



RELATÓRIO

ISOLAMENTO INVOLUNTÁRIO, SOLIDÃO E RELAÇÕES SOCIAIS EM CASCAIS

dinamia
'cet _iscte

cis _iscte

ÍNDICE

sumário executivo i

introdução 1

O que significa estar involuntariamente isolado e só? Definição dos construtos-chave 2

capítulo I 4

metodologia 4

capítulo II 7

isolamento involuntário, solidão e relações sociais – conceitos, evidências e estratégias 7

Quem está isolado e só? características sociodemográficas associadas ao isolamento e solidão. 7

Fatores de risco para o isolamento e solidão 8

Que consequências? 11

Combater o isolamento e a solidão: que respostas? 12

Estratégias de nível individual e interpessoal 12

Estratégias de nível comunitário 13

Estratégias de nível societal 16

Respostas legislativas no contexto nacional 17

Políticas Municipais de Combate ao Isolamento involuntário e da solidão em Cascais 20

capítulo III 23

resultados da sondagem 23

Integração social, isolamento, solidão e qualidade das relações sociais 23

descrição dos indicadores 23

relação entre os indicadores de isolamento, solidão e qualidade das relações sociais e as variáveis sociodemográficas 24

análise de correlações com a idade, dimensão do agregado e estado de saúde 24

diferenças entre géneros 25

integração social 25

escalão etário 25

freguesia 26

estado civil 27

nível de escolaridade 27

rendimento líquido mensal do agregado familiar 27

ocupação 28

capítulo IV 29

discussão dos resultados e recomendações 29

Tabela 2: sumário dos resultados 31

recomendações 32

referências 38

anexos 42

Anexo A: Programas e intervenções Internacionais para combater a solidão na velhice 43

Anexo B: Projetos Nacionais de Intervenção no isolamento e solidão 44

Anexo C: Tabelas e estatísticas relativas aos resultados 49

Elaborado para a Câmara Municipal de Cascais
Lisboa, Fevereiro de 2023

equipa técnica (autores)

Gustavo Sugahara (Coord.)
Marta Matos (Co-Coord.)
Sara Canha
Inês Santos
Joana Lages
Pedro Costa

Design

Bruno Vasconcelos

Revisão

Mariana Leite Braga

ISBN: 978-989-584-102-8

#AWORLD4ALLAGES



GLOBAL
CAMPAIGN
TO COMBAT
AGEISM

sumário executivo

Este relatório oferece (a) uma visão atualizada e aprofundada à discussão em torno das políticas públicas para o combate ao isolamento e a solidão, e (b) dados novos relativos ao fenómeno ao nível das freguesias do concelho. Partindo de uma base territorial (freguesias de Cascais) e de uma análise multinível (fatores individuais, interpessoais, comunitários e sociais), este relatório tem como objetivo específico caracterizar a população com idade igual ou superior a 40 anos no que diz respeito ao isolamento involuntário, solidão e qualidade das relações sociais.

Uma das principais inovações trazidas por este estudo é a análise dos fatores protetores, nomeadamente, mostrar o nível de integração social e a qualidade das relações sociais de proximidade.

Apartir da análise dos dados advindos de um inquérito, entrevistas, e de uma revisão crítica de literatura, avançamos com algumas recomendações, sintetizadas na parte final deste sumário. Pretende-se que este estudo contribua para o desenho de estratégias e de medidas que permitam mitigar os eventuais níveis de isolamento involuntário e solidão, no presente e no futuro.

Destaca-se ainda que o isolamento social e a solidão são observados como o resultado da interação entre múltiplos fatores, podendo:



- Estar ligados a acontecimentos de vida específicos (divórcio, falta de descendência, viuvez, perda de saúde e/ou de capacidade funcional).

- Ser decorrentes de fatores contextuais (e.g., viver em áreas socioeconomicamente desfavorecidas, falta de soluções de mobilidade, falta de oportunidades de participação cívica/social) e/ou de fatores macro/societais (e.g., pertencer a uma minoria, baixos rendimentos, desemprego)

Identificam-se como principais consequências do isolamento e solidão a redução da longevidade, do estado de saúde (física e mental) bem como da qualidade de vida. Neste sentido, mantendo uma perspetiva multinível, identificam-se no panorama nacional e internacional estratégias e intervenções de combate ao isolamento/solidão e de promoção das relações sociais.

Com esta sistematização, concluiu-se que o isolamento e a solidão podem ser reduzidos através de:

- Intervenções individuais e/ou em grupo para modificar fatores individuais e interpessoais.
- Melhoria das condições infraestruturais (e.g., mobilidade, habitação, ambiente construído, planeamento urbano).
- Legislação e políticas públicas que modifiquem os determinantes sociais da saúde (e.g., desemprego, baixos recursos socioeconómicos, falta de habitação, acesso à saúde e à educação) e que permitam ultrapassar as inequidades sociais.

Resultando do inquérito realizado a uma amostra representativa da população

com mais de 40 anos de Cascais, entre 9/09 e 2/10 de 2022, conclui-se que o aumento do isolamento, da solidão e piores relações sociais se associa a:

- Aumento da idade, pior saúde, ser viúvo/a, menos escolaridade, menor rendimento, agregados familiares menores.
- Viver em São Domingos de Rana.

Da triangulação entre a revisão crítica da literatura sobre isolamento involuntário e solidão entre as pessoas mais velhas; as entrevistas com a equipa técnica da CMC e outros atores-chave; e os resultados obtidos pela sondagem, sobressai o fundamental papel das políticas municipais na criação de oportunidades de crescimento, manutenção, e regeneração do “capital social” ao longo de todo o ciclo de vida, para todos os habitantes. Identificamos também 4 áreas principais que devem ser ponderadas no âmbito da “estratégia para o envelhecimento”:

- (1) Afirmação do tema Isolamento/solidão como uma questão de saúde e não uma característica normal e indissociável da velhice;
- (2) Ampliação e melhor integração dos nível das estratégias das intervenções, desde as macro às micro;
- (3) Reforço na capacidade de avaliação e maior especialização nas intervenções; e
- (4) Necessidade de transformações infra-estruturais para combater o isolamento e a solidão.

introdução

O isolamento social e a solidão têm consequências graves para a longevidade, saúde mental e física, e bem-estar, encurtando vidas e reduzindo a qualidade de vida. Felizmente, a atenção pública para as questões da solidão e isolamento nos países europeus tem vindo a aumentar (Marczak et al., 2019) com a implementação de medidas políticas que variam desde intervenções que influenciam aspetos demográficos, económicos e culturais, a medidas sectoriais específicas (Durcan & Bell, 2015).

A atenção do município de Cascais com as questões do isolamento e da solidão na população está patente no seu Diagnóstico Social (2018). O inquérito realizado às organizações locais revelou que este foi considerado um problema muito grave por 55,8% das organizações inquiridas, sendo que 30,8% destas consideram que é um problema que abrange muitas pessoas. Por outro lado, é importante destacar que, de acordo com uma amostra recolhida de 322 pessoas idosas que têm contato com Centros de Dia, ERPIS ou Serviços de Apoio Domiciliário, apenas 4% auto percecionam sofrer de solidão (Iniciativa Solidão e Isolamento nas Respostas Sociais, 2021).

Este relatório tem como objetivo geral oferecer subsídios para o desenho de estratégias e de medidas que permitam mitigar os eventuais níveis de isolamento involuntário e solidão, no presente e no futuro, e responde a alguns dos objetivos específicos do diagnóstico que acompanha a Estratégia e o Plano de Ação Sobre Envelhecimento - Velhice e Políticas Sociais no Concelho de Cascais, descritos em detalhes no capítulo 3, páginas 6 e 7 do caderno de encargos, e posteriormente adequados ao escopo da proposta apresentada pela equipa do ISCTE¹, em particular, o segundo objetivo estratégico da pesquisa - ação (página 5 da proposta).

Neste contexto, partindo de uma base territorial (freguesias de Cascais) e de uma análise multinível (fatores individuais, interpessoais, comunitários e sociais) **o principal e objetivo específico deste relatório é caracterizar a população de Cascais com idade igual ou superior a 40 anos no que diz respeito ao isolamento involuntário, solidão e relações sociais.**

¹ No cronograma acordado com a equipa técnica da CMC, figura como output “D”

O QUE SIGNIFICA ESTAR INVOLUNTARIAMENTE ISOLADO E SÓ? DEFINIÇÃO DOS CONSTRUTOS-CHAVE

O isolamento social involuntário e a solidão são conceitos distintos, porém relacionados. O isolamento social caracteriza-se pela falta de relações sociais, tais como com familiares, amigos, conhecidos e vizinhos e pela ausência de envolvimento na comunidade ou com o mundo exterior, e pela ausência ou dificuldade no acesso a serviços. Uma pessoa involuntariamente isolada tem um baixo nível de integração social, uma rede social de baixa densidade, caracterizada por contactos pouco frequentes e de baixa qualidade (Berkman & Glass, 2000).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) a solidão diz respeito à sensação de se estar só (não ter com quem contar em caso de necessidade), resultando da discrepância percebida entre os níveis de interação social desejados e alcançados. O isolamento social pode desencadear o sentimento de solidão, mas pessoas socialmente isoladas não são necessariamente solitárias e vice-versa; no entanto, o isolamento social pode ser um fator de risco para a solidão e, portanto, orientar as intervenções para diminuir o isolamento social pode também aliviar a solidão (OMS, 2021).

Em suma, o isolamento involuntário consiste num indicador objetivo de integração social e de acesso a relações sociais, enquanto recursos instrumentais, emocionais e de pertença. A solidão consiste num indicador de avaliação subjetiva e individual de se poder contar com alguém. O presente estudo pretende caracterizar a população de Cascais com mais de 40 anos quanto aos níveis de isolamento e de solidão. Contudo, este estudo pretende não só contribuir com indicadores sobre o risco deste fenómeno, mas também contribuir com indicadores sobre os fatores protetores, nomeadamente mostrar o nível de integração social e a qualidade das relações sociais de proximidade. Pretende-se que este estudo contribua para o desenho de estratégias e de medidas que permitam mitigar os eventuais níveis de isolamento e solidão, no presente e no futuro. Para isso, explorar-se-á a associação entre o isolamento/solidão com as variáveis sociodemográficas que a literatura apresenta como fatores de risco.

Este relatório encontra-se estruturado em 4 capítulos. No primeiro capítulo são descritos os procedimentos metodológicos de recolha e análise dos dados. O **capítulo dois** resulta de uma revisão aprofundada de vários documentos nacionais e internacionais, bem como da evidência empírica sobre os conceitos de isolamento involuntário e solidão e relações sociais. Neste capítulo procura-se identificar quais são as características sociodemográficas associadas com maior nível de isolamento e solidão, bem como sistematizar os fatores de riscos com uma perspetiva multinível (individual, interpessoal, comunitário e societal) no sentido de fazer a ponte com as diferentes respostas/estratégias de intervenção para modificar o fenómeno.

No **terceiro capítulo – Resultados** – são apresentados os resultados do inquérito. Neste capítulo, são descritos os indicadores isolamento involuntário, solidão e qualidade das relações sociais e são apresentadas as relações com as diferentes variáveis sociodemográficas e geográficas no sentido de caracterizar a população de Cascais com mais de 40 anos quanto ao fenómeno em análise.

Finalmente, no **quarto capítulo – Discussão dos resultados e recomendações** – são interpretados os resultados obtidos no inquérito à luz da revisão de literatura apresentada na introdução e são delineadas recomendações estratégicas para capacitar o município de Cascais no sentido de continuar o seu trabalho de combate ao isolamento involuntário e à solidão, bem como à promoção da qualidade das relações sociais.

capítulo I

metodologia

Tendo em vista o objetivo geral deste relatório, a abordagem metodológica baseia-se fundamentalmente na triangulação de três momentos: (i) Uma revisão crítica da literatura disponível; (ii) Entrevistas com atores-chave; e (iii) uma sondagem. A discussão e as recomendações avançadas na parte final deste relatório são o resultado da triangulação destas três fontes. Após uma breve descrição dos métodos i e ii, apresentamos uma descrição detalhada da metodologia adoptada na sondagem cujos resultados apresentaremos no capítulo 3.

A **revisão de literatura** que serve de suporte a este primeiro capítulo teve como principal foco os desafios da solidão e do isolamento involuntário em três níveis: (i) Europeu, (ii) Nacional, (iii) e Municipal. Procurando realizar uma sistematização dos dados e evidência empírica sobre os fenómenos do isolamento involuntário e da solidão, este capítulo inicia-se com a apresentação dos conceitos-chave bem como com a apresentação das características e fatores de risco associados a este fenómeno e das suas consequências. Finalmente procuraremos identificar quais são as principais iniciativas e inovações que têm sido testadas um pouco por toda a Europa, procurando avaliar a sua pertinência e aplicabilidade no contexto de Cascais.

De forma a completar a informação obtida pela análise documental relativamente à atuação municipal e local na área do envelhecimento, foi realizado um conjunto de entrevistas com atores-chave da CMC e de diversas instituições atuantes no concelho. Foram realizadas 13 entrevistas à distância (via zoom) entre maio e junho de 2022. Os entrevistados foram identificados pela nossa equipa, em conjunto com a equipa técnica da CMC, tendo como base a estrutura orgânica das diversas instituições com quem interagimos ao longo do processo.

As **entrevistas** tiveram como objetivo melhor auscultar o trabalho realizado



em diferentes áreas de atuação da Câmara e de diferentes entidades do setor social, nomeadamente perceber melhor as medidas, estratégias e opções para o envelhecimento, assim como o estado de execução das medidas do Plano Estratégico de Desenvolvimento Social na área do envelhecimento. Foram criados guiões específicos para cada entrevista de forma a adaptar as perguntas aos atores entrevistados e instituições representadas. As entrevistas foram semi-dirigidas, através de perguntas abertas. Foi dada preferência à realização de entrevistas individuais, tendo ocorrido também algumas entrevistas com mais de um entrevistado, admitindo um máximo de três pessoas.

Durante a **sondagem**, foram realizadas 630 entrevistas válidas com participantes com idade igual ou superior a 40 anos. A amostra foi estratificada por freguesia (Alcabideche, Carcavelos e Parede, Cascais e Estoril e São Domingos de Rana), género, idade (4 escalões etários). Em cada freguesia foram aleatoriamente gerados um número significativo de pontos de amostragem onde foram realizadas as entrevistas. A seleção dos pontos de amostragem fez-se a partir do *Google Maps*. Uma vez definido o ponto de amostragem, também designado ponto de partida (em regra nome de rua e nº de polícia de identificação de prédio ou habitação) foi aplicado o método de *random route*. No lar o respondente foi selecionado com base nas quotas estabelecidas (género e idade).

Do total de participantes (630), 273 (43,3%) eram homens e 357 (56,7%) mulheres. Com idades compreendidas entre os 40 e 101 anos de idade ($M=59,62$; $DP=12,963$).

Quanto à idade, a amostra apresenta-se distribuída da seguinte forma:

Idade	n	%
40-54	254	40,3
55-64	155	24,6
65-74	122	19,4
75 e mais	99	15,7
Total	630	100

Foram recolhidas informações com vista à caracterização sociodemográfica – idade, género, escolaridade, nacionalidade, naturalidade, ocupação, há quanto tempo vivia em Cascais, tipo de residência, estado civil e escalão de rendimento.

As questões que permitem avaliar os indicadores de isolamento involuntário, solidão e da qualidade das relações sociais foram retiradas e adaptadas de outros questionários internacionais amplamente utilizados e validados como o Berkman-Syme índice de redes sociais, a escala de solidão de três itens da UCLA e outros (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020).

