,8%
Risco MODERADO de isolamento social (7 a 11)	5	10,6%
SEM risco de isolamento social (≥ 12)	36	76,6%
<i>Isolamento Social - LSNS-6</i>		
Sem risco de isolamento social (≥ 12)	36	76,6%
Risco de isolamento social (≤ 11)	11	23,4%
M (DP)	15,74 (7,52)	
Mdn (AIQ)	15,00 (9)	
Mín. - Máx.	3 - 30	
P25 - P75	12 - 21	

M = média; DP = desvio padrão; Mdn = mediana; AIQ = amplitude inter quartil; Mín. = mínimo; Máx. = máximo; P25 e P75 = percentis 25 e 75.

Na LSNS-6, as perguntas com o score mais positivo (9 ou mais elementos) foram: Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês? (23,40%); Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês? (21,30%); De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda? (19,10%) (Tabela 5).

Tabela 5 - Análise descritiva dos itens da LSNS-6

Itens	Total			0		1		2		3 (3 ou 4)		4 (5 a 8)		5 (9 ou +)	
	N	M	DP	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	47	3,3	1,5	3	6,4%	4	8,5%	5	10,6%	8	17,0%	16	34,0%	11	23,4%
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?	47	2,9	1,5	4	8,5%	6	12,8%	7	14,9%	11	23,4%	13	27,7%	6	12,8%
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoas?	47	2,8	1,5	3	6,4%	9	19,1%	7	14,9%	10	21,3%	12	25,5%	6	12,8%
4. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?	47	2,8	1,8	8	17,0%	6	12,8%	5	10,6%	7	14,9%	11	23,4%	10	21,3%
5. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?	47	2,0	2,0	18	38,3%	5	10,6%	4	8,5%	6	12,8%	5	10,6%	9	19,1%
6. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoas?	47	1,9	2,0	19	40,4%	6	12,8%	4	8,5%	4	8,5%	6	12,8%	8	17,0%

M = média; DP = desvio padrão;

Segundo a análise dos dados com a Escala de Solidão UCLA, verificou-se que 77% dos indivíduos não apresentavam sentimentos negativos de solidão, sendo que o valor médio dos sentimentos de solidão foi 25,7 (d.p.=9,85). Esta escala revelou ainda uma boa consistência interna (alfa de Cronbach=0,93) (Tabela 6).

Tabela 6 - Análise descritiva da Escala de solidão UCLA

<i>Sentimento de Solidão – Escala UCLA ($\alpha = 0,93$) (N = 47)</i>	N	%
Sem sentimentos negativos de Solidão (≤ 32)	36	76,6%
Com sentimentos negativos de Solidão (> 32)	11	23,4%
M (DP)	25,7 (9,85)	
Mdn (AIQ)	24,00 (16)	
Mín. - Máx.	16 - 56	
P25 - P75	16 - 32	

M = média; DP = desvio padrão; Mdn = mediana; AIQ = amplitude inter quartil; Min. = mínimo; Máx. = máximo; P25 e P75 = percentis 25 e 75.

Na Escala de Solidão UCLA, as questões mais classificadas como “nunca” foram: Sente-se infeliz por fazer muitas coisas sozinho/a (70,2%); Sente que não tem ninguém a quem possa recorrer (72,3%); Sente-se abandonado/a (83%); É incapaz de estabelecer contactos e comunicar com os que o/a rodeiam (72,3%); Sente-se isolado/a das outras pessoas (70,2%); É-lhe difícil fazer amigos (72,3%); Sente-se posta/o à margem e excluído/a das outras pessoas (74,5%) (Gráfico 2).

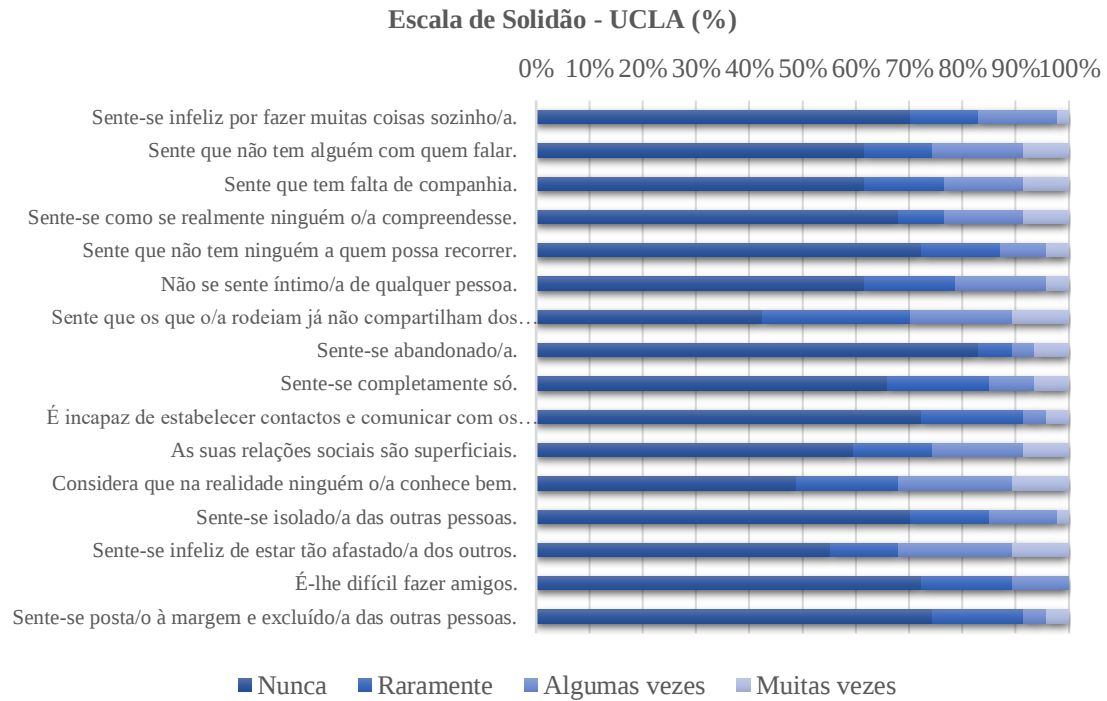


Gráfico 2 - Análise descritiva dos itens da Escala de Solidão UCLA

4.1.4. Avaliação da relação entre os instrumentos de avaliação, antes e depois da intervenção PSIP (passeios de bicicleta)

Para avaliar a intensidade/força e o sentido da relação entre os dois instrumentos utilizou-se o coeficiente de correlação de *Spearman* (Tabela 7).

De forma a apurar sobre a estabilidade temporal desta associação, efetuou-se o estudo para os dois momentos em avaliação. Verificou-se que para os dois momentos de avaliação (Tabela 7), os dois instrumentos estavam significativamente correlacionados de forma negativa e moderada, nomeadamente: $r_{\text{Antes}} = -,495$ ($p < 0,001$) e $r_{\text{Depois}} = -,377$ ($p < 0,01$).

Estes resultados evidenciam que quanto maior é o “sentimento de solidão”, consequentemente, maior é o “risco de isolamento social. Esta relação revelou-se estável ao longo do tempo.

Tabela 7 - Avaliação da relação entre os instrumentos de avaliação - antes e depois da intervenção.

<i>Antes</i>		
	Isolamento Social (LSNS-6) – Antes	Sentimento de Solidão (UCLA) – Antes
Isolamento Social (LSNS-6) – Antes	1	
Sentimento de Solidão (UCLA) – Antes	-0,495**	1
Coeficiente de correlação de Spearman (**p < 0,01; *p < 0,05).		
<i>Depois</i>		
	Isolamento Social (LSNS-6) – Depois	Sentimento de Solidão (UCLA) – Depois
Isolamento Social (LSNS-6) – Depois	1	
Sentimento de Solidão (UCLA) – Depois	-0,377**	1

Coeficiente de correlação de Spearman (**p < 0,01; *p < 0,05).

4.1.5. Análise de comparação (pré-pós intervenção PSIP) ao nível do isolamento social e solidão

Os resultados demonstram que houve um impacto, no momento dos passeios, nestes indivíduos, pois os sentimentos de solidão (>32) diminuíram de 23,4% para 17%, bem como os sentimentos de solidão (<32) aumentaram de 76,6% para 83% (Tabela 8).

Tabela 8 - Análise comparativa (pré-pós PSIP) ao nível da solidão (Escala UCLA)

<i>Sentimento de Solidão (Escala UCLA)</i> (N = 47)	Antes		Depois		Δ Mediana	Valor-P
	N	%	N	%		
Sem Sentimentos Negativos de Solidão (≤ 32)	36	76,6%	39	83,0%		S
Com Sentimentos Negativos de Solidão (> 32)	11	23,4%	8	17,0%		
M (Dp)	25,7 (9,85)		22,53 (11,07)			
Mdn (AIQ)	24,00 (16)		17,00 (6)		7	
Mín. - Máx.	16 – 56		16 - 61			
P25 - P75	16 – 32		16 - 22			

M = média; DP = desvio padrão; Mdn = mediana; AIQ = amplitude interquartil; Min. = mínimo; Máx. = máximo; P25 e P75 = percentis 25 e 75. Δ Mediana = Antes – Depois a Resultado de acordo com o teste não paramétrico de Wilcoxon (s = valor-p < 0.05 ; n.s = valor-p $> 0,05$).

Contrariamente aos dados anteriores, o isolamento social aumentou negativamente. Os indivíduos apresentaram maior risco de isolamento social após os passeios (29,8%), do que na primeira fase do processo de inquirição (23,40%). Para que isto acontecesse, teve de haver uma diminuição nos valores iguais ou superiores a 12 pontos (sem risco de isolamento social), no qual 76,6% dos indivíduos referiram não estar em situação de isolamento na primeira fase e depois dos passeios este valor foi de 70,2% (Tabela 9).

Tabela 9 - Análise comparativa (pré-pós PSIP) ao nível do isolamento social (LSNS-6)

Isolamento Social (LSNS-6) (N=47)	Antes		Depois		Δ Mediana	Valor-P
	N	%	N	%		
Risco ELEVADO de Isolamento Social (≤ 6)	6	12,8%	3	6,4%		n.s
Risco MODERADO de Isolamento Social (7 a 11)	5	10,6%	11	23,4%		
SEM risco de Isolamento Social (≥ 12)	36	76,6%	33	70,2%		
<i>Isolamento Social (LSNS-6)</i>						
Sem Risco de Isolamento Social (≥ 12)	36	76,6%	33	70,2%		
Risco de Isolamento Social (≤ 11)	11	23,4%	14	29,8%		
M (Dp)	15,74 (7,52)		15,53 (7,22)		0	
Mdn (AIQ)	15,00 (9)		15,00 (10)			
Mín. - Máx.	3 - 30		0 - 30			
P25 - P75	12 - 21		11 - 21			

M = média; DP = desvio padrão; Mdn = mediana; AIQ = amplitude interquartil; Mín. = mínimo; Máx. = máximo; P25 e P75 = percentis 25 e 75. Δ Mediana = Antes – Depois a Resultado de acordo com o teste não paramétrico de Wilcoxon (s = valor-p < 0.05; n.s = valor-p > 0,05).

De acordo o Gráfico 3 apresentada seguidamente, concluiu-se que os indivíduos apresentaram melhorias após os passeios, pois já não se sentiam sozinhos, mas continuavam com uma fraca rede de suporte ou então sem suporte social.