A totalidade dos participantes encontra-se distribuída no território da seguinte forma:

Freguesia	n	%
Alcabideche	254	40,3
Carvavelos e Parede	155	24,6
Estoril e Cascais	122	19,4
São Domingos de Rana	99	15,7
Total	630	100

A recolha da informação decorreu entre 9 de setembro e 2 de outubro de 2022 e foi realizada em rigoroso respeito pelas normas de conduta do Código da ICC/ Esomar e pela Lei de Proteção de Dados nº 67/98, de 26 de Outubro.

A recolha da informação foi efetuada por uma empresa especializada e contratada para o efeito (INTERCAMPUS) através do método da entrevista pessoal assistida por computador (CAPI), utilizando um questionário estruturado contendo perguntas fechadas e abertas. Na recolha da informação, trabalharam um total de 16 entrevistadores formados para a condução deste tipo de inquéritos e que receberam um treino específico para a realização deste estudo.

capítulo II

Isolamento involuntário, solidão e relações sociais – conceitos, evidências e estratégias

QUEM ESTÁ ISOLADO E SÓ? CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS ASSOCIADAS AO ISOLAMENTO E SOLIDÃO.

No contexto Europeu, existe uma grande variabilidade de prevalência da solidão entre a população mais velha. Na Roménia, Bulgária e Grécia mais de 30% das pessoas idosas declararam ter-se sentido sozinhas “mais de metade do tempo, a maior parte do tempo ou a totalidade do tempo” nas duas semanas que precederam o inquérito. Na Hungria e Lituânia, Itália, Chipre, Portugal e França cerca de 20% disseram o mesmo. A percentagem mais baixa de pessoas idosas que relatam solidão frequente foi encontrada na Dinamarca, Suécia, Finlândia, Irlanda Suíça, Holanda, Dinamarca, Suécia e Noruega apenas 5% relatam tais contactos sociais raros ou inexistentes. Estes resultados indicam que a solidão e o isolamento social são mais comuns entre as pessoas idosas que vivem no Sul da Europa e particularmente na Europa Oriental do que nas partes Norte e Ocidental do continente (Hansen & Slagsvold, 2016; Schoenmakers et al., 2012). As diferenças nas normas e valores sociais relativos às obrigações familiares, bem como a composição das redes sociais em que as pessoas idosas dependem para apoio, são fatores culturais adicionais que devem ser considerados (Jylhä & Jokela, 1990). Por exemplo, os laços familiares são mais fortes na Europa Oriental e do Sul, de modo que as expectativas individuais com respeito ao apoio social pela e dentro da família são mais elevadas. As redes de apoio social das pessoas mais velhas nestes países são também constituídas na sua maioria por familiares com menos relações não familiares. Podem, portanto, ter sentimentos mais fortes de solidão quando a sua relação com os membros da família se deteriora.

Em Portugal, na Operação Censos Sénior 2021 (GNR, 2021), durante o mês de outubro de 2021, a GNR identificou e sinalizou 44.484 pessoas idosas que vivem sozinhas e/ou isoladas, ou em situação de vulnerabilidade, em razão da sua condição física, psicológica ou outra que possa colocar em causa a sua segurança. O distrito com maior número de idosos sinalizados foi Vila Real (5191 idosos), seguido da Guarda (5012), Viseu (3543), Faro (3521), Beja (3411), Bragança (3343), Portalegre (3130), Évora (2941) e Santarém (2099). Um estudo realizado a mais de 1200 pessoas, entre os 50 e os 101 anos, pelo SNS 24 (SNS, 2022) concluiu que as pessoas que reportaram solidão: 20,4% são mulheres e 7,3% são homens, a

solidão é mais predominante em pessoas com menor escolaridade (25,8%), o sentimento de solidão aumenta com a idade (9,9% dos 50-64 anos; 26,8% com 85 anos ou mais) e é mais frequente nas pessoas viúvas (30,6%) e nas pessoas solteiras (15,8%) do que em pessoas casadas (9,2%). Os Censos de 2011 indicaram que cerca de 400 mil idosos viviam sozinhos e 800 mil em companhia exclusiva de pessoas também idosas, ou seja, 20% da população com 65 e mais anos vivia sozinha e 40% com outros do mesmo grupo etário. Esta população concentra-se predominantemente nas regiões do interior, onde encontramos os concelhos com os índices de envelhecimento mais elevados.

Em suma, o isolamento e a solidão estão associados com variáveis culturais, de género, escolaridade, idade, estado civil e região.

FATORES DE RISCO PARA O ISOLAMENTO E SOLIDÃO

Conhecer, não só as características sociodemográficas associadas ao isolamento e solidão, mas também quais as principais causas e fatores potenciadores poderá contribuir para a definição de intervenções eficazes e para prevenir o aprofundamento deste fenómeno. A solidão e o isolamento na velhice podem estar ligados a circunstâncias individuais, comunitárias ou sociais, apesar de afetarem as pessoas de forma diferente (Burholt et al., 2017). Para compreender os fatores de risco associados ao isolamento/solidão, é útil colocar a discussão no contexto de um quadro ecológico. Assim, o isolamento social e a solidão são observados como o resultado da interação entre múltiplos fatores a quatro níveis: individual, interindividual, comunitário e societal (Cotterell et al., 2018; OMS, 2021). A identificação dos fatores de risco nestes quatro níveis interligados ajuda a dar sentido às muitas intervenções e estratégias que atuam nestes fatores de risco para reduzir o isolamento social e a solidão.

Ao **nível individual**, as transições de vida (tais como a reforma; perda de cônjuge, parceiro ou amigos; migração de filhos ou migração para se juntar a filhos; incapacidade ou perda de mobilidade) podem aumentar os riscos de isolamento social e solidão entre as pessoas mais velhas. Os fatores individuais que causam a solidão e o isolamento diferem ao longo da vida e podem estar ligados a um acontecimento específico ou a uma condição permanente (Sandu et al., 2021).

As transições do ciclo de vida associadas ao isolamento social incluem: declínio da saúde geral, incluindo visão deficiente ou perda de audição, deficiência física ou perda de mobilidade, receber um diagnóstico de demência, reforma, perda de rendimentos, perda da capacidade de conduzir, mudança para um lar, perda

de parceiro, tornar-se cuidador, e ter filhos a sair de casa, especialmente para irem viver longe. Os padrões que podem influenciar a solidão na velhice foram estabelecidos pelo menos 20 anos antes, dos quais ter um cônjuge é um fator determinante para evitar o isolamento e a solidão (Dahlberg et al., 2018).

Ao **nível interpessoal**, as relações pessoais e as redes sociais influenciam o risco de ficar socialmente isolado. A ausência de relações de apoio e a existência de relações difíceis, insatisfatórias, de má qualidade ou aqueles que experimentam regularmente conflitos, perturbações, ou disfunções, aumentam a probabilidade de solidão. Segundo a OMS (2021), os grupos sociais em maior risco de isolamento social e solidão incluem minorias étnicas; pessoas com deficiências físicas e de aprendizagem e com questões de saúde de longo prazo; prestadores de cuidados; e pessoas idosas em cuidados residenciais e de enfermagem. Ser imigrante é também um possível fator de risco, uma vez que os imigrantes tendem a ter menos laços sociais e menos integração social e muitas vezes enfrentam barreiras linguísticas e de comunicação.

A **nível da comunidade**, os contextos em que as relações sociais ocorrem influenciam o risco de se tornarem socialmente isolados. A falta de recursos socioeconômicos, educação limitada, falta de acesso à tecnologia digital, habitação precária, discriminação étnica, marginalização e residência remota, viver em áreas socialmente desfavorecidas, elevados níveis de criminalidade de vizinhança, elevada mobilidade residencial, oportunidades limitadas de participação em atividades sociais, e acesso limitado a serviços, comodidades, e transportes públicos, transporte inadequado são fatores que podem levar à solidão e isolamento social (Cotterell et al., 2018; OMS, 2021). O contexto social e ambiental, o local onde se vive, condiciona os processos e padrões de envelhecimento, tanto pela ligação social que se estabelece com as redes informais de vizinhos e amigos como pelos recursos sociais e de saúde disponíveis (Moreira, 2020). Na generalidade, as pessoas revelam preferência por continuar a viver na sua casa e no seu bairro. Todavia, a organização do espaço urbano e a diminuição da capacidade de mobilidade condicionam frequentemente a manutenção das suas redes sociais, o acesso a serviços e a participação na comunidade, o que contribui para o seu isolamento social e maior declínio do estado de saúde. A questão da mobilidade torna-se um desafio tanto no espaço doméstico como no espaço exterior, nomeadamente quando é necessário desenvolver atividades básicas, como ir às compras ou ao médico, ou manter as relações sociais (visitar a família, conviver com os amigos, participar em atividades da comunidade). A mobilidade residencial é uma realidade também entre os mais velhos, o que conduz à sua dispersão por todos os bairros urbanos e à necessidade de olhar a cidade como um todo (Moreira, 2020).

A **nível societal**, os fatores estruturais influenciam se a participação social é encorajada ou inibida. Os fatores que aumentam o risco de um indivíduo ficar

socialmente isolado são: sofrer discriminação e marginalização, ter políticas económicas e sociais que produzem e mantêm desigualdades socioeconómicas, falta de coesão social e normas sociais que desencorajam a atividade social (Cotterell et al., 2018).

Tabela 2 - Quadro síntese dos fatores de risco do isolamento e solidão por nível de análise²

Fatores de risco ao isolamento/solidão por nível de análise			
Individual	Interpessoal	Comunitário	Social/Político/Económico
Ter mais do que 75 anos	Existência de relações de má qualidade (conflituosas, insatisfatórias)	Falta de recursos socioeconómicos	Ser migrante
Baixos recursos financeiros		Falta de acesso à tecnologia	
Estado civil		Discriminação com base na idade	
Não ter filhos		Reduzidas infraestruturas nos bairros e transportes	Políticas sociais e económicas que mantêm desigualdades e inequidades
Dificuldades de comunicação		Insegurança/criminalidade	Normas sociais que desencorajam a atividade/ interação social.
Deixar de ser cuidador	Baixa proximidade com pessoas significativas (familiares, amigos)	Viver numa instituição	Pertencer a uma minoria (e.g., pessoas LGBTQI+) ou minoria étnica
Abuso/negligência/ violência		Baixa oportunidade de participação social	Falta de habitação
Dependências		Limitação de acesso a serviços e transportes públicos.	Custo de vida/Privação material
Baixo nível saúde (física e mental)			Desemprego
Dificuldades sensoriais e motoras			
Transições de vida (reforma, viuvez)			

² (Cohen-Mansfield et al., 2016; Cotterell et al., 2018; Ekwall et al., 2005; Hansen & Slagsvold, 2016; Scharf & de Jong Gierveld, 2008; Victor et al., 2012)

QUE CONSEQUÊNCIAS?

O isolamento social e a solidão têm consequências graves para o bem-estar das pessoas. Com efeito já vastamente documentados, não apenas do ponto de vista da saúde mental e física, mas também com influência direta na longevidade e na qualidade de vida das pessoas. Uma análise realizada em 2015 indicou que o isolamento social e a solidão estavam associados a um aumento de 29% e 26% da probabilidade de mortalidade, respetivamente. O isolamento social e a solidão afetam a mortalidade de forma semelhante a fatores de risco bem estabelecidos, tais como obesidade, falta de atividade física, tabagismo, outras formas de abuso de substâncias e mau acesso aos cuidados de saúde (Novotney, 2019, OMS, 2021). O isolamento social e a solidão são também fatores de risco de violência e abuso contra homens e mulheres mais velhos, cuja prevalência, pelo menos nos EUA, parece ter aumentado durante a pandemia da COVID-19 (OMS, 2021). Foram propostos três mecanismos causais plausíveis para os efeitos do isolamento social e da solidão na saúde (OMS, 2021):

“Primeiro, conduzem a um excesso de reatividade ao stress e, na ausência do efeito amortecedor do stress do apoio social, os sistemas fisiológicos de indivíduos solitários e isolados podem absorver mais dos fatores de stress encontrados na vida diária.

Em segundo lugar, resultam em processos inadequados ou ineficientes de reparação e manutenção fisiológica. Por exemplo, o isolamento social e a solidão afetam a qualidade e a quantidade do sono, que influenciam uma variedade de condições físicas de saúde (por exemplo, doenças cardiovasculares, diabetes); e o sono deficiente está associado ao aumento da mortalidade.

Em terceiro lugar, algumas provas, embora mistas, indicam que o isolamento social e a solidão conduzem a fatores de risco comportamentais, tais como menor atividade física, dieta mais pobre, má adesão a tratamentos médicos e maior consumo de tabaco e álcool.”

Estar isolado e só: um fator de risco para a saúde.

ESTUDO CINTESIS E ARS NORTE

Um estudo liderado por investigadores do CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, em parceria com a Administração Regional de Saúde (ARS) do Norte concluiu que cerca de 91% dos idosos seguidos nos cuidados de saúde primários nas zonas urbanas do Norte de Portugal revelam sentir algum grau de solidão, sendo que um terço reporta mesmo níveis graves, o que interfere com os cuidados. O estudo também revelou que um maior nível de solidão está associado a polimedicação. Ter mais de 80 anos de idade, viver sozinho, possuir um baixo nível educacional (menos de nove anos), estar insatisfeito com os rendimentos e ter uma estrutura familiar disfuncional são os principais fatores que se associam à solidão. Em contrapartida, ser casado ou viver em união de facto, e manter uma atividade profissional surgiram como fatores protetores.

COMBATER O ISOLAMENTO E A SOLIDÃO: QUE RESPOSTAS?

Neste subcapítulo voltamos a utilizar a visão multinível e apresentamos a revisão de diferentes respostas/estratégias de prevenção/combate ao isolamento e solidão no (1) nível individual e interpessoal, (2) nível comunitário e (3) nível societal. Apresentamos, também, algumas das principais iniciativas levadas a cabo no contexto europeu, no contexto nacional, referindo também alguns exemplos de políticas municipais portuguesas.

As intervenções de nível individual, interpessoal ou comunitário são frequentemente direcionadas para melhorar as competências sociais, reforçar o suporte social e aumentar as oportunidades de contactos sociais (por exemplo, cuidados domiciliários, a promoção das relações de amizade, o voluntariado, atividades sociais e culturais, aconselhamento/psicoterapia de apoio), e as que melhoram a acessibilidade dos transportes públicos e do ambiente construído, ou que proporcionam acesso a tecnologias e dispositivos de assistência (Gardiner et al., 2018). De uma perspetiva societal, a exclusão social, o isolamento social e a solidão são difíceis de abordar devido a fatores complexos que os determinam, dificuldades em identificar e chegar a indivíduos vulneráveis (Walsh et al., 2017).

A OMS (2021) sugere que vários sectores devem ser envolvidos para um impacto a nível populacional no isolamento social e solidão - saúde, trabalho social, tecnologias de informação e comunicação, transportes e habitação; e as partes interessadas, tais como governo, pessoas mais velhas, organizações da sociedade civil, profissionais, academia e o sector privado devem agir a vários níveis ao mesmo tempo.

ESTRATÉGIAS DE NÍVEL INDIVIDUAL E INTERPESSOAL

As intervenções de nível individual podem ser realizadas individualmente ou em grupo, digitalmente ou cara a cara. Geralmente, englobam formação ao nível de competências sociais; psicoeducação (fornecendo informação e apoio para melhor compreender e enfrentar); apoio de pares e grupos de atividade social; serviços “amigos”, que oferecem relações de apoio quer pessoalmente quer por telefone, geralmente por voluntários; prescrição social, que ajuda os utentes a aceder a fontes locais de apoio não-clínicas; terapia cognitiva comportamental; formação em *mindfulness*; psicofarmacologia, incluindo antidepressivos (Fakoya et al., 2020; Gardiner et al., 2018; “Soc. Isol. Loneliness Older Adults”, 2020).

De uma forma geral, os autores concluem que as intervenções de nível individual e/ou interpessoal mais eficazes caracterizam-se por uma abordagem psicoeducativa educacional, intervenções que aumentam o contacto social, em que o envolvimento dos indivíduos visados acontece desde a conceção da

intervenção e estas são fundamentadas em teorias e baseadas na evidência empírica (Fakoya et al., 2020; Gardiner et al., 2018; Mihalopoulos et al., 2020; Ong et al., 2016; Poscia et al., 2018; “Soc. Isol. Loneliness Older Adults,” 2020; Victor et al., 2018). Além disso, as atividades com maior envolvimento caracterizam-se pela ligação a outros em atividades baseadas em interesses comuns (por exemplo, grupos de exercícios) do que em reunir-se por razões puramente sociais (Jopling, 2020; Kharicha et al., 2017). As intervenções de base digital são de particular interesse devido tanto ao aumento da sua utilização durante a pandemia da COVID-19 como ao rápido aumento do papel da tecnologia nos últimos 10-15 anos na mediação de relações sociais. Estas intervenções incluem formação na utilização da tecnologia, apoio à comunicação por vídeo, serviços de mensagens, grupos e fóruns de discussão, *chatbots* e soluções de inteligência artificial virtual (Boulton et al., 2019; Ibarra et al., 2020). No entanto, estas intervenções levantam inúmeras questões éticas, como potenciais violações da privacidade, questões relacionadas com a autonomia e com a literacia digital, disparidades no acesso, incluindo para as pessoas idosas com deficiência.

Em suma, as intervenções de nível individual baseiam-se em três mecanismos principais: (i) manter e melhorar as relações das pessoas, (ii) apoiar as pessoas a desenvolver novas relações e (iii) mudar a forma como as pessoas pensam e sentem sobre as suas relações (De Jong Gierveld et al., 2011; Jopling, 2020).

ESTRATÉGIAS DE NÍVEL COMUNITÁRIO

Várias estratégias de nível comunitário intervêm ao nível das infraestruturas - transporte, o ambiente construído e inclusão digital - necessárias para assegurar que as pessoas possam manter as suas relações existentes e formar novas relações. A existência de uma rede de transportes apropriada e acessível é vital para manter as pessoas ligadas (Jopling, 2020). Um estudo no Reino Unido mostrou que a introdução de viagens gratuitas de autocarro para pessoas com 60 anos ou mais reduziu a solidão e os sintomas depressivos (Reinhard et al., 2018).

Diversos estudos recentes destacam a importância do ambiente construído nas comunidades, sendo este fator muitas vezes decisivo para a promoção (ou bloqueio) das ligações sociais. A conceção de habitação (por exemplo, áreas comunitárias), de espaços públicos (por exemplo, boa iluminação, bancos, sanitários públicos) e de restaurantes, lojas e instituições culturais como bibliotecas e museus (por

exemplo, acessibilidade e inclusividade) pode afetar o isolamento social e a solidão (Domènech-Abella et al., 2020; Jopling, 2020).

Nas últimas décadas, os avanços tecnológicos têm gerado importantes oportunidades de intervenção. Por exemplo, a possibilidade de anonimato parcial ou total (ex.: uso de avatares), podem configurar uma oportunidade única de interação não mediada por preconceitos e estereótipos. Por outro lado, as estratégias de inclusão digital, embora de importância crítica, podem introduzir várias inequidades – relativas à idade, ao estatuto socioeconómico e literacia. Por exemplo, entre jovens e idosos, entre idosos (por exemplo, aqueles ≥ 60 anos e aqueles ≥ 80 anos), entre aqueles que não podem pagar ou não têm capacidade para utilizar a tecnologia digital e aqueles que podem (Boulton et al., 2020; Chipps et al., 2017; Ibarra et al., 2020; Jopling, 2020; Khosravi et al., 2016).

No entanto, os decisores políticos devem disponibilizar as tecnologias de informação e comunicação, acessíveis às pessoas idosas que desejem estar ligadas e assegurar que aqueles que desejem outras soluções não sofram exclusão como resultado disso. Devem também fornecer conhecimentos e formação digital adequados para permitir aos idosos a adoção de novas tecnologias (Gil, 2019).

Por fim, destacamos a promoção de programas de voluntariado como uma das principais estratégias comunitárias de redução do isolamento social e da solidão entre as pessoas mais velhas com impactos ao nível do bem-estar e da promoção de mais ligações sociais (Jopling, 2020). Finalmente, a promoção de “comunidades amigas do envelhecimento”, que, de acordo com o quadro da OMS (OMS, 2007), são concebidas para fomentar o envelhecimento saudável e ativo, podem ajudar a promover os contactos sociais (até entre gerações) através da colaboração e articulação entre intervenientes-chave, com impactos na redução do isolamento e solidão.

Em suma, as medidas de combate ao isolamento social e a solidão de nível comunitário, concentram-se mais frequentemente no contexto local, na construção de (novos) laços sociais e em grupos específicos da sociedade, e não em programas nacionais de redistribuição macroeconómica (Sandu et al., 2021).

Alguns exemplos internacionais podem ser encontrados no **Anexo A**: Programas e intervenções Internacionais para combater a solidão na velhice. No contexto nacional é possível encontrar bons exemplos, como o Projeto Radar (Lisboa), Projeto Aconchego (Porto) e Projeto ser+vizinho (Vila Nova de Gaia) que se encontram descritos em pormenor no final deste documento no **Anexo B**: Projetos Nacionais de Intervenção no isolamento e solidão. Pela proximidade geográfica e pertinência sublinhamos o exemplo do Município de Lisboa e o Projeto Radar (Santa Casa da Misericórdia de Lisboa) como exemplos a observar para futuras reflexões sobre o Município de Cascais.

DESTAQUE

Plataforma Digital Projeto Radar: uma ferramenta de apoio à intervenção

De todas as iniciativas municipais, o Projeto Radar destaca-se, uma vez que assenta no pressuposto da otimização e da gestão de informação, no sentido de agilizar os processos para uma intervenção precoce no risco, mais ajustada a cada situação. Este projeto está orientado para a prevenção do isolamento e da solidão, numa perspetiva comunitária, assente em valores de dignidade e de solidariedade.

O Projeto Radar tem como missão melhorar os serviços sociais prestados à população de idade avançada da cidade de Lisboa, através da criação de mecanismos integrados e de parcerias sustentadas, recorrendo à utilização de uma plataforma de apoio digital para o efeito, designada por Plataforma Digital Projeto Radar. A insuficiente articulação entre os diversos parceiros tem sido apontada como uma das principais barreiras para a resposta integrada em situações de vulnerabilidade, originando, por um lado, redundâncias e, por outro, o desperdício de recursos. Uma atuação devidamente articulada e integrada possibilita uma resposta mais célere, eficaz, eficiente e efetiva.

Para tal, prevê a partilha de informação entre parceiros e que, em tempo útil, permita comunicar, disponibilizar, informar e localizar as entrevistas. Neste quadro de atuação, e numa 1.ª fase, a Plataforma Digital Projeto Radar almeja assumir:

- Levantamento - feito pelas Equipas de Rua (constituídas por entrevistadores recém-licenciados em áreas diversas e pertinentes) e por um conjunto de pessoas (voluntários devidamente formados pelo Serviço de Voluntariado da SCML) que se constituirão como “Radares”. Contemplam-se também as equipas comunitárias e o Comércio Local;
- Avaliação e Encaminhamento;
- Acompanhamento;
- Monitorização - a supervisão do processo será da responsabilidade da SCML. Desta forma, mais do que uma mera prática de reportar, este Projeto é um testemunho do firme compromisso com a missão, os objetivos e os eixos estratégicos corporizados no Programa Lisboa, Cidade de Todas as Idades.

Para além disso, é importante sublinhar a importância na constituição de Radares de base comunitária (voluntários/as, comércio local e vizinhos/as) para detetar, de forma contínua, as situações de solidão e de isolamento para a intervenção mais adequada a cada caso. (mais informações no ANEXO).

ESTRATÉGIAS DE NÍVEL SOCIETAL

As estratégias a nível societal para reduzir o isolamento e a solidão incluem leis e políticas para combater a discriminação e a marginalização, a desigualdade socioeconómica, as clivagens digitais; e promover a coesão social e a solidariedade intergeracional. Podem também procurar mudar as normas sociais que impedem a ligação social, tais como a priorização da acumulação de capital financeiro e não social.

A OMS tem advogado pela “inclusão do social em todas as políticas”, semelhante à “saúde em todas as políticas”, como um meio de combater o isolamento social e a solidão. O “social em todas as políticas” seria uma visão transversal, ou seja, incluiria o isolamento social e a solidão em todos os sectores e áreas políticas relevantes, incluindo transportes, trabalho e pensões, educação, habitação, emprego e ambiente (Holt-Lunstad, 2020). Por exemplo, poderiam ser implementadas políticas que incluíssem flexibilidade no mercado de trabalho, permitindo às pessoas idosas uma maior escolha sobre como e quando se reformam. Isto poderia facilitar não apenas a transição para a reforma, como também ser uma oportunidade de promover o contato intergeracional, permitindo aos trabalhadores mais velhos (eventualmente reformados) atuarem como mentores para os trabalhadores mais jovens.

De acordo com Sandu et al. (2021) no âmbito do pilar europeu dos direitos sociais (EPSR), que foi lançado em 2017, a Comissão Europeia estabeleceu 20 princípios e direitos fundamentais para apoiar os mercados de trabalho e os sistemas de Segurança Social justos e que funcionam bem. Em específico, o Princípio 15 declarava que “todas as pessoas na velhice têm direito a recursos que garantam uma vida digna”. Além disso, o Princípio 14 sobre o direito a um rendimento mínimo adequado declarava que “Todas as pessoas que não disponham de recursos suficientes têm direito a prestações de rendimento mínimo adequadas que garantam uma vida digna em todas as fases da vida, e um acesso efetivo a bens e serviços que lhes permitam viver com dignidade”. O foco no acesso aos serviços sociais é visto como a chave para assegurar a realização e o cumprimento dos direitos sociais básicos, onde se destaca o acesso a cuidados de saúde de qualidade a preços acessíveis, e a serviços de cuidados de longa duração, em particular os serviços domiciliários e baseados na comunidade.

Neste sentido, a Recomendação sobre Inclusão Ativa (2008/867/CE) procurava ajudar os Estados-Membros a apoiar o emprego através do apoio ao rendimento, mercados de trabalho inclusivos e acesso a serviços de qualidade, prevenindo a pobreza na vida posterior, isto é, na fase da reforma. No contexto do envelhecimento ativo e saudável, a nível europeu, a Parceria Europeia para a Inovação no Envelhecimento Ativo e Saudável (EIP on AHA) procurou envolver atores em diversos níveis: da UE, regional e nacional. Esta parceria foi lançada em 2011 para promover a inovação no envelhecimento ativo e saudável.

Uma importante ferramenta europeia para avaliar a reforma política diz respeito ao Índice de Envelhecimento Ativo. Este Índice analisa a contribuição dos idosos na sociedade e na economia em quatro domínios: emprego, participação na sociedade, vida independente, saudável e segura e a capacidade e ambiente propício ao envelhecimento ativo, medido por 22 indicadores. Em termos da participação social, uma avaliação recente (UNECE / Comissão Europeia, 2019) das pontuações do Índice de Envelhecimento Ativo colocou Portugal, entre os países com mais desafios para envolver as pessoas idosas em atividades sociais e políticas e para apoiar os prestadores de cuidados informais.

Em suma, nos últimos anos, as agendas políticas centraram-se na promoção da participação dos idosos na sociedade, um objetivo que está intimamente ligado ao combate ao isolamento social e à solidão. Os documentos estratégicos referem-se ao envelhecimento ativo, à saúde mental e à demência, à desinstitucionalização e à inclusão de pessoas com deficiência. Um exemplo disto é a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável de Portugal, que promove o prolongamento da vida ativa, a participação e integração através da aprendizagem ao longo da vida e do voluntariado, a independência na velhice e a solidariedade intergeracional.

RESPOSTAS LEGISLATIVAS NO CONTEXTO NACIONAL

Antes de avançarmos, julgamos relevante enunciar os principais marcos do quadro legal sobre a questão do isolamento e da solidão em Portugal. Como veremos, o entendimento sobre o tema, e sobre a atuação do Estado, tiveram vários desdobramentos recentes, demonstrando não apenas a sua atualidade, mas também a complexidade do tema.

Em 2018, uma Resolução da Assembleia da República recomendava ao governo medidas para a promoção do envelhecimento com direitos (Resolução da AR n.º 88/2018). Entre estas recomendações estava a organização e calendarização, em articulação com associações e organizações de reformados, pensionistas e

idosos, medidas que permitam alcançar para este grupo alguns objetivos, dos quais se destaca: o combate ao isolamento e à solidão, tanto nas zonas urbanas como nas mais desertificadas, de acordo com a realidade económica e social de cada região. A Portaria n.º 229/2018 procura criar a 4.ª geração do Programa de Contratos Locais de Desenvolvimento Social.

O Programa de Contratos Locais de Desenvolvimento Social (CDLDS), criado em 2007, tinha como objetivos centrais a promoção da inclusão social de grupos populacionais que revelassem maiores níveis de fragilidade social, mobilizando para o efeito a ação integrada de diferentes agentes e recursos localmente disponíveis. Quanto ao isolamento social, a portaria introduz que uma das ações obrigatórias, no âmbito do eixo 3, consiste, para além de ações socioculturais que promovam o envelhecimento ativo e a autonomia das pessoas idosas, ações de combate à solidão e ao isolamento. No eixo 4, uma das ações obrigatórias é o desenvolvimento de instrumentos facilitadores do acesso das pessoas a serviços públicos de utilidade pública, a nível local, reduzindo o isolamento e a exclusão social. Já a portaria n.º 64/2021 definia o exercício de competências de coordenação administrativa e financeira do programa de contratos locais de desenvolvimento social pelas autarquias locais. A Portaria n.º 229/2018, já citada, visou promover o acesso ao Programa CLDS e, conseqüentemente ao financiamento, por parte de territórios que revelem maiores dificuldades de mobilização para a apresentação de projetos, reforçando a lógica de convite em detrimento de uma lógica de concurso nacional.

Neste enquadramento, o papel das câmaras municipais passou a ser valorizado, atendendo às suas especiais responsabilidades ao nível concelhio, nomeadamente em matérias de planeamento, bem como à sua particular capacidade para congregar os agentes e os recursos locais. Os municípios passam a ser as Entidades Coordenadoras Locais da parceria (ECLP), assumindo o papel de dinamização e de coordenação da execução do plano de ação, desenvolvendo a totalidade ou parte das ações, com o correspondente financiamento, em articulação com as restantes entidades da parceria, quando existam.

Nas grandes opções do Plano para 2020-2030 (Lei n.º 3/2020, de 31 de março), ao definir os desafios da sustentabilidade demográfica, é enumerado o objetivo de promover uma cidadania sénior ativa e participada. De acordo com este objetivo, o Governo propunha-se a aprovar uma estratégia nacional de combate à solidão, prevendo um conjunto diversificado de medidas, ajustadas aos diferentes contextos demográficos e meios socioeconómicos, para atenuar este fenómeno que afeta sobretudo os mais idosos.