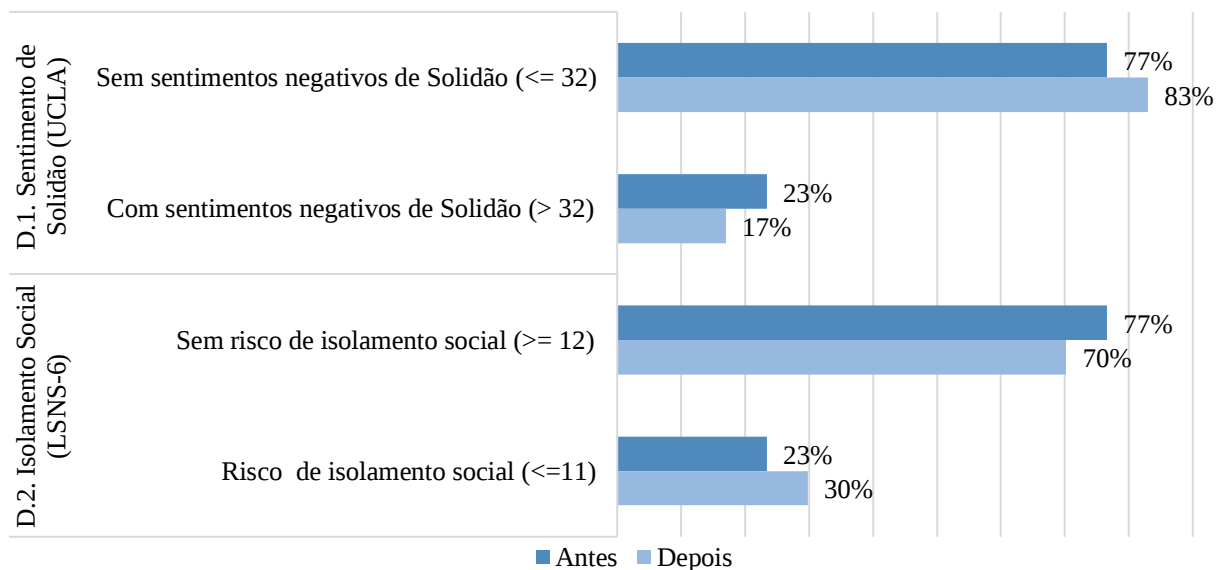


Gráfico 3 - Comparação dos instrumentos multidimensionais para antes e depois dos passeios de bicicleta (n = 47)

5. Discussão

Terminado o processo de análise de dados, torna-se necessário debruçar sobre estes resultados obtidos, comparando-os com outros achados encontrados em investigações na área do envelhecimento, com enfoque no isolamento social e solidão nas pessoas mais velhas.

O presente estudo de intervenção englobou uma amostra final de 47 participantes, que completaram a intervenção, ou seja, os passeios de bicicleta, assim como o protocolo de recolha de dados nos dois momentos de avaliação (antes e depois da intervenção PSIP).

Da análise inicial desta amostra, foi possível constar que do ponto de vista sociodemográfico, os participantes tinham uma idade avançada (média de 82,6 anos), sendo na sua maioria do sexo feminino, viúvas, com baixa escolaridade e a viver em contexto de ERPI.

O predomínio destas características sociodemográficas torna-se expectável, considerando que a esperança média de vida é maior nas mulheres e que a população idosa em Portugal apresenta níveis baixos de escolaridade.

Quanto ao facto de os participantes serem maioritariamente residentes em ERPI, isto poderá ser explicado em parte, devido à maior facilidade de divulgação deste projeto junto destas instituições, muitas delas já parceiras do PSIP. Por outro lado, os adultos mais velhos em contexto de ERPI revelam, de um modo geral, uma maior disponibilidade e interesse em participar neste tipo de projetos, devido às suas circunstâncias de vida. Outro fator que poderá explicar este resultado, prende-se com o estímulo social sentido por estes indivíduos, visto que poderão se sentir mais isolados, estando assim mais dispostos a participar em intervenções que permitam uma interação social.

Relativamente à solidão e ao isolamento social, foi possível constatar na primeira avaliação (antes da intervenção PSIP), que cerca de 23% dos participantes revelaram sentimentos de solidão e de isolamento. Segundo a OMS (WHO, 2023), as situações de isolamento social e de solidão têm vindo a crescer a nível mundial, afetando principalmente os adultos mais velhos. As taxas encontradas no presente estudo aproximam-se dos valores encontrados em outros estudos nesta temática (Gao et al, 2021; Yang & Victor, 2008; Hossain et al, 2020).

Por exemplo, num estudo europeu de Yang & Victor (2011) com 25 países, incluindo Portugal, foi possível verificar que 20% a 34% das pessoas mais velhas estavam

em situação de isolamento social e revelavam sentimentos de solidão. Um outro estudo (WHO, 2002) realizado em 2021, indicou uma prevalência de solidão entre 25% a 32% na América Latina, 18% na Índia e de apenas 3,8% na China.

Em Portugal, encontra-se em curso o projeto Porto Importa-se, que tem como objetivo a elaboração do diagnóstico social dos adultos mais velhos (a viver sozinhos com ≥ 70 anos ou casais com ≥ 75 anos) residentes em habitações sociais do município do Porto, de modo a sinalizar situações de isolamento social ou solidão. Dos dados da 1ª edição (2017-2019), de um total de 1212 inquéritos respondidos, constatou-se, através da escala LSNS-6, que 34,7% dos sujeitos estavam em risco de isolamento social. Além disso, 47,1%, referiram experimentar sentimentos de solidão (Porto Importa-se, 2019).

Os valores encontrados neste projeto para o isolamento social e solidão são mais elevados do que os resultados do presente estudo. Isto poderá ser explicado em parte, pelo facto do projeto Porto Importa-se incluir uma amostra de pessoas mais velhas a viver em habitações sociais, que tendem a apresentar situações sociais e económicas mais desfavorecidas e complexas, que poderão de certa forma contribuir para uma maior vulnerabilidade e expressão de casos de isolamento social e solidão (Projeto Porto Importa-se., 2019).

No presente estudo foi ainda possível encontrar uma associação negativa e estatisticamente significativa entre os resultados obtidos nos dois instrumentos de avaliação do risco de isolamento social e da solidão, o que indica que quanto maior é o “sentimento de solidão”, maior é o “risco de isolamento social. Embora o conceito de isolamento social e de solidão não sejam sinónimos, estes estão interligados e podem ocorrer em simultâneo (Biordi & Nicholson, 2014). Neste âmbito, um estudo de revisão sistemática de Anes, et al. (2021), que pretendeu descrever e analisar a solidão e o isolamento social em adultos mais velhos em Portugal, identificou diversos fatores de risco para estas situações. Para além de viver só, o sexo, a idade, a relação com os filhos, a autonomia nas AVD e os recursos económicos surgem como fatores de vulnerabilidade para estas condições.