Já no que concerne ao isolamento, o Governo propunha-se a:

- Criar um sistema de identificação e sinalização das pessoas a viver em situação de vulnerabilidade associada ao envelhecimento, para efeitos de vigilância específica sediada nos cuidados de saúde primários;
- Inovar nas respostas para as questões da dependência e do isolamento, tanto em contexto urbano como rural, reforçando não apenas a rede de equipamentos e serviços já existentes, de preferência em contexto intergeracional, mas também apostando na criação de modelos intermédios de apoio, que respeitem a autonomia potencial das pessoas, mas garantam redes de acompanhamento, quer de proximidade, quer de contacto à distância, combinando os modelos formais com os cuidados informais;
- Desenvolver um sistema integrado de sinalização de idosos isolados, associado a uma «garantia de contacto» regular, em parceria e estimulando o voluntariado social;
- Desenvolver, no âmbito do apoio à dependência, modelos de assistência ambulatória e ao domicílio, em parceria com a saúde;
- Criar um novo serviço no SNS, nomeadamente através da utilização de novas tecnologias para a monitorização do estado de saúde de pessoas idosas para, numa base estritamente voluntária e com absoluta proteção da privacidade, assegurar um acompanhamento de proximidade e de emissão de alertas de urgência relativamente à saúde de pessoas idosas que habitem em situações de isolamento;
- Assegurar a concretização plena e efetiva das medidas de apoio aos cuidadores informais previstas no respetivo estatuto.

Por fim, outros dois pontos importantes identificados na revisão das respostas nacionais: (i) a questão do isolamento e da solidão nos territórios de baixa densidade; e (ii) a influência no contexto da pandemia COVID-19.

Sobre o primeiro ponto, as propostas avançadas até a data visam reforçar a cobertura e a adequação dos equipamentos e serviços direcionados para esta população. A preocupação em assegurar serviços de proximidade em todos os territórios levou o Governo a propor prestar cuidados de saúde e de bem-estar multidisciplinares de natureza preventiva, de promoção, de tratamento, de reabilitação e de apoio social a pessoas em situação de isolamento (social e/ou geográfico) ou com elevado grau de dependência, essencialmente idosos e pessoas em idade ativa com patologia mental.

Já em 2021, nova Resolução da AR (Resolução da AR n.º 146/2021) recomendava

ao Governo a adoção de medidas de promoção do envelhecimento ativo e saudável e de proteção da população idosa no contexto da pandemia COVID-19. Das recomendações destaca-se o ponto 11, que reflete sobre a necessidade de elaborar estratégias direcionadas para a população idosa, que visem combater o sentimento de solidão e isolamento, fruto do confinamento involuntário provocado pela pandemia.

Comentário final sobre as estratégias de combate ao isolamento e solidão

Da perspectiva política, a exclusão, o isolamento e a solidão são difíceis de abordar devido aos fatores complexos que os determinam, às dificuldades em identificá-los e a chegar aos indivíduos vulneráveis. Assim, as intervenções tendem a ser frequentemente direcionadas para melhorar as competências sociais, reforçar o apoio social e aumentar as oportunidades de contactos sociais, tais como o apoio aos cuidados domiciliários, o voluntariado ou atividades sociais e culturais (Sandu et al., 2021). Ou seja, medidas para combater o isolamento social e a solidão encontram-se enquadradas em estratégias mais micro e meso e menos a nível macro.

POLÍTICAS MUNICIPAIS DE COMBATE AO ISOLAMENTO INVOLUNTÁRIO E DA SOLIDÃO EM CASCAIS

No contexto do município de Cascais, as iniciativas públicas e privadas direcionadas ao combate ao isolamento involuntário e a solidão já possuem um longo histórico. Mais recentemente, a preocupação do município com o tema está patente no seu Diagnóstico Social (2018). Para mais da metade (55,8%) das organizações locais consultadas, este foi considerado um problema muito grave e quase 1/3 (30,8%) considerou que é um problema que abrange muitas pessoas.

Uma das medidas do Plano de Iniciativas de Desenvolvimento Social 2020-2023 consistiu no levantamento e diagnóstico de clientes integrados em resposta social (Centro Dia, SAD e ERPI) que estejam em situação de “isolamento e solidão” e no levantamento e sistematização de projetos realizados nas instituições em que o foco da intervenção concorra para o combate ao isolamento e solidão dos idosos, tendo como objetivo a implementação de novas medidas e/ou reajustamento das existentes adequadas às necessidades identificadas no diagnóstico.

Recentemente, a Iniciativa Solidão e Isolamento nas Respostas Sociais (estudo), apresentou os seus resultados apresentados no plenário da Plataforma EMC de 30

de novembro de 2021. Do universo das 21 Instituições da PEMC participaram apenas 13 Instituições. Correspondendo a 7 Centros de Dia, 4 ERPIS e 8 Serviços de Apoio Domiciliário, o que perfaz um total de 19 Respostas Sociais; A amostra recolhida caracteriza-se por um total de 322 pessoas idosas, sendo 68,8% mulheres e 31% homens. 45% estão inseridos na Resposta Social de Serviço de Apoio Domiciliário, 28% em Centro de Dia e 27% em ERPI; desta amostra apenas 13 pessoas idosas (que corresponde a apenas 4%) auto percecionam sofrer de solidão.

Do ponto de vista demográfico, é importante destacar que, segundo o Censos realizado em 2011, do total de pessoas com mais de 65 anos, a maioria vive em casal (58,8% - 21.603 pessoas) e 21,8% (8.021) vive sozinha. Na análise das famílias unipessoais, verifica-se que, no concelho de Cascais, do total de pessoas que residem sozinhas (20.210), 40% (8.021) têm mais de 65 anos. Esta percentagem varia em função das freguesias de residência, com Cascais, Estoril e Parede a revelarem um peso mais elevado de pessoas idosas a viver sozinhas. Em termos absolutos, somando os quantitativos das atuais uniões de freguesia, verifica-se que Cascais Estoril (3.149) e Carcavelos Parede (2.094) reúnem um maior número de pessoas idosas a residir sozinhas, face a Alcabideche (1.249) e São Domingos de Rana (1.529).

Também em termos absolutos, o número de pessoas idosas a residir sozinhas aumentou significativamente no último período intercensitário, tendo praticamente duplicado no Concelho de Cascais (4.859 em 2001 e 8.021 em 2011). Este crescimento ocorre num contexto generalizado de aumento das famílias unipessoais em todas as unidades territoriais e em Cascais, a taxa de crescimento das famílias unipessoais com mais de 65 anos entre 2001 e 2011 (65%) acompanhou a taxa de crescimento da totalidade das famílias unipessoais. Cascais é, contudo, a unidade territorial onde as famílias unipessoais mais aumentaram, incluindo as famílias compostas (apenas) por uma pessoa idosa.

No Plano de Iniciativas de Desenvolvimento Social 2020-2023 (PIDS) Cascais propunha, como medida, (1) o levantamento e diagnóstico de pessoas integradas em respostas sociais (Centro Dia, SAD e ERPI), que estivessem em situação de “isolamento e solidão”; e (2) o levantamento e sistematização de projetos realizados nas instituições em que o foco da intervenção concorra para o combate ao isolamento e solidão dos idosos. Este levantamento tinha como objetivo a implementação de novas medidas e/ou reajustamento das existentes adequadas às necessidades identificadas no diagnóstico.

Para além deste estudo levado a cabo ao nível do município, destacamos que o PIDS 2020-2023 previa um conjunto generoso de medidas, em todas as freguesias, que tinha vários objetivos como: o levantamento de dados, diagnóstico de necessidades das pessoas idosas em situações de solidão e isolamento, e encaminhamento de situações para respostas adequadas face às necessidades o

que poderia passar pelo acompanhamento ao domicílio de idosos em situação de isolamento e/ou solidão.

Alguns destes projetos previam uma articulação com outras entidades, como os serviços de saúde e forças de segurança pública. Estes projetos eram maioritariamente baseados em voluntariado. Com um planeamento ambicioso, a maior parte destes projetos não se realizou, o que se deveu, em particular, à situação pandémica. Sobre esta questão alguns dos entrevistados destacaram ainda que, se por um lado, várias destas medidas não se realizaram, por outro, houve uma forte mobilização das entidades locais para o apoio à população mais vulnerável, que, em alguns casos, permitiu um contacto mais próximo do que até àquele momento. Se por um lado as instituições viram suspensas algumas respostas, nomeadamente centros de dia e de convívio, foram mobilizados recursos para apoio no domicílio. Os idosos foram visitados pelos técnicos das instituições, havendo uma aproximação num período particular. Também no caso dos apoios que foram criados para a realização de compras de supermercado e/ou de farmácia com entrega aos domicílios das pessoas mais velhas (UF Cascais Estoril e UF Carcavelos Parede), estas visitas frequentes acabaram por assegurar um tipo de apoio que contribui diretamente para a diminuição do isolamento destas pessoas.

As forças de segurança também têm tido um papel fundamental no combate ao isolamento das pessoas idosas. Em Cascais, a PSP atua em todo o território, exceto na freguesia de Alcabideche, em que atua a GNR. Neste âmbito, a PSP e a GNR têm o projeto “Apoio 65 – Idosos em segurança”, uma iniciativa do Ministério da Administração Interna que visa apoio à camada da população mais desfavorecidas/vulneráveis, como é o caso dos idosos, principalmente os que vivem mais afastados ou isolados dos centros populacionais mais ativos.

A PSP tem ainda o projeto “A Solidariedade não tem idade – A PSP Com os Idosos”, uma iniciativa que visa garantir as condições de segurança e tranquilidade das pessoas idosas e deste modo prevenir e evitar situações de risco. O cumprimento destas missões e na sinalização dos idosos, entre os principais fatores de risco estão a insuficiência económico-financeira, a falta de autonomia (deficiências físicas e/ou mentais), ter um quadro clínico grave (falta de acompanhamento médico e familiar), a exclusão social completa (enclausura no domicílio) e a ausência de rede de contatos (ninguém a quem recorrer em caso de necessidade/urgência como familiares ou vizinhos). Estas duas forças de segurança, além do policiamento em lugares públicos e sinalização de possíveis casos de risco, realizam também ações de sensibilização junto de diferentes entidades locais. A GNR tem também o Censos Sénior, o que ajuda a mapear situações de isolamento e/ou solidão no território.

capítulo III

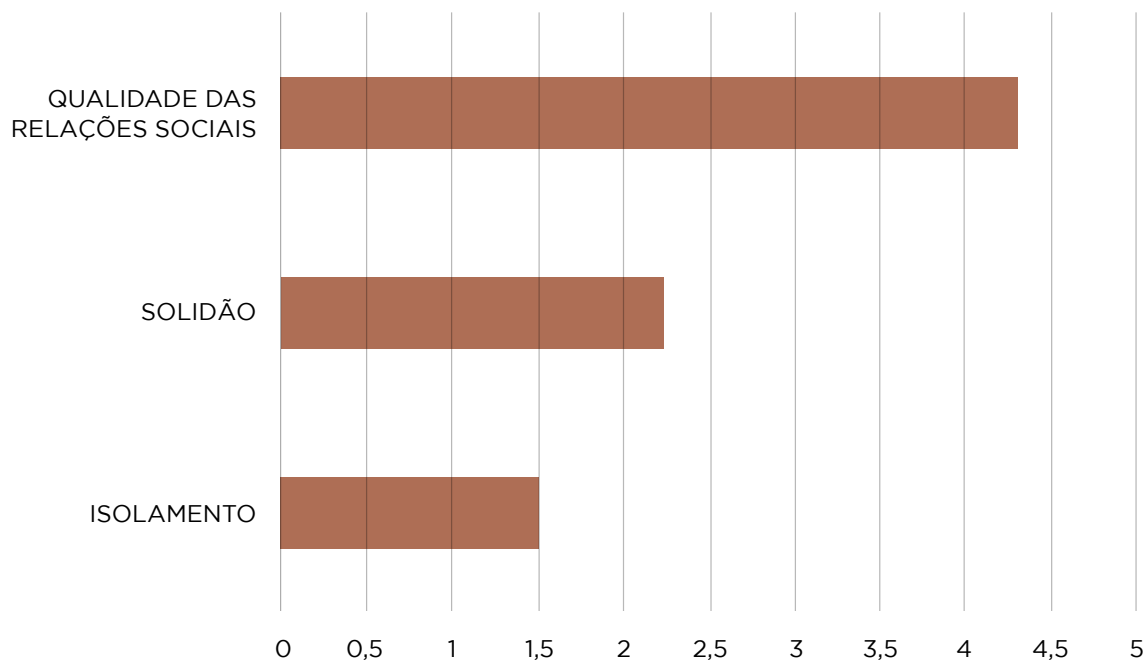
resultados da sondagem

INTEGRAÇÃO SOCIAL, ISOLAMENTO, SOLIDÃO E QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS

Neste capítulo encontram-se os resultados obtidos através de estatísticas descritivas e de estatística inferencial. Através das estatísticas descritivas procura-se descrever os níveis dos indicadores (valores mínimos, máximos, médios e desvio em relação à média). Através da estatística inferencial procuramos, ao relacionar os indicadores com diversas variáveis sociodemográficas, retirar conclusões sobre os tipos de associação que as características sociodemográficas da amostra em análise apresentam com os indicadores de isolamento, solidão e qualidade das relações sociais. As tabelas auxiliares do texto descrito neste capítulo encontram-se no Anexo C do presente relatório.

DESCRIÇÃO DOS INDICADORES

O nível de isolamento, varia de 1 a 5, apresenta uma média de 1,5 com baixa variabilidade ($DP=0,885$) pelo que se pode concluir que na presente amostra o nível de isolamento social é baixo. No que diz respeito à solidão, variando de 1 a 5, apresenta uma média de 2,23 e alguma variabilidade ($DP=1,38$) levando à constatação que o nível de solidão na amostra é moderado. Quanto à qualidade das relações sociais, com variação de 1,67 a 5) apresentou um valor médio elevado com uma média de 4,3 de baixa variabilidade ($DP=0,64$). **Sendo que esta amostra visa uma representação estatística da população residente em Cascais com idades iguais ou superiores a 40 anos, resultam daqui resultados positivos principalmente pautados pelo baixo nível de isolamento involuntário percebido e pela elevada qualidade percebida sobre as relações sociais.** Pela análise de correlações bivariadas de Pearson encontramos uma correlação moderada entre a solidão e o isolamento ($r=,283$, $p=0,000$) e uma correlação negativa entre a qualidade das relações sociais e o isolamento e a solidão ($r=-,482$ e $r=-,346$, $p=0,000$, respetivamente).



RELAÇÃO ENTRE OS INDICADORES DE ISOLAMENTO, SOLIDÃO E QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS E AS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS.

De início damos destaque a duas variáveis que não indicaram diferenças significativas no isolamento/solidão e qualidade das relações sociais: (i) “tempo a viver no concelho” (no caso deste estudo, agrupado em 5 grupos que variavam de “1 ano” a “sempre vivi no concelho”, (ii) e, também, na variável “tipo de residência”, isto é “própria” ou “arrendada”.

ANÁLISE DE CORRELAÇÕES COM A IDADE, DIMENSÃO DO AGREGADO E ESTADO DE SAÚDE

O isolamento encontra-se positivamente associado à idade ($r=,309$), significando que as **pessoas mais velhas reportaram um maior nível de isolamento**. Além disso, o isolamento estava negativamente associado à dimensão do agregado ($r=-,268$) e ao estado de saúde ($r=-,349$), significando que **as pessoas com maior nível de isolamento percebido são aquelas com um menor agregado familiar e com pior estado de saúde percebido**. O mesmo padrão de resultados pode ser identificado em relação à solidão, que está positivamente associada à idade

($r=,178$) e negativamente associada à dimensão do agregado ($r=-,184$) e ao estado de saúde ($r=-,217$) – **no entanto a intensidade destas correlações é menor do que com o isolamento**. Quanto à qualidade das relações sociais, esta é tanto maior quanto menor a idade ($r=-,205$), maior o agregado ($r=,208$) e melhor o estado de saúde ($r=,277$).

DIFERENÇAS ENTRE GÉNEROS

Não houve diferenças significativas entre os géneros, no nível de isolamento, solidão e qualidade das relações pessoais pelo que não se pode afirmar que homens ou mulheres experienciem maior isolamento/solidão/qualidade das relações sociais.

INTEGRAÇÃO SOCIAL

O grupo de pessoas que referem não poder contar com ninguém apresenta significativamente maior nível de isolamento do que as pessoas que referem poder contar com 1 a 3 pessoas e do que as pessoas que referem 4 a 6 pessoas ($M=2,16$ vs $M=1,49$ vs $M=1,26$, respetivamente). **O mesmo padrão de resultados pode ser encontrado no indicador de solidão**, em que o grupo de pessoas que referem não poder contar com ninguém apresenta significativamente maior nível de solidão do que as pessoas que referem poder contar com 1 a 3 pessoas e do que as pessoas que referem 4 a 6 pessoas ($M=2,94$ vs $M=2,21$ vs $M=1,90$, respetivamente). **No que diz respeito à qualidade das relações sociais, as pessoas que referem não poder contar com ninguém reportam significativamente pior nível de qualidade das relações sociais** ($M=3,42$) face às pessoas que referem 1-3 pessoas ($M=4,33$), 4-6 pessoas ($M=4,59$) e 7 ou mais ($M=4,58$) e as pessoas que referem não saber com quantas pessoas podem contar ($M=4,13$).

ESCALÃO ETÁRIO

As pessoas com 75 anos ou mais reportam significativamente maior nível de isolamento ($M= 2,09$) do que as pessoas entre os 40-54 ($M=1,27$), 55-64 ($M=1,42$) e 65-74 ($M=1,62$). No que diz respeito à solidão, o padrão de resultados indica que não existem diferenças significativas entre os grupos 40-54 e 55-64 e entre os grupos 65-74 e 75+. Isto significa que, estatisticamente, **as pessoas entre os 40 e os 64 anos apresentam um nível equivalente de solidão e o mesmo acontece no grupo de pessoas com mais do que 65 anos**. As pessoas com 40-54 anos ($M=2,00$) e com 55-64 ($M=2,04$) apresentam um menor nível de solidão do que as

peessoas de 65-74 (M=2,53) e do que 75+ (M=2,75) estatisticamente significativo. **Os presentes dados corroboram a expectativa de que o isolamento involuntário e a solidão estão indexados ao avançar no ciclo de vida, afetando com maior intensidade as pessoas mais velhas.**

As pessoas entre os 40-54 apresentam um nível significativamente maior de qualidade das relações sociais (M=4,44) face às pessoas com 65-74 anos (M=4,18) e 75+ (M=4,08). **O nível de qualidade das relações sociais das pessoas com 55-64 anos (M=4,32) apenas é estatisticamente maior do que o das pessoas com 75+ (M=4,08).** Também neste indicador não existem diferenças significativas entre os dois subgrupos de pessoas com mais do que 65 anos, pelo que se conclui que as pessoas com mais de 65 anos apresentam um nível de qualidade de relações sociais homogêneos.

FREGUESIA

Quanto ao isolamento, **apenas São Domingos de Rana apresentava um nível maior de isolamento** (M=1,68) quando comparado com Cascais/Estoril (M=1,42). No indicador de solidão, **em S. Domingos de Rana encontrou-se níveis de solidão significativamente maiores** comparando com Alcabideche (M=2,14), Carcavelos (M=2,14) e Cascais/Estoril (M=2,09). **Quanto à qualidade de relações sociais, São Domingos de Rana apresentava uma qualidade de relações sociais significativamente inferior** a Alcabideche (M=4,39), Carcavelos (M=4,38) e Cascais/Estoril (M=4,37).

		Média	DP
ISOLAMENTO	Alcabideche	1,46	,90
	Carcavelos / Parede	1,47	,90
	Cascais / Estoril	1,42	,72
	São Domingos de Rana	1,68	1,05
SOLIDÃO	Alcabideche	2,14	1,42
	Carcavelos / Parede	2,14	1,33
	Cascais / Estoril	2,09	1,33
	São Domingos de Rana	2,58	1,42
QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS	Alcabideche	4,39	,66
	Carcavelos / Parede	4,38	,57
	Cascais / Estoril	4,37	,60
	São Domingos de Rana	4,07	,70

Isolamento: $F(3, 620) = 2,726, p = .043$; Solidão: $F(3, 625) = 4,566, p = .004$;
Qualidade das relações sociais: $F(3, 626) = 9,123, p = .000$

ESTADO CIVIL

As pessoas viúvas reportaram significativamente maior nível de isolamento ($M=2,23$) do que as pessoas casadas ($M=1,33$), solteiras ($M=1,48$) e divorciadas ($M=1,57$); no mesmo sentido as pessoas viúvas reportaram maior nível de solidão ($M=2,78$) do que as pessoas casadas ($M=2,11$) e divorciadas ($M=2,18$). Além disso, as pessoas viúvas reportaram piores níveis de qualidade das relações sociais ($M=4,02$) do que as pessoas casadas ($M=4,37$) e do que as pessoas solteiras ($M=4,35$). **Estar/ser-se viúvo/a está associado a uma maior probabilidade de se estar involuntariamente isolado, sentir maior solidão e reportar pior qualidade das relações sociais.**

NÍVEL DE ESCOLARIDADE

Quanto ao nível de isolamento, as pessoas com o **1º ciclo de escolaridade reportam níveis significativamente maiores de isolamento** ($M=1,99$) do que as pessoas com o 3º ciclo ($M=1,51$), com o secundário ($M=1,29$), do que as pessoas licenciadas ($M=1,29$) e pessoas com doutoramento ($M=1,00$). As pessoas com o 2º ciclo de escolaridade apenas revelaram níveis significativamente superiores de isolamento ($M=1,72$) do que as pessoas com o secundário ($M=1,29$) e do que as pessoas licenciadas ($M=1,29$). Quanto à solidão, as pessoas com o **1º ciclo de escolaridade reportam níveis significativamente maiores de solidão** ($M=2,64$) do que as pessoas com o secundário ($M=2,09$), do que as pessoas licenciadas ($M=1,96$) e pessoas com doutoramento ($M=1,00$). As pessoas com o 3º ciclo apenas revelaram níveis significativamente superiores de solidão ($M=2,44$) do que as pessoas com doutoramento ($M=1,00$). Finalmente, quanto à qualidade das relações sociais, as pessoas com o 1º ciclo apresentaram níveis significativamente inferiores ($M=4,16$) do que as pessoas licenciadas ($M=4,49$). As pessoas com o 2º ciclo, reportaram relações sociais com menos qualidade ($M=4,06$) comparativamente às pessoas com o secundário ($M=4,38$), licenciadas ($M=4,49$) e com o doutoramento ($M=4,75$). As pessoas com o 3º ciclo apenas revelaram níveis significativamente inferiores de relações sociais ($M=4,22$) do que as pessoas licenciadas ($M=4,49$).

RENDIMENTO LÍQUIDO MENSAL DO AGREGADO FAMILIAR

As pessoas com rendimento até 309 euros apresentaram níveis de isolamento ($M=2,08$) significativamente maiores quando comparados com 781-1180 ($M=1,38$), 1171-1560 euros ($M=1,44$), 1561-1950 ($M=1,33$), 1951-2340 ($M=1,24$).

Quanto à solidão e qualidade das relações sociais não se encontraram diferenças significativas nos diferentes escalões de rendimento.

OCUPAÇÃO

As pessoas reformadas, reportaram um nível significativamente maior de isolamento (M=1,85) do que as pessoas em situação ativa (M=1,29). Num sentido oposto, as pessoas em situação ativa revelaram um nível significativamente maior de solidão (M=4,50) do que as pessoas reformadas (M=4,21); por seu turno as pessoas em situação ativa reportaram um melhor nível de qualidade das relações sociais (M=4,42) do que as pessoas reformadas (M=4,13).

capítulo IV

discussão dos resultados e recomendações

Este relatório procurou identificar o nível de isolamento involuntário, solidão e qualidade das relações sociais numa amostra representativa da população de Cascais com 40 ou mais anos. É portanto um estudo pioneiro quanto à sua abrangência populacional e territorial.

A análise dos principais documentos de referência, nacionais e internacionais, sobre políticas para o combate ao isolamento involuntário e a solidão, destacam a importância do desenvolvimento das relações sociais também para além dos tradicionais laços familiares. Neste sentido, as políticas a nível local precisam de criar oportunidades de intercâmbio social, serviços formais e informais para identificar os vários grupos-alvo, bem como mecanismos de apoio a iniciativas da base para o topo. Isto inclui o financiamento, mas também a provisão de espaços públicos e pessoal formado em locais de trabalho cultural, recreativo, de saúde e social.

Além disso, para combater a solidão e o isolamento social de grupos populacionais específicos de idosos, as políticas do concelho precisam integrar atividades específicas no âmbito das estratégias existentes, por exemplo, no desenvolvimento peri-urbano (ou zonas mais isoladas do concelho), nas políticas de saúde e cuidados sociais, no “Envelhecimento Ativo e Saudável”, mas também em infraestruturas, tecnologia, habitação e políticas culturais.

É importante também deixar claro que o rendimento (por exemplo, através de pensões e proteção social adequada contra o risco de necessitar de cuidados a longo prazo) é também um fator crucial para promover a inclusão.

Para melhorar o conhecimento sobre exclusão social, solidão e isolamento social, bem como sobre o que funciona e o que não funciona em relação a medidas nestas áreas, as políticas devem esforçar-se por promover a investigação participativa com grupos-alvo, bem como apoiar a avaliação e a investigação de implementação.

Por último, é importante sensibilizar o público para o potencial impacto individual e social prejudicial da solidão e do isolamento social e promover iniciativas que visem reforçar o capital social e a coesão social a todos os níveis.

Os dados do inquérito revelam que, de forma geral, a perspetiva de que o isolamento e a solidão são um problema grave, não é corroborada pelos resultados do inquérito à população. A Tabela X apresenta um sumário dos resultados encontrados. Tendo em conta a revisão realizada, os resultados apurados com esta amostra representativa vão ao encontro dos dados existentes. Ou seja, os maiores níveis de isolamento e de solidão estão associados a variáveis de maior fragilidade e vulnerabilidade social – ser mais velho, ter menor rede social (e.g., família), pior estado de saúde, ser viúvo/a, ter baixa escolaridade.

Também em Cascais, o baixo rendimento está associado a maior isolamento involuntário, mas não maior sensação de não se ter com quem contar (solidão). Ainda, foram encontradas diferenças entre a solidão e o isolamento, que nos indicam que as pessoas reformadas apresentam maior nível de isolamento involuntário, e que as pessoas a trabalhar apresentam maior nível de solidão. Este dado apresenta uma subtilidade importante que deverá informar novas estratégias de combate a estes dois construtos diferentes.

Adicionalmente, este dado ilumina uma ideia importante de que a solidão e o isolamento podem aumentar com a idade, mas não são exclusivas das faixas etárias mais envelhecidas. Este resultado é um bom indicador de que a prevenção das fragilidades das redes sociais (formais e informais) devem ser alvo para todas as idades e em todos os contextos.

Se por um lado o inquérito indica que estes fenómenos, isolamento e solidão, pareçam não ser características globais para o concelho particularmente distintas, as diferenças observadas entre as freguesias mostraram-se particularmente importantes para a definição de políticas públicas. Segundo os resultados da sondagem, os residentes em São Domingos da Rana, apresentaram níveis de relações sociais e de solidão significativamente piores do que os identificados nas outras freguesias do concelho.

É importante ressaltar que é a freguesia que tem vindo a apresentar uma taxa de crescimento populacional anual superior ao observado para o município como um todo, já presentemente contribuindo com quase 1/3 da população total e cerca de 23% da população mais velha do concelho (cerca de 1,6 mil pessoas com mais de 65 anos).

Tabela 1 - Sumário dos resultados

Isolamento e Solidão	Qualidade das Relações Sociais
Mais velhos	Menor a idade
Menor agregado familiar	Maior o agregado
Pior estado de saúde percebido	Melhor o estado de saúde
Não há diferenças entre homens e mulheres	Freguesia + Alcabideche, Carcavelos/Parede e Cascais/Estoril
Freguesia + São Domingos de Rana	Freguesia - São Domingos de Rana
Freguesia - Cascais/Estoril	Ser casado ou solteiro (+), Ser viúvo/a (-)
Ser casado ou solteiro (-), Ser viúvo/a (+)	Elevada escolaridade
Baixa escolaridade	Estar a trabalhar
Baixo rendimento (isolamento mas não solidão)	
Estar reformado (+ isolamento)	
Estar a trabalhar (+ solidão)	

RECOMENDAÇÕES

Antes de avançarmos com recomendações, é importante reforçar novamente o contexto em que está inserido este relatório. Trata-se sobretudo de um aprofundamento integrado em um projeto mais amplo, isto é, as recomendações que seguem devem ser posteriormente reavaliadas e integradas no relatório final da “estratégia para o envelhecimento”, tomando em consideração outras prioridades e variáveis. Recordando ainda que o foco na população com 40 e mais anos é decisão fundamentalmente relacionada com os objetivos estabelecidos no desenho inicial do projeto e, portanto, os dados do inquérito não incluem uma parcela muito importante da população de Cascais.

Da triangulação entre a revisão crítica da literatura sobre isolamento involuntário e solidão entre as pessoas mais velhas; as entrevistas com a equipa técnica da CMC e outros atores-chave; e os resultados obtidos pela sondagem, sobressai o fundamental papel das políticas municipais na criação de oportunidades de crescimento, manutenção, e regeneração do “capital social” ao longo de todo o ciclo de vida, para todos os habitantes. Em relação aos mais velhos, é importante destacar a sua heterogeneidade, reforçando ainda o facto da a solidão ser uma experiência essencialmente individual. Por conseguinte, não há uma única forma de lidar com a solidão e nenhuma forma única de intervir.

As soluções devem ser feitas à medida, devem existir múltiplas formas de intervir na solidão, dependendo do local onde a intervenção tem lugar, da forma como o programa deve ser executado (individual, em grupo), se a intervenção é preventiva ou se se trata de um programa para aliviar a solidão. São necessárias mais intervenções, modeladas com base nas características dos indivíduos envolvidos, nos grupos específicos ou no grau de solidão experimentado no momento da intervenção.

Neste sentido, identificamos 4 tópicos principais: (1) Afirmação do tema Isolamento/solidão como uma questão de saúde e não uma característica normal e indissociável da velhice; (2) Ampliação e melhor integração dos nível das estratégias das intervenções, desde as macro às micro; (3) Reforço na capacidade de avaliação e maior especialização nas intervenções; e (4) Necessidade de transformações infra-estruturais para combater o isolamento e a solidão.

As recomendações que se seguem estão organizadas nos 4 temas, buscam conjugar ausências e valências identificadas e apontar referências de boas práticas que têm sido implementadas um pouco por todo o mundo nestas áreas.

1 - Afirmação do tema Isolamento/solidão como uma questão de saúde e não uma característica normal e indissociável da velhice

O isolamento involuntário e a solidão continuam a ser temas bastante estigmatizados na sociedade. A falta de discussão sobre o tema permite não apenas que muitos casos permaneçam não detectados mas, também, dá espaço a muitos mitos e noções equivocadas sobre suas dinâmicas e origens, com influência negativa sobre a definição de políticas e na atuação dos agentes privados. O relatório apontou por diversas vezes a importância do fenómeno enquanto questão de saúde pública e, ao mesmo tempo, deixou claro que a definição da velhice (e de políticas para o envelhecimento) que partam apenas de cortes etários rígidos não são adequadas para Cascais.