No que concerne à avaliação desta intervenção PSIP, mais especificamente do seu efeito nas dimensões psicossociais avaliadas neste estudo, verificou-se que a participação nos passeios de bicicleta contribuiu para a diminuição dos sentimentos de solidão.

As investigações realizadas até ao momento, para avaliação da intervenção “*Cycling Without Age*”, embora sejam ainda escassas, têm revelado alguns resultados

positivos, nomeadamente ao nível da melhoria do bem-estar e da redução do isolamento social e solidão das pessoas mais velhas.

Por exemplo, Gray & Gow (2020) desenvolveram um estudo com esta intervenção que envolveu quarenta e nove participantes, maioritariamente mulheres de idades compreendidas entre os 67 e 100 anos, residentes em ERPI'S ou em habitação própria.

Os resultados deste estudo revelaram melhorias significativas no humor e no bem-estar dos participantes após a realização dos passeios. Concluíram ainda, que os indivíduos demonstraram sentimentos de liberdade e uma maior interação social. Além disso, os cuidadores e familiares referiram benefícios para o estado do humor e bem-estar dos participantes (Gray & Gow, 2020).

Um outro estudo realizado na Austrália, com base no movimento “*Cycling Without Age*” que pretendeu explorar a experiência destes passeios a partir da perspetiva dos residentes, familiares, funcionários e pilotos voluntários de uma casa de repouso para adultos mais velhos (Cyarto, Dickins, Meyer, & Lowthian, 2022). Este estudo envolveu a realização de entrevistas qualitativas a vinte e um participantes, no qual surgiram vários temas. Para os residentes, ver lugares familiares permitiu relembra a infância e estar ao ar livre suscitou emoções positivas. Os familiares referiram que estes passeios longe da casa de repouso permitiram maior conexão com os entes queridos, bem como maior comunicação com a comunidade. Por outro lado, as equipas das casas de repouso notaram melhorias no humor nas pessoas mais velhas (Cyarto, Dickins, Meyer, & Lowthian, 2022).

Este estudo permitiu verificar que o PSIP ofereceu uma experiência única e significativa aos participantes, com benefícios positivos, como partilha de histórias, estar em conexão com a comunidade e com a natureza, bem como saídas gratificantes da casa de repouso, e assim uma diminuição dos sentimentos de solidão (Cyarto, Dickins, Meyer, & Lowthian, 2022).

O presente estudo tem pontos fortes e limitações, que serão apresentadas de seguida.

Relativamente aos pontos fortes, este estudo surge como um contributo importante para o aprofundamento do conhecimento sobre o isolamento social e solidão nas pessoas mais velhas, mas também sobre os efeitos da intervenção PSIP na redução destas situações.

Por outro lado, a intervenção PSIP promove a inclusão social, sobretudo de adultos mais velhos com mobilidade reduzida, permitindo a participação em atividades

ao ar livre e a interação com a comunidade. Através deste estudo, os participantes tiveram oportunidade de vivenciar alegria e satisfação, proporcionando sentimentos de liberdade. A intergeracionalidade foi um ponto igualmente importante e forte, visto que os voluntários são de idades diferenciadas dos participantes, o que permitiu a interação entre várias gerações e a partilha de histórias. Acresce ainda que o PSIP contribui para uma maior consciencialização sobre a importância da acessibilidade e da inclusão.

Contudo, importa indicar as limitações do presente estudo, nomeadamente a reduzida dimensão da amostra, a variabilidade do espaço temporal de recolha da informação (isto é, alguns participantes responderam um mês depois do primeiro passeio, outros quase um ano depois), assim como a inexistência de um grupo de controlo.

Conclusão

Este estudo preliminar permitiu concluir que a intervenção do PSIP tem efeitos positivos, nomeadamente na diminuição dos sentimentos de solidão destas pessoas mais velhas.

Este achado é encorajador, demonstrando assim o potencial deste tipo de intervenção para a melhoria do bem-estar mental, bem como da qualidade de vida das pessoas mais velhas. A diminuição dos sentimentos de solidão através desta intervenção pode, indiretamente, promover melhorias na saúde física, promovendo ainda a socialização e criando redes de apoio. É importante referir que a intervenção do PSIP pode permitir que os indivíduos vivam de forma mais ativa e independente.

Embora estes dados sejam encorajadores, há ainda necessidade de realizar mais estudos futuros, avaliando intervenções de longo prazo, de modo a analisar se os benefícios se mantêm ou há alterações com maior duração no tempo. Estes estudos deverão ainda incluir o número de participantes na amostra mais elevado para garantir que os resultados possam ser estatisticamente significativos e representativos da população idosa. Por outro lado, seria importante avaliar os efeitos desta intervenção, com a inclusão de um grupo de controlo, de forma a comparar os resultados da intervenção com aqueles que não participaram. Por último, seria igualmente importante existir uma maior diversidade demográfica na amostra, para perceber se os resultados variam ou não consoante o género, a idade, a classe económica e a etnia.

Para concluir, a continuação de estudos de investigação é fundamental para consolidar e aprofundar o conhecimento sobre a eficácia e os benefícios da intervenção do PSIP.

Bibliografia

- Almeida, M. F. (2007, January). Envelhecimento: activo? Bem-sucedido? Saudável? Possíveis coordenadas de análise.... In *Forum Sociológico. Série II* (No. 17, pp. 17-24). CESNOVA.
- Almeida, M. R. F. R. (2013). *Dificuldades de aprendizagem específicas: um estudo quasi-experimental sobre a utilização de estratégias de autorregulação numa sala inclusiva*. Universidade do Minho (Portugal).
- Álvares, Maria (2021). *Introdução à investigação quantitativa e análise SPSS, licensed under CC BY-SA 4.0*. Universidade Aberta. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>
- Alves, A. M. C. D. A. (2003). A importância da comunicação no cuidar do idoso. Instituto De Ciências Biomédicas Abel Salazar Universidade Do Porto.
- Amador, I. (2022). Envelhecer em meio rural: Serviço de apoio domiciliário e Ageing in Place. [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Beja]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Beja. <https://hdl.handle.net/20.500.12207/5811>
- Amarya, S., Singh, K., & Sabharwal, M. (2018). Ageing Process and Physiological Changes. InTech.
- Anes, E. M. G. J., Ferreira, A., Veiga, C., Lopes, I., Cordeiro, V., & Brás, M. A. M. (2021). Solidão e isolamento nos idosos em Portugal: revisão sistemática da literatura. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 2(1), 509-518.
- Armitage, R., & Nellums, L. B. (2020). COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. *The Lancet Public Health*, 5(5), e256.
- Baarck, J., Balahur-Dobrescu, A., Cassio, L.G., D'hombres, B., Pasztor, Z. and Tintori, G. (2021). Loneliness in the EU. Insights from surveys and online media data, EUR 30765 EN, Publications Office of the European Union, Luxembourg. ISBN 978-92-76-40247-3, doi:10.2760/46553, JRC125873.
- Bandeira, M. L., Azevedo, A. B., Gomes, M. C. S., Mendes, M. F., Baptista, M. I., & Moreira, M. J. G. (2012, May). Dinâmicas demográficas e envelhecimento da população portuguesa: evolução e perspetivas 1950-2011. In *Workshop*.

Fundação Francisco Manuel dos Santos, Instituto do Envelhecimento da Universidade de Lisboa, Lisboa. Retirado de <https://www.ffms.pt/estudo/20/as-dinamicas-do-envelhecimento#page-documents>.

- Baptista, S. N. (2018). *Gerontologia educativa: a educação como mecanismo capaz de conceber empowerment à pessoa idosa*. Instituto Superior de Serviço Social do Porto.
- Bavel, J. J. V., Baicker, K., Boggio, P. S., Capraro, V., Cichocka, A., Cikara, M., ... & Willer, R. (2020). Using social and behavioural science to support COVID-19 pandemic response. *Nature human behaviour*, 4(5), 460-471.
- Beller, J., & Wagner, A. (2018). Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality. *Health Psychology*, 37(9), 808.
- Bezerra, P. A., Nunes, J. W., & Moura, L. B. D. A. (2021). Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34.
- Biordi, D. L., & Nicholson, N. R. (2014). *Social Isolation*. In M. L. Kramar-Kile & J. C. Osuji (Eds.), *Chronic illness in Canada. Impact and intervention*. Jones & Bartlett Learning.
- Bobeica, E., Nickel, C., Lis, E., & Sun, Y. (2017). *Demographics and inflation* (No. 2006). ECB working paper.
- Branco, M. M. A. (2020). *Necessidades do idoso em Centro de Dia: um estudo qualitativo sobre a perspectiva do próprio, da família e dos técnicos*. Universidade Católica Portuguesa.
- Brasil - Ministério Das Cidades. (2006a). *Boas práticas em acessibilidade*. Brasília: Ministério das Cidades.
- Cabral, M. V. (2015). *Processos de Envelhecimento em Portugal*. Fonte: https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/24456/1/ICS_MVC_Envelhecimento.pdf
- Cabral, M. V., Silva, P. A. D., & Batista, M. T. (2016). *Envelhecimento em Lisboa, Portugal e Europa: uma perspectiva comparada. Inquérito SHARE 2010-2011*. ICS. Imprensa de Ciências Sociais.
- Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P., & Cole, S. W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annual review of psychology*, 66, 733-767.
- Callou, L. M. (2008). *Voluntariado na Terceira Idade: "Ser Voluntário é Ajudar, Doar Algo."*. Campus do Pimenta, Crato : Universidade Regional do Cariri-URCA.

- Campenhoudt, L. V., Marquet, J., & Quivy, R. (2017). *Manual de Investigação em Ciências Sociais - Ebook Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Trajectos.
- Carneiro, R. (2012). *O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade*. Lisboa: Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa.
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., de Sousa Fialho, J., & Sacadura, M. J. (2012). População portuguesa em termos demográficos face ao seu envelhecimento. *Povos e Culturas*, (16), 33-55.
- CENIE. (23 de Novembro de 2018). *Isolamento e solidão: inimigos silenciosos*. Fonte: <https://cenie.eu/pt/blog/isolamento-e-solidao-inimigos-silenciosos>
- Carneiro, R., Chau, F., Soares, C., de Sousa Fialho, J., & Sacadura, M. J. (2012). O envelhecimento da população: dependência, ativação e qualidade. *Povos E Culturas*, (16), 13-32.
- Chen, Y. R. R., & Schulz, P. J. (2016). The effect of information communication technology interventions on reducing social isolation in the elderly: a systematic review. *Journal of medical Internet research*, 18(1), e4596.
- Comissão Europeia, C. (2017). *Comunicação da Comissão ao Parlamento Europeu e ao Conselho. Um sistema fiscal equitativo e eficaz na União Europeia para o Mercado Único Digital*. Bruxelas.
- Costa, A. S. (2017). *Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável*. Direção-Geral da Saúde (Despacho nº12427/2016).
- Costa, A., Ribeiro, A., Varela, A., Alves, E., Regateiro, F., Elias, I., & Ferreira, P. (2017). *Estratégia Nacional Para o Envelhecimento Ativo e Saudável*. Fonte: Proposta do Grupo de Trabalho Interministerial (Despacho n.º12427/2016).: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Costa, M. A., & Silva, M. (2015). *Emigração da geração jovem em Portugal: Impacto económico e emocional da migração jovem nos idosos*. Porto: Instituto de Sociologia da Universidade do Porto.
- Cyarto, E. V., Dickins, M., Meyer, C., & Lowthian, J. A. (2022). Cycling Without Age: An Australian residential aged care home experience. *Australasian journal on ageing*, 41(3), e249-e256.
- Cycling Without Age. (2012). *Find out all about us*. Fonte: <https://cyclingwithoutage.org/about/>