- Dinamizar atividades e planos intergeracionais para todos os munícipes (independentemente de estarem ou não associados a uma resposta social)
- As Academias e Universidades Seniores promoverem ações para idades diferentes, promovendo a divulgação de saberes e contactos intergeracionais
- Criar espaços que promovam o contacto intergeracional de forma mais quotidiana - Criação de projetos em parques e espaços públicos que permitam o encontro de diferentes tipos de públicos
- Promover projetos tipo “Banco do Tempo” - sistema que organiza a troca de serviços entre membros de acordo com as capacidades e necessidades de cada um.
- Garantir que em todas as Juntas de Freguesia /Uniões de Freguesia existam locais de encontro acessíveis e diversificados, que permitam o contacto intergeracional;
- Promoção de projetos intergeracionais sobre literacia em saúde

2 - Ampliação e melhor integração do nível das estratégias das intervenções, desde as macro às micro

Por toda a Europa, as boas práticas revelam que tanto as estratégias bottom-up como top-down têm sido desenvolvidas ao longo da última década, sendo que as intervenções e iniciativas vão desde programas complexos implementados em todas as jurisdições (a nível nacional) até iniciativas de pequena escala a nível local que tentam aumentar a participação de grupos-alvo específicos na comunidade (Sandu et al., 2021). A nível regional e local podem também ser identificadas

muitas iniciativas de bottom-up, incluindo novas formas de voluntariado, convívio e envolvimento cívico na vizinhança. Além disso, as novas tecnologias de informação e comunicação podem apoiar tanto estratégias individuais como iniciativas locais, regionais ou nacionais.

- Tendo em vista as diferenças encontradas entre as freguesias, será de reforçar iniciativas localizadas na freguesia de São Domingos da Rana, na linha da saúde mental, como por exemplo, a Clínica Social Mente Sã e o projeto Consertos Solidários, dedicado à realização de pequenas intervenções em casas de pessoas idosas.
- Ainda ao nível das freguesias, é fundamental continuar iniciativas de baixo para cima, incluindo novas formas de voluntariado, convívio e envolvimento cívico na vizinhança. Lembrando que as novas tecnologias podem apoiar tanto estratégias individuais como iniciativas locais, regionais, ou nacionais.
- É fundamental aproveitar iniciativas não imediatamente associadas ao combate ao isolamento involuntário e à solidão, por exemplo, a ampliação do acesso a cuidados de saúde oral pode não apenas ser uma importante oportunidade de sinalização de casos vulneráveis, como por si engendra uma importante possibilidade de melhoria nas condições gerais de bem-estar, incluindo a auto-estima.
- Em linha com a recomendação anterior, também se deve aumentar a cobertura e qualidade das iniciativas de atividade física regular, tendo em conta os diferentes recursos socioeconómicos, capacidades funcionais e a dispersão da oferta pelo território.
- Promover serviços e atividades que não impeçam quem tem menos rendimentos de participar e aceder a serviços e atividades variadas, combatendo uma divisão entre respostas de um tipo para quem pode pagar e outras para quem não pode

3 - Reforço na capacidade de avaliação e maior especialização nas intervenções

Nem todos as pessoas mais velhas experimentam a solidão da mesma forma ou no mesmo grau e, por conseguinte, existe uma necessidade premente de adaptar as intervenções de modo a satisfazer as necessidades individuais. Recomenda-se que a investigação futura diferencie o grupo diverso de adultos mais velhos e adote uma abordagem que vise discernir que intervenções funcionam para subconjuntos específicos desta população; os contextos em que estas intervenções funcionam; e os mecanismos pelos quais operam nesse dado contexto.(Fakoya et al., 2020). É

necessário avaliar as intervenções e propor diretrizes de boas práticas, que podem ser produzidas após avaliações rigorosas pré e pós-intervenção, com grupos de controlo e metodologias mistas qualitativas e quantitativas. A investigação futura deve visar descobrir que tipo de intervenções é eficaz para que tipo de pessoas ou grupos, como e em que contextos. (Talavera et al., 2020) Trabalhar de forma interseccional com outros serviços, programas e áreas tais como segurança, transporte ou habitação para combater a solidão nas comunidades em que vivemos. O trabalho em rede é fundamental. Confrontados com a possibilidade de novas epidemias e confinamentos, unir forças com um objetivo comum é essencial. (Talavera et al., 2020) As pessoas experimentam solidão e isolamento de diferentes formas. É por isso que os mesmos fatores ou situações podem ter efeitos diferentes em pessoas diferentes.

- Estudar respostas como a Prescrição Social, que ligam a saúde e a participação social e ajudam a prevenir o isolamento
- Estudo sobre como ampliar a oportunidade de participação social, cultural, educativa, desportiva para pessoas mais velhas que não estão ligadas a respostas sociais
- Criação de uma base de dados municipal desagregada por freguesias para o levantamento e acompanhamento das necessidades das pessoas idosas em situações de solidão e isolamento
- Para além de uma estratégia e políticas nacionais para combater o isolamento das pessoas mais velhas, é imperativo que as cidades e municípios conheçam o perfil demográfico da sua população e adaptar a cidade ou município de acordo com este perfil, nomeadamente em áreas como a habitação, os transportes, a acessibilidade dos espaços e edifícios públicos (Moreira, 2020). Assim, os municípios, como atores da política local, devem analisar potencialidades e fragilidades ao nível do território e ao nível das suas políticas locais, tendo como lente as necessidades das pessoas mais velhas residentes e os munícipes residentes que se encontram no processo de envelhecimento.
- Promover a participação social de diferentes perfis de pessoas idosas através da adaptação, flexibilização e criação de programas e serviços inovadores

4 - Necessidade de transformações infra-estruturais para combater o isolamento e a solidão

Na generalidade, as pessoas revelam preferência por continuar a viver na sua casa e no seu bairro. Todavia, a organização do espaço urbano e a diminuição da capacidade de mobilidade condicionam frequentemente a manutenção das suas redes sociais, o acesso a serviços e a participação na comunidade, o que contribui para o seu isolamento social e maior declínio do estado de saúde. A questão da mobilidade torna-se um desafio tanto no espaço doméstico como no espaço exterior, nomeadamente quando é necessário desenvolver atividades básicas, como ir às compras ou ao médico, ou manter as relações sociais (visitar a família, conviver com os amigos, participar em atividades da comunidade). As condições físicas e materiais dos espaços públicos e residenciais, incluindo a questão da mobilidade e acessibilidades no espaço exterior, determinam de forma decisiva a capacidade individual de convivência. As condições das residências influenciam diretamente não só a mobilidade, mas também a capacidade (desejo) de receber visitas. Por outro lado, uma habitação que dificulte o acesso à rua, à cidade, numa localização distante e sem bons transportes públicos também contribuirá para um maior sentimento de isolamento e autonomia.

Para além das infra-estruturas já habitualmente conhecidas dos gestores públicos, há espaço para a reconfiguração, apoio, e a oferta de outras valências e tipologias de usos do espaço.

- Promover a habitação colaborativa para pessoas mais velhas aponta para melhorias na saúde e uma diminuição do sentimento de isolamento, provando ser um modelo com benefícios.
- A diversificação de soluções pode ainda apontar para soluções de habitação multigeracional, pensada tipologicamente como um fogo/unidade onde coabitam várias gerações da mesma família (geralmente entre 2-3), recuperando uma forma de viver predominante até ao movimento moderno e à redução do fogo à família nuclear. Habitações multigeracionais podem fortalecer laços entre gerações, permitir melhor partilha de tarefas, responsabilidades e despesas, reduzindo também o isolamento e o sentimento de solidão.
- Criação de equipas constituídas por profissionais de saúde (enfermeiros, psicólogos), de serviço social e das forças de segurança para o acompanhamento das pessoas em situação de vulnerabilidade e isolamento social
- Continuar a colaborar com as forças de segurança e atores de proximidade na prevenção e acompanhamento de situações de risco e vulnerabilidade (questões de saúde e isolamento)

- Repensar organização e horários de atividades e serviços com foco na inclusão e na intergeracionalidade.
- Facilitar a criação de programas para a dinamização de atividades conjuntas entre idosos institucionalizados e aqueles que vivem nas suas próprias casas.
- Investir no aprimoramento contínuo da linha de apoio possivelmente expandindo a oferta para outras formas de comunicação digital. É fundamental continuar adaptar a linguagem de forma a garantir que o atendimento continue simples, acessível, e relevante.
- Garantir o acesso e participação a serviços, instituições culturais e recreativas, programas e atividades a pessoas com diferentes capacidades funcionais.
- Assegurar a existência de oferta cultural diferenciada em lugares que as pessoas mais velhas frequentem regularmente.
- Desenvolver medidas que possibilitem experiências culturais para todos, inclusivamente para aqueles com elevado nível de incapacidades motoras e pessoas com doenças do foro psicológico.
- Promover uma maior equidade de género na participação na comunidade – centros de convívio, de dia, oferta de atividades.
- Promover a co-construção das ofertas de iniciativas com as pessoas que estejam nas instituições para as quais as iniciativas se vão dirigir.
- Continuar a ampliar e qualificar a existência de espaços de convívio, promotores de aprendizagem e sociabilidade, adaptando-os aos diferentes perfis de envelhecimento e necessidades.

REFERÊNCIAS

- Berkman, L. F., & Glass, T. (2000). Social integration, social networks, social support, and health. *Social Epidemiology*, 1(6), 137-173.
- Boulton, E., Kneale, D., Stansfield, C., Heron, P., Hanratty, B., McMillan, D., Thomas, J., & Todd, C. (2020). Rapid review of reviews: what remotely delivered interventions can reduce social isolation and loneliness among older adults. *National Institute for Health Research Older People and Frailty Policy Research Unit*.
- Boulton, E., Kneale, D., Stansfield, C., Heron, P., Hanratty, B., McMillan, D., Thomas, J., Todd, C., Falconier, M. K., Kuhn, R., Garner, K. D., Ibsen, C., Schiøttz-Christensen, B., Maribo, T., Nielsen, C. V., Hørder, M., Handberg, C., Khayyat-abuaita, U. L. A., Paivio, S., ... Matos, P. M. (2019). Rapid review of reviews: what remotely delivered interventions can reduce social isolation and loneliness among older adults. *National Institute for Health Research Older People and Frailty Policy Research Unit*, 20(3), 57-64. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00571>
- Burholt, V., Windle, G., Morgan, D. J., & Team, C. W. (2017). A social model of loneliness: The roles of disability, social resources, and cognitive impairment. *The Gerontologist*, 57(6), 1020-1030.
- Castle, N., Ferguson, J., & Schulz, R. (2009). Aging-friendly health and long-term-care services. *Generations*, 33(2), 44-50.
- Chipps, J., Jarvis, M. A., & Ramlall, S. (2017). The effectiveness of e-Interventions on reducing social isolation in older persons: A systematic review of systematic reviews. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 23(10), 817-827.
- Cohen-Mansfield, J., Hazan, H., Lerman, Y., & Shalom, V. (2016). Correlates and predictors of loneliness in older-adults: a review of quantitative results informed by qualitative insights. *International Psychogeriatrics*, 28(4), 557-576.
- Cotterell, N., Buffel, T., & Phillipson, C. (2018). Preventing social isolation in older people. *Maturitas*, 113, 80-84.
- Dahlberg, L., Agahi, N., & Lennartsson, C. (2018). Lonelier than ever? Loneliness of older people over two decades. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 75, 96-103.
- De Jong Gierveld, J., Fokkema, C. M., & Van Tilburg, T. (2011). Alleviating loneliness among older adults: Possibilities and constraints of interventions. *Safeguarding the Convoy: A Call to Action from the Campaign to End Loneliness*, 41-45.
- Domènech-Abella, J., Mundó, J., Leonardi, M., Chatterji, S., Tobiasz-Adamczyk, B., Koskinen, S., Ayuso-Mateos, J. L., Haro, J. M., & Olaya, B. (2020). Loneliness and depression among older European adults: The role of perceived neighborhood built environment. *Health & Place*, 62, 102280.

- Durcan, D., & Bell, R. (2015). Local action on health inequalities: reducing social isolation across the lifecourse. *Public Health England, London*.
- Ekwall, A. K., Sivberg, B., & Hallberg, I. R. (2005). Loneliness as a predictor of quality of life among older caregivers. *Journal of Advanced Nursing*, 49(1), 23–32.
- Fakoya, O. A., McCorry, N. K., & Donnelly, M. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20(1), 1–14.
- Gardiner, C., Geldenhuys, G., & Gott, M. (2018). Interventions to reduce social isolation and loneliness among older people: an integrative review. *Health & Social Care in the Community*, 26(2), 147–157.
- Gil, H. (2019). The elderly and the digital inclusion: A brief reference to the initiatives of the European union and Portugal. *MOJ Gerontology & Geriatrics*, 4(6), 213–221. <https://doi.org/10.15406/mojgg.2019.04.00209>
- GNR. (2021). *No Title*. <https://www.gnr.pt/comunicado.aspx?linha=4625>
- Hansen, T., & Slagsvold, B. (2016). Late-life loneliness in 11 European countries: Results from the generations and gender survey. *Social Indicators Research*, 129(1), 445–464.
- Holt-Lunstad, J. (2020). Social isolation and health. *Health Affairs Brief*.
- Ibarra, F., Baez, M., Cernuzzi, L., & Casati, F. (2020). A systematic review on technology-supported interventions to improve old-age social wellbeing: loneliness, social isolation, and connectedness. *Journal of Healthcare Engineering*, 2020.
- Jopling, K. (2020). Promising approaches revisited: effective action on loneliness in later life. *London*.
- Jylhä, M., & Jokela, J. (1990). Individual experiences as cultural—a cross-cultural study on loneliness among the elderly. *Ageing & Society*, 10(3), 295–315.
- Kharicha, K., Iliffe, S., Manthorpe, J., Chew Graham, C. A., Cattan, M., Goodman, C., Kirby Barr, M., Whitehouse, J. H., & Walters, K. (2017). What do older people experiencing loneliness think about primary care or community based interventions to reduce loneliness? A qualitative study in England. *Health & Social Care in the Community*, 25(6), 1733–1742.
- Khosravi, P., Rezvani, A., & Wiewiora, A. (2016). The impact of technology on older adults' social isolation. *Computers in Human Behavior*, 63, 594–603.
- Marczak, J., Wittenberg, R., Doetter, L. F., Casanova, G., Golinowska, S., Guillen,

M., & Rothgang, H. (2019). Preventing social isolation and loneliness among older people. *Eurohealth*, 25(4), 3–5.

Menezes, I. (2010). *Intervenção comunitária: Uma perspectiva psicológica*.

Mihalopoulos, C., Le, L. K.-D., Chatterton, M. Lou, Bucholc, J., Holt-Lunstad, J., Lim, M. H., & Engel, L. (2020). The economic costs of loneliness: a review of cost-of-illness and economic evaluation studies. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 55(7), 823–836.

Moreira, M. J. G. (2020). *Como envelhecem os portugueses: envelhecimento, saúde, idadismo*. Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Novotney, A. (2019). CONTINUING EDUCATION THE RISKS OF SOCIAL ISOLATION. *Monitor on Psychology*.

Ong, A. D., Uchino, B. N., & Wethington, E. (2016). Loneliness and health in older adults: A mini-review and synthesis. *Gerontology*, 62(4), 443–449.

Organization, W. H. (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide. *Community Health*, 77. http://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf

Organization, W. H. (2021). *Social isolation and loneliness among older people: advocacy brief*.

Poscia, A., Stojanovic, J., La Milia, D. I., Duplaga, M., Grysztar, M., Moscato, U., Onder, G., Collamati, A., Ricciardi, W., & Magnavita, N. (2018). Interventions targeting loneliness and social isolation among the older people: An update systematic review. *Experimental Gerontology*, 102, 133–144.

Reinhard, E., Courtin, E., Van Lenthe, F. J., & Avendano, M. (2018). Public transport policy, social engagement and mental health in older age: a quasi-experimental evaluation of free bus passes in England. *J Epidemiol Community Health*, 72(5), 361–368.

Sandu, V., Zólyomi, E., & Leichsenring, K. (2021). Addressing loneliness and social isolation among older people in Europe. *Policy Brief*, 7.