- Da Cunha, S. B., & Carvajal, S. R. (2009). *Estatística Básica - A Arte de Trabalhar com Dados*. Elsevier Brasil.
- Fernandes, H. J. (2007). *Solidão em idosos do meio rural do Concelho de Bragança* (Doctoral dissertation, Instituto Politécnico de Bragança (Portugal)).
- Fortin, M. (2000). O processo de Investigação: da concepção à realização. Loures: Lusociência–Edições Técnicas e Científicas. Lda. 88pp ISBN, 972, 8383-10.
- Freedman, A., & Nicolle, J. (2020). Social isolation and loneliness: The new geriatric giants: Approach for primary care. *Canadian Family Physician*, 66(3), 176-182.
- Freitas, P. (2011). Solidão em Idosos-percepção em função da rede social. II Ciclo em Gerontologia Social Aplicada. *Universidade Católica Portuguesa*.
- Fundacjã Gaudete. (2014). *Voluntariado para Seniores- O Desenvolvimento dos Interesses dos Idosos*. Itália: Erasmus +.
- Gabinete de Estratégia e Planeamento (GEP). (2018). *Carta Social - Rede de Serviços e Equipamentos*. Lisboa: GEP/MTSSS.
- Gao, Q., Prina, A. M., Prince, M., Acosta, D., Luisa Sosa, A., Guerra, M., ... & Mayston, R. (2021). Loneliness among older adults in Latin America, China, and India: prevalence, correlates and association with mortality. *International journal of public health*, 66, 604449.
- Garay, A., & Fossa, M. (2001). Formação De Parcerias, Trabalho Voluntário E O Desenvolvimento De Um Processo De Aprendizagem E Transformação Social: Relato De Um Caso. *Encontro Anual Da Associação Nacional De Programas De Pós-Graduação Em Administração E Pesquisa-Enanpad*, 25, 1-18.
- Gerst-Emerson, K., & Jayawardhana, J. (2015). Loneliness as a public health issue: the impact of loneliness on health care utilization among older adults. *American journal of public health*, 105(5), 1013-1019.
- Ghiglione, R., & Matalon, B. (1992). *O inquérito: teoria e prática* (3ª ed.). Celta Editora, 336.
- Gray, R., & Gow, A. J. (2020). Cycling without age: Assessing the impact of a cycling-based initiative on mood and wellbeing. *Gerontology and Geriatric Medicine*, 6, 2333721420946638.
- Guarda Nacional Republicana. (2021). *Operação Censos Sénior 2021 - Balanço*. Fonte: <https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4625>

- Hawkley, L. C., & Cacioppo, J. T. (2010). Loneliness matters: A theoretical and empirical review of consequences and mechanisms. *Annals of behavioral medicine*, 40(2), 218-227.
- Hossain, M., Purohit, N., Khan, N., McKyer, E. L. J., Ma, P., Bhattacharya, S., & Pawar, P. (2020, April 15). Prevalence and correlates of loneliness in India: A systematic review. <https://doi.org/10.31235/osf.io/x4ctz>
- INE. (2011). *Censos 2011 - Resultados Definitivos - Região Norte*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística.
- INE. (2022). *Censos 2021*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística. Fonte: <https://tabulador.ine.pt/indicador/?id=0011610>
- Kabátová, O., Puteková, S., & Martinková, J. (2016). Loneliness as a Risk Factor for Depression in the Elderly. *Clinical Social Work Journal*, 7(1), 48-52.
- Kusumota, L., Diniz, M. A. A., Ribeiro, R. M., Silva, I. L. C. D., Figueira, A. L. G., Rodrigues, F. R., & Rodrigues, R. A. P. (2022). Impact of digital social media on the perception of loneliness and social isolation in older adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 30, e3573.
- Landeiro, F., Barrows, P., Musson, E. N., Gray, A. M., & Leal, J. (2017). Reducing social isolation and loneliness in older people: a systematic review protocol. *BMJ open*, 7(5), e013778.
- Leigh-Hunt, N., Bagguley, D., Bash, K., Turner, V., Turnbull, S., Valtorta, N., & Caan, W. (2017). An overview of systematic reviews on the public health consequences of social isolation and loneliness. *Public health*, 152, 157-171.
- Lopes, M. G. (2010). *Imagens e Estereótipos de Idosos e de Envelhecimento em Idosos Institucionalizados e Não Institucionalizados* (Universidade da Beira Interior).
- Lubben, J. E. (1988). Assessing social networks among elderly populations. *Family and community health*, 11(3), 42-52.
- Malhotra, N. (2004). *Pesquisa de Marketing*. São Paulo: Atlas.
- Maroco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. ReportNumber: 7º edição.
- Matos, M. L. (2018). *Investigando a incidência de solidão*. *Investigando a incidência de solidão*. Braga: Psicologia Revista, 27(1), 13-34.
- Mehrabi, F., & Beland, F. (2020). Effects of social isolation, loneliness and frailty on health outcomes and their possible mediators and moderators in community-dwelling older adults: A scoping review. *Archives of gerontology and geriatrics*, 90, 104119.

- Melo, S., Guedes, J., & Ribeiro, Ó. (2020). *Cadernos da Pandemia do Instituto de Sociologia da Universidade do Porto*. Porto: Fundação para a Ciência e a Tecnologia.
- Mendes, F. R. (2013). Active ageing: A right or a duty?. *Health sociology review*, 22(2), 174-185.
- Neto, T. M. A. (2017). *Perspetivas dos Idosos sobre a Vida em Lar*. Universidade de Lisboa (Portugal).
- Nicholson, N. R. (2021). *Social isolation*. In P. D. Larsen (Ed.), *Lubkin's Chronic Illness Impact and Intervention*. Jones & Bartlett Learning.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Instituto Politécnico de Setúbal.
- Oliveira, B. (2005). Psicologia do envelhecimento e do idoso, Livpsic. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Envelhecimento ativo: uma política de saúde*. Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS.
- OMS. (20 de 10 de 2023). *Envelhecimento*. Fonte: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>
- OMS. (Setembro de 2023). *Envelhecimento Saudável*. Fonte: <https://www.paho.org/pt/envelhecimento-saudavel>
- Ordem dos Psicólogos. (2022). *Promoção do envelhecimento saudável e bem-sucedido*. Portugal: Comunidade Pró-Envelhecimento: Campanha OPP.
- Paúl, C. (2005). *Envelhecer em Portugal: Psicologia, saúde e prestação de cuidados*. Climepsi Editores. Geriatria e Gerontologia, 320.
- Pedalar Sem Idade. (2018). Powerpoint do Pedalar Sem Idade. *Pedalar Sem Idade Porto*. Porto.
- Peplau, L. A. (1987). *Social Problems and Mental Health*. Routledge, 1st Edition.
- Pestana, M., & Gageiro, J. (2005). Análise dos dados para Ciências Sociais: A complementaridade do SPSS Lisboa. *Portugal: Edições Sílabo*.
- Pocinho, M., Farate, C., & Dias, C. A. (2010). Validação psicométrica da escala UCLA-Loneliness para idosos portugueses. *Interações: Sociedade e as novas modernidades*, (18), 65-77.
- PorData. (29 de 11 de 2022). *Esperança de vida aos 65 anos: total e por sexo (base: triénio a partir de 2001)*. Fonte: PorData - Estatísticas Sobre Portugal e Europa: [https://www.pordata.pt/portugal/esperancadevida-aos-65-anos-total-e-por-sexo-\(base-trienio-a-partir-de-2001\)-419](https://www.pordata.pt/portugal/esperancadevida-aos-65-anos-total-e-por-sexo-(base-trienio-a-partir-de-2001)-419)

- PorData. (15 de Agosto de 2023). *Índice de envelhecimento*. Fonte: <https://www.pordata.pt/europa/indicedeenvelhecimento-1609>
- Projeto Porto Importa-se. (2019). *Relatório Final*. Porto: 1ª Edição.
- Quaresma, M. D. L., Fernandes, A. A., Calado, D. F., & Pereira, M. (2004). O sentido das idades da vida: interrogar a solidão e a dependência. *Lisboa: Editora CESDET*.
- Ribeiro, O., Teixeira, L., Duarte, N., Azevedo, M. J., Araújo, L., Barbosa, S., & Paúl, C. (2012). Versão portuguesa da escala breve de redes sociais de Lubben (LSNS-6). *Revista Kairós-Gerontologia*, 15, 217-234.
- Rodrigues, A. M. E. (2018). *Envelhecimento em contexto rural: um estudo no âmbito de uma rede local de intervenção social*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Romanowski, F. N., Castro, M. B., & Neris, N. W. (2019). *Pró-Reitoria De Pós-Graduação, Pesquisa, Extensão E Ação Comunitária*. Anápolis.
- Russell, D. W. (1996). UCLA Loneliness Scale (Version 3): Reliability, validity, and factor structure. *Journal of personality assessment*, 66(1), 20-40.
- Santini, Z. I., Jose, P. E., Cornwell, E. Y., Koyanagi, A., Nielsen, L., Hinrichsen, C., ... & Koushede, V. (2020). Social disconnectedness, perceived isolation, and symptoms of depression and anxiety among older Americans (NSHAP): a longitudinal mediation analysis. *The Lancet Public Health*, 5(1), e62-e70.
- Santos, J. D. (2016). *Conceções de cidadania na idade dos cabelos grisalhos: Envelhecimento ativo e participação social das pessoas idosas*. Universidade de Coimbra.
- Serviço Nacional de Saúde. (26 de Agosto de 2023). Fonte: Envelhecimento ativo: <https://www.sns.gov.pt/noticias/2023/05/30/envelhecimento-ativo/>
- Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., & Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic medicine*, 75(2), 161-170.
- Simões, A. (2006). *A nova velhice. Um novo público a educar*. 1ª Edição. Porto: Ambar, 174.
- Sousa, C. S., & Rodríguez-Miranda, F. P. (2015). Envelhecimento e educação para resiliência no idoso. *Educação & Realidade*, 40, 33-51.
- Tomás, J. M., Pinazo-Hernandis, S., Oliver, A., Donio-Bellegarde, M., & Tomás-Aguirre, F. (2019). Loneliness and social support: Differential predictive power on

- depression and satisfaction in senior citizens. *Journal of Community Psychology*, 47(5), 1225-1234.
- Valtorta, N., & Hanratty, B. (2012). Loneliness, isolation and the health of older adults: do we need a new research agenda?. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 105(12), 518-522.
- WHO. (2002). Fonte: Active ageing: A policy framework. Geneva: World Health Organization.: https://www.who.int/health-topics/ageing#tab=tab_1
- World Health Organization. (2023). *The World health report : 1997 : Conquering suffering, enriching humanity / report of the Director-General*. Fonte: World Health Organization: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41900>
- World Health Organization; United Nations; Department of Economic and Social Affairs. (2023). *Social isolation and loneliness among older people: Advocacy brief*. Fonte: World Health Organization, United Nations, & Department of Economic and Social Affairs.: <http://www.who.int/about/licensing>.
- Yang, K., & Victor, C. R. (2008). The prevalence of and risk factors for loneliness among older people in China. *Ageing & Society*, 28(3), 305-327.
- Yang, K., & Victor, C. (2011). Age and loneliness in 25 European nations. *Ageing & Society*, 31(8), 1368-1388.
- Yanguas, J., Cilveti, A., & Segura, C. (2021). *Who is affected by loneliness and social isolation?* "La Caixa" Foundation. Retrieved October 30, 2023. Fonte: <https://observatoriosocial.fundacaolacaixa.pt/en/-/who-is-affected-by-loneliness-and-social-isolation->
- Zavaleta, D., Samuel, K., & Mills, C. T. (2017). Measures of social isolation. *Social Indicators Research*, 131, 367-391.

ANEXOS

Anexo 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO

Agradecemos a sua disponibilidade para participar no projeto "**Pedalar Sem Idade Porto**", conduzido no Porto.

A componente de avaliação do impacto do projeto está a ser conduzida pelo Instituto de Serviço Social do Porto (ISSSP). O nosso objetivo principal é perceber os benefícios da sua participação neste projeto. Os resultados deste estudo podem ser usados para desenvolver medidas específicas para promover o bem-estar em pessoas com mobilidade condicionada ou que se sintam sozinhas e/ou vivam isoladas socialmente.

A participação neste estudo é **voluntária** e pode ser interrompida a qualquer momento, sem necessidade de justificação.

O questionário terá uma duração aproximada de **25 minutos**. Os seus dados serão analisados de forma **anónima**. Garantimos a confidencialidade e o anonimato, de acordo com o atual Regulamento Geral de Proteção de Dados da UE (RGPD).