SANTA CASA, U. D. E. M. (n.d.). *RELATÓRIO FINAL*.

Scharf, T., & de Jong Gierveld, J. (2008). Loneliness in urban neighbourhoods: an Anglo-Dutch comparison. *European Journal of Ageing*, 5(2), 103–115.

Schoenmakers, E. C., van Tilburg, T. G., & Fokkema, T. (2012). Coping with loneliness: what do older adults suggest? *Aging & Mental Health*, 16(3), 353–360.

SNS. (2022). *No Title*.

Social Isolation and Loneliness in Older Adults. (2020). *Social Isolation and Loneliness in Older Adults*. <https://doi.org/10.17226/25663>

Victor, C., Mansfield, L., Kay, T., Daykin, N., Lane, J., Duffy, L. G., Tomlinson, A., & Meads, C. (2018). *An overview of reviews: the effectiveness of interventions to address loneliness at all stages of the life-course*.

Victor, C. R., Burholt, V., & Martin, W. (2012). Loneliness and ethnic minority elders in Great Britain: an exploratory study. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*, 27(1), 65–78.

Walsh, K., Scharf, T., & Keating, N. (2017). Social exclusion of older persons: A scoping review and conceptual framework. *European Journal of Ageing*, 14(1), 81–98.

ANEXOS

ANEXO A

**PROGRAMAS E INTERVENÇÕES INTERNACIONAIS PARA COMBATER A
SOLIDÃO NA VELHICE**

ANEXO B

PROJETOS NACIONAIS DE INTERVENÇÃO NO ISOLAMENTO E SOLIDÃO

ANEXO C

TABELAS E ESTATÍSTICAS RELATIVAS AOS RESULTADOS

ANEXO A: PROGRAMAS E INTERVENÇÕES INTERNACIONAIS PARA COMBATER A SOLIDÃO NA VELHICE

Programas nacionais e regionais: O Programa Nacional LinkAge UK é uma iniciativa que liga indivíduos, grupos e organizações através de uma plataforma que facilita a transferência de conhecimentos, experiência e competências das pessoas mais velhas para a comunidade. O programa criou ‘centros comunitários’, cada um dos quais é gerido por um conselho consultivo local. Para além da possibilidade de partilhar experiências e competências, os mais velhos podem também adquirir novas competências e experiências (por exemplo, aulas de yoga e culinária, coros, tiro com arco, desporto, aulas de informática). Uma avaliação qualitativa interna mostrou que o programa ajuda as pessoas a sentirem-se mais ligadas, melhora o seu bem-estar e contribui para o aumento das atividades físicas. No início da pandemia da COVID-19, o site LinkAge estabeleceu uma página dedicada a informar as pessoas idosas sobre vários aspetos relacionados com a proteção, vacinação e apoio a que podem ter acesso. “Manter-se ativo durante o encerramento” era uma página dedicada ao apoio a idosos isolados durante a pandemia de COVID-19.

Intervenções para grupos-alvo específicos: A iniciativa “UK Men in sheds” visa os homens solitários em todas as idades, oferecendo um espaço onde se podem reunir e envolver-se em trabalhos práticos como um grupo (trabalho em madeira, trabalho em metal, eletrónica). O objetivo é facilitar e encorajar a ligação, amizades e transferência de competências. Atualmente, cerca de 400 homens fazem parte da iniciativa e são representados por uma entidade sem fins lucrativos. Os participantes relataram uma melhor comunicação, tendo um sentido de propósito, pertença e maior independência. Os recursos relacionados com COVID-19 foram publicados no website do programa, bem como um Plano de Ação de Segurança COVID-19 da Silvers.

Tecnologias assistidas para prevenir e superar o isolamento social:

Digital Angels (UK) é um programa que combina sessões on-line e off-line individuais e em grupo sobre vários tópicos que visam aumentar a independência, comunicação e mobilidade. São formados grupos de interesse para reunir pessoas mais velhas. Os grupos de apoio são constituídos por vários profissionais.

DigitalSenior (UK) é um programa que visa melhorar as competências digitais dos idosos para facilitar a comunicação e o apoio através de ferramentas em linha.

ANEXO B: PROJETOS NACIONAIS DE INTERVENÇÃO NO ISOLAMENTO E SOLIDÃO

PROJETO RADAR - LISBOA

Em Lisboa, o Programa Lisboa, Cidade de Todas as Idades procura atender a todas as questões que têm vindo a surgir relativamente à Longevidade, procurando refletir e desenvolver respostas que possam garantir o bem-estar da população com 65 ou mais anos, encarando o aumento da idade como algo natural e que acontece ao longo da vida. Salvaguardar a continuidade e a manutenção deste grupo populacional no contexto onde sempre viveu, é uma tarefa essencial para a promoção do bem-estar da população 65+, promovendo autonomia e aceitação social.

O atual Programa ao reunir um elevado número de parceiros, que na sua atuação contribuem para que as necessidades passem a ser oportunidades, pretende ser uma manifestação de *Ageing in Place* dentro da cidade de Lisboa, visto que aumenta a eficiência e a eficácia dos serviços, através de uma coordenação e colaboração conjunta, que previna barreiras de acessibilidade e duplicação de respostas.

De todas as iniciativas, o projeto Radar destaca-se uma vez que assenta no pressuposto da otimização e da gestão de informação, no sentido da agilização dos processos para uma intervenção precoce no risco, mais ajustada a cada situação. O Projeto está orientado para a prevenção do isolamento e da solidão, numa perspetiva comunitária, assente em valores de dignidade e de solidariedade. Com este instrumento metodológico e epistemológico pretende-se identificar a população com 65 e mais anos de idade, que apresente ou possa vir a apresentar índices de isolamento e de solidão, procurando distinguir eventuais expectativas, privações e potencialidades relacionadas com a habitação, a saúde, as acessibilidades, entre outras.

Com base nos indicadores recolhidos, tentam estimular uma resposta integrada, de proximidade e que seja célere nos casos que manifestem maior exigência e responsabilidade na intervenção.

Este é um projeto comunitário, pioneiro em Portugal, que funciona em rede com várias entidades que operam na cidade de Lisboa, das quais fazem parte a Câmara Municipal de Lisboa, a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, o Instituto de Segurança Social, I.P., a Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, a Polícia de Segurança Pública, a Rede Social de Lisboa e as Juntas de Freguesia da cidade.

A elaboração de um Protocolo único para a Rede Social de Lisboa, a criação da Plataforma para centralizar toda a informação, a existência de parcerias ao nível da intervenção social entre a Comunidade e as Instituições permitirão melhorar os serviços existentes.

O Projeto Radar pode ser entendido como um plano de intervenção comunitária e de desenvolvimento local fundamentado na abordagem à metodologia de investigação-ação participativa, quer em termos metodológicos, quer como filosofia de intervenção social.

Nesta perspetiva, a adoção de um modelo de atuação comunitária e de desenvolvimento local representa uma oportunidade para a diversificação das metodologias de resposta, para a estimulação da própria inovação institucional e para a participação cívica das populações desses territórios. O que potencia o bem-estar, valoriza as competências, as capacidades e as possibilidades das pessoas, dos grupos e das comunidades, assumindo-os como protagonistas no seu próprio processo social de construção e visando a sua autonomia.

Desta forma, assume o desenvolvimento e a ação como componentes coletivos. O Projeto Radar vem formalizar e fortalecer o trabalho desenvolvido com foco neste grupo populacional, através da criação de uma plataforma digital que, não só possibilita uma maior articulação entre os parceiros, como também favorece o rápido acesso e a centralização da informação relativamente às pessoas com mais de 65 anos que, manifestando algum tipo de privação, de expectativa e/ou de potencialidades, possam ser escutados, atendidos e cuidados, de forma a otimizar a gestão informática e a promover intervenções mais eficazes, eficientes e efetivas. Para além disso, é importante sublinhar a importância na constituição de Radares de base comunitária (voluntários/as, comércio local e vizinhos/as) para detetar, de forma contínua, as situações de solidão e de isolamento para a intervenção mais adequada a cada caso.

O Projeto RADAR resulta de um trabalho em parceria entre a Câmara Municipal de Lisboa e instituições públicas (SCML, ISS, ARS, PSP) em articulação com as Juntas de Freguesia, a Rede Social de Lisboa e a Comunidade (voluntários, vizinhos e o comércio local).

Os voluntários, vizinhos e o comércio local têm elevadas responsabilidades porque lhes cabe detetar o risco de isolamento e solidão, através da conversa, da escuta e do cuidado. Devem tomar atenção à ausência da pessoa na dinâmica diária, à ausência ou agravamento dos cuidados da pessoa que cuida, ou a ausência da participação no dia-a-dia da comunidade. Posteriormente, devem contactar o RADAR, que transfer estas sinalizações para a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (a quem cabe validar e iniciar uma intervenção individualizada e conjunta com a CML, ISS, ARS, PSP, JF, Rede Social da sua área de residência).

PROJETO ACONCHEGO - PORTO

Já no Porto, o Programa Aconchego, criado em 2004, pela Câmara Municipal do Porto em parceria com a Federação Académica do Porto, é um projeto de diálogo e solidariedade intergeracional que promove o acolhimento de estudantes do ensino superior em casas de cidadãos seniores residentes no centro histórico do Porto. Este programa tem como principais objetivos apoiar o alojamento digno e acessível para estudantes do ensino superior ao mesmo tempo que promove o apoio, companhia e bem-estar para jovens e seniores, incentivando o diálogo e a solidariedade intergeracional. O público-alvo desta iniciativa são seniores, com mais de 60 anos, residentes no Porto e com condições de alojamento, que irão disponibilizar a sua casa a um estudante (18-35 anos, não residente no Porto). O estudante contribui, através da sua companhia, para a diminuição do sentimento de solidão e de isolamento do sénior³.

Esta interação permite estabelecer fortes laços entre estudantes e seniores e potencia uma rede de apoio, contribuindo assim para um sentimento de maior felicidade de ambas as partes e simultaneamente, ajudando a solucionar o problema de alojamento dos jovens universitários na cidade. Os jovens também ajudam com a contribuição simbólica em géneros, que podem ser alimentares, para compartilhar no acréscimo de despesas como água, luz e gás.

Esta iniciativa foi premiada a nível internacional, pela WHO Global Network of Age-Friendly Cities and Communities e pela Grantmakers in Aging (GIA), no âmbito da iniciativa Innovation@Home. Este prémio Innovation@Home vem juntar-se a outras distinções que aquele programa da Câmara do Porto recebeu já enquanto projeto de inovação social: em 2010, foi-lhe atribuído pela Comissão Europeia o prémio “This is European Social Innovation”; em 2012, foi considerado como um projeto de intervenção social de excelência, no âmbito da homenagem realizada pelo Projeto “Sorrir na Educação”, da Clínica da Educação; em 2015, foi reconhecido como um Projeto de Elevado Potencial de Empreendedorismo Social, distinção obtida no âmbito do Projeto MIES - Mapa de Inovação de Empreendedorismo Social em Portugal; em março deste ano, foi reconhecido como uma boa prática smart to-do no âmbito do Ageing Summit 2018.

A cidade do Porto aderiu à Rede Mundial de Cidades Amigas das Pessoas da OMS em 1 de outubro de 2010. A rede quer responder ao rápido envelhecimento das populações e ajudar a criar ambientes urbanos que permitam aos seniores

³ <https://www.cm-porto.pt/juventude-projetos/programa-aconchego>

<https://coesaosocial.cm-porto.pt/pessoas-idosas/aconchego>

https://www.cm-mirandela.pt/p/programa_aconchego

uma maior participação cívica. O Município tem vindo a trabalhar nessa área com o estabelecimento de uma linha-de-base de avaliação diagnóstica, o desenvolvimento de um plano de ação e a identificação de indicadores de monitorização do progresso desse plano.

No combate ao isolamento social, a Câmara do Porto implementou o Programa Residências Partilhadas para Seniores, através da empresa Domus Social, em cooperação com as juntas de freguesia da cidade. Este programa faz parte de uma resposta integrada multidisciplinar, que tem como principais objetivos estimular o envelhecimento ativo, promover a autonomia dos idosos e combater o isolamento social.

O município do Porto concretiza este programa através da atribuição de casas do parque de habitação pública municipal destinadas a pessoas idosas com carência social e habitacional que aceitem partilhar uma residência. Decorridos seis anos desde o início do programa, os vários intervenientes avaliam as residências partilhadas muito positivamente e identificam como principais vantagens o combate ao isolamento social e à precariedade habitacional, a partilha de recursos e a promoção de um envelhecimento ativo, autónomo e plenamente integrado. No contexto deste programa é ainda prestado aos idosos apoio domiciliário, tanto no auxílio à limpeza da casa como no fornecimento de refeições.⁴⁵

PROJETO SER+VIZINHO – VILA NOVA DE GAIA

Já em Vila Nova de Gaia, foi criado o projeto “Ser+Vizinh@” para combater o isolamento e a solidão dos idosos. Este projeto funciona com voluntários, tendo como principal objetivo combater e diminuir o risco de isolamento da população idosa, promovendo a inclusão social, numa lógica de trabalho de rede com a comunidade local. Assim, passa a ser possível sinalizar situações de risco e vulnerabilidade, envolvendo os serviços sociais da Câmara Municipal de Vila Nova de Gaia, em conjunto com as Juntas de Freguesia e o Instituto da Segurança Social, que se articulam para encontrar soluções adequadas a cada caso.

Aos voluntários, inscritos na bolsa de voluntariado municipal, são repartidos um pequeno grupo de pessoas idosas, com os quais devem criar uma relação de confiança e estabilidade. Cabe a cada voluntário fazer visitas, colaborar na realização de atividades lúdicas, verificar o bem-estar de cada idoso e identificar situações de emergência (económica, social ou alimentar), tendo o dever de reportar alterações no bem-estar e situações de emergência ao respetivo

4 <https://www.porto.pt/pt/noticia/residencias-partilhadas-ajudam-a-combater-isolamento-dos-idosos>

5 Outras iniciativas no Porto: <https://www.porto.pt/pt/noticia/projeto-para-seniores-celebra-as-rugas-perfeitamente-imperfeitas-atraves-da-danca>

coordenador-voluntário. Este deve reportar todas as situações à Divisão de Ação Social e Voluntariado articulando-se com as entidades e serviços competentes.⁶

PROJETOS FINANCIADOS PELO PT2020

100% ConSigo

<https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/100-consigo-2/>

Rugas de Esperança

<https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/rugas-de-esperanca/>

+ Alternativas Sénior

<https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/mais-alternativas-senior-2/>

COM_VIDA

https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/com_vida/

Projeto Lado a Lado

<https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/projeto-lado-a-lado/>

Aldeias Pedagógicas

<https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/aldeias-pedagogicas/>

100 Idade

<https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/100-idade/>

Desafio Sénior

<https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/desafio-senior-2/>

Porta 55+

<https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/porta-55-2/>

55+

<https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/55/>

Chave de Afetos

<https://inovacaosocial.portugal2020.pt/project/chave-de-afetos/>

<https://www.eapn.pt/projeto/118/projeto-bem-envelhecer-iii>

<https://www.icbas.up.pt/ca50mais/>

<https://www.porto.pt/pt/noticia/projeto-para-combater-isolamento-dos-idosos-vem-mudar-o-paradigma-da-habitacao-social>

⁶ <https://www.jn.pt/local/noticias/porto/vila-nova-de-gaia/gaia-cria-projeto-servizinh-para-combater-isolamento-e-solidao-dos-idosos-14292023.html>

ANEXO C: TABELAS E ESTATÍSTICAS RELATIVAS AOS RESULTADOS

DESCRIÇÃO DOS INDICADORES

Indicador	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
INSOLAMENTO⁷	1	5	1,50	0,885
SOLIDÃO⁸	1	5	2,233	0,966
QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS⁹	1	5	4,303	0,642

⁷ Indicador calculado pelo item “sinto-me isolado”. Valores mais elevados neste indicador revelam um nível mais elevado de isolamento.