Caso tenha alguma questão, envie um e-mail para silvia@pedalarsemidade.pt (equipa "Pedalar sem Idade") ou para sara.guerra@issp.pt (equipa ISSSP).

Declaro que:

• **Li e compreendi a informação que consta neste documento e que fui devidamente informado/a e esclarecido/a quanto aos objetivos e condições de participação neste estudo;**

- **Recebi previamente material informativo sobre o estudo;**
- **Recebi uma cópia deste documento;**
- **Foi-me dada a oportunidade de esclarecer as minhas questões;**
- **E que aceito participar voluntariamente neste estudo.**

INQUÉRITO NO.:

Gostaria de conhecer os resultados deste estudo? Sim ____ Não ____

Contactos: _____

Muito obrigada pela sua participação. ____ / ____ / ____

Assinatura do/a investigador/a:

Assinatura do participante:

Anexo 2

QUESTIONÁRIO PSIP

A. INFORMAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

Identificação:

1. Idade: _____

2. Género

☐ Masculino

☐ Feminino

☐ Outro

3. Estado civil

☐ Solteiro/a

☐ Casado/a ou em união de facto

☐ Divorciado/a

☐ Separado/a

☐ Viúvo/a

4. Habilitações académicas:

☐ Sem escolaridade formal

☐ 1º ciclo escolaridade

☐ 2º ciclo escolaridade

☐ 3º ciclo escolaridade

☐ Secundário

☐ Licenciatura

☐ Mestrado

☐ Outra (especificar): _____

5. Em que freguesia reside?

- ☐ Bonfim
- ☐ Campanhã
- ☐ Lordelo do Ouro e Massarelos
- ☐ Paranhos
- ☐ Ramalde
- ☐ UF Aldoar Foz e Nevogilde
- ☐ UF Centro Histórico

6. Em que contexto reside?

- ☐ Casa própria (proprietário)
- ☐ Casa arrendada
- ☐ Casa de familiares
- ☐ Estrutura Residencial para Idosos (“Lar”)
- ☐ Outro (vizinhos, família de acolhimento...); Especificar: _____

6.1. Caso resida em casa própria ou de familiares/amigos, quantas pessoas (incluindo a si próprio) compõem o seu agregado familiar?

- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5 ou mais

B. SAÚDE

B1. De uma forma geral, diria que a sua saúde é:

- ☐ Fraca
- ☐ Razoável
- ☐ Boa
- ☐ Muito boa
- ☐ Excelente

B2. Toma medicação para dormir?

☐ Sim

☐ Não

B3. De uma forma geral, como classifica a qualidade do seu sono?

☐ Muito má

☐ Má

☐ Nem boa nem má

☐ Boa

☐ Muito boa

B4. Em média, quantas horas dorme por dia? _____ horas.

C. SATISFAÇÃO COM A VIDA (SWLS) (Diener et al., 1985; validada para a população portuguesa por Simões, 1992)

Esta escala compreende cinco frases com as quais poderá concordar ou discordar. Utilize a escala de 1 a 5 e assinale a que melhor indica a sua resposta.

		1 Discordo muito	2 Discordo um pouco	3 Não concordo, nem discordo	4 Concordo um pouco	5 Concordo muito
1	A minha vida parece-se, em quase tudo, com o que desejaria que fosse.					
2	As minhas condições de vida são muito boas.					
3	Estou satisfeito/a com a minha vida.					
4	Até agora, tenho conseguido as coisas importantes da vida, que eu desejaria.					
5	Se eu pudesse recomeçar a minha vida, não mudaria quase nada.					

D. REDES E SUPORTE SOCIAL

D.1. ESCALA de Solidão da UCLA (Russel, 1996; validação para população portuguesa por Pocinho & Farate, 2005)

Para cada uma das frases que se seguem, desenhe um círculo à volta dos números de cada linha, para indicar se a frase corresponde, ou não, em diferentes graus, àquilo que pensa e sente. Não existem respostas certas ou erradas. Algumas das afirmações podem parecer iguais; mas cada uma é diferente e deve ser classificada por si própria.

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

D.2. Escala de Redes Sociais de Lubben (LSNS) (Lubben, 1988; validado para a população portuguesa por Ribeiro et al., 2012)

	0	1	2	3 ou 4	5 a 8	9 e mais
FAMÍLIA: <i>Considerando as pessoas de quem é familiar por nascimento, casamento, adoção, etc...</i>						
1. Quantos familiares vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos familiares se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes para pedir ajuda?						
3. Com quantos familiares se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

AMIGOS: <i>Considerando todos os seus amigos, incluindo aqueles que vivem na sua vizinhança...</i>						
1. Quantos amigos vê ou fala pelo menos uma vez por mês?						
2. De quantos amigos se sente próximo de tal forma que possa ligar-lhes a pedir ajuda?						
3. Com quantos amigos se sente à vontade para falar sobre assuntos pessoais?						

E. ESTADO DE HUMOR

E1. Escala de Depressão Geriátrica (Yesavage et al., 1986; validada para a população portuguesa por Santos et al., 2019)

Assinale a sua resposta com um X, escolhendo a resposta (sim ou não) que mais se adequa, considerando a sua última semana.

	Sim	Não
1. De uma forma geral, está satisfeito/a com a sua vida?		
2. Anda muitas vezes aborrecido/a?		
3. Sente-se desamparado/a?		
4. Prefere ficar em casa, em vez de sair e fazer outras coisas?		
5. Sente-se inútil nas condições atuais?		

F. IMPACTO PERCEBIDO

Pré – qual entende que pode ser o impacto/benefícios deste projeto? Porque está a participar?

Pós- Qual entende ser o impacto ou principais benefícios da sua participação neste projeto?

(Permitir que a pessoa identifique inicialmente, sem orientação, aqueles que acredita serem os principais benefícios da sua participação no projeto; caso a pessoa sinta dificuldades em identificar mudanças, procurar explorar se a pessoa alargou a sua rede social pessoal ou intensificou contactos já existentes; se sentiu menos necessidade de tomar medicação para dormir; se se tem sentido mais ou menos relaxada; se tem sentido mais vontade de se envolver socialmente; se notou alguma melhoria na sua condição de saúde global)