⁸ Indicador calculado através das médias dos itens “sinto-me só” e “sinto que não posso contar com ninguém”. Valores mais elevados neste indicador revelam um nível mais elevado de solidão.

⁹ Indicador calculado através das médias dos itens “Sinto-me confortável a conversar sobre assuntos pessoais com a minha família?” (invertido), “Sinto-me confortável a conversar sobre assuntos pessoais com os meus amigos?” (invertido), “Sinto que recebo apoio e ajuda das pessoas que me são próximas quando preciso” (invertido), “Sinto que a rede de pessoas de que disponho não é suficiente face às minhas necessidades”, “As relações com os meus amigos ou colegas estão aquém do que eu desejaria”, “As relações com os meus familiares estão aquém do que eu desejaria”. Valores mais elevados neste indicador revelam uma maior qualidade percebida das relações sociais.

		Concordo totalmente 1	Concordo em parte 2	Não concordo nem discordo 3	Discordo em parte 4	Discordo totalmente 5
INDICADOR		n(%)	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Isolamento	Sinto-me isolado/a (não tenho acesso a outras pessoas)	7(1,1)	27(4,3)	43(6,8)	119(18,9)	428(67,9)
Qualidade das relações (r)	Sinto-me confortável a conversar sobre assuntos pessoais (sentimentos, crenças ou experiências) com a minha família?	439(69,7)	117 (18,6)	36(5,7)	24(3,8)	10(1,6)
Qualidade das relações sociais (r)	Sinto-me confortável a conversar sobre assuntos pessoais (sentimentos, crenças ou experiências) com os meus amigos?	383 (60,8)	156(24,8)	47(7,5)	32(5,1)	9(1,4)
Solidão	Sinto-me só (mesmo podendo relacionar-me com outras pessoas - amigos/familiares)	37(5,9)	84(13,3)	58(9,2)	118(18,7)	327(51,9)
Solidão	Sinto que não posso contar com ninguém	8(1,3)	35(5,6)	56(8,9)	110(17,5)	416(66)
Qualidade das relações sociais (R)	Sinto que recebo apoio e ajuda das pessoas que me são próximas quando preciso	332(52,7)	146(23,2)	73(11,6)	46(7,3)	29(4,6)
Qualidade das relações sociais	Sinto que a rede de pessoas de que disponho não é suficiente face às minhas necessidades	21(3,3)	55(8,7)	73(11,6)	152(24,1)	324(51,4)
Qualidade das relações sociais	As relações com os meus amigos ou colegas estão aquém do que eu desejaria	14(2,2)	49(7,8)	109(17,3)	149(23,7)	302(47,9)
Qualidade das relações sociais	As relações com os meus familiares estão aquém do que eu desejaria	18(2,9)	35(5,6)	109(17,3)	148(23,5)	314(49,8)
Dependência	Sinto-me dependente	14(2,2)	54(8,6)	62(9,8)	113(17,9)	381(60,5)
	Prefiro estar sozinho/a	11(1,7)	47(7,5)	83(13,2)	141(22,4)	347(55,1)

ANÁLISE DE CORRELAÇÕES COM A IDADE, DIMENSÃO DO AGREGADO E ESTADO DE SAÚDE

	ISOLAMENTO	SOLIDÃO	QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS	IDADE	DIMENSÃO DO AGREGADO	ESTADO DE SAÚDE
ISOLAMENTO	---	,283**	-,482**	,309**	-,268**	-,349*
SOLIDÃO	,283*	---	-,346**	,178**	-,184**	-,217*
QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS	-,482*	-,346**	---	-,205**	,208**	,277*
IDADE	,309*	,178**	-,205**	--	-,338**	-,531*
DIMENSÃO DO AGREGADO	-,268*	-,184**	,208**	-,338**	--	,244*
ESTADO DE SAÚDE	-,349*	-,217**	,277**	-,531**	,244**	--

DIFERENÇAS ENTRE GÊNEROS

	SEXO	N	Média	DP
ISOLAMENTO	Homem	268	1,44	,816
	Mulher	356	1,55	,931
SOLIDÃO	Homem	272	2,1489	1,37347
	Mulher	357	2,2983	1,38459
QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS	Homem	273	4,2940	,64176
	Mulher	357	4,3089	,64411

Isolamento: $t(622) = -1,634$, $p = ,103$; Solidão: $t(585,792) = -1,347$, $p = ,178$; Qualidade das Relações Sociais: $t(586,533) = -0,288$, $p = ,773$

INTEGRAÇÃO SOCIAL

		Média	DP
ISOLAMENTO	Ninguém	2,16	,92
	1 - 3 pessoas	1,49	,88
	4 - 6 pessoas	1,26	,67
	7 ou mais pessoas	1,38	,74
	Não sabe	1,76	1,27
	Não responde	1,43	,79
	Total	1,50	,89
SOLIDÃO	Ninguém	2,94	,95
	1 - 3 pessoas	2,21	1,39
	4 - 6 pessoas	1,90	1,36
	7 ou mais pessoas	1,63	1,16
	Não sabe	2,83	1,30
	Não responde	3,00	1,26
	Total	2,23	1,38
QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS	Ninguém	3,42	,62
	1 - 3 pessoas	4,33	,60
	4 - 6 pessoas	4,59	,54
	7 ou mais pessoas	4,58	,49
	Não sabe	4,13	,58
	Não responde	3,76	,60
	Total	4,30	,64

Isolamento: $F(5, 618) = 6,434, p=.000$; Solidão: $F(5, 623) = 5,118, p=.000$; Qualidade das relações sociais: $F(5, 624) = 24,308, p=.000$

(1) O grupo de pessoas que referem não poder contar com ninguém apresenta significativamente maior nível de isolamento do que as pessoas que referem poder contar com 1 a 3 pessoas e do que as pessoas que referem 4 a 6 pessoas ($M=2,16$ vs $M=1,49$ vs $M=1,26$, respetivamente). Isolamento: $F(5, 618) = 6,434, p=.000$

(2) O mesmo padrão de resultados pode ser encontrado no indicador de solidão, em que o grupo de pessoas que referem não poder contar com ninguém apresenta significativamente maior nível de solidão do que as pessoas que referem poder contar com 1 a 3 pessoas e do que as pessoas que referem 4 a 6 pessoas ($M=2,94$ vs $M=2,21$ vs $M=1,90$, respetivamente). Solidão: $F(5, 623) = 5,118, p=.000$

(3) No que diz respeito à qualidade das relações sociais, as pessoas que referem não poder contar com ninguém reportam significativamente pior nível de qualidade

das relações sociais ($M=3,42$) face às pessoas que referem 1-3 pessoas ($M=4,33$), 4-6 pessoas ($M=4,59$) e 7 ou mais ($M=4,58$) e as pessoas que referem não saber com quantas pessoas podem contar ($M=4,13$). Qualidade das relações sociais: $F(5, 624)= 24,308, p=.000$

Quando sente necessidade de partilhar questões da sua vida privada, pode conversar com quantas pessoas:	n	%
Ninguém (Isolamento)	39	6,2
1 - 3 pessoas (Baixa densidade da rede social - Ligeiro isolamento)	447	71
4 - 6 pessoas (densidade moderada da rede social)	103	16,3
7 ou mais pessoas (elevada densidade)	8	1,3

ESCALÃO ETÁRIO

		Média	DP
ISOLAMENTO	40-54	1,27	,65
	55-64	1,42	,77
	65-74	1,62	,99
	75 e mais	2,09	1,13
SOLIDÃO	40-54	2,00	1,36
	55-64	2,04	1,32
	65-74	2,53	1,40
	75 e mais	2,75	1,33
QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCI- AIS	40-54	4,44	,61
	55-64	4,32	,61
	65-74	4,18	,66
	75 e mais	4,08	,67

Isolamento: $F(3, 620)= 24,042, p=.000$; Solidão: $F(3, 625)= 10,093, p=.000$; Qualidade das relações sociais: $F(3,626)= 9,556, p=.000$

ESTADO CIVIL

		Média	DP
ISOLAMENTO	Casado/a ou em união de facto	1,33	,69
	Solteiro/a	1,48	,80
	Viúvo/a	2,23	1,19
	Divorciado/a ou Separado/a	1,57	1,02
SOLIDÃO	Casado/a ou em união de facto	2,11	1,40
	Solteiro/a	2,31	1,33
	Viúvo/a	2,78	1,27
	Divorciado/a ou Separado/a	2,18	1,31
QUALIDADE DAS RELAÇÕES SO- CIAIS	Casado/a ou em união de facto	4,37	,62
	Solteiro/a	4,35	,67
	Viúvo/a	4,02	,64
	Divorciado/a ou Separado/a	4,25	,67

Isolamento: $F(3, 620) = 29,453$, $p = .000$; Solidão: $F(3, 625) = 6,064$, $p = .000$; Qualidade das relações sociais: $F(3, 626) = 7,874$, $p = .000$

NÍVEL DE ESCOLARIDADE

		Média	DP
ISOLAMENTO	Ensino Básico 1º ciclo	1,99	1,22
	Ensino Básico 2º ciclo	1,72	,97
	Ensino Básico 3º ciclo	1,51	,84
	Ensino Secundário	1,29	,63
	Licenciatura	1,29	,64
	Mestrado	1,41	,95
	Doutoramento	1,00	,00
	Nenhum	2,00	,71
SOLIDÃO	Ensino Básico 1º ciclo	2,64	1,32
	Ensino Básico 2º ciclo	2,35	1,25
	Ensino Básico 3º ciclo	2,44	1,43
	Ensino Secundário	2,09	1,38
	Licenciatura	1,96	1,40
	Mestrado	1,68	1,13
	Doutoramento	1,00	,00
	Nenhum	2,70	1,57
QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS	Ensino Básico 1º ciclo	4,16	,64
	Ensino Básico 2º ciclo	4,06	,78
	Ensino Básico 3º ciclo	4,22	,70
	Ensino Secundário	4,38	,58
	Licenciatura	4,49	,57
	Mestrado	4,46	,56
	Doutoramento	4,75	,27
	Nenhum	4,16	,47

Isolamento: $F(7,616) = 9,489$, $p = .000$; Solidão: $F(7, 621) = 4,452$, $p = .000$; Qualidade das relações sociais: $F(7, 622) = 4,916$, $p = .000$

RENDIMENTO LÍQUIDO DO AGREGADO FAMILIAR

		Média	DP
ISOLAMENTO	Até 390 euros	2,08	1,29
	391 a 780 euros	1,78	1,06
	781 a 1170 euros	1,38	,76
	1171 a 1560 euros	1,44	,75
	1561 a 1950 euros	1,33	,65
	1951 a 2340 euros	1,24	,51
	2341 a 2730 euros	1,22	,67
	2731 a 3120 euros	1,00	,00
	3121 a 3510 euros	1,00	,00
	Mais de 3510 euros	1,00	,00
	Recusa/Não responde	1,43	,95
SOLIDÃO	Até 390 euros	2,72	1,28
	391 a 780 euros	2,55	1,35
	781 a 1170 euros	2,14	1,36
	1171 a 1560 euros	2,19	1,40
	1561 a 1950 euros	2,14	1,48
	1951 a 2340 euros	2,09	1,41
	2341 a 2730 euros	2,06	1,49
	2731 a 3120 euros	1,00	,00
	3121 a 3510 euros	1,00	,00
	Mais de 3510 euros	1,90	1,02
	Recusa/Não responde	1,92	1,34
QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS	Até 390 euros	4,05	,77
	391 a 780 euros	4,20	,63
	781 a 1170 euros	4,30	,67
	1171 a 1560 euros	4,32	,62
	1561 a 1950 euros	4,42	,60
	1951 a 2340 euros	4,30	,62
	2341 a 2730 euros	4,45	,45
	2731 a 3120 euros	5,00	,00
	3121 a 3510 euros	4,83	,24
	Mais de 3510 euros	4,47	,36
	Recusa/Não responde	4,45	,60

Isolamento: $F(10, 613) = 3,984$, $p = .000$; Solidão: $F(10, 618) = 2,000$, $p = .031$; Qualidade das relações sociais: $F(10, 619) = 1,869$, $p = .047$

OCUPAÇÃO

		Média	DP
ISOLAMENTO	A trabalhar (conta de outrem, conta própria)	1,29	,666
	Reformado/a	1,85	1,07
	Ocupação não paga (voluntariado, cuidador, a estudar)	1,00	,00
	Desempregado ou em situação de doença ou incapacidade/invalidez permanente	1,62	,89
SOLIDÃO	A trabalhar (conta de outrem, conta própria)	4,50	,73
	Reformado/a	4,21	,73
	Ocupação não paga (voluntariado, cuidador, a estudar)	5,00	,00
	Desempregado ou em situação de doença ou incapacidade/invalidez permanente	4,33	,81
QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS	A trabalhar (conta de outrem, conta própria)	4,42	,61
	Reformado/a	4,13	,64
	Ocupação não paga (voluntariado, cuidador, a estudar)	4,83	,17
	Desempregado ou em situação de doença ou incapacidade/invalidez permanente	4,17	,70

Isolamento: $F(3, 610) = 20,266$, $p = .000$; Solidão: $F(3, 615) = 8,261$, $p = .000$; Qualidade das relações sociais: $F(3, 616) = 10,611$, $p = .000$

TEMPO A VIVER NO CONCELHO

		Média	DP
ISOLAMENTO	Menos de 1 ano	1,43	1,13
	Entre 1 e 5 anos	1,48	,94
	Entre 6 e 10 anos	1,33	,74
	Há mais de 10 anos	1,59	,97
	Sempre vivi no concelho	1,39	,69
SOLIDÃO	Menos de 1 ano	1,86	1,31
	Entre 1 e 5 anos	2,30	1,53
	Entre 6 e 10 anos	1,88	1,23
	Há mais de 10 anos	2,30	1,38
	Sempre vivi no concelho	2,21	1,40
QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS	Menos de 1 ano	4,62	,31
	Entre 1 e 5 anos	4,10	,81
	Entre 6 e 10 anos	4,37	,63
	Há mais de 10 anos	4,30	,63
	Sempre vivi no concelho	4,30	,64

Isolamento: $F(4, 619) = 2,086$, $p = .081$ (NÃO SIGNIFICATIVO); Solidão: $F(4, 624) = 4,566$, $p = .255$ (NÃO SIGNIFICATIVO); Qualidade das relações sociais: $F(4, 625) = 1,272$, $p = .279$ (NÃO SIGNIFICATIVO)

TIPO DE RESIDÊNCIA

		N	Mean	Std. Deviation
ISOLAMENTO	Própria	383	1,48	,840
	Arrendada	239	1,54	,956
	Não responde	2	1,00	,000
	Total	624	1,50	,885
SOLIDÃO	Própria	387	2,2093	1,38977
	Arrendada	240	2,2792	1,37109
	Não responde	2	1,5000	,70711
	Total	629	2,2337	1,38068
QUALIDADE DAS RELAÇÕES SOCIAIS	Própria	387	4,3149	,62191
	Arrendada	241	4,2794	,67634
	Não responde	2	4,6667	,47140
	Total	630	4,3025	,64262

Isolamento: $F(2, 621) = 0,626$, $p = .535$ (NÃO SIGNIFICATIVO); Solidão: $F(2, 626) = 0,472$, $p = .624$ (NÃO SIGNIFICATIVO); Qualidade das relações sociais: $F(2, 627) = 0,549$, $p = .578$ (NÃO SIGNIFICATIVO)

Elaborado para a Câmara Municipal de Cascais
Lisboa, Fevereiro de 2